# THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

**En Droit privé et sciences criminelles**

**École doctorale Droit et Science politique**

**Unité de recherche UR-UM 206**

# La place du professionnel libéral de santé dans l'organisation des soins

**Présentée par Manon MAZZUCOTELLI**
**Le 9 décembre 2022**

**Sous la direction de Monsieur le Professeur François VIALLA**

**Devant le jury composé de**

| | |
|---|---|
| M. Georges FAURÉ, Professeur à l'Université de Picardie Jules Verne | Rapporteur |
| Mme Marion GIRER, Maître de conférences HDR à l'Université Jean Moulin Lyon III | Rapporteure |
| M. Guillaume ROUSSET, Maître de conférences HDR à l'Université Jean Moulin Lyon III | Examinateur |
| M. François VIALLA, Professeur à l'Université de Montpellier | Directeur de thèse |
| M. Pascal VIELFAURE, Professeur à l'Université de Montpellier | Président |

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

# AVERTISSEMENT

*L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.*

# REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont à Monsieur le Professeur François VIALLA qui m'a accompagnée et guidée tout au long de ces travaux de recherche avec confiance, justesse et disponibilité. Merci de nous offrir un cadre de travail où l'expérience, bien que longue, semble plus légère et plus agréable ; sans jamais oublier *qu'on peut être sérieux sans être triste* ! Veuillez trouver Monsieur à travers ces quelques lignes le témoignage de toute ma reconnaissance.

Je tiens également à remercier vivement Madame Marion GIRER, Monsieur Guillaume ROUSSET et Messieurs les Professeurs Georges FAURÉ et Pascal VIELFAURE d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de me faire part de leurs observations.

Ces remerciements sont également destinés à mes amis d'aventure sans qui l'achèvement de ce travail n'aurait pas été possible. Leur accompagnement, leurs rires et leur amitié, ici et par-delà le monde, ont été salvateurs et précieux tant au niveau professionnel que personnel. Micka, Quentin, Volo, Léo, Vincent et Sophie on se retrouve très vite. Ciao !
J'adresse également mes remerciements les plus chaleureux à Madame VIALLA pour sa bonne humeur quotidienne et sa bienveillance à notre égard. Ce laboratoire ne saurait être le même sans votre présence.

Pour tous ces moments de bonheur, d'amitié, de voyages, je tiens à remercier mes amis les plus chers de leur présence tout au long de ces belles années et bien plus encore. Amélie, Charles, Denis, Hélène, et plus particulièrement Sophie et Émilie pour leur disponibilité et leur précieuse relecture, puissiez trouver à travers ces remerciements l'expression de ma tendre affection. Hâte de voir ce que l'avenir nous réserve !

Enfin, la réalisation de ce travail de thèse n'aurait pu s'envisager et s'achever sans la présence des personnes qui me sont les plus chères ; mes parents, Delphine et Philippe, et mes sœurs, Ornella et Léonie, pour me prouver chaque jour que tout est réalisable quand on est entouré des bonnes personnes, il suffit d'y croire. Merci d'avoir construit cette famille dans laquelle l'amour et l'entraide sont les maîtres mots.

Finalement, il y a des rencontres qui chamboulent votre vie. Je ne saurais clore ces quelques lignes sans remercier Maël pour ses encouragements, son amour et sa façon de rendre la vie plus douce à ses côtés malgré deux fins de thèse simultanées ; ainsi que Marcel, notre fils, ce tout petit historien du droit de la santé, qui me donne chaque jour la volonté de me dépasser. Merci à tous les deux d'être la famille dont j'ai toujours rêvé.

**À Claire,**

la plus brillante des étoiles.

**À mes parents, Delphine et Philippe,**

pour leur soutien et leur force indéfectibles.

**À mes sœurs,**

nous trois pour toujours.

**À Maël,**

ma plus belle rencontre du bout du couloir.

**À Marcel,**

l'amour de ma vie.

# SOMMAIRE

**Introduction générale** ____ **14**

**Partie I - L'approche classique de l'offre de soins libérale** ____ **34**

Titre I - Les ambiguïtés du terme « libéral » ____ 36

Chapitre I - La notion dépassée de profession libérale ____ 39

Chapitre II - La notion actuelle d'exercice libéral ____ 78

Titre II - L'inadaptation de l'exercice libéral à l'offre de soins ____ 115

Chapitre I - L'exercice libéral confronté au maillage territorial ____ 117

Chapitre II - L'ineffectif décloisonnement des modes d'activité ____ 161

**Partie II - L'approche rénovée de l'exercice libéral** ____ **201**

Titre I - La nécessaire adaptation de l'exercice libéral ____ 202

Chapitre I – L'inapplication des mécanismes existants ____ 204

Chapitre II - La réalisation de mécanismes innovants ____ 242

Titre II - L'originalité préservée de l'exercice libéral ____ 286

Chapitre I - L'exercice libéral garant de la qualité et de la sécurité des soins ____ 287

Chapitre II - L'exercice libéral garant de la confiance du patient ____ 326

**Conclusion générale** ____ **364**

# SIGLES ET ABRÉVIATIONS

| | |
|---|---|
| ABM | Agence de biomédecine |
| ACS | Aide pour complémentaire santé |
| ADSP | Actualité et dossier en santé publique |
| Aff. | Affaire |
| AJDA | Actualité juridique de droit administratif |
| Al. | Alinéa |
| ALD | Affection longue durée |
| AMI | Appel à manifestation d'intérêt |
| ANAP | Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale |
| Anc. | Ancien |
| ANEMF | Association nationale des étudiants en médecine de France |
| ANESM | Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux |
| ANFH | Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier |
| ANSM | Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé |
| AP-HP | Assistance publique – Hôpitaux de Paris |
| APL | Accessibilité potentielle localisée |
| ARH | Agence Régionale d'Hospitalisation |
| Art. | Article |
| ASALEE | Action de santé libérale en équipe |
| ASN | Autorité de sureté nucléaire |
| Ass. | Assemblée |
| Ass. Plén. | Assemblée plénière |
| ARS | Agence régionale de santé |
| ATIH | Agence technique de l'information sur l'hospitalisation |
| Bibl. dr. entr. | Bibliothèque du droit de l'entreprise |
| Bull. civ. | Bulletin des arrêts de la Cour de cassation (chambre civile) |
| C/ | Contre |
| C. | Cour |

| | |
|---|---|
| CA | Cour d'appel |
| C. civ. | Code civil |
| CAIM | Contrat d'aide à l'installation |
| CAS | Contrat d'accès aux soins |
| CASF | Code de l'action sociale et des familles |
| Cass. | Cour de cassation |
| CARMF | Caisse autonome de retraite des médecins de France |
| CCAM | Classification commune des actes médicaux |
| CCNE | Comité consultatif national d'éthique |
| CDE | Contrat de début d'exercice |
| CDSA | Cahiers de droit de la santé |
| CE | Conseil d'État |
| CEDH | Cour européenne des droits de l'Homme |
| CEL | Contrat d'exercice libéral |
| CEPS | Comité économique des produits de santé |
| CESE | Conseil économique, social et environnemental |
| CESP | Contrat d'engagement de service public |
| CFE | Cotisations foncières des entreprises |
| Ch. | Chambre |
| Chap. | Chapitre |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| Chron. | Chronique |
| CII | Conseil international des infirmières |
| Civ. 1ère | Première chambre civile de la Cour de cassation |
| CJCE | Cour de justice de la communauté européenne |
| CJUE | Cour de justice de l'Union européenne |
| CLEISS | Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale |
| CLIC | Centre local d'information et de coordination |
| CLS | Contrat local de santé |
| CMU | Couverture médicale universelle |
| CNAM | Caisse nationale d'Assurance Maladie |
| CNAVPL | Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales |

| | |
|---|---|
| CNG | Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière |
| CNOM | Conseil National de l'Ordre des médecins |
| CNS | Conférence nationale de santé |
| CNSA | Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie |
| Coll. | Collection |
| Concl. | Conclusion(s) |
| Cons. | Considérant |
| Cons. const. | Conseil constitutionnel |
| COSCOM | Contrat de stabilisation et de coordinations des médecins |
| COTRAM | Contrat type régional de transition pour les médecins |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CPS | Carte de professionnel de santé |
| CPTS | Communauté professionnelle territoriale de santé |
| CQP | Certificat de qualification professionnelle |
| CRAM | Caisse régionale d'assurance maladie |
| Crim. | Chambre criminelle de la Cour de cassation |
| CRSA | Conférence régionale de la santé et de l'autonomie |
| CSMF | Confédération des syndicats médicaux français |
| CSP | Code de la santé publique |
| CSS | Code de la sécurité sociale |
| CSTM | Contrat de solidarité territorial médecin |
| CTA | Coordination Territoriale d'Appui |
| D. | Recueil Dalloz |
| DAC | Dispositif d'appui à la coordination |
| DG | Directeur général |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| Dir. | Ouvrage dirigé par |
| Disc. | Disciplinaire |
| Dr. | Docteur |
| DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales |

| | |
|---|---|
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| ECN | Épreuves classantes nationales |
| Éd. | Édition |
| EFS | Établissement français du sang |
| EHESP | École des hautes études en santé publique |
| EPRUS | Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires |
| ESP | Équipe de soins primaire |
| ETP | Équivalent temps plein |
| FAQ | Foire aux questions |
| FHF | Fédération hospitalière de France |
| FHP | Fédération de l'hospitalisation privée |
| GCS | Groupement de coopération sanitaire |
| GHT | Groupement hospitalier de territoire |
| HAS | Haute Autorité de la Santé |
| HCAAM | Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie |
| HCPP | Haut conseil des professions paramédicales |
| HCSP | Haut conseil de santé publique |
| HPST | Hôpital, patient, santé, territoire |
| HS | Hors-série |
| IA | Intelligence artificielle |
| IADE | Infirmier anesthésiste diplômé d'État |
| Ibid | Ibidem (au même endroit) |
| IBODE | Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État |
| IDS | Institut de droit de la santé |
| IFRAP | Fondation pour la Recherche sur les Administrations et les Politiques publiques |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| IGÉSR | Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche |
| IHD | Institut de l'Histoire du droit |
| INCa | Institut national du cancer |
| INERIS | Institut national de l'environnement industriel et des risques |

| | |
|---|---|
| INPES | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé |
| IPA | Infirmier en pratique avancée |
| IRDES | Institut de recherche et de documentation en économie de la santé |
| IRSN | Institut de radioprotection et de sureté nucléaire |
| ISNAR-IMG | Intersyndicale nationale autonome représentative des internes en médecine générale |
| IVS | Institut de veille sanitaire |
| JCP G | Juris-classeur (Semaine juridique) édition générale |
| JDSAM | Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie |
| JO | Journal officiel |
| JORF | Journal officiel de la République française |
| LEH | Les Études Hospitalières |
| LFSS | Loi de financement de la sécurité sociale |
| LGDJ | Librairie générale de droit et de jurisprudence |
| MACSF | Mutuelle d'assurances du corps de santé français |
| MAIA | Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie |
| MCO | Médecine chirurgie obstétrique |
| MDPH | Maison départementale des personnes handicapées |
| MMG | Maison médicale de garde |
| MRS | Mission régionale de santé |
| MSP | Maison de santé pluriprofessionnelle |
| N° | Numéro |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONDPS | Observatoire national de la démographie des professions de santé |
| ONI | Ordre national des infirmiers |
| ONU | Organisation des Nations unies |
| Op. cit. | Opere citato (dans l'ouvrage précité) |
| OPTAM | Option pratique tarifaire maîtrisée |
| OPTAM-CO | Option pratique tarifaire maîtrisée - chirurgie obstétrique |
| P. | Page |

| | |
|---|---|
| PACES | Première année commune aux études de santé |
| PAERPA | Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie |
| PCI | Prévention et contrôle de l'infection |
| PGD | Principe général du droit |
| PH | Praticien hospitalier |
| PIAS | Praticien isolé à activité saisonnière |
| PIMM | Plateau d'imagerie médicale mutualisée |
| PLFSS | Projet de loi de financement de la sécurité sociale |
| Pr. | Professeur |
| PRAPS | Programme régional d'accès à la prévention et aux soins |
| Préf. | Préface |
| PRS | Projet régional de santé |
| PTA | Plateforme territoriale d'appui |
| PTMA | Praticien territorial de médecine ambulatoire |
| PTMG | Praticien territorial de médecine générale |
| PTMR | Praticien territorial médical de remplacement |
| PTS | Projet territorial de santé |
| PUF | Presses universitaires de France |
| PUV | Presses universitaires de Vincennes |
| QPC | Question prioritaire de constitutionnalité |
| QVT | Qualité de vie au travail |
| RCP | Responsabilité civile professionnelle |
| RDS | Revue Droit&Santé |
| RDSS | Revue de droit sanitaire et social |
| ReAGJIR | Regroupement des généralistes jeunes installés et remplaçants |
| Req. | Requête |
| Rev. | Revue |
| RGDM | Revue générale de droit médical |
| ROSP | Rémunération sur objectifs de santé publique |
| RTD | Revue trimestrielle de droit |
| S. | Suivant |

| | |
|---|---|
| SAMU | Service d'aide médicale urgente |
| SAS | Service d'accès aux soins |
| SEL | Société d'exercice libéral |
| SELARL | Société d'exercice libéral à responsabilité limitée |
| SCM | Société civile de moyens |
| SCP | Société civile professionnelle |
| Sect. | Section |
| SISA | Société interprofessionnelle de soins ambulatoires |
| SML | Syndicat des médecins libéraux |
| Soc. | Chambre sociale de la Cour de cassation |
| SRS | Schéma régional de santé |
| T. | Tome |
| TA | Tribunal administratif |
| TC | Tribunal des conflits |
| TGI | Tribunal de grande instance |
| Th. | Thèse |
| TVA | Taxe sur la valeur ajoutée |
| TFUE | Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne |
| Trad. | Traduction |
| UE | Union européenne |
| UFML | Union française pour une médecine libérale |
| UNAPL | Union nationale des associations de professions libérales |
| UNCAM | Union nationale des caisses d'assurance maladie |
| UNIPA | Union nationale des infirmiers en pratique avancée |
| UNOCAM | Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie |
| UNPS | Union nationale des professions de santé |
| URCAM | Union régionale des caisses d'assurance maladie |
| URML | Union régionale des médecins libéraux |
| URPS | Union régionale des professionnels de santé |
| URPSML | Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux |
| URSSAF | Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale |

| | |
|---|---|
| V. | Voir |
| Vol. | Volume |
| ZFU-TE | Zone franche urbaine-territoire |
| ZRR | Zone de revitalisation rurale |

# Introduction générale

*« Il témoigne d'une époque que les praticiens des temps modernes ne connaîtront peut-être jamais plus : celle où le médecin était à la fois écouté comme un oracle et un gardien des secrets de famille. Mais il révèle aussi comment ce métier a évolué »*[1]

1. **Propos introductifs.** Ce travail de recherche s'inscrit dans un contexte global où l'offre de soins est plurielle, publique comme privée, et dont la répartition territoriale est inégale. Resituer la place occupée par les praticiens libéraux dans ce contexte général est ainsi le premier objectif de cette thèse, conduisant à aborder les notions de profession libérale et celle d'exercice libéral afin de vérifier que l'approche classiquement admise correspond ou non aux réalités contemporaines. Il est alors inévitable d'aborder le désintérêt, réel ou supposé, des praticiens pour l'exercice libéral mais encore les nouveaux modes combinés d'exercice. À l'aune des différentes réformes du système de santé, la question d'un exercice libéral effectif demeure[2].

En effet, cette thèse consiste tout d'abord à partir du constat de ce qu'est l'exercice libéral aujourd'hui en France, le confronter au reste de l'offre de soins existante notamment publique, et étudier sa répartition territoriale inégale à travers le manque d'attrait des professionnels de santé pour l'exercice libéral.

2. **Propos notionnels.** Longtemps a été déplorée l'absence de définition légale du terme libéral et notamment appliqué à une profession bien qu'*a priori* il soit « *porteur de l'esprit de Liberté des fondateurs de notre République* »[3]. Ce terme libéral, du latin *liberalis*[4], qui convient à un homme libre, qualifie, bien qu'elles soient de plus en plus règlementées, certaines professions d'ordre

---

[1] V.GUIHENEUF, Mémoires d'un médecin de campagne, éd. De Borée, 2013.

[2] Y. LEROY, « *La notion d'effectivité du droit* », Droit et société, vol. 79, n°3, 2011, p.715-732 : « *Le terme d'effectivité (…) ne fait d'ailleurs pas partie, en tant que tel, du langage courant, n'apparaissant pas toujours dans les dictionnaires de la langue française. (…) Dans sa première acception ; est effectif ce qui se traduit par des actes réels, tangibles, c'est-à-dire qui existe réellement, ce qui est une réalité* »

[3] O. AYNAUD, Profession libérale au XXIe siècle, éd. Le bord de l'eau, 2020, p.7.

[4] Qui convient à un homme libre.

intellectuel, en raison de l'indépendance qu'exige leur exercice[5]. De nos jours, ce terme « libéral » s'associe à une profession qui ne sera « *ni commerciale, ni salariée, et qui sera exercée d'une façon indépendante et responsable* »[6] (**I**) dont la place et le rôle sont soumis aux évolutions organisationnelles de notre système de santé (**II**) tout comme leur exercice (**III**).

[5] G. CORNU, Vocabulaire juridique, 13ème éd. mise à jour, PUF.

[6] Dictionnaire de l'Académie française, 9e éd., t.3, 2011 : définition de la profession libérale.

## I – Les professions libérales en droit

3. **Professions libérales.** La définition des professions libérales a, pendant de nombreuses années juridiquement fait défaut[7] ; À ce propos. J. VAGOGNE écrivait « *qu'en vérité, le monde des professions libérales est tout de nuances, de situations particulières à chacune de ses composantes, mais aussi à chacun des membres d'une même profession. […] Les professions libérales ne trouvent leur véritable raison d'être que sous la Révolution, révolution bourgeoise qui par décrets des 2 et 17 mars 1791 supprime les corporations et instaure la liberté de l'exercice professionnel* »[8].

4. **Essais de définition.** Les rares essais de définition qui existaient ont notamment été posés par l'Union nationale des associations de professions libérales (UNAPL) arguant que « *le professionnel libéral est celui dont la fonction sociale est d'apporter à des personnes physiques ou morales qui l'ont librement choisi, des services non commerciaux sous des formes juridiques, économiquement et politiquement indépendantes, et qui, dans le cadre d'une déontologie garantissant le respect du secret professionnel et d'une compétence reconnue, demeure personnellement responsable de ses actes* »[9], ou encore par la directive n°2005/36/CE du 7 septembre 2005 qui définit une profession libérale comme « *toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public* ».

Le droit de l'Union européenne se bornait alors à encadrer les aspects relatifs au droit européen du travail des professionnels libéraux tels quel la liberté de circulation, la liberté

---

[7] La doctrine, quant à elle, s'est également saisie de cette définition. Sur ces questions, v. J. SAVATIER, Étude juridique de la profession libérale, thèse de droit, 1946 ; R. SAVATIER, Les Métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui, 2ème série, Dalloz 1959, chap. VII sociologie juridique des professions libérales ; A. LAMBOLEY, La société civile professionnelle, un nouveau statut de la profession libérale, 1975, Bibl. dr. entr., Litec, n°223 et s ; Y. AUGUET, Concurrence et clientèle : contribution à l'étude critique du rôle des limitations de concurrence pour la protection de clientèle, thèse de droit, Perpignan, 1998 ; F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, Bibl. Dr. entr., LexisNexis, 1999.

V. également A. CAPELLA, L'encadrement des professions libérales en France : l'exemple du corps médical de la IIIe à la IVe République. De la conception à la confirmation des ordres de santé, 2015.

[8] J. VAGOGNE, Les professions libérales, éd. Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je, janvier 1985.

[9] Cette définition a été posée à l'occasion du 18ème congrès de l'UNAPL en 2002.

d'établissement ou encore la libre prestation de services. Les États restent alors souverains en matière de politique de santé publique et de gestion des services de santé et soins médicaux[10].

5. **Professionnels de santé.** Mettant ainsi en exergue des spécificités propre à ces professions notamment en termes de responsabilité et d'indépendance hiérarchique. Mais également à l'inexistence au niveau supranational, de définition du terme de professionnel de santé[11]. Ce terme de professionnel de santé a été utilisé pour la première fois dans la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, s'agissant de la publicité pour les médicaments[12].

---

[10] Article 168-7 TFUE : « *L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées* ».

[11] À titre d'exemple, l'organisation mondiale de la santé « *n'a pas élaboré de définition compréhensive du professionnel de santé ou de la profession de santé. Dans un rapport de janvier 2007 (« Counting Health workers : definition, data, methods and global results »), l'OMS s'intéresse à la notion de « personnels de santé ». Selon cette étude, fait partie du personnel de santé « toute personne impliquée dans la promotion, la protection ou l'amélioration de la santé »* ». Sur ces questions, v. également Institut Droit et Santé, « *Les professionnels de santé en Europe : la notion de « profession de santé »* », Repères Droit Santé, juin 2018 : « *La difficulté à définir les professionnels de santé, y compris au niveau international et européen, trouve une de ses explications principales dans l'impossibilité de définir la notion de santé elle-même. Le caractère indéfinissable de la santé fait l'unanimité au sein des sciences humaines et sociales qui apportent, chacune, leur pierre à un édifice qui serait en perpétuel mouvement. Coexistent alors des définitions philosophiques, sociologiques, juridiques, médicales, psychanalytiques qui empruntent tantôt la voie positive, tantôt la voie négative, et adoptent tantôt le point de vue individuel, tantôt le point de vue politique (la santé publique)* » ; Conseil d'État, « *Les entretiens du Conseil d'État en droit social, les professions de santé de demain* », Palais-Royal, 7 février 2020.

La notion de profession, quant à elle, a fait l'objet d'études sociologiques mais n'a cependant pas été définie de manière générale en droit de la santé. V. notamment E. FREIDSON, La profession médicale, Payot, 1984 : L'auteur décrit méticuleusement « *l'organisation officielle de la profession médicale, les conditions et le déroulement du travail quotidien des médecins, ainsi que certains processus de construction sociale des maladies* ».

[12] Ainsi, l'ancien article L.365-1 al.3 du Code de la santé publique disposait que « *il ne s'applique pas non plus à l'hospitalité offerte, de manière directe ou indirecte, lors de manifestations de promotion ou lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel et scientifique lorsqu'elle est prévue par convention passée entre l'entreprise et le professionnel de santé et soumise pour avis au conseil départemental de l'ordre compétent avant sa mise en application, et que cette hospitalité est d'un niveau raisonnable, reste accessoire par rapport à l'objectif principal de la réunion et n'est pas étendue à des personnes autres que les professionnels directement concernés* ».

À la suite de quoi, il a été utilisé en filigrane en 1995[13] par exemple avant le renouveau du Code de la santé publique en 2000 et l'instauration de sa quatrième partie intitulée « les professions de santé », ou encore l'introduction par la loi HPST[14] d'un livre préliminaire, au sein de cette même quatrième partie, portant sur les dispositions communes aux professions de santé. Traversant d'un bout à l'autre cette quatrième partie, la notion même de professionnels n'est néanmoins pas définie, tout comme au sein de la loi de modernisation de notre système de santé[15].

6. **Exercice conditionné.** Toutefois, ces professions ont un dénominateur commun à savoir que l'exercice de leur profession est conditionné par l'obtention d'un diplôme sanctionné par la délivrance d'un titre se traduisant par un panel de compétences[16] car s'ils sont libres d'entreprendre, leurs actes eux sont encadrés.

Les compétences reconnues aux professionnels de santé sont notamment listées de manière non exhaustive par l'arrêté de 1962[17], soit prévues par la loi et concourent à protéger un titre et le monopole d'exercice d'une profession. La reconnaissance de ces compétences « *souligne donc le plus souvent l'existence d'une hiérarchie entre les différentes professions et permet de décliner le mécanisme d'habilitation au sein même des rapports entre les professions de santé. Ceci est d'autant plus vrai quand les actes correspondent à une liste de tâches circonscrites comme c'est le cas en France* »[18].

---

[13] Décret n°95-284 du 14 mars 1995 portant Code de déontologie des pharmaciens et modifiant le Code de la santé publique, JORF n°64 du 16 mars 1995.

[14] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire, JORF du 22 juillet 2009.

[15] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

[16] Le dictionnaire le Vocabulaire juridique de G. CORNU définit la compétence comme « *un ensemble des pouvoirs et devoirs attribués et imposés à un agent pour lui permettre de remplir sa fonction* ».

[17] Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins, JORF du 1er février 1962.

[18] Institut de droit de la santé, « *Les professionnels de santé en Europe – la notion de profession de santé* », *op. cit.*

Face à ce silence, le législateur français a alors posé une définition générale des professions par la loi du 22 mars 2012[19] en son article 29-1 qui définit les professions libérales comme « *des groupes de personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant* ».

7. **Médecine.** L'une des difficultés majeures dans la définition des professions libérales réside dans un nombre certain d'activités concernées[20] telles que l'avocature ou encore le notariat. Le choix a été fait de les exclure de ce travail de recherche pour le recentrer sur les professions médicales et plus particulièrement les médecins en y intégrant un aspect éthique et déontologique, la profession de médecin étant l'essence même de l'exercice libéral sur laquelle les autres professions se sont calquées[21]. Bien qu'il soit important de souligner l'important impact économique des professions libérales puisqu'en 1981 déjà A. DUMONT constatait que « *plus d'un million de personnes vivaient d'une profession libérale* »[22].

Les professions libérales seraient alors empreintes de trois caractéristiques cumulatives : intellectuelle, indépendante, désintéressée[23] permettant de dégager un terrain commun entre elles. Cette définition légale insiste alors sur ces aspects d'indépendance, de non-commercialité notamment.

---

[19] Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives, JORF n°0071 du 23 mars 2012.

[20] Activité libérale à entendre au sens d'activité ni commerciale ni artisanale ; sur ces questions v. F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *in* Politique de santé : réussir le changement, Dunod, 2015, p.23-48 : « *La médecine libérale ne repose pas sur un modèle commercial mais sur une réponse à un besoin médical* ».

[21] Livre IV du Code de la santé publique.

[22] A. DUMONT, Profession et natalité, Bulletins de la société d'anthropologie de Paris, IVe série, tome 8, 1897.

[23] J. SAVATIER, Étude juridique de la profession libérale, *op. cit.* ; F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, *op. cit.*

Toutefois l'objet est alors tout autre puisque la loi ne définit pas particulièrement les professionnels de santé et revêt une terminologie trop générale, les professionnels de santé pouvant exercer tout à la fois de manière libérale, salariée, dans le secteur privé mais également dans le secteur public.

8. **Approche par la négative.** Devant ce « vide notionnel »[24], il apparait alors plus aisé de dire tout ce que la notion de professionnel libéral de santé n'est pas, pour arriver à circonscrire une définition par la négative. En effet, les éléments caractéristiques de la profession, l'éthique et la déontologie ne peuvent à eux seuls permettre de définir les particularités de l'exercice libéral d'une profession, plutôt de la profession en elle-même. Profession médicale et plus particulièrement la profession de médecin puisque même si de nombreuses dispositions s'appliquent à l'ensemble des trois professions médicales (médecins, sage-femmes et chirurgiens-dentistes), chacune des professions se voit appliquer des règles et un cadre propre.

La médecine s'illustre alors par son but et les moyens mis en œuvre pour y arriver puisque « *la pratique de la médecine recouvre l'étude, la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies humaines, réelles ou supposées, somatiques ou psychiques* »[25].

9. En premier lieu cette notion de profession apparait comme nettement plus large que celle de métier[26] même si certains auteurs dénoncent que « *le système est relativement figé, les frontières entre les professions, étant, en outre relativement étanches. Cette organisation ne prend pas non plus en compte la compétence effective des professionnels (ce qu'ils savent réellement faire), mais fait uniquement référence à leur qualification* »[27].

---

[24] Institut Droit et Santé, « *Les professionnels de santé en Europe : la notion de « profession de santé »* », *op. cit.*

[25] V. notamment Cass. Crim., 12 juin 1978, n°77-93.769.

[26] Rapport HAS, « *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* », présidé par Y. BERLAND, octobre 2010.

[27] J. MORET-BAILY, « *Les modes de définitions des professions de santé : présent et avenir* », Revue de Droit sanitaire et social, Dalloz, 2008, p.508 et s. Sur ces questions, v. également O. AYNAUD, « *Profession libérale au XXIe siècle », op. cit. : « Deux notions se superposent : la 'profession' au sens de métier, ou d'activité compétente, et 'libérale' qualifiant cette activité par opposition à la subordination du salarié* ».

## II – L'organisation du système de santé français

10. **Système de santé.** Le système de santé est défini comme « *l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* »[28]. En France, plusieurs catégories d'acteurs du système de santé peuvent être relevées :

- Les professions médicales et pharmaceutiques ainsi que les auxiliaires médicaux (et ce peu importe leur statut et mode d'exercice) ;
- Les établissements de santé couvrant des secteurs différents sous un statut public, privé, lucratifs ou non lucratifs ;
- Les réseaux de santé ;
- Les structures de prévention[29].

Monsieur ÉVIN, à l'occasion de ses travaux de recherche, va même plus loin et met en avant le fait que le système de santé peut être défini sous deux aspects : « *l'organisation de l'offre de soins, aussi bien dans l'espace que concernant la qualité du service offert, mais aussi le financement de la demande de soins sous la forme d'un système de Sécurité sociale* »[30].

Le système de santé français est donc pluriprofessionnel[31] et multisectoriel[32] puisqu'il « *s'appuie sur des structures multiples : ambulatoires pour les soins dits 'de ville', sanitaires pour la prise en charge hospitalière et médico-sociales et sociales pour des publics dits 'fragiles', âgés ou handicapés* »[33]. Il repose

---

[28] BINDER-FOUCARD et VELTEN, 2007 in A. DJENANE, « *Santé et équité. Vers une économie politique de la santé* », Pensée plurielle, vol. 39, n°2, 2015, p.109-120. V. également G. DE POUVOURVILLE, « *L'organisation des soins* », *in* Traité d'économie et de gestion de la santé, éd. Pierre-Louis BRAS, Presses de Sciences Po, 2009, p.401-406.

[29] V. « *Qu'est-ce qu'un système de santé ?* » 25 novembre 2021 ; vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais.

[30] C. ÉVIN, Les droits des usagers du système de santé, thèse de droit, éd. Berger-levrault, décembre 2002. Sur les questions de financement de la demande de soins sous la forme d'un système de Sécurité sociale, v. V. CHAPEAU-SCELLIER, Le droit de la protection sociale, du principe de solidarité socio-professionnelle vers l'octroi de droits sociaux individuels, thèse de droit, soutenue le 30 octobre 2021.

[31] Le système de santé regroupe des professionnels médicaux et paramédicaux mais également des acteurs du pilotage du système de santé que sont les ministères et les ARS.

[32] Il est en effet composé des secteurs sanitaire, social et médico-social.

[33] Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS), « *Le système de santé en France* », 5 mai 2020 ; www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.htlm.

avant tout sur la liberté de choix du patient qui peut tout à la fois choisir son médecin traitant, les spécialistes qu'il consulte, les établissements de santé que cela soit dans le secteur privé comme dans le secteur public.

11. **Exercice individuel.** Pendant longtemps, médecine pratiquée quasi exclusivement dans le cadre d'un exercice individuel, *« jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, une grande majorité (plus de 80%) des médecins s'installent en cabinet de ville, mais le mouvement de médicalisation du territoire national par l'accroissement de la densité des cabinets libéraux dans l'ensemble des communes est amorcé* »[34]. Historiquement la médecine relevait déjà depuis bien longtemps des activités libérales et la place occupée par ces professionnels était répertoriée à Rome parmi les *operae liberales* car « *les médecins ne voulaient pas être assimilés à des loueurs de services et encore moins à des travailleurs manuels* »[35] ; et les activités libérales étaient en principe des activités libres[36].

Les difficultés rencontrées quant à la définition d'une profession libérale et à la place qu'elle occupe dans le système de soins français n'est donc pas nouvelle ; et dès lors, « *au sens du droit romain, la médecine telle que nous la connaissons n'est certainement pas un art libéral, car, depuis 1696[37] voire 1352[38], le droit français réserve le droit de l'exercer à ceux qui sont titulaires d'un titre que l'État délivre ou qu'il reconnaît* »[39].

---

[34] X-F. SCHWEYER, « *Histoire et démographie médicales* », ADSP n°32, septembre 2000.

[35] A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ? Réflexions à partir du droit romain et de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales* », RDSS, 2011, n°HS, p.91.

[36] Le terme libre s'entend ici comme « *ne nécessitant pas d'autorisation de l'État, mais aussi une activité gratuite* » même si « *aussi loin que l'on remonte, les médecins ont toujours voulu s'y faire payer et des exemples romains nous les montrent même extrêmement âpres aux gains* » ; sur ces questions v. également Tacite, Annales, XI, 6 : Plines écrit que « *initialement les anciens Romains 'n'admettaient pas que la vie puisse dépendre d'un salaire'* ».

[37] C. PAUTHIER, Le critère de l'exercice illégal de la médecine (1673-1793). Entre défaut de droit et manière de soigner, Thèse de droit, Strasbourg, 2000, p.7. En effet, par des lettres patentes, faisant suite à un arrêt du Conseil du 6 avril 1694, une distinction est opérée entre les chirurgiens-dentistes et les chirurgiens herniaires, ces derniers s'étant vus reconnaître un titre par le collège de chirurgie.

[38] A. LECA, Droit de l'exercice médical en clientèle privée, LEH, Bordeaux, 2010, n°12. Au sujet de l'ordonnance portant que nul ne pourra exercer la profession de médecin à Paris s'il n'est docteur ou licencié, Paris, décembre 1352, Issambert, Tome IV, n°194 : Dans cette ordonnance, Jean II le Bon conditionne l'exercice de la médecine à Paris aux seuls licenciés de médecine.

[39] A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ? Réflexions à partir du droit romain et de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales* », *op. cit.*

12. **À bout de souffle.** Quoiqu'il en soit ce système de santé est en perpétuel mouvement et décrit comme à bout de souffle par nombre de ses acteurs ; ces évolutions sont de plusieurs ordres et concernent « *le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, la modification profonde et rapide des pratiques et des techniques liées aux progrès thérapeutiques et technologiques, et enfin une augmentation constante des coûts en lien avec les évolutions épidémiologiques et le coût de certaines nouvelles thérapeutiques* »[40] le conduisant, tel qu'il est organisé, à ne plus pouvoir faire face à ces évolutions[41].

[40] Discours de A. BUZYN alors ministre des solidarités et de la santé à l'occasion de la conférence de presse « *Ma santé 2022 : un engagement collectif* », 18 septembre 2018.

[41] Du fait notamment du cloisonnement existant entre les acteurs de ce système (professionnels et structures).

## III – L'exercice libéral de la profession

13. Bien qu'un retour à « *l'isolationnisme identitaire de la médecine libérale* »[42] ne soit pas souhaité, l'exercice libéral tel qu'il existe aujourd'hui doit se réinventer pour perdurer (**A**) justifiant son approche transversale dans ce travail de recherche (**B**).

### A – Une fonction à réadapter

14. **Inadéquation.** L'exercice libéral est « *héritier du Siècle des lumières* »[43]. Aujourd'hui l'articulation de l'offre de soins et de l'exercice libéral dans notre système de santé est moins évidente et s'explique notamment par les particularismes des modalités d'exercice de la médecine libérale parallèlement aux différentes réformes de santé entreprises ; mais également par la spécificité de ces professions car « *la distinction entre les professionnels de santé (a fortiori les médecins) et les autres professions libérales repose sur leur domaine de compétence : la santé* »[44].

Il apparaît alors judicieux d'appréhender plus particulièrement cette profession sous l'angle de son exercice médical[45] et de son exercice libéral. Quintessence originelle de cette profession, l'exercice libéral a pendant longtemps été la pierre angulaire de l'exercice de ces professions ; toutefois, que ce soit dans un cabinet médical ou dans un établissement de santé cet exercice n'en demeure pas moins soumis à un encadrement sous peine de sanctions[46] car « *ce qui*

---

[42] D. TABUTEAU, « *L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary* », Droit social, 2009, p.383. Sur ces questions, v. G. FLAUBERT, « *Madame Bovary* », éd. Gallimard, Folio, 2001, p.257 : au sujet de l'art médical, « *il le considérait comme un sacerdoce, bien que les officiers de santé le déshonorassent* ».

[43] O. AYNAUD, « *Profession libérale au XXIe siècle* », *op. cit.* V. également sur ces questions R. PFEFFERKORN, « *Laissez-faire, laissez-passer* », *in* Raison présente, n°165, Critiques du libéralisme économique, 2008, p.5-13 : « *La doctrine libérale s'est en effet forgée, ne l'oublions pas, dans le contexte intellectuel des lumières* »

[44] O. AYNAUD, D. PICARD, *« Le statut du médecin par rapport aux autres professions libérales* », Revue française des affaires sociales, 2011, p.313. En effet, « *la prestation de santé n'est pas réductible à un échange dont les conditions dépendent de l'offre et de la demande sur le marché, comme la plupart des autres services libéraux* ».

[45] F. VIALLA, « *Salutat vos Lucas medicus carissimus. L'ambivalence des devoirs du médecin* », *in* Mélanges en l'honneur de Gérard MÉMETEAU. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains, Bordeaux, LEH édition, 2015, p.209-226.

[46] Sur ces questions, v. S. ABED, N. BAAMI-FOURCIN, M. EL-MOUJAHID et A. LAHAYE, « *Les droits et obligations liés à l'intervention des médecins libéraux dans les établissements de santé* », RGDM, n°64, 2017, p.65-93.

*distingue les médecins des autres professions libérales (hors santé) est l'existence d'un tiers gestionnaire s'interposant entre le client et le professionnel (en France il s'agit des caisses d'assurance maladie) du fait d'accords conventionnels* »[47].

De plus, « *les règles relatives à l'organisation des professions de santé (…) placent en leur centre la profession médicale, les compétences entre les autres professions étant construites comme des dérogations au monopole de cette dernière, lui-même protégé par l'infraction d'exercice illégal de la médecine* »[48]. Dans l'approche choisie, il s'agira de s'intéresser essentiellement aux différents modes d'exercice des professions libérales, qui plus du fait de la diversité des structures afférentes à l'exercice libéral : en cabinet individuel, en société d'exercice ou encore en établissement de santé ; la pratique des praticiens libéraux étant inévitablement soumise aux évolutions prévisibles des modes d'exercice.

15. **Indépendance.** Par conséquent, les praticiens libéraux, comme tout autre dirigeant d'entreprise libérale, ont à cœur de préserver une certaine manière d'exercer et une certaine indépendance chérissant ce cadre d'exercice qui les distingue du salariat notamment. La place du professionnel libéral de santé dans l'organisation des soins revêt donc de multiples facettes en perpétuelle évolution qui sont l'apanage même de leur forme d'exercice fort d'une importante proximité « *du service libéral et de celui qui le rend, avec pour corollaire l'imbrication de la vie professionnelle et de la vie familiale que le chef d'entreprise doit optimiser dans ses choix entrepreneuriaux pour pouvoir non seulement vivre de son travail mais aussi, vivre son travail, car c'est encore, très souvent, sinon une vocation au moins un choix issu d'une volonté* »[49] faisant de la médecine libérale notamment, « *une forteresse assiégée au cœur de la réussite historique du modèle français* »[50].

---

[47] O. AYNAUD, D. PICARD, *« Le statut du médecin par rapport aux autres professions libérales* », *op. cit.* : « *Le médecin libéral et les autres professionnels de santé libéraux, comme les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes…, fonctionnent donc de façon indépendante dans le cadre d'une convention collective* ».

[48] Y. BERTRAND et Y. BOURGUEIL, « *Évolution des métiers de la santé, coopérations entre professionnels* », Actualité et dossier de santé publique, n°70, mars 2010, p.24-25. V. CSP, art.L.4161-5 : « *L'exercice illégal de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende* ».

[49] O. AYNAUD, D. PICARD, *« Le statut du médecin par rapport aux autres professions libérales* », *op. cit.*

[50] F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.* Sur ces questions, v. également D. COUTANT et F. TUFFREAU, La médecine générale, une spécialité d'avenir, Presses de l'EHESP, éd. Hygée, 2016 : « *Ce qui est en jeu, c'est la manière dont le médecin généraliste perçoit sa place dans ce système. Cela fait cinquante ans que la médecine générale se vit comme une forteresse assiégée, ses différentes prérogatives ayant été progressivement grignotées par d'autres acteurs du système de soins. Le*

16. **Charte de la médecine libérale.** Cette manière d'exercer propre à l'exercice libéral est alors transposer dans une charte dont les enjeux ont été doubles : définir les principes fondateurs de la médecine libérale, et du colloque singulier qui en résulte, que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret médical, le contrôle des malades par les caisses ou encore le paiement direct des honoraires par le patient au médecin ; et l'encadrement de cet exercice marquant pour certains la fin du véritable terme « libéral »[51] et pour d'autres, « *l'émergence d'une identité libérale* »[52]. Adoptée en 1927 par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), cette charte régit encore aujourd'hui l'identité des professions libérales et « *on ne peut alors qu'être frappé par la prégnance de la défense des principes de la médecine libérale* »[53]

## B – L'approche du sujet d'étude

17. **De l'inclusion à l'exclusion.** Tout au long de ce travail de thèse, il conviendra de s'attacher à différencier des modes d'exercice de cette profession et de ses modalités d'exercice[54]. Le choix a été fait d'exclure les règles relatives à l'exercice public de la médecine,

---

*développement des MSP constitue une réelle opportunité pour permettre à la profession de retrouver une position sociale qu'elle a depuis longtemps perdue. Le médecin généraliste responsable d'une équipe de soins de premier recours, c'est un véritable changement de perspective !* ».

[51] V. notamment F. BIZARD, « *Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours* », 13 avril 2012 ; www.fredericbizard.com/analyse-historique-et-economique-de-la-medecine-liberale-de-la-revolution-a-nos-jours/. Ou encore C. LEICHER, « *Le médecin libéral en 2010* », Les tribunes de la santé, n°28, 2010, p.55-63 : « *La profession, ancrée dans l'exercice libéral, finit par adhérer à la convention* » marquant ainsi la fin de sa réelle indépendance.

[52] A. RENAUD, « *1927 : la charte de la médecine libérale contre les mutuelles* », Le Quotidien du médecin, 19 août 2015.

[53] P. HASSENTEUFEL, « *Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire* », Les Tribunes de la santé, vol.18, n°1, 2008, p.21-28 : « *La charte adoptée en 1927 par la CSMF continue de faire figure de texte de référence pour le syndicalisme médical français* ».

Les enjeux de la charte médicale de 1927 viennent contester le « mouvement » de socialisation du droit de la santé et le passage à une médecine de caisse. Suite à toute une série de textes (Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistante médicale gratuite, loi du 9 avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuel, Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, loi du 30 avril 1930 créant le premier système complet et obligatoire d'assurances sociales au bénéfice des salariés de l'industrie et du commerce), les médecins s'étaient en effet opposés à ce qu'allaient être la médecine de caisse, le paiement à l'acte et la montée de l'État providence.

[54] Bien qu'à la disparition des officiers de santé en 1892, le principe était celui de l'indifférence du statut du praticien car il n'y avait pas « *à proprement parler de plein temps hospitalier et les praticiens hospitaliers étaient donc des*

propres aux praticiens hospitaliers[55], puisque leurs modalités différent en de nombreux points ; mais également d'exclure partiellement les professions paramédicales[56] pouvant pourtant s'exercer également en libéral. Ce choix d'exclusion s'explique notamment par la recherche de dénominateurs communs entre les professions médicales libérales qui ne s'appliquent pas aux professions paramédicales (notamment les infirmiers) ; tel est le cas, entre autres, du dogme de la liberté d'installation

18. **Les pharmaciens.** Dans ce travail de recherche, l'étude de certaines professions a été retenue et d'autres ont été évincées. Il est alors apparu plus judicieux d'exclure la place des pharmaciens dans l'offre de soins française. Rappelons tout d'abord, qu'au sein de sa quatrième partie : Professions de santé, le Code de la santé publique se divise en plusieurs livres :

- Livre I : professions médicales (avec les professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme),
- Livre II : professions de la pharmacie et de la physique médicale,
- Livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (avec les professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'orthophoniste, d'orthoptiste, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de technicien de la laboratoire médical, d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste, d'orthésiste, de diététicien.

*médecins libéraux. Ils exerçaient au sein des hôpitaux le matin, quasi gratuitement, en soignant les nécessiteux qui étaient aussi 'objet de recherche' clinique, ce qui permettra l'émergence et le développement des spécialités cliniques. Ils soignaient leur clientèle privée l'après-midi, assurant ainsi leurs revenus* » (v. C. LEICHER, « *Le médecin libéral en 2010* », *op. cit.*, p.56). Cela peut alors s'apparenter à l'exercice mixte tel qu'il existe aujourd'hui (v. Partie II : L'approche rénovée de l'exercice libéral).

[55] Les médecins qui exercent dans les établissements publics de santé relèvent du statut de praticien hospitalier résultant de la réussite à un concours national ; ils sont ensuite nommés (v. notamment en ce sens CSP, art. R.6152-3).

[56] Sauf pour l'étude d'une nouvelle profession, les infirmiers en pratique avancée permettant de mettre en exergue cette dynamique enclenchée de glissement des tâches des praticiens vers certains auxiliaires médicaux.

La profession de pharmacien[57], tout comme celle de médecin, fait ainsi l'objet en France d'un monopole prévu à l'article L.4211-1 du Code de la santé publique qui dispose que « *Sont réservées aux pharmaciens, sauf les dérogations prévues aux articles du présent code :*

*1° La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine ;*

*2° La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée ;*

*3° La préparation des générateurs, trousses ou précurseurs mentionnés à l'article L. 5121-1 ;*

*4° La vente en gros, la vente au détail, y compris par internet, et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets mentionnés aux 1°, 2° et 3° ;*

*5° La vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée sous réserve des dérogations établies par décret ;*

*6° La vente au détail et toute dispensation au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret ainsi que de leurs dilutions et préparations ne constituant ni des produits cosmétiques, ni des produits à usage ménager, ni des denrées ou boissons alimentaires ;*

*7° La vente au détail et toute dispensation au public des aliments lactés diététiques pour nourrissons et des aliments de régime destinés aux enfants du premier âge, c'est-à-dire de moins de quatre mois, dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés de la consommation et de la santé ;*

*8° La vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public, à l'exception des tests destinés au diagnostic de la grossesse ainsi que des tests d'ovulation* ».

19. **Professions médicales.** De leur côté, les professions médicales font l'objet d'un livre à part entière[58] et seront le sujet même de cette thèse, les professions de santé couvrant, quant à elles, un spectre de missions et d'exercice plus large tels que prévus notamment à l'article L.4001-1 du Code de la santé publique qui dispose que « *l'exercice d'une profession de santé comprend des missions de santé publique qui comportent :*
*1° les obligations déclaratives prévues au présent code, notamment aux articles L.1413-7, L.1413-14, L.1413-15 et L.3113-1 ;*

[57] CSP, art. L.4211-1 à L.4253-3.

[58] CSP, art. L.4111-1 à L.4163-10.

*2° la participation, le cas échéant, à des actions de prévention, de dépistage et de soins nécessitées par un contexte d'urgence sanitaire, mises en œuvre par les agences régionales de santé en application de l'article L.1431-2 ; 3° sur la base du volontariat, la participation à des actions de veille, de surveillance et de sécurité sanitaire* ».

Il est alors aisé de constater que le Code de la santé publique « catégorise » les différentes professions de santé et de ce fait « *les pharmaciens et préparateurs en pharmacie n'ont pas véritablement de place dans cette hiérarchie puisqu'ils détiennent eux-mêmes un monopole pour la préparation et la délivrance de médicaments* »[59].

20. **Monopole.** Pour J. PENNEAU, ce monopole est de ce fait protégé par des dispositions pénales[60], le définissant même à travers un objectif qui est de « *protéger la santé publique à travers le fait de réserver à certaines personnes, présentant la qualification scientifique et les garanties professionnelles requises, diverses opérations réalisées sur des produits règlementés* »[61].

En effet, « *le monopole pharmaceutique français puise sa justification dans les compétences du pharmacien. La France dispose, à cet égard, d'un certain nombre de particularités quant à la formation de ses pharmaciens (…). Le monopole puise aussi sa justification dans la protection de la sécurité sanitaire. Assurément le monopole est un bouclier contre la contrefaçon/ falsification de médicaments grâce à la présence d'un pharmacien à chaque étape du cycle de la vie de ce produit* »[62].

Ainsi, l'exercice du pharmacien se distingue de celui des professions de la médecine libérale également quant aux missions premières qui font l'essence de ces professions. Les missions des pharmaciens sont alors de préparer les produits destinés à l'usage de la médecine, de vendre ces produits, de conseiller sur leur utilisation.

La terminologie de « professionnel de santé » voudrait qu'elle couvre le large spectre de toutes les professions libérales de santé et donc, *de facto*, le pharmacien. Toutefois, ce dernier est

---

[59] Institut Droit et Santé, « *Les professionnels de santé en Europe : la notion de « profession de santé »* », *op. cit.*

[60] CSP, art. L.4212-1 à 4212-8.

[61] J. PENNEAU, « *Pharmacie* », Lois pénales spéciales, mai 2007, §8.

[62] M.GUERRIAUD, « *Le monopole pharmaceutique français* », CDSA, 2017 (version numérique 2018), p.23-24.

désigné comme commerçant et non comme professionnel libéral depuis une jurisprudence de 1829[63] reprise dans un ouvrage de 1834[64], « *le pharmacien est réputé commerçant* ».

21. **Exercice libéral.** Ce travail de thèse porte ainsi de manière générale sur les professionnels libéraux de santé mais plus particulièrement et spécifiquement sur les praticiens exerçant en libéral. L'exercice libéral doit alors s'envisager sous l'angle du droit privé, plus particulièrement des règles du droit civil. Par définition, celles-ci concernent les particuliers et régissent les relations qu'ils entretiennent entre eux[65].

22. **Les règles étudiées**. Cette approche de la place occupée par le professionnel libéral de santé dans l'organisation des soins nécessite une étude transversale de différents domaines du droit regroupant tout à la fois le droit privé comme énoncé ci-dessus, mais également et évidement, le droit de la santé, le droit de la fonction publique et le droit public au travers notamment des autorités de tutelle. À ce caractère circonscrit des règles étudiées s'ajoute la dimension principalement interne de ce travail justifiée par l'aspect historique que revêt l'exercice libéral des praticiens en France et la particularité de la relation qui en découle[66].

23. **Les domaines voisins.** À la suite de l'énumération des règles étudiées, il convient d'évoquer celles qui seront volontairement écartées telles que le volet pénal ; la législation sociale des professions libérales à savoir la protection sociale, les différents régimes de retraite ; la fiscalité des professions libérales[67]. En effet, dans ce travail de thèse, ne seront pas abordées la fiscalité professionnelle des professionnels libéraux tels que l'imposition des

---

[63] Cour Royale de Nîmes, 27 mai 1829 : « *Un pharmacien est réputé commerçant, et soumis, par conséquent, pour toutes les opérations pécuniaires, relatives à sa profession, aux règles du Code de commerce* ».

[64] A. TREBUCHET, Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie, et de la pharmacie en France, éd. J-B BAILLIERE, Librairie de l'Académie royale de médecine, 1834.

[65] R. CABRILLAC, Introduction générale au droit, Dalloz, 13e éd., 2019, n°62, p.63.

[66] Sur l'absence de mise en perspective des règles nationales avec le droit de l'Union européenne, certains points de droit comparé seront amorcés notamment au sujet de la publicité des médecins ou encore du modèle des infirmiers en pratique avancée. Compte tenu de la singularité du système de santé français, le choix a été fait de se consacrer uniquement au droit interne sauf à remettre totalement en cause la construction de l'organisation des soins existantes.

[67] M. COZIAN, J-C. CHOCQUE, M. MASCLET DE BARBARIN, La fiscalité racontée au médecin libéral, LexisNexis, 2008.

bénéfices, la contribution économique territoriale ou encore la TVA. Il a en effet été fait le choix dans l'approche étudiée de s'attarder sur la situation des professions libérales dans leur exercice, et leur organisation, plutôt que sur leur situation sociale ou encore pénale. Cela n'exclut pour autant pas l'étude de la double relation propre à cet exercice : avec les parties à la relation soignante (patients, praticiens, professionnels de santé) et avec les pouvoirs publics et la sécurité sociale.

24. **Circonscription du travail de recherche.** Dans un système de santé où un certain désintérêt de l'exercice libéral de cette profession libérale se dessine il convient de savoir comment, à partir de l'offre de soins telle qu'elle existe déjà aujourd'hui, reconsidérer la place de l'exercice libéral en France ? Et s'il est nécessaire d'envisager une meilleure articulation de l'exercice public et de l'exercice privé de la santé ?

Il s'agit en effet de s'interroger sur le devenir, disparition ou survie, de cette forme d'exercice particulier dans un système où les dernières réformes de santé ont accentué l'hospitalo-centrisme et ont renforcé le rôle du secteur public, au détriment, peut-être de l'exercice libéral devenu source de suscitions et de critiques ; tout en mettant en avant cette volonté de « *préserver toute la dimension humaine et sociale de cette forme d'activité, faite de contact de proximité* »[68].

L'exercice libéral peut-il alors subsister sans se réinventer ? L'ancrage dans une approche classique semble désormais condamner ce mode d'exercice pour des raisons tout à la fois politiques, économiques mais aussi sociologiques. Il s'agit, sinon de réinventer l'exercice libéral, du moins d'en proposer des voies d'adaptation afin d'en envisager le maintien. Des solutions existent-elles alors pour pallier la perte d'intérêt des professionnels de santé pour l'exercice libéral ?

25. Après une approche plutôt théorique, un second temps est consacré au rôle des pouvoirs publics, à leur influence dans cette situation et au devenir des professionnels de santé exerçant en libéral. L'enjeu est alors de mieux encadrer cette pratique afin de perpétrer

[68] O. AYNAUD, D. PICARD, *« Le statut du médecin par rapport aux autres professions libérales »*, *op. cit.*

l'originalité de l'exercice libéral à savoir une profession intellectuelle, indépendante et désintéressée.

Une intervention des pouvoirs publics[69] est alors nécessaire pour adapter la pratique privée afin de mieux en définir le statut, le rôle et la place dans l'offre de soins globale présente sur le territoire et surtout la cohabitation entre l'offre de soins publique et l'offre de soins privée, là où cette forme d'exercice et « *les activités médicales des professionnels libéraux s'inscrivent dans l'aménagement d'un territoire par leur valeur ajoutée économique et sociale* »[70].

La place du devenir de ces professionnels s'explique par les origines et l'approche classique de cette offre de soins libérale mais également par une nécessaire rénovation de l'exercice libéral permettant de resituer la place occupée par les professionnels de santé libéraux dans ce contexte pluriel d'offre de soins en mettant notamment en exergue la qualité et la sécurité des soins mais également le rôle prépondérant de la confiance du patient.

26. Le choix de cette dichotomie, constat de l'existant et prospection à travers des propositions d'évolution et d'adaptation se justifie par une volonté d'inventorier les mécanismes et les formes d'exercice libéral existants, mesurer leur pertinence avant d'envisager leur évolution et leur adaptation permettant une meilleure coopération des différents acteurs de santé mais également l'aménagement nécessaire du cadre de l'exercice libéral et la valorisation de l'interdisciplinarité professionnelle sur le terrain de la santé. Ce travail de thèse suit alors inévitablement un droit en mouvement, évolutif et permettant d'aborder le rôle des politiques publiques. Ce sujet est, bien que discrètement, au cœur de l'actualité depuis le début de cette recherche avec la succession des « lois de santé ».

Depuis la loi HPST du 9 juillet 2009 puis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, de nouvelles propositions de réforme sont déjà débattues notamment sur la place des professionnels de santé libéraux et de l'hôpital avec le projet de loi relatif à

[69] Sur ces questions, v. D. TABUTEAU, « *Pouvoirs publics et professions de santé* », Les Tribunes de la santé, n°26, 2010, p.103-121.

[70] *Ibid.*

l'organisation et à la transformation du système de santé, dit projet de loi « ma santé 2022 » favorisant le décloisonnement et le regroupement entre les différents secteurs de santé.

27. **L'articulation de l'exercice libéral dans l'offre de soins.** Après avoir dressé le champ d'étude de ce travail de recherche, il convient d'énoncer sa problématique qui est celle de savoir s'il faut s'attendre à une disparition ou une métamorphose de l'exercice libéral tel que classiquement admis. En d'autres termes, la nature de cet exercice sera-t-elle, et devra-t-elle, être remise en cause ou assistera-t-on à de simples évolutions à la marge.

28. **Problématique.** En effet, le système français de santé contemporain s'est essentiellement construit sur l'exercice libéral, mais on assiste depuis quelques décennies à une remise en cause de cette construction. Tout l'enjeu de ce travail est alors d'étudier, à partir de l'offre de soins telle qu'elle existe aujourd'hui, comment reconsidérer la place de l'exercice libéral en France ? Sous réserve d'une adaptation des enjeux, logiques et modalités d'exercice, les professionnels de santé libéraux peuvent-ils demeurer au cœur du système de soins en adaptant et en modernisant l'approche de l'exercice libéral ?

29. **Plan.** Au regard de la présente étude, il convient d'établir le constat de l'offre de soins libérale telle qu'originellement admise (**Partie I**) avant d'appréhender les adaptations nécessaires à sa survie (**Partie II**).

# Partie I - L'approche classique de l'offre de soins libérale

« *En ces années 60, des changements se produisirent au sein de notre association de médecins. Jusque-là, notre mode de fonctionnement nous convenait parfaitement : le Dr H. et moi recevions nos malades chacun à notre domicile, et nous venions aussi consulter au domicile de l'autre sans problème. Nous ne voyions donc aucune raison de changer notre organisation. Cependant l'un de nos concurrents directs, le Dr T., prit contact pour s'associer avec nous. Il en avait assez de sa situation de médecin de campagne isolé, toujours de garde, la nuit, le dimanche, ne pouvant prendre des vacances à moins de confier ses patients à des remplaçants peu surs. Il nous offrait de s'associer avec lui.* » [71]

« *Dès ma prime jeunesse, rien n'avait été plus fort en moi que le vœu de demeurer libre et indépendant* »[72]

30. **Conception classique.** Traditionnellement, les professions libérales sont « *des personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvres au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect des principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant* »[73].

Aujourd'hui en perte de vitesse, dans un système de soins où l'offre est davantage hospitalo-centrique que mixte[74], l'attrait des professionnels médicaux pour le mode d'exercice libéral est de moins en moins répandu.

---

[71] V. GUIHENEUF, « *Mémoires d'un médecin de campagne* », *op. cit.*

[72] S. ZWEIG, Le monde d'hier : souvenirs d'un européen, éd. Librairie générale française, 1996.

[73] Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, JORF n°0071 du 23 mars 2012 – art.29.

[74] C'est-à-dire un système de santé s'appuyant sur de multiples structures ; ce qui est le cas théoriquement mais qui s'exprime de façon différente en pratique. Les structures nécessaires à cette offre de soins publique existent pourtant en France à travers les cabinets de villes, les structures ambulatoires, sanitaires, médico-sociales et sociales.

En effet, l'exercice libéral de ces professions n'est plus tel qu'il était envisagé aux prémices de la médecine de ville et de campagne. Ayant forcément vocation à évoluer, en même temps que l'offre de soins de manière plus générale, ce dernier laisse alors transparaitre des difficultés d'existence et de survie.

31. Il s'agira donc dans cette première partie d'exposer le contexte global actuel, où l'offre de soins est plurielle, à la fois publique et privée ; dualité d'une offre gouvernée par le principe fondamental du libre choix du patient[75]. En partant du constat de ce qu'a été et de ce qu'est l'exercice libéral aujourd'hui en France, il appert que ce terme est sans doute plus galvaudé que dans le passé (**Titre I**), laissant alors transparaitre une inadaptation de l'exercice libéral à l'offre de soins actuelle (**Titre II**).

[75] CSP, art. L.1110-8 : « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L.1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.*

*Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux* ».

A titre d'exemple, l'article R.4127-6 du Code de la santé publique prévoit que « *le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter ce droit* ».

# Titre I - Les ambiguïtés du terme « libéral »

« *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire* »[76]

32. **Principes fondateurs.** L'altruisme hippocratique se retrouve, encore, chez Maïmonide, « *Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche* »[77].
Si ces principes humanistes demeurent, il convient de souligner qu'une profonde transformation du monde libéral peut être observée depuis de nombreuses années. Identité de la médecine traditionnelle, la pratique isolée ou familiale[78] s'efface au profit d'un exercice regroupé, encadré et contrôlé. Le sens même du terme libéral se métamorphose et une approche rénovée se fait jour.

33. **Exercice et profession.** Les notions de profession libérale et d'exercice libéral de la profession doivent être confrontées afin de vérifier que l'approche classiquement admise demeure d'actualité. Souvent confondus, ces deux termes méritent pourtant d'être bien distingués. De prime abord la proximité terminologique semble dominer. Profession[79], en

---

[76] Issu du serment d'Hippocrate, texte revu par l'Ordre des médecins en 2012 ; www.conseil-national.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate.

[77] Moïse Maïmonide, הרב משה בן מימון *HaRav Moshé ben Maïmon* ; Fred ROSNER (*la Médecine tirée du Mishneh Torah*, Paris Biblieurope et Britt International 1992, préf. E. Chouchana) considère que la paternité de ce texte ne saurait revenir à Maïmonide ; L'auteur pourrait être Makus HERTZ dans les années 1790 : R.B. BAKER et L.B. Mc CULLOUGH, *The Cambridge World History of Medical Ethics*, New York, Cambridge University Press, 2009 ; A-L TILLY et F. VIALLA, « *Misera plebs : L'accès aux soins des personnes les plus démunies* », RGDM, n°80, 2021, p.75-94.

[78] À titre d'exemple, est considéré comme conjoint collaborateur, « *le conjoint (marié, pacsé ou concubin) d'un chef d'une entreprise commerciale, artisanale ou libérale, qui exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise sans percevoir de rémunération et sans avoir la qualité d'associé* » (v. www.urssaf.fr/home/independant/je-cree-mon-entreprise/le-conjoint-collaborateur.html). La loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, JORF n°0299 du 24 décembre 2021, a toutefois limité le statut de conjoint collaborateur à une durée de cinq ans. Une fois cette limite de temps écoulée, le conjoint collaborateur devra opter pour le statut de conjoint associé ou de conjoint salarié.

[79] Le terme de « professionnel » est défini dans l'ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 relative à la partie législative du Code de la consommation, JORF n°0064 du 16 mars 2016 comme *« toute personne physique ou morale, publique ou privée, qui agit à des fins entrant dans le cadre d'une activité commerciale, industrielle, artisanale, libérale ou agricole, y compris lorsqu'elle agit au nom et pour le compte d'un autre professionnel* ».

effet, renvoie à une condition, un état, un métier, un emploi[80], tandis que le terme « exercice » peut signifier, selon l'Académie : « *Action de pratiquer un métier, d'exercer une fonction, une activité* »[81].

34. Il semble toutefois nécessaire de se départir de cette synonymie apparente lorsque l'on aborde la pratique médicale. La profession de médecin englobe la communauté des femmes et des hommes de l'art (le corps médical) quel que soit leur statut et le mode d'exercice qu'ils ont élu. De toute évidence l'uniformité terminologique de ces notions fait défaut, la définition du terme « *libéral* »[82] n'a eu de cesse d'évoluer. On retrouve, toutefois, en filigrane des éléments invariants : l'aspect « *favorable à la liberté* » ou encore qui incombe à un « *homme libre* » [83].

---

[80] Définition du terme profession – dictionnaire Littré. Dictionnaire de l'Académie française, 1ère éd. 1694 : *Profession,* se dit aussi, De tous les différents états & les différents emplois de la vie civile. *De quelle profession est-il ? est-il de robe, d'espée ou d'Église. Embrasser une profession. Choisir une profession. Vivre selon sa profession. La profession d'Avocat. La profession de Médecin. Exercer une profession. C'est une profession pénible & d'une grande sujétion. Il est d'une profession fort honnête. Il est habile dans sa profession. Il est Chirurgien de profession, de sa profession. Il est fort honnête homme dans sa profession. Il s'y trouva des gens* (…) ; 9ème et actuelle éd., XIIe siècle. Emprunté du latin *professio* « *déclaration, manifestation ; profession, état, métier* », lui-même dérivé de *profiteri* « *déclarer ouvertement ; s'engager à, promettre* » 2. Métier : « *activité qu'une personne exerce régulièrement afin de se procurer les moyens nécessaires pour subvenir à son existence. (…) Au singulier, dans un sens collectif. Ensemble de ceux qui exercent le même métier, qui travaillent dans un même secteur d'activité ; par extension, ce secteur d'activité et les intérêts qu'il représente* » ; https://www.dictionnaire-academie.fr.

[81] Définition du terme exercice ; dictionnaire Littré. « *Action de pratiquer un métier, d'exercer une fonction, une activité. Il a été victime d'un accident dans l'exercice de ses fonctions. Être condamné pour exercice illégal de la médecine, pour outrage à magistrat dans l'exercice de ses fonctions ».*

[82] « *Liberalis* » : relatif à une personne de condition libre, dictionnaire Gaffiot. V. également Dictionnaire Larousse du XXe siècle, 1930 : *(de liberalis) digne d'un homme libre ; profession libérale : profession dans l'exercice de laquelle l'intelligence a plus de part que la main (arts libéraux : ceux qui exigent particulièrement l'intervention de l'intelligence et qui étaient autrefois l'apanage des gens de condition libre ; pratique, sans déchéance, des hommes libres)* ».

[83] Dictionnaire de l'Académie française, *op.cit.* : On appelle, *Les Arts libéraux,* Les Arts qui peuvent être pratiqués par un homme de condition libre & ingénue, & sans instruments & machines. Ils sont opposés aux Arts mécaniques. *La Grammaire, la Rhétorique, la Dialectique, l'Arithmétique, la Musique, la Géométrie, l'Astronomie, sont les sept Arts libéraux » ;* 6ème éd., 1835 *: « Arts libéraux,* par opposition aux *Arts mécaniques,* Ceux qui appartiennent plus particulièrement à l'esprit, et où les facultés intellectuelles ont plus de part que les facultés physiques » ; 8ème éd., 1935 : « *Arts libéraux,* par opposition aux *Arts mécaniques,* Ceux qui appartiennent plus particulièrement à l'esprit et où les facultés intellectuelles ont plus de part que les facultés physiques. *La peinture, la sculpture sont des arts libéraux.*

*Profession libérale,* Profession telle que celle de médecin, d'avocat, de notaire, etc., qu'on exerce librement, par opposition aux fonctions publiques qui sont rémunérées par l'État et s'exercent sous son contrôle. » ; 9ème éd. : « *1. Anciennement. Qui convient à un homme libre. Les arts libéraux, voir Art. On parlait, dans le même sens, d'Éducation libérale. Aujourd'hui. Profession libérale, qui n'est ni commerciale ni salariée, et qui est exercée d'une façon indépendante et responsable. Sont rangées parmi les professions libérales celles d'avocat, d'architecte, de médecin. L'exercice libéral de la médecine.*

Il s'agira donc de démontrer qu'entre la profession libérale et l'activité libérale, il existe l'exercice libéral de ces professions[84], souvent défini par choix, par motivation. La notion de profession libérale apparait alors comme dépassée (**Chapitre I**) dans un système où l'offre de soins reconnait plus aisément celle d'exercice (**Chapitre II**).

*La médecine libérale. La plupart des professions libérales sont soumises à une déontologie propre sous le contrôle d'ordres regroupant les membres de ces professions.* ».

En ce sens, définitions du terme « libéral » : Nouveau Larousse universel, 1949 ; Nouveau petit Larousse illustré, 1953 ; Dictionnaire Littré, 1957 ; Dictionnaire encyclopédique Ouillet, 1976 ; Le petit Larousse, 1987 et 2005 ; Le nouveau Littré, 2004.

[84] L'intention est de démontrer que le terme de profession libérale est une notion qui s'applique à toute une discipline, ici essentiellement la médecine, quel que soit son mode d'exercice, puisque les médecins salariés par exemple sont une profession libérale. Certains praticiens ont alors un mode d'exercice libéral qui s'oppose au salariat ou encore aux agents de l'État. La distinction repose ainsi sur l'exercice, c'est-à-dire sur la manière dont ils pratiquent leur activité libérale : en clientèle privée individuelle ou en société.

# Chapitre I - La notion dépassée de profession libérale

35. **Conception dépassée.** D'après le Doyen R. SAVATIER, « *notre humanité entre dans l'âge des techniques, qui est par voie de conséquence, l'âge du capital et de la socialisation. Il y a là de quoi désorienter la conception classique des professions libérales* »[85]. Cette conception classique des professions libérales apparait alors surannée ; trop d'évolutions sociétales[86] sont venues bousculer la notion classiquement admise. À juste titre, le Professeur F. ALCADE soulignait que « *le secteur libéral sous les coups répétés de mutations économiques et sociales a, toutefois, progressivement évolué* »[87], graduellement, voire malgré lui afin de s'adapter à une offre de soins et des besoins en pleine mutation[88].

Héritée de traditions ancestrales, la notion même de profession libérale mérite dorénavant d'être appréhendée au travers de deux axes distincts que sont l'exercice libéral d'une profession et ses modes d'exercice, et non plus à l'aune d'une activité « solitaire »[89] reposant seulement sur une prestation intellectuelle[90].
Dans ce travail de recherche, la profession la plus étudiée sera celle de médecin, exercice libéral originel par excellence. En effet, la médecine libérale s'est, depuis de nombreuses années, affirmée comme « *l'identité dominante de la profession médicale française datant des années 1920* »[91].

---

[85] R. SAVATIER, Les Métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui, *op. cit.,* p.226 et s.

[86] Sur le néologisme "sociétal", v. C. DELSOL ; https://www.canalacademie.com/ida10759-Social-et-societal.html.

[87] F. ALCADE, La profession libérale en droit fiscal, thèse de droit, Bibl. dr. entre. T.15, Litec, p.136, n°141.

[88] Cela s'explique par exemple par les politiques publiques en matière de santé, la formation médicale, les recherches et découvertes dans le domaine de la santé, les risques sanitaires, les enjeux de la prise en compte des usagers etc.

[89] P. CHAPLET, « *Ce qu'il faut entendre par la patrimonialité du cabinet de l'avocat* », La gazette du palais, 1968, 2e sem., p.185-190 ; Dans le sens d'indépendante.

[90] *Ibid*., p.186. V. loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, *op. cit*., article 29-1. Définition de la profession libérale : « *Les professions libérales groupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant ».*

[91] P. HASSENTEUFFEL, « *La défense de la médecine libérale* », 16 juin 2015 ; www.laviedesidées.fr.

L'Académie de médecine avait d'ailleurs pu définir la médecine libérale comme un « *mode d'exercice de la profession de médecin qui s'oppose à l'exercice salarié* »[92].

36. **Caractéristiques.** Dans la tradition française, la médecine libérale présente les caractères suivants : la liberté d'établissement, la liberté de prescription[93], la liberté pour le malade du choix de son médecin[94], la fixation des honoraires par entente directe entre le malade et le médecin pour chaque acte médical[95], ou encore le respect absolu du secret professionnel[96].

Si certains de ces caractères peuvent évoluer d'autres demeurent ; par exemple, « *le développement de la protection sociale a changé le mode de fixation des honoraires en respectant les autres ; quant au secret médical, il s'impose au médecin et n'est pas propre à l'exercice libéral* »[97].

---

[92] Dictionnaire médical de l'Académie de médecine, version 2022 ; www.academie-medecine.fr.

[93] Pour les médecins, 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.*

*Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.*

*Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles* ».

[94] Pour les médecins, article R.4127-6 du Code de la santé publique : « *Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin.*

*Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit* ».

[95] Pour les médecins, article R.4127-53 du Code de la santé publique : « I. *Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la règlementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.*

*Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémédecine.*

*Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire* ».

[96] Pour les médecins, CSP, art. R.4127-4 : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.*

*Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».

[97] Dictionnaire médical de l'Académie de médecine, 2019.

37. Finalement, force est de constater qu'il n'existe que peu d'ouvrages relatifs à la notion de profession libérale[98], il devient alors difficile de la définir aisément (**Section I**). C'est pourquoi, il apparait alors plus judicieux d'opérer une approche du « contenu » plutôt que du « contenant » ; c'est-à-dire de privilégier l'étude des notions d'activité et d'exercice libéraux (**Section II**).

[98] J. SAVATIER, *Contribution à une étude de la profession,* in *10 ans de conférences d'agrégation*, Études de droit commercial offertes à J. HAMEL, Dalloz 1961, p.2.

## Section I – La définition et les contours de cette notion de profession

« *Il semble exister une certaine forme tautologique à définir la profession libérale avec toujours, actuellement, une relative insatisfaction des différentes propositions* »[99]

38. **Définition.** La loi du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives définit les professions libérales comme « *les personnes exerçant à titre habituel*[100]*, de manière indépendant et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre*[101] *au moyen de qualifications professionnelles appropriées*[102] *et dans le*

[99] O. AYNAUD, « *Profession libérale au XXIe siècle* », *op. cit.*, op. 62.

[100] Dans le sens de répétitif : invariant de la définition de la profession (avec le but lucratif et la pénibilité). V. Ancien testament genèse : « *tous les jours de ta vie tu gagneras ton pain à la sueur de ton visage* ».

[101] Invariants de la définition de la profession libérale, c'est-à-dire une profession indépendante, intellectuelle.

[102] Là encore, il s'agit d'un invariant de la définition de la profession libérale qui exige l'obtention d'un diplôme et non de simples compétences. V. la définition de l'acte médical in AUBY, PEQUIGNOT, SAVATIER, J. SAVATIER, « *Traité de droit médical* », Litec, 1956, p.11, n°1 : « *L'acte médical est celui qu'un homme qualifié pose en vue de guérir autrui. Depuis que le médecin s'est clairement distingué du thaumaturge et du mage par le caractère scientifique de ses interventions, il faut ajouter que l'acte posé en vue de guérir n'est un acte médical que s'il repose sur l'usage, au moins apparent, de connaissances biologiques unies à une technique appropriée* ».

*respect de principes éthiques ou*[103] *d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant* »[104].

Avant cela, l'article 92 du Code général des impôts[105] prévoyait que « *sont considérés comme provenant de l'exercice d'une profession non commerciale, les bénéfices des professions libérales, des charges et offices dont les titulaires n'ont pas la qualité de commerçant* ». Pour autant, la seule définition existante avait été posée en 2005 par une directive du Parlement européen pour lequel une profession libérale désignait *« toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre*

---

[103] L'existence de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle est un signe distinctif fort de la profession libérale. La déontologie justifie à ce titre l'existence d'un ordre et, de ce fait, l'aspiration de certains professionnels à être dotés d'un ordre et d'une déontologie. V. en ce sens Pr. D. TRUCHET, Préface du Code de déontologie de l'ostéopathie, novembre 2018 ; https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/page/6388-Code-de-deontologie-des-osteopathes-du-SFDO.pdf : « *Les codes de déontologie sont à la mode : de nombreuses professions ou institutions, privées ou publiques, sanitaires ou non, s'en dotent sous des appellations diverses, alors même qu'aucune obligation législative ne le leur impose. Cette mode en effet correspond à une nécessité sociale. […] Les enjeux sont multiples : au-delà de l'exigence morale et du bon fonctionnement de l'institution ou de la profession, ils comportent une dimension d'information du public, une volonté de prévenir les conflits et un effet d'image* ». Ils sont toutefois obligatoires pour certaines professions, à l'inverse de celle d'ostéopathe : « *Contrairement à certaines professions de santé reconnues comme telles par le législateur, l'ostéopathie ne dispose pas d'un ordre professionnel qui serait tenu de préparer un code adopté par décret, obligatoire pour tous les membres de la profession et sanctionné par des peines disciplinaires prononcées par un organe juridictionnel* ».

De plus, il est important d'insister sur ce « ou » présent dans la définition légale de la profession libérale, « le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle » semblant consubstantiel à la profession libérale. V. F. VIALLA, « *La déontologie des professions de santé* », RDSS, actes du colloque de l'Association française du droit de la santé, mars 2018, p.37-60 : « *La présence de la conjonction de coordination disjonctive 'ou' peut surprendre en ce qu'elle indique une alternative, là où la conjonction 'et' marquerait le cumul des normes éthiques et déontologiques. La confusion existant entre éthique et déontologie demeure une réalité et souvent 'droit médical, déontologie, éthique médicale sont un peu synonymes pour le médecin et sont généralement étudiées ensemble* » ; v. également L. ROCHE, « *Réflexion d'un médecin sur le droit médical* », Cahiers de droit médical, Académie internationale de médecine légale et de médecine sociale, n°1, 8 juin 1981. Ainsi, « *si le respect de la déontologie apparaît comme un critère identifiant des professions libérales, et singulièrement de celles proposant une 'prestation de soins', elle doit alors être considérée comme contraignante et 'sanctionnable' et elle entre indéniablement dans le sein du droit* » (déontologie et/ou éthique).

V. enfin O. AYNAUD, « *Profession libérale au XXIe siècle* », *op. cit.* : « *La profession libérale historique, issue du XIXe siècle, est une activité dont l'exercice est règlementé et l'accès réservé à des personnes maîtrisant un corpus de connaissances, ainsi que des schèmes éthiques et de valeurs garantissant la qualité sociale de la prestation professionnelle* ».

[104] Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, *op. cit.*

[105] Loi fiscale du 31 juillet 1917 qui poursuivit « *la réforme fiscale induite par l'introduction de l'impôt sur le revenu* » ; v. www.economie.gouv.fr/saef-marches-publics-14-18/sources-grande-guerre.

*personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public* »[106].

Son considérant n°43 précisait qu'il s'agissait « *d'une activité ou un ensemble d'activités professionnelles dont l'accès, l'exercice ou une des modalités d'exercice est subordonnée directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, règlementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées, à l'utilisation d'un titre professionnel limité par des dispositions législatives, règlementaires ou administratives aux détenteurs d'une qualification professionnelle donnée* ».

Il est vrai que la définition posée par cette directive et les précisions apportées ont permis de dessiner les premiers contours textuels du terme de professions libérales. Pour autant, le peu d'écrits notionnels en matière de profession[107] et *a fortiori* en matière de professions libérales[108] faisaient toujours persister un doute quant à sa définition contemporaine.

39. Toutefois, et de manière inévitable, quel que soit le mode d'exercice choisi par les femmes et hommes de l'art, elles demeurent des professions libérales par leur caractère intellectuel, indépendant et désintéressé tels que décrites dans leur conception traditionnelle (**§1**), même si de nos jours ces caractéristiques ne correspondent plus tout à fait à la notion même de profession libérale (**§2**).

---

[106] Directive n°2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

[107] J. SAVATIER, « *Contribution à une étude de la profession* », *op. cit.* Pour l'auteur, à la page 4 de l'article cité, la notion même de profession doit s'envisager sous l'angle du droit civil et prendre place dans l'étude de l'état de la personne. V. également en ce sens : A. LAMBOLEY, La société civile professionnelle, un nouveau statut de la profession libérale, *op. cit.* ; F. ALCADE, La profession libérale en droit fiscal, *op. cit.* ; F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, *op. cit.*

[108] J. J DAIGRE, « *Patrimonialités de clientèles civiles : du cabinet au fonds libéral* », Droit et patrimoine, 1995.

## §1 – La définition traditionnelle de profession libérale

40. Que l'on se réfère aux critères originels ou à ceux de la loi de 2012, la notion de profession libérale est plus large que celle de mode d'exercice. L'appellation « profession » ou « professionnel libéral » est souvent source de confusion car quel que soit le mode d'exercice (salarié, agent de l'État, libéral), le praticien exerce une profession libérale. L'originalité de ces professions découle en effet plus particulièrement de l'aspect historique qu'elles revêtent et permettent d'en deviner les contours (**A**) pour au fil des années en extraire des dénominateurs communs (**B**).

### A – Les caractéristiques originelles

41. Originellement, les titres de médecin étaient octroyés par la naissance ou le hasard[109] contre désormais une obligation de réussite à des concours et examens comme le démontre le terme de « qualification »[110]. Comme le soulignait le Professeur F. VIALLA, « *l'État libéral a donc marqué l'apogée de la profession libérale traditionnelle, individualiste et indépendante* ». En effet, le terme profession libérale « *se dit d'une profession qui a pour objet un travail intellectuel effectué sans lien de subordination entre celui qui l'effectue et celui pour le compte de qui il est effectué, dans le respect de règles déontologiques (architecte, avocat, médecin par exemple) et dont la rémunération ne revêt aucun caractère commercial* »[111].

42. **Droit de la santé.** Ramenée à l'étude du droit de la santé, et plus spécifiquement à son système de santé, la définition des professions libérales posée par la loi du 22 mars 2012 ne trouve toutefois pas son pendant dans le Code de la santé publique notamment, où sa transposition n'est pas clairement établie pour les professions médicales libérales. Seuls les codes de déontologie abordent la spécificité de l'exercice de ces professions, tant et si bien

[109] P. STILLMUNKES, « *La notion de profession libérale et son évolution* récente », AJDA, 1964, p.105.

[110] Définition du terme « qualification » ; www.littre.org/definition/qualification : « *Attribution d'une qualité, d'un titre* ».

[111] Dictionnaire Le Larousse.

qu'il est possible de constater l'absence réelle d'une notion juridique unifiée de profession médicale libérale[112].

Il est cependant concevable, et admis, de circonscrire le périmètre de ces professions au travers de plusieurs dénominateurs communs à toutes les activités qu'elles regroupent, faisant alors des professions libérales « *une construction sociologique, antérieure même à la formation consciente d'un droit positif* »[113].

43. **Image originelle.** L'étude de cette notion de profession libérale renvoie alors inévitablement aux critères intellectuels, indépendants et désintéressés qui la caractérisent mais également à cette image méliorative de société bourgeoise[114] au sujet de laquelle le Doyen R. SAVATIER disait « *qu'il est naturel qu'à cette éminente responsabilité, s'attache un certain prestige* »[115].

Si l'exercice d'une profession libérale paraît aujourd'hui un peu comme un « *brevet de bourgeoisie, c'est que le profane a socialement conscience qu'il réalise une ascension s'il est admis à passer dans la catégorie des initiés, le conseillé dans la classe de ce qui conseillent, l'ignorant dans le cadre des savants* »[116].

La caractéristique principale d'une profession libérale tient alors plus à sa destination qu'à sa définition textuelle. Elle réside dans la mission confiée par les personnes, ou les entités, se rapprochant de ces professions. En effet, l'enjeu pour ces professions est double : répondre non seulement aux missions confiées par leur patientèle mais également confiées par les pouvoirs publics.

---

[112] Ce constat avait été dressé par le Professeur F. VIALLA à l'occasion de ses travaux de recherche sur la notion juridique unifiée de profession libéral, terme alors indéfini par la loi. V. F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, *op. cit.*

[113] R. SAVATIER, Les métamorphoses…, *op. cit.*

[114] F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, *op. cit.*

[115] Expressions classiques de « bourgeoisie intellectuelle » permettant de bien se distinguer à la fois des ouvriers mécaniques (travailleurs manuels) et de l'aristocratie oisive. V. M. WEBER, Économie et société, Paris, Plon, 1971.

[116] R. SAVATIER, Les métamorphoses…, *op. cit.*, Chap. III : Sociologie juridique des professions libérales, p.195.

B – Les caractéristiques légiférées

44. **Caractéristiques insuffisantes.** Pour définir une profession libérale de santé, il faudrait donc s'orienter vers les plus répandues, telles que les médecins et les sages-femmes par exemple, et chercher les dénominateurs communs.
Nous verrons que l'on se confronte alors immédiatement et irrémédiablement aux aspects historiques descriptifs de ces professions que sont les aspects intellectuel, indépendant et désintéressé[117] qui fondent ces professions[118]. Mais cela est réducteur puisqu'ils ne sont aujourd'hui plus suffisants et se retrouvent dans l'exercice d'autres professions.

En effet, des règles transversales et communes se distinguent dans chacune des professions libérales. Il faudrait alors baser cette définition et cette catégorie professionnelle sur des éléments plus actuels et adaptés :

- L'indépendance, qui est certes l'un des critères fondateurs de la profession mais auquel l'attachement reste intact, c'est-à-dire la liberté de pratique et de jugement du professionnel libéral, et ce dans l'intérêt du patient pris en charge sans influence extérieure[119] ;

[117] Une étude plus poussée de ces caractéristiques sera faite juste après dans le paragraphe I de la section II de ce chapitre.

[118] Ces éléments fondateurs des professions libérales seront développés dans le paragraphe II de cette section.

[119] Nous verrons par la suite que certains aspects politiques et financiers influent inévitablement sur cette indépendance des professions libérales ; bien que le principe ait été affirmé, tout comme l'indépendance technique et la liberté thérapeutique, il connaît également des atténuations en droit de la responsabilité notamment.

- La responsabilité[120], puisqu'un professionnel de santé libéral engage sa responsabilité du fait de ses actes[121] sur le terrain de la responsabilité civile professionnelle[122] mais également de la responsabilité pénale ou encore de la responsabilité déontologique[123] ;
- Le secret professionnel, auquel le professionnel libéral est tenu sous peine de s'exposer à des sanctions ;
- La formation continue, afin d'actualiser ses connaissances professionnelles sous forme d'obligations.

Ces éléments caractéristiques des professionnels de santé libéraux répondraient alors plus aux réalités contemporaines d'exercice de la profession que les critères fondateurs.
En tout état de cause, ces critères communs ne permettent de distinguer le professionnel de santé libéral d'un autre professionnel que dans le cas où ils sont rattachés à un domaine de compétence, ici celui de la santé[124].

45. **Présence de l'Assurance maladie.** La distinction entre ces professionnels repose également sur l'existence d'une tierce entité gestionnaire ; en France, et en application d'accords conventionnels, l'Assurance maladie joue donc ce rôle. Les professionnels de santé libéraux exercent donc de manière indépendante mais dans le cadre d'un accord conventionnel[125].

---

120 Voir en ce sens Civ.1ère, 25 novembre 2020, n°19-20.748 qui rappelle notamment qu'il incombe à l'établissement de santé de veiller à ce qu'un médecin exerçant dans ses murs à titre libéral ait souscrit une assurance.

121 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 a réaffirmé la responsabilité de ces professionnels vis-à-vis des actes de prévention, de diagnostic et de soins qu'ils prodiguent dès lors que ceux-ci entrainent des conséquences dommageables. La responsabilité civile professionnelle (RCP) est alors devenue obligatoire.

122 Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, « *L'assurance en responsabilité civile médicale* », février 2007.

123 G. DUHAMEL, « *Paroles de médecin* », *op. cit.* : « *La grandeur de la médecine est dans la responsabilité* ».

124 Ce qui explique notamment que les soins aient été exclus du champ d'application de la directive 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur : « *La présente directive ne s'applique pas aux activités suivantes : les services de soins de santé, qu'ils soient ou non assurés dans le cadre d'établissements de soins et indépendamment de la manière dont ils sont organisés et financés au niveau national ou de leur nature publique ou privée* ». Ils répondent en effet à un intérêt général.

125 M-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET, Dictionnaire de droit de la santé, LexisNexis, 2021 *: « Les relations entre les praticiens libéraux et l'assurance maladie sont régies par des conventions nationales dont l'objectif principal est de fixer*

Ces différents éléments attachés à la notion de professions libérales, et même s'ils permettent de mieux en cerner les contours, demeurent pour l'instant factuels puisque seuls les critères fondateurs servent toujours de référence alors qu'ils apparaissent pourtant aujourd'hui inadaptés et désuets.

*des tarifs régulés pour les actes de soins. Ces conventions concernent tous les professionnels de santé libéraux qui ont choisi d'exercer sous le régime conventionnel. L'expression de convention médicale est utilisée pour désigner la convention nationale propre aux médecins libéraux* ».

## §2 – Les contours étriqués de cette notion

« *Le monde des professions libérales s'est métamorphosé et l'acceptation qu'en a aujourd'hui le droit a, elle aussi, évolué, même s'il conserve l'empreinte des fondements anciens* »[126]

Face à cette difficulté de définir cette notion, y compris dans les textes existants (**A**), la pratique s'est, malgré tout, quelque peu éloignée de la définition textuelle (**B**).

A – La notion dans les textes

46. **Encadrement législatif.** La notion dans les textes procède de deux approches différentes ; la première ancrée dans la profession et la deuxième dans le mode d'exercice. Tout d'abord, la définition des professions libérales, telle qu'issue de la loi du 22 mars 2012, était focalisée sur leur qualification professionnelle ainsi que sur la nature de la prestation qui était fournie, traduisant alors une conception terminologique large et extensive.

Elle a par la suite été modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018[127]. Aussi, le Code de la sécurité sociale qui segmentait ces professions en deux catégories (professions règlementées et professions non règlementées) a dépassé cette scission reposant sur leur affiliation à des activités professionnelles[128] pour proposer une définition exhaustive mettant fin à l'affiliation par défaut de certaines professions aux régimes de protection sociale des professions libérales.

47. **Code de la sécurité sociale.** Désormais, le Code de la sécurité sociale liste explicitement les professions non-règlementées rattachées aux régimes de protection sociale

---

[126] F. VIALLA, « *La déontologie des professions de santé* », *op. cit.*

[127] Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, JORF n°0305 du 31 décembre 2017 complétée par l'ordonnance n°2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du Code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants, JORF n°0134 du 13 juin 2018.

[128] Étaient donc intégrées dans cette définition les professionnels exerçant une activité que l'on ne pouvait pas qualifier de commerciale, d'artisanale, d'industrielle, ou encore d'agricole (c'est-à-dire les professions qui n'étaient pas règlementées).

des professions libérales, et glisse alors d'une affiliation par la négative à une affiliation positive[129]. À cet effet, l'article L.640-1 du Code de la sécurité sociale dispose que « *sont affiliées aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales les personnes exerçant l'une des professions suivantes :*

*1°) médecin, étudiant en médecine mentionné au 4° de l'article* L. 646-1*, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, auxiliaire médical, psychothérapeute, psychologue, ergothérapeute, ostéopathe, chiropracteur, diététicien ;*

*2°) notaire, huissier de justice, personne ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire ou habilité à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article* L. 321-4 *du code de commerce, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, expert automobile, personne bénéficiaire de l'agrément prévu par l'article* L. 472-1 *du code de l'action sociale et des familles, courtier en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, expert-comptable, agent général d'assurances ;*

*3°) Architecte, architecte d'intérieur, économiste de la construction, géomètre, ingénieur-conseil, maître d'œuvre ;*

*4°) Artiste non mentionné à l'article* L. 382-1*, guide conférencier ;*

*5°) Vétérinaire ;*

*6°) Moniteur de ski titulaire d'un brevet d'État ou d'une autorisation d'exercer mettant en œuvre son activité dans le cadre d'une association ou d'un syndicat professionnel, quel que soit le public auquel il s'adresse ;*

*7°) Guide de haute montagne ;*

*8°) Accompagnateur de moyenne montagne* ».

Pour autant, et contrairement aux salariés ou aux commerçants par exemple, la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles ne définit pas la catégorie 31 « *professions libérales et assimilées* »[130].

[129] Désormais, les personnes exerçant une activité libérale, et ne figurant pas sur la liste prévue à l'article L.640-1 du Code de la sécurité sociale, sont rattachées aux groupes des professions artisanales et commerciales.

[130] O. AYNAUD, D. PICARD, *« Le statut du médecin par rapport aux autres professions libérales* », *op. cit.*, p.311.

48. Du chemin reste donc encore à parcourir quant à la définition même d'une profession libérale et des critères exhaustifs qui la caractérisent. Il résulte de ce constat que les professions libérales seraient difficiles à « catégoriser » et à « universaliser » préférant alors utiliser et se référer à des amorces de définitions ou des définitions insuffisantes ; ou encore à une approche plus doctrinale de la notion pour qui « *la profession libérale, souvent vue comme une particularité sociale, comme une corporation professionnelle, est une entité appartenant à la structure socio-économique de notre société* »[131].

[131] O. AYNAUD, « *Profession libérale au XXIe siècle* », *op. cit.*

B – La notion dans la pratique

Cette approche énumérative telle que prévue par le Code de la sécurité sociale est un frein à la consécration de critères généraux définissant les professions libérales et traduit la difficulté du législateur d'encadrer cette notion. Il est alors difficile de rattacher cette notion de profession libérale au droit, et singulièrement au droit civil, sauf à faire « *émerger un droit civil professionnel, généraliser les pratiques et faire de la profession un des facteurs essentiels de la condition juridique des individus* »[132].

49. **Droit civil professionnel.** Bien que l'idée de l'émergence d'un droit civil professionnel faciliterait grandement son encadrement et ses contours, l'auteur souligne que cette segmentation juridique par profession revêt un aspect inégalitaire, « *les lois n'étant alors pas faites pour tous les hommes (…), mais pour des groupes d'hommes reconnaissables à la profession qu'ils exercent. Le droit moderne détruisant le principe d'égalité civile admet volontiers qu'il peut y avoir, entre les hommes, une inégalité dans la jouissance des droits privés et que la règle juridique peut s'appliquer seulement à une catégorie sociale déterminée* »[133].

Ce morcellement du droit civil permettrait alors l'émergence d'un droit propre aux professions[134], y compris aux professions libérales, et ainsi l'application de règles juridiques spéciales[135] mais entraverait de manière inéluctable les principes fondateurs du droit dont le principe de sécurité juridique[136].

---

[132] G. RIPERT, « *Ébauche d'un droit civil professionnel* », Mélanges H. CAPITANT, 1939, p.677.

[133] G. RIPERT, *op. cit.*

[134] Dont les exemples les plus probants sont le droit commercial ou encore le droit de la consommation.

[135] A distinguer des règles déontologiques.

[136] CE Ass., 24 mars 2006, Société KPMG et autres, n°288460 : Reconnaissance d'un principe de sécurité juridique en droit interne. Le juge administratif s'inscrit alors dans la continuité de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJCE, 14 juillet 1972, Azienda Colori Nazionali c/ Commission) et de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH, 13 juin 1979, Marckx c/ Belgique).

Cette difficulté s'explique, entre autres, par leur nombre et leur diversité, rendant alors une définition légale « globale » complexe[137] , mais également par la présence, dans cette liste, de professions pouvant être assimilées à des professions commerciales[138].

50. **Construction.** Le Professeur J. SAVATIER avait d'ailleurs pu écrire que « *la profession libérale est caractérisée plus par un esprit que par un statut* »[139] ; elle serait ainsi plus « *une construction historique, empirique que scientifique* » comme a pu le souligner le Professeur F. VIALLA. D'autres auteurs ont pu mettre en exergue cette atteinte à la conception originelle des professions libérales et notamment des médecins soulignant les différents modes d'exercice dans la pratique.

À ce propos, F. BIZARD a pu écrire que « *dans certaines professions libérales les plus authentiques, on rencontre côte à côte des professionnels indépendants et des salariés ou des fonctionnaires. C'est ce qui se présente chez les médecins. D'une part, nous avons le type traditionnel de médecin de famille qui se dévoue à une clientèle dont il a su gagner la confiance. D'autre part, et de plus en plus, il existe des médecins qui sont uniquement au service d'une clinique privée, d'un hôpital public, d'une entreprise industrielle ou d'une administration. On ne peut, sous prétexte de sauvegarder l'indépendance des médecins, éliminer cette seconde catégorie. Va-t-on dès lors, considérer que seuls les médecins du premier type exercent une profession libérale ? La définition des professions libérales serait bien peu logique si, suivant les circonstances, la même profession pouvait ou non rentrer dans la catégorie libérale. Au surplus, la distinction serait souvent délicate : un même professionnel peut garder une clientèle tout en étant au service d'une administration. C'est pourquoi l'indépendance ne peut, à notre avis, fonder une définition de la profession libérale. Sans doute elle joue un grand rôle dans l'organisation de beaucoup de professions libérales, mais on ne peut dire que l'indépendance économique ou l'absence de subordination juridique soient des caractères constants de ces professions* »[140].

---

137 F. VIALLA, *L'introduction du fonds libéral en droit positif français*, *op. cit.*

138 Cela est notamment le cas pour les pharmaciens qui sont par exemple rattachés aux professions libérales par le Code de la sécurité sociale mais assimilés à des commerçants par la jurisprudence, Cour Royale de Nîmes, 27 mai 1829 précitée, ou encore Crim., 25 mai 1905 : « *Le pharmacien n'exerce pas une profession mais fait des actes de commerce* ».

139 J. SAVATIER, *Qu'est-ce qu'une profession libérale*, Rev. Projet, 1966, p.451.

140 F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.* Malgré tout, les mots sont des « objets frontières » pour lesquels il convient de s'entendre sur le sens que chacun lui donne, l'absence de précision étant source d'équivoque. Ici le terme « indépendance » ne peut-il pas alors plutôt se comprendre au sens « d'humanisme » : v. en ce sens F. VIALLA, « *L'indépendance du médecin à nouveau proclamée* », Médecine&Droit, 2016, p.33-36.

51. Les éléments communément admis pour définir les professions libérales ne peuvent donc plus suffire et doivent nécessairement être modernisés et complétés. L'approche traditionnellement admise et la définition posée par la loi du 22 mars 2012, dont la référence expresse aux prestations de soins, pourraient démontrer « *la volonté de faire entrer les professions de santé dans le giron de la profession libérale, même si l'activité n'est pas impérativement exercée sur un mode libéral* »[141]. Il est alors primordial de distinguer la profession libérale, et son activité, de l'exercice libéral de la profession.

[141] F. VIALLA, « *La déontologie des professions de santé* », *op. cit.*

## Section II - La distinction fondamentale entre activité libérale et exercice libéral d'une profession

> « *Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse les compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés* »[142]

Dans ce travail de recherche, il est apparu indispensable et nécessaire d'essayer de marquer la distinction entre profession libérale, l'activité libérale d'une profession et son exercice libéral. En effet, la première conception perdrait de son sens au fil du temps, tandis que la seconde revêt encore un intérêt de nos jours.

Tout d'abord, il convient de rappeler que la notion de profession libérale « *ne fait pas référence à l'époque à une doctrine économique mais à un mode d'exercice fondé sur le savoir et le livre, contrairement aux arts mécaniques des artisans* »[143]. La profession libérale est donc un contenant large englobant tous les modes d'exercice.

52. **Activité.** L'activité libérale, quant à elle, correspondrait au statut même de la profession. Il s'agit de l'exercice d'une catégorie de profession. Elle doit être entendue comme un mode particulier d'exercice de l'art médical[144] par exemple. A l'activité libérale correspond ensuite le choix d'un statut d'exercice (**§1**).

53. **Exercice.** L'exercice libéral correspond donc plutôt au statut du professionnel de santé qui exerce son art de façon indépendante c'est-à-dire sans lien de subordination entre celui qui l'effectue et celui pour le compte de qui il est effectué et dont la rémunération ne revêt aucun caractère commercial (**§2**).

---

[142] Issu du serment d'Hippocrate, *op.cit.*

[143] C. HERZLICH, « *Libérale (médecine)* », in LECOUR D., dictionnaire de la pensée médicale, PUF, coll. Quadrige, 2004, p.681-684

[144] Littéralement, l'activité libérale s'entend comme celle à distinguer de l'activité commerciale ou encore artisanale.

## §1 - L'activité libérale d'une profession

Historiquement, l'activité libérale est une activité civile[145] et est habituellement marquée par « *par le lien de confiance[146] unissant le praticien et le client. Elle est communément considérée comme celle dont les actes présentent un caractère intellectuel, indépendant[147] et désintéressé[148]* » (**A**), critères désormais insuffisants pour suffire à la définir (**B**).

### A – Les spécificités originelles de l'activité libérale d'une profession

Classiquement admise comme une profession intellectuelle (**1**), indépendante (**2**) et désintéressée (**3**), l'activité d'une profession libérale semble de nos jours se heurter à un réaménagement, voire à un changement de paradigme, des critères qui ont pourtant fait sa définition première.

#### *1 - Le caractère intellectuel*

54. **Aspect manuel.** Le caractère intellectuel de l'activité oppose en premier lieu les professions libérales aux professions manuelles[149] et amène alors à considérer les professionnels libéraux comme « *une aristocratie de l'esprit* »[150] ; ainsi, « *le travail à fournir est d'ordre intellectuel* »[151].

---

[145] Qui de fait, exclue les activités commerciales sauf si ces dernières sont accessoires.

[146] R. SAVATIER, Les métamorphoses…, *op. cit.*

[147] L'ouverture des professions libérales au salariat conduit à devoir distinguer les notions de « profession libérale » d'une part et « d'activité libérale » d'autre part. Une profession libérale peut s'exercer dans le cadre d'une activité libérale ou sous un autre mode d'exercice.

[148] R. SAVATIER, Les métamorphoses…, *op. cit.*

[149] Grand dictionnaire Larousse du XIXème siècle, V° *Profession* : « *les professions libérales, par opposition aux professions manuelles, sont celles dont le succès dépend des facultés de l'esprit* » ; Dictionnaire Robert de la langue française, V° *Profession* : « *Professions libérales : de caractères intellectuels (architecte, avocat, médecin, etc)* … ».

[150] R. SAVATIER, *Les métamorphoses*…, *op. cit.*, p.196.

[151] M. PLANIOL et G. RIPERT, Traité élémentaire de droit civil, T. 11, n°776, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1928.

Toutefois cette particularité est à nuancer puisque certaines professions, bien que libérales et donc intellectuelles[152], requièrent également des prérogatives manuelles telles que par exemple la chirurgie[153]. La portée notionnelle du caractère intellectuel de la profession est alors à relativiser eu égard de l'idée préconçue qui s'en dégage.

De plus, d'autres professions pourraient relever de cette catégorie dite « intellectuelle » sans pour autant s'avérer être des professions libérales faisant alors de ce caractère intellectuel de la profession, une notion trop large[154] mais à la fois étroite puisque porteuse d'une certaine permanence notionnelle, notamment depuis la loi de 2012[155].
Enfin, l'activité libérale n'en demeure pas moins liée à « *un niveau de compétences garanti par une formation universitaire et la détention d'un diplôme* »[156].

*2 - Le caractère indépendant*

55. **Indépendance de la profession.** Le caractère indépendant quant à lui, élément fondateur de la profession libérale[157], exclut tout lien de subordination dans leur jugement et leurs décisions, assurant aux membres de ces professions une « entière » indépendance. Il s'agit ici non pas d'indépendance d'exercice mais bien d'indépendance de la profession[158] bien

---

[152] En se fondant sur la définition initiale d'une profession libérale.

[153] P. CHAPLET, « *Ce qu'il faut entendre par la patrimonialité du cabinet de l'avocat* », *op. cit.*, p.186 : « *Que l'avocat accepte de se voir. Il plaide. C'est l'essentiel de sa mission. Lui seul existe en pensée, sans rien de manuel tandis que le chirurgien manie ses scalpels* ».

[154] À titre d'exemples, les métiers de la banque ou encore de la finance.

[155] V. définition de la profession libérale in loi n°2012-387 du 22 mars 2012, *op. cit.* : « *Les professions libérales groupent les personnes exerçants à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant ».*

[156] D. GILLES, « *Notaire salarié : un professionnel libéral ?* », JCP, 1993, I, p.213

[157] V. par exemple CSP, art. R.4127-5 : « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ».

[158] TA Châlons-en-Champagne, 9 octobre 2015, formation élargie, n°1501768, 1501769 : Ce jugement rappelle que le principe de l'indépendance du médecin est incontournable (à propos de l'arrêt des traitements dans l'affaire Vincent L.). V. F. VIALLA, « *L'indépendance du médecin à nouveau proclamée* », *op. cit.* : « *Loin de se cantonner*

que cette notion d'indépendance soit ambivalente. Elle correspond à l'exercice, si le praticien exerce en secteur libéral, mais également quel que soit son statut, puisqu'il demeurera indépendant[159]. En effet, « *c'est parce que le médecin lui inspire confiance que le patient choisit, librement l'homme de l'art. Inversement le médecin demeure indépendant, libre de ses prescriptions et de ses choix thérapeutiques* »[160].

56. Dans le cas des médecins par exemple, l'article R.4127-5 du Code de la santé publique dispose que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». C'est-à-dire que les actes qu'ils réalisent dans le cadre de leur activité professionnelle seront déterminés par le jugement de leur conscience et les références à leurs connaissances

---

*aux seules questions de recevabilité de la requête et de l'intérêt à agir du neveu du patient, le TA rend une décision d'une portée non négligeable qui permet d'apporter d'utiles précisions sur la décision médicale et singulièrement sur l'arrêt de traitement. Il apparaît, de première part, que la décision prise ne saurait être cantonnée dans sa seule dimension médicale et, de seconde part, que l'indépendance du praticien en constitue la pierre angulaire quant à sa mise en œuvre* ». En l'espèce, la juridiction rappelle (considérant 7) tout d'abord « *les dispositions des articles R.4127-5 et R.4127-32 du Code de la santé publique ainsi que celles de l'article L.162-2 du Code de la sécurité sociale* ». Elle précise ensuite « *qu'il résulte de la combinaison de ces dispositions que le principe de l'indépendance professionnelle et morale des médecins qu'elles consacrent, constitue non seulement une garantie pour ces derniers, mais également un droit du patient* ». Enfin, le tribunal souligne dès lors « *qu'un tel droit fait notamment obstacle à ce qu'un médecin puisse être regardé comme le simple exécutant d'une décision prise par un autre médecin* ».

[159] F. VIALLA, « *L'indépendance du médecin à nouveau proclamée* », *op. cit.* V. également F. VIALLA, « *Indépendance du médecin, liberté thérapeutique, liberté de prescription* », Les grandes décisions du droit médical, LGDJ, 2e éd., 2009. V. en ce sens, TC, 14 février 2000, n°00-02929 : « *Considérant qu'eu égard à l'indépendance professionnelle dont bénéficie le médecin dans l'exercice de son art qui est au nombre des principes généraux du droit, il est loisible au patient, indépendamment de l'action qu'il est en droit d'exercer sur un fondement contractuel à l'encontre de l'établissement privé de santé de rechercher, sur le terrain délictuel, la responsabilité du praticien lorsque, dans la réalisation des actes médicaux, celui-ci a commis une faute* ».

S'agissant du médecin salarié, « *s'il demeure responsable, c'est à raison de son indépendance* ». Pour autant, si les textes consacrent la liberté et l'indépendance du praticien, ils n'en fixent pas moins un encadrement assez strict. À titre d'exemple, dans deux décisions de 2004 (Civ. 1ère, 9 novembre 2004, n°01-17.908 ; Civ.1ère, 9 novembre 2004, n°01-17.168) « *la cour exclut la responsabilité du médecin salarié dès lors qu'il a respecté les limites de sa mission telles qu'imparties par l'employeur* » : « *Vu les articles 1382 et 1384 alinéa 5 du Code civil ; Attendu que le médecin salarié qui agit sans excéder les limites de sa mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé, n'engage pas sa responsabilité à l'égard du patient* » ; ou encore « *Vu les articles 1382 et 1384 alinéa 5 du Code civil ; Attendu que la sage-femme salariée qui agit sans excéder les limites de sa mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé, n'engage pas sa responsabilité à l'égard de la patiente* ».

[160] F. VIALLA, « *Indépendance du médecin, liberté thérapeutique, liberté de prescription* », *op. cit.* : « *Il semblerait alors que le principe cardinal et fondamental puisse, nonobstant son caractère d'ordre public, faire l'objet d'aménagement par des conventions particulières* ». Toutefois, « *il convient d'affirmer que ces décisions ne conduisent pas à envisager qu'un établissement employeur puisse valablement imposer à un praticien des actes qu'il réprouve* ».

scientifiques[161] avec, comme seul but, l'intérêt du patient[162]. Ce droit conféré aux patients est également repris par le Code de la sécurité sociale qui prévoit 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 (…)* »[163].

C'est ainsi que lorsque des professionnels libéraux travaillent de manière collégiale, ou concourent à une prise en charge globale d'un patient, l'indépendance professionnelle de chacun doit être respectée[164].
A titre d'exemple, l'absence de clause encadrant l'indépendance professionnelle et entrainant de ce fait une quelconque subordination dans la décision médicale est une cause de nullité du contrat[165]. La préservation de l'indépendance technique de ces professionnels est primordiale[166].

57. **Absence de lien de subordination.** Cette absence de lien de subordination est à distinguer du lien de subordination salarial. En effet, l'exercice de la médecine peut revêtir la forme d'un contrat de travail. Cela n'empêche en rien le caractère indépendant de cette

---

[161] Notion apparue en premier lieu sous le terme de « données acquises de la science » le 20 mai 1936 avec l'arrêt Mercier : « *Attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques (…), mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science* ». Par ailleurs, la Cour de cassation rappelle qu'il convient d'apprécier ces connaissances scientifiques au jour des faits (Civ.1ère, 13 juillet 2016, n°15.20-268).

[162] Commentaire du Conseil national de l'Ordre des médecins sous l'article 5 du Code de déontologie (CSP, art. R.4127-5).

[163] CSS, art.L.162-2.

[164] D. TRUCHET, « *L'intervention publique dans le domaine de la santé* », La décision médicale et le droit, AJDA, 1995, n°9, p.612 : « *Personne ne peut, en droit, contraindre le médecin à une décision qu'il n'approuverait pas. Parallèlement, dans l'exercice de son art, il n'a d'autorisation à demander à personne* ». En effet, « *indépendant, le praticien l'est non seulement lorsqu'il lui incombe de prendre une décision, mais encore lorsqu'il lui est demandé d'exécuter celle adoptée auparavant par un confrère. Le médecin ne saurait donc être lié par la décision antérieure prise par un autre praticien* » (v. F. VIALLA, « *L'indépendance du médecin à nouveau proclamée* », *op. cit.*).

[165] CE, 14 février 1969, n°71978, publié au recueil Lebon.

[166] TC, 14 février 2000, *op. cit.* : Jurisprudence consacrant l'indépendance professionnelle des médecins comme principe général du droit.

profession[167]. Le contrat est alors régi par le Code du travail, mais le praticien conserve son indépendance au regard des règles déontologiques qui régissent sa profession[168].

L'existence de ce contrat de travail repose, de fait, sur les caractéristiques classiques que sont l'existence d'une rémunération[169], d'une prestation de travail, d'un lien de subordination se définissant comme l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements du subordonné[170].
Ainsi, comme le décrit le Professeur VIALLA, « *le professionnel libéral salarié, loin d'être soumis à une relation sui generis, (…), est à la fois "soumis" à une organisation du travail, mais auquel est reconnu, du fait de sa compétence, une certaine autonomie, sinon dans les objectifs de sa mission, du moins dans la manière de la conduire* »[171].

De plus, tout comme le salariat, la fonctionnarisation n'exclut pas le caractère indépendant de la profession ; l'indépendance de ces professionnels réside donc plus dans l'exercice libéral de leur profession[172] que dans la définition même du terme de profession libérale.

---

[167] Sur ces questions v. G. MÉMETEAU, « *Clinique. Professionnel. Contrat de travail* », RDSS, n°1, mars 2003, p.58 note sous ch. Soc. Montpellier, 19 février 2002, J. c/ Clinique de Miremont, n°168938 : « *Un médecin peut conclure avec une clinique privée un contrat de travail. Celui-ci est licite s'il n'attente pas à l'indépendance professionnelle, à la liberté de prescription, de l'intéressé* ».

[168] O. BONIJOLY et F. VIALLA, « *La responsabilité du fait du médecin salarié* », Les grandes décisions du droit médical, LGDJ, 2e éd., 2009 : « *Le titre de médecin salarié peut sembler paradoxal dès lors qu'il suppose pour le praticien, l'acceptation d'un lien de subordination alors même que l'article R.4127-5 du Code de la santé publique lui interdit d'aliéner son indépendance. Ce statut paradoxal a posé quelques difficultés dans la mise en place du régime de responsabilité des professionnels de santé si particuliers. Toutefois, après s'être refusée à appliquer l'arrêt 'Costedoat' (Cass. Ass. Plén., 25 février 2000, n°97-17.378, 97-20.152) aux médecins, la Cour de cassation s'est finalement décidée à reconnaître au médecin salarié un statut de salarié 'à part entière'* ».

[169] Soc., 3 février 1972, n°71-40.214.

[170] Soc., 13 novembre 1996, n°94-13.187.

[171] F. VIALLA, « *L'indépendance du médecin à nouveau proclamée* », *op. cit.*

[172] J. SAVATIER, Étude juridique de la profession libérale, thèse de droit, 1946.

*3 - Le caractère désintéressé*

58. **Distinction avec les professions commerciales.** Le caractère désintéressé s'opposerait enfin, quant à lui, à l'exercice d'une profession commerciale et à la recherche de profit qui l'accompagne[173]. Cependant, la question se pose de nos jours sur le réel caractère désintéressé de nos jours dans l'exercice de ces professions libérales, et plus particulièrement dans l'exercice libéral de ces professions notamment au travers du mécanisme de cotation des actes qui repose sur la classification commune des actes médicaux (CCAM)[174].

Le caractère désintéressé de l'exercice des professions libérales apparaît ainsi comme désuet et dépassé. Ces professionnels, notamment du fait de leur conventionnement avec la Sécurité sociale, sont alors soumis à une tutelle et à un contrôle étatique[175]. Pour le Professeur François VIALLA, « *la profession libérale serait, donc, définie comme étant celle exercée par un praticien dont l'activité serait d'ordre exclusivement intellectuel, et exercée dans la plus grande indépendance et le désintéressement le plus complet. Force est de constater que cette définition sympathique et utopique est en complet décalage avec toute réalité sociologique, économique et sociale* »[176].

59. **Déconventionnement.** Le véritable désintéressement pourrait encore se retrouver dans l'exercice non conventionné de la médecine[177] car de nos jours, le désintéressement

---

[173] J. SAVATIER, Étude juridique de la profession libérale, *op. cit.* : « *L'activité libérale prétend être plus noble que l'activité commerciale. Pourquoi ? Parce que le commerçant est perçu comme un spéculateur* ». Si l'on s'en tient à la vision défendue par l'auteur, et comme le souligne le Pr. VIALLA dans ses travaux de recherche, « *l'idée de profit serait donc totalement étrangère à la profession libérale* », on peut reprendre, par exemple, les termes actuels du serment médical, al.2 : « *je donnerai mes soins gratuits à l'indigent* ».

[174] La CCAM est une nomenclature qui permet la cotation des actes pratiqués par les médecins, qu'il s'agisse d'actes techniques ou même intellectuels.

[175] Sur ces questions, v. notamment G. REBECQ, « *Médecins libéraux : les rapports avec les caisses de la sécurité sociale* », RDSS, n°HS, août 2011, p.45 : « *Il est vrai qu'il existe environ 1% de médecins libéraux qui exercent hors convention, ou hors règlement arbitral, mais cette situation n'est pas exclusive de tout rapport avec les caisses de sécurité sociale, puisque leur activité est malgré tout contrôlée, et toute déviance sanctionnée* ».

[176] F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, *op. cit*, n°87 s. ; J. SAVATIER, Étude juridique de la profession libérale, *op. cit*., p.35.

[177] Possibilité pour un médecin d'exercer hors conventionnement depuis son installation ou encore au cours de ses années d'exercice ou même après une sanction telle que prévue par la Convention médicale qui précise que « *Conformément à l'article L.162-15 du Code de la sécurité sociale, le médecin qui souhaite ne plus être régi par les dispositions*

s'entend plutôt comme la disponibilité et le dévouement pouvant encore caractériser la pratique de ces professions[178].

Il est important de rappeler qu'au 31 décembre 2017, la France comptait 114 030 médecins libéraux : 83 556 exerçant en secteur 1[179] et 29 535 en secteur 2[180] ; 939 praticiens seulement avaient ainsi fait le choix de l'exercice en secteur 3[181] aussi appelé secteur non-conventionné[182]. Pour Jean-Paul ORTIZ, Président de la Conférence des syndicats médicaux français, « *le chiffre serait néanmoins en augmentation* »[183].

60. De nos jours, ce triptyque notionnel définissant la profession libérale, et les activités qui en découlent, ne sont plus suffisants et apparaissent comme dépassés même si, sous certains aspects encore, ils servent à distinguer les professions libérales d'autres professions telles que les professions commerciales ou artisanales par exemple.

Le critère intellectuel, relevant d'une activité de l'esprit, ou encore l'indépendance technique sont des dénominateurs communs à d'autres professions et ne suffisent donc à eux seuls à qualifier une profession de libérale.

---

*de la convention en informe la caisse primaire de son lieu d'installation par lettre recommandée avec avis de réception. Sa décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse* ».

178 F. GIVORD, rapport de synthèse du 45ème congrès de l'ANAF dans *le défi de la profession libérale*, Dalloz, 1974, p.275 : « *L'essentiel du désintéressement est pour moi la "disponibilité", c'est-à-dire que nous devons être constamment disponibles à l'égard de nos clients sans que cette disponibilité soit proportionnée avec le bénéfice espéré* ».

179 « *Les professionnels conventionnés du secteur 1 pratiquent des tarifs fixes sans dépassement d'honoraires. En effet, en secteur 1, le médecin conventionné voit ses tarifs fixés par la convention nationale. En contrepartie du respect de ces tarifs, il bénéficie d'une prise en charge partielle de ses cotisations sociales* » ; https://www.conseil-national.medecin.fr.

180 *Ibid.* :« *Aux termes de l'article 38.1.1 de la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes peuvent être autorisés à pratiquer des honoraires différents pour les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral (les conditions d'accès au secteur 2 sont précisées par l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes)* ».

181 *Ibid.* : « *Les professionnels hors convention du secteur 3 : ce secteur, en dehors du système conventionnel, permet de fixer librement les tarifs. Cette liberté doit s'exercer avec discernement et dans le respect de la déontologie médicale, notamment au regard de l'article 53 du Code de déontologie médicale* ».

182 L. LENOIR, « *Ces médecins en secteur 3, affranchis de la Sécu* », Le Figaro, 26 mai 2018 ; https://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-echo.

183L. LENOIR, « *Ces médecins en secteur 3, affranchis de la Sécu* », *op. cit.*

Afin d'appréhender cet aspect libéral, il convient alors de s'intéresser à l'exercice libéral d'une profession, plus qu'à son activité, et ainsi plus spécifiquement à ses modes d'exercice. Cette approche se voudra de ce fait plus contemporaine et appropriée à la réalité de la pratique des professions libérales.

B – Les spécificités dépassées de l'activité libérale d'une profession

L'ouverture des professions libérales à d'autres modes d'exercice tels que le salariat ou le fonctionnariat a très justement pointé l'incomplétude du triptyque de définition originel et a de plus permis de distinguer la notion de profession libérale de celle d'activité libérale.

De nos jours, il existe en effet toujours une originalité propre à l'exercice libéral même si la perception que l'on en avait a grandement évolué. Les critères qui faisaient autrefois la définition de l'activité libérale sont toujours présents mais peuvent apparaître comme quelque peu dépassés et notamment s'agissant du caractère indépendant (**1**) et désintéressé (**2**).

*1 – Le caractère indépendant*

61. **État de la science.** Des nuances au caractère indépendant de l'activité libérale peuvent toutefois être apportées. Le praticien doit ainsi par exemple tenir compte de « *l'état de la science médicale* » ; de plus, les transformations des modalités d'exercice de ces professionnels tendant vers un regroupement plutôt qu'un exercice isolé, impactent inévitablement l'indépendance des professionnels.

62. **Exercice collégial.** A cet effet, l'article R. 4127-64 du Code de la santé publique encadre l'exercice collégial des médecins[184]. Cette manière de travailler assez récente n'a été définie par le législateur qu'en 2016[185] comme un ensemble de professionnels qui participent

[184] « *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères* ».

[185] Depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

directement au profit d'un même patient à la réalisation d'acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes[186].

Enfin, ce caractère indépendant s'illustre également dans la manière d'exercer une activité libérale puisqu'il a longtemps justifié l'absence de regroupements de ces professionnels. Toutefois cette indépendance est à nuancer puisque l'immixtion de l'État dans ces activités est récurrente. Le critère d'indépendance s'apprécie donc plus dans son aspect technique qu'au sens premier du terme, c'est-à-dire comme « *la liberté de décision et d'initiative dont jouit le professionnel dans l'exécution de ses actes d'ordre intellectuel* »[187].

*2 – Le caractère désintéressé*

63. **Encadrement.** Cette liberté, caractéristique des professions libérales, n'en demeure pas moins encadrée puisque ces professionnels sont soumis aux règles édictées par le Code de la sécurité sociale, le Code de la santé publique, et le Code général des impôts ainsi qu'à leur ordre respectif et doivent également être couverts par un contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle. Ils ont, de fait, l'obligation de s'affilier à un organisme de Sécurité sociale, et satisfaire des contributions et cotisations fixées[188].

---

186 CSP, art. L.1110-12 : « *Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui : 1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ; 2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ; 3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé* ».

187 F. ALCADE, La profession libérale en droit fiscal, *op. cit.*, p.68 et s.

188 CSS, art. L.114-18 : « *Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de Sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de Sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 euros ou de l'une de ces deux peines seulement* ».

Cependant, à la lumière d'un choix de « déconventionnement » de certains professionnels, peut-on alors parler d'un échec du mécanisme de la médecine libérale induit par une inadaptation du système d'assurance maladie aux enjeux actuels de l'exercice libéral ? Expliquant alors que certains médecins préfèrent se déconventionner notamment en raison du niveau des tarifs médicaux.

64. Le caractère désintéressé[189] serait alors davantage à entendre comme une priorisation des intérêts du médecin (professionnels puis personnels) que comme un exercice gratuit de la médecine. Le désintéressement change de paradigme et se rapproche du sens premier de l'exercice de ces professions souvent animé par l'altruisme et une importante volonté de porter secours sans forcément y chercher une quelconque contrepartie[190].

Cette évolution des caractéristiques classiques de l'activité libérale traduit une métamorphose du monde des professions libérales et « *l'acception qu'en a aujourd'hui le droit qui a, elle aussi ; évolué, même s'il conserve l'empreinte des fondements anciens* »[191].

[189] « *N'être pas mû, inspiré par l'intérêt personnel, le désir d'argent de profit* », définition de l'adjectif désintéressé, dictionnaire Larousse.

[190] Le caractère désintéressé serait alors à entendre au sens premier du terme à savoir quelqu'un qui n'agit pas par intérêt ; définition, dictionnaire Littré.

[191] F. VIALLA, « *La déontologie des professions de santé* », *op. cit.*, p.37.

## §2 - L'exercice libéral d'une profession

La conception classique de la profession libérale ne semble aujourd'hui plus correspondre à la réalité de l'exercice de ce corps de métier, et enferme au contraire cette notion dans un immobilisme latent.

65. **Évolutions de la société.** Les évolutions sociétales ont en effet inévitablement impacté l'exercice de ces professions ; et même si les caractéristiques détaillées précédemment permettent originellement de définir une profession libérale et son activité, elles ne sont désormais plus suffisantes.
Une profession libérale s'exerce dans le cadre d'une activité (en libéral, en salariat ou en fonctionnariat) et sous un mode d'exercice[192] ; le terme « profession libérale » est ainsi insuffisant puisque l'activité ne repose pas obligatoirement sur un mode libéral.

66. Il conviendrait, entre autres, de désormais s'appuyer sur le statut de ces professions et sur leurs différents modes d'exercice qu'ils soient individuels ou en société[193]. L'originalité de ces professions résiderait alors dans leurs modes d'exercice créés, pour certains, exclusivement pour l'exercice d'une activité libérale[194] , et nous conduisent donc à distinguer les professions libérales du choix de leurs modes d'exercice (**A**).

Enfin, le caractère civil attaché à ces professions a inévitablement des « *incidences notamment sur les modes d'exercice autorisés (interdiction, par exemple, pour le membre d'une profession libérale de devenir associé d'une société en nom collectif ou associé commandité d'une société en commandite simple puisque ces associés ont la qualité de commerçant) et sur la transmission de leur clientèle* »[195]. Différentes formes

[192] Les modes d'exercice, individuels ou en groupe, s'illustrant dans plusieurs cas de figure (dans le privé, dans le public si le professionnel exerce également une activité libérale).

[193] « *Professions libérales* », memento pratique, éd. Francis Lefebvre, 2015-2016.

[194] *Ibid.*

[195] *Ibid.*

sociétales se présentent alors aux professions libérales avec chacune leurs spécificités ou encore leur fonctionnement[196] (**B**).

A - Le choix du mode d'exercice

67. **Modes d'exercice.** Les modes d'exercice révèlent les conditions dans lesquelles l'exercice libéral se réalise. Ici seul l'exercice des praticiens libéraux sera appréhendé[197].

Historiquement, l'exercice individuel des professions libérales, également appelé exercice individuel, était le plus répandu[198]. Le professionnel exerce alors sur un seul et même site[199]. Toutefois, cet exercice isolé a aujourd'hui vocation à être de plus en plus délaissé au profit d'un exercice en groupe. Ce « choix » s'explique tout à la fois par l'incitation grandissante des pouvoirs publics à l'exercice coordonné, mais également à la lassitude des professionnels qui exercent seuls[200] et à l'investissement coûteux que cela représente[201].

L'exercice en groupe est donc désormais privilégié par les professionnels libéraux, et de cette forme d'exercice découlera la survie de l'exercice libéral. Le regroupement en société serait alors « … *l'expression d'une tendance naturelle, quasi irréversible des humains, tendance à l'association en vue d'atteindre des objectifs qui dépassent les capacités et les moyens dont peuvent disposer les individus* »[202], de ce fait une continuité naturelle voire viscérale.

---

196 Ces professions peuvent également s'exercer en qualité de fonctionnaire ou de salarié à la condition que l'indépendance des professionnels soit respectée.

197 Il est en effet à distinguer des praticiens exerçant dans le secteur public ou des praticiens salariés.

198 Les termes de médecin de campagne ou médecin de famille sont traditionnellement et usuellement employés.

199 Ajouter l'assouplissement en matière d'ouverture de cabinets secondaires.

200 Du fait des contraintes administratives par exemple, des charges qui leur incombent ou encore de l'engagement de leur responsabilité.

201 R. SAVATIER, Les métamorphoses …, *op. cit. :* « *La médecine est, en effet, elle aussi entrée dans l'ère de l'équipe et de l'équipement* ».

202 Jean XXIII, « *Encyclique mater et magistra* », in Trois encyclopédies sociales, éd. Seuil, coll. Politique, 1961, p.60.

68. **Seul ou en groupe.** Pour autant, l'installation d'un praticien libéral peut encore se faire seule ou en groupe. Seule, cela permet de conserver toute la liberté quant à l'organisation et l'exercice de l'activité : la façon de travailler, les jours, les horaires, la fixation des rendez-vous ; mais le professionnel doit alors également supporter seul l'ensemble des charges liées à son activité.

En groupe, cela permet, selon le montage juridique retenu, de mettre en commun des moyens comme les locaux, l'informatique, le secrétariat, les plateaux techniques. L'exercice en groupe doit alors nécessairement être formalisé par un contrat ou par la création d'une société pour déterminer les engagements (droits et devoirs) de chacun.

69. **Inscription de la société.** Dans tous les cas, les statuts ou autres contrats doivent être soumis au conseil de l'ordre compétent qui en vérifiera la conformité avec le Code de déontologie concerné et qui, le cas échéant, procèdera à l'inscription de la société au tableau.

Pour les formalités de création de la société, elles varient selon la forme juridique retenue ; la réalisation de certaines démarches est alors obligatoire, comme la rédaction de statuts, la publication dans un journal d'annonces légales de l'avis de constitution de la société. Enfin, viendra l'étape de l'immatriculation de la société au registre du commerce et des sociétés et/ou au greffe du tribunal de commerce dont dépend le professionnel, et ce toujours selon la forme sociétale choisie.

70. **Ouverture d'un cabinet médical.** Pour ouvrir un cabinet médical ou paramédical, plusieurs étapes sont incontournables :

- Choisir un lieu d'exercice : des aides financières incitatives pouvant être proposées selon la zone retenue[203], et certaines professions ne pouvant jouir d'une liberté d'installation totale ;

[203] Voir en ce sens CSP, art. L.1434-4 : « *Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :*

- Définir un mode d'exercice : c'est-à-dire seul ou en groupe les formes sociétales les plus souvent utilisées étant la société civile de moyens (SCM), la société civile professionnelle (SCP) ou encore la société d'exercice libéral (SEL) ;
- Rechercher un local adapté à l'exercice de la profession respectant la législation en matière d'accessibilité des personnes en situation de handicap ;
- Réaliser les formalités administratives : inscription à l'ordre, enregistrement de l'adresse professionnelle, démarches pour obtenir la carte de professionnel de santé (CPS), enregistrement à la CPAM (notamment pour tout ce qui est attrait au conventionnement[204]), inscription à l'URSSAF etc.,
- Souscrire une assurance de responsabilité professionnelle (RCP) et assurer les locaux du cabinet,
- S'inscrire à la caisse de retraite.

---

*1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus en application du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;*

*2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions.*

*Dans les zones mentionnées aux 1° et 2° du présent article, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du présent code, à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l'article 151 ter du code général des impôts, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation, à l'article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du même code.*

*Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones prévues au 1° du présent article pour une spécialité médicale, celles arrêtées pour la profession de médecin s'appliquent* ».

[204] Par exemple pour les médecins, le conventionnement est prévu par secteur :

- Secteur 1 : honoraires fixés et remboursés par la sécurité sociale,
- Secteur 2 : honoraires libres et la sécurité sociale ne rembourse alors qu'une partie de la consultation,
- Secteur 3 : secteur non conventionné avec des honoraires libres fixés en dehors de toute convention avec la sécurité sociale.

B – Les différentes formes de sociétés

Les professionnels de santé exerçant en libéral au sein d'un cabinet doivent déterminer le statut juridique de ce dernier ; que le professionnel soit seul ou en groupe.

71. **Avantages et inconvénients.** En effet, l'exercice individuel permet alors de jouir d'une liberté totale quant à l'organisation de son exercice mais impose toutefois une grande flexibilité, les charges devant également être payées par le professionnel de santé seul. Celui qui choisira de s'installer seul sera face à deux options : monter son cabinet et créer sa propre patientèle ou alors reprendre un cabinet et une patientèle existants.

S'agissant de l'exercice en groupe, certaines formes de sociétés sont privilégiées lors du montage juridique du cabinet ; « *la mise en société de l'activité libérale constitue un palier important dans le processus d'identification des professions libérales aux professions commerciales* »[205], le choix des formules sociétaires est alors primordial.

Sans dresser une liste exhaustive de ces formes d'exercice[206], il conviendra d'en retenir les plus utilisées : la société civile de moyens (**1**), la société civile professionnelle (**2**), la société d'exercice libéral (**3**) et la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (**4**).

*1 - La société civile de moyens (SCM)*

72. **SCM.** La SCM est une structure juridique réservée aux professions libérales. Son objet est la fourniture de moyens tels que le local, le personnel ou encore le matériel afin de faciliter l'exercice de la profession. Les associés mettent alors en commun certains moyens de leur activité et ce dans une optique de mutualisation des coûts.

La SCM est une personne morale ayant une existence juridique propre, distincte de celle de ses membres et peut regrouper, en son sein, des professionnels médicaux et paramédicaux par

[205] F. ALCADE, La profession libérale en droit fiscal, *op. cit.*, p.253.

[206] D. GALLOIS-COCHET, « *Les sociétés du secteur libéral de la santé* », Les intégrales 14, LGDJ, 2019.

exemple. Cette forme est souvent la plus répandue chez les médecins généralistes qui s'installent de manière individuelle mais dans le cadre d'une SCM.

Le modèle de société revêt alors une grande liberté de fonctionnement et permet à ses membres de conserver une indépendance professionnelle. Toutefois, elle engage la responsabilité indéfinie de ses associés et les formalités de fonctionnement peuvent parfois être lourdes.

*2 - La société civile professionnelle (SCP)*

73. **SCP.** Véritable symbole d'une structure sociétale adaptée aux professions libérales, la SCP « …*se présente comme le couronnement et la synthèse des efforts spontanés esquissés dans chaque profession pour exercer collectivement* »[207].

Cette société d'exercice a pour objectif de permettre à ses membres, l'exercice en commun de leur profession et le partage des recettes émanant de cette activité. La patientèle appartient donc ici à la société. Peuvent notamment être concernés par ce montage juridique : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les biologistes médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes etc. Autre élément singulier propre aux SCP, la possibilité pour une personne morale d'exercer une activité[208].

Contrairement à la SCM, la SCP exerce donc la profession médicale ou paramédicale par l'intermédiaire de ses membres ; ainsi elle ne peut pas être unipersonnelle, doit comporter au moins deux associés et ses membres doivent être d'une seule et même profession sans forcément exercer la même spécialité.

L'un des avantages principaux de ce choix de société réside dans le fait que la SCP est propriétaire de la patientèle. Elle encaisse ainsi l'ensemble des honoraires et paye les frais de

---

[207] C. LYON-CAEN, Traité de droit commercial, t. 1, n°9 s., 1889.

[208] A. LAMBOLEY, « *Dix ans d'exercice en groupe des professions libérales* », *in* Dix ans de droit de l'entreprise, Bibl. dr. ent. T.7, p.429 ; J-M. MOUSSERON, Rapport général in *L'exercice en groupe des professions libérales*, Bibl. dr. ent., t.6, Litec 1974, p.25 : « *Une personne morale peut désormais exercer une profession libérale* ».

fonctionnement du cabinet. De plus, la SCP peut être autorisée à un exercice multisite et des extensions de plateaux techniques sont possibles.

À l'inverse, l'inconvénient majeur réside dans la responsabilité des associés vis-à-vis des dettes puisque ces derniers sont responsables solidairement et indéfiniment des dettes sociales sur leur patrimoine propre, et également dans les difficultés parfois rencontrées à l'occasion du retrait des associés[209].

*3 - La société d'exercice libéral (SEL)[210]*

74. **SEL.** C'est la loi du 31 décembre 1990[211] qui créa les sociétés d'exercice libéral. Il s'agit d'une société instaurée entre plusieurs personnes pour l'exercice d'une profession libérale règlementée et également de la forme la plus retenue à l'ouverture de cabinets.

Ces SEL peuvent prendre plusieurs formes, en fonction de la situation d'espèce, dont la plus courante est la Société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL), mais elle peut également permettre l'exercice individuel sous forme d'une SELARL unipersonnelle.

Là aussi la société exerce la profession par l'intermédiaire de ses membres et doit ainsi solliciter son inscription au tableau de l'ordre concerné. Le lieu d'exercice de ces sociétés est régi par les articles R.4113-3 et R.4113-24 du Code de la santé publique[212]. De plus, la patientèle appartient alors à la société.

---

209 A. TURPIN, « *À propos des clauses de non-concurrence et des conditions de retrait des associés d'une SCP de praticiens de la santé* », RDS, n°23, 2008, p.346-348. Voir en ce sens les arrêts CA Lyon, 11 décembre 2007, n°2007-355081 et Civ.1ère, 31 janvier 2008, n°2008-042542 : « *Un associé d'une SCP le demeure jusqu'à ce qu'il se dessaisisse de ses parts sociales, peu importe qu'il n'y exerce plus son activité* ».

210 C. LAURENT et T. VALLÉE, Sociétés d'exercice libéral, coll. Encyclopédie Delmas Droit Sociétés, Dalloz, septembre 2004.

211 Loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés d'exercice libéral des professions libérales soumises à un statut législatif ou règlementaire ou dont le titre est protégé, JORF du 5 janvier 1991.

212 J-P. VIENNOIS, « *Sociétés d'exercice libéral de médecins et lieux d'exercice de la profession* », RGDM, n°21, 2006, p.173-190 : « *En matière d'activité médicale, la notion de lieu d'exercice est venue se substituer à celle de cabinet* ».

À la différence de la SCP, le capital des SEL peut être ouvert à des personnes n'exerçant pas ou plus la profession[213] ; des associés non-médecins peuvent ainsi détenir des parts dans la société à la condition qu'ils demeurent minoritaires[214].
Peuvent notamment être concernées par le choix de cette forme sociétale, les professions suivantes : médecin, pharmacien d'officine, chirurgien-dentiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue etc.

Ce montage de société permet en outre de faire appel à des capitaux extérieurs, de conserver l'indépendance des professionnels libéraux mais également d'avoir une responsabilité des associés limitée à leurs apports sauf exceptions. A l'inverse, le fonctionnement se révèle plutôt lourd et l'obligation de tenir une comptabilité commerciale est nécessaire.

*4 - La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)[215]*

75. **SISA.** Créée en 2011, cette forme de société est un cadre juridique pour l'exercice regroupé des professionnels de santé libéraux. Elle permet aux structures d'exercice coordonné pluri professionnelles de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé et pourraient être l'une des structures apportant une solution réalisable et viable à la désertification médicale[216].

Les SISA sont le support juridique des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et doivent comporter au moins deux médecins et un auxiliaire médical parmi leurs associés. Elles ne sont pas ouvertes à toutes les professions et sont ainsi accessibles seulement aux professions relevant du Code de la santé publique, c'est-à-dire des professionnels médicaux, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens.

---

213 Loi n°90-1258 du 31 décembre 1990, *op. cit.*, art. 5 et 6.

214 50% des capitaux et droits de vote doivent être le fait de praticiens exerçant au sein de la société.

215 CSP, article L.6323-3.

216 N. DANTONEL-COR, « *Les maisons de santé pluridisciplinaires : une solution à la désertification médicale territoriale ?* », RDS, n°52, 2013, p.152-162.

Leur double objet est la mise en commun de moyens et l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels, et l'exercice d'activités réalisées en commun par les membres.
De plus, la SISA peut directement percevoir les nouveaux modes de rémunération (NMR) puisque ces derniers ne peuvent être versés individuellement aux membres de la maison de santé.

Les activités libérales des membres qui ne seraient pas mises en commun dans la SISA peuvent continuer d'être exercées en dehors, à titre personnel. Ainsi, un professionnel libéral déjà membre d'une SCP, d'une SCM ou d'un SEL peut également être associé d'une SISA.
Toutefois, la SISA a désormais la possibilité de salarier tout professionnel de santé qui contribue à la mise en œuvre du projet de santé[217]. En effet de récents textes[218] permettent aux SISA de salarier tous les professionnels exerçant des soins de premiers et de seconds recours.

En tout état de cause, l'importance de la formalisation de ces structures sociétaires est loin d'être anecdotique. Il convient pour les professionnels de santé libéraux de bien choisir et construire la société qui sera le socle de leur exercice libéral. Le contraire serait dommageable dans la mesure où l'absence de formalisme sociétal peut conduire à la requalification par le juge en société créée de fait[219] pour « *les professionnels de santé libéraux qui auraient omis de formaliser leur mode d'exercice en commun* »[220].

---

[217] L. HOUDART et M. JACQUET, « *Une SISARL, sinon rien !* », Houdart&Associés, 21 septembre 2021.

[218] Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, JORF n°0111 du 13 mai 2021 et décret n°2021-747 du 9 juin 2021 relatif aux conditions de constitution d'un groupement d'employeurs au sein d'une SISA, JORF n°0134 du 11 juin 2021. Désormais, la SISA pourra percevoir « *tout ou partie des rémunérations des activités de ses membres ou de celles de tout autre professionnel concourant à la mise en œuvre du projet de santé et le reversement de rémunérations à chacun d'eux* ».

[219] Dictionnaire du vocabulaire juridique 2021, 12ème édition, sous la direction de R. CABRILLAC, LexixNexis : « *Situation consécutive à la conduite de personnes ayant contribué à une action professionnelle ou économique dont elles ont partagé les bénéfices ou les pertes, adoptant sans en avoir véritablement conscience l'attitude d'associés* ».

[220] A. AGARD et M. TCHERNOUKHA, « *Professionnels libéraux : gare à la qualification de société créée de fait !* », Houdart&Associés, 13 septembre 2021. Voir en ce sens l'arrêt CA Aix-en-Provence, 3ème et 4ème chambres réunies, 8 juillet 2021. Afin de retenir la qualification de société créée de fait, la cour d'appel vérifie ici l'existence de trois critères constitutifs de ces sociétés : l'existence d'apports, l'intention des parties de s'associer et leur volonté de participer aux bénéfices et aux pertes.

76. En conclusion, parler des professions libérales au XXIe siècle, « *c'est parler de leur avenir en se souvenant du passé parfois très ancien. […] Les professions libérales vont bien, trop bien diront certaines personnes mal informées. […] À tel point que l'on peut se demander si l'absence de définition n'est pas plus conforme à la réalité qu'une définition accouchée dans la difficulté en 2012* »[221]. Par essence ouverte et évolutive, la profession libérale doit alors cohabiter avec la notion plus contemporaine d'exercice libéral.

[221] O. AYNAUD, Profession libérale au XXIe siècle, *op. cit.*

## Conclusion de chapitre

La notion de profession libérale a longtemps souffert de l'absence d'une définition claire et concise. Désormais encadrée textuellement, elle apparait pourtant aujourd'hui limitée au regard des évolutions de l'organisation des soins. Il en est de même pour la notion la notion d'activité libérale d'une profession qui ne peut se revendiquer comme telle au seul motif qu'elle soit exercée à titre intellectuel, indépendant et désintéressé.

77. **Place centrale de la médecine de ville.** La place du professionnel libéral de santé dans l'organisation des soins doit alors s'appréhender à l'aune de son exercice, s'inscrivant dans le cadre d'une forme sociétale dont la représentation la plus répandue est celle de l'exercice libéral de la médecine de ville, « *censé symboliser, contrairement au salariat, l'indépendance du médecin* »[222]. La profession médicale libérale s'est alors construite en tant que centre de gravité de notre système de santé autour duquel se développent et évoluent les autres professions de santé.

De la structuration et de la coordination entre ces différents protagonistes dépendra l'avenir de l'exercice libéral dans un système de santé en pleine mutation, dont l'un des objectifs serait avant tout de mieux concilier « *le principe de liberté qui structure la médecine libérale et le principe d'égalité auquel se réfèrent les politiques de santé publique* »[223].

[222] Conseil d'État, « *Les entretiens du Conseil d'État en droit social, les professions de santé de demain* », *op. cit.*, p.3.

[223] *Ibid.*, p.6.

## Chapitre II - La notion actuelle d'exercice libéral

78. **Consécration de l'exercice libéral.** La notion d'exercice libéral est, comme évoqué précédemment, plus étroite que celle de profession libérale. Il conviendrait alors de retenir cette dernière dans une approche plus large, et de préférer celle d'exercice dans une approche plus restreinte.
En tout état de cause, cohabitent d'un côté le terme de profession (le contenant) et de l'autre celui d'exercice, préféré à celui d'activité qui sera même abandonné dans la loi du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales[224] soumises à un statut législatif ou règlementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales[225].

79. **Abandon de l'activité.** Le terme d'activité serait alors le lien entre la profession et le mode d'exercice mais seuls ces deux derniers feraient encore sens. L'article 1er de la loi du 30 décembre 1991 était déjà rédigé de la manière suivante ; « *il peut être constitué, pour l'exercice d'une profession libérale soumise à un statut législatif ou règlementaire ou dont le titre est protégé, des sociétés à responsabilité limitée, des sociétés anonymes, des sociétés par actions simplifiées ou des sociétés en commandite par actions régies par les dispositions du livre II du Code de commerce, sous réserve des dispositions du titre Ier de la présente loi* ».
Dans l'approche de ce chapitre, le terme d'activité sera abandonné au profit de ceux d'exercice et de statut professionnel.

Dans un second temps, les modes d'exercice libéral sont également à opposer à l'exercice salarié du fait de l'absence de contrat de travail, de lien de subordination et de rémunération. Ces praticiens peuvent en effet exercer en libéral, comme salarié et même en combinant plusieurs modes. La principale différence réside avant tout dans le mode de rémunération, à l'acte ou par le versement d'un salaire mensuel, et dans les différents régimes de responsabilité[226].

[224] Dans cette loi, l'emploi des notions « exercice » et « activité » sera préféré à celui « d'activité ».

[225] Loi n°90-1258 du 31 décembre 1990, JORF n°0004 du 5 janvier 1991.

[226] V. notes supra n°86 et 94.

En tout état de cause, il n'existe pas qu'un seul et unique « modèle » de l'exercice libéral[227]. Tout d'abord, il s'illustre sous la forme de la médecine dite de ville, les praticiens exercent alors à titre individuel, en groupement ou société dans des cabinets en dehors de tout établissement de santé.

80. **Exercice libéral en établissement.** Mais l'exercice libéral s'envisage également en établissement de santé où l'on retrouve de nombreux contrats d'exercice libéral puisque en effet, « *les professions de santé, qu'elles soient médicales ou paramédicales, peuvent généralement être exercées de manière indépendante, à titre libéral. L'établissement de soins qui fait appel à un membre de ces professions peut établir ses rapports avec lui, soit sur la base d'un contrat de prestation de service, n'impliquant pas de subordination du professionnel, soit sur la base d'un contrat de travail* »[228].

81. Contrairement au contrat conclu entre un établissement public et un médecin libéral[229], le contrat d'exercice libéral ne relève d'aucune disposition légale ou règlementaire ; il est alors encadré par des règles déontologiques de l'ordre dont relève le professionnel et notamment l'exigence d'un écrit[230], « *l'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissante au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit* »[231]. La distinction devra cependant être faite entre établissement public de santé et établissement privé de santé car cela conditionne le régime de l'exercice libéral.

Il en résulte que ces différents aspects de l'exercice libéral incitent ces praticiens à délaisser une partie de l'exercice libéral au profit d'un exercice hospitalier ou encore d'un exercice mixte. Les causes en sont multiples mais la considération et l'accompagnement des professionnels libéraux tendent à expliquer leur désintérêt (**section I**) et les répercussions que cela peut avoir sur le statut de ces professionnels et leur mode d'exercice (**section II**).

---

[227] Outre les différentes formes sociétales abordées dans le chapitre I, Section II.

[228] J. SAVATIER, « *L'application du droit du travail dans les établissements de santé privés* », RDSS., 1990, p.476.

[229] CSP, art. L.6146-2.

[230] Toutefois, l'absence d'un écrit n'entraine pas la nullité du contrat mais impose aux juges de se livrer à un exercice d'interprétation (voir en ce sens : CA Versailles, 29 septembre 1995 : Jurisdata n°1995-046745).

[231] CSP, art. R.4127-83.

## Section I - Le manque d'attrait des professionnels pour l'exercice libéral

« *Si le métier de médecin parait bien défini, il recouvre pour autant différentes situations selon les modes d'exercice : fonctionnaires de l'État ou des collectivités locales, libéraux, agents publics des hôpitaux ou salariés de droit privé* »[232]

82. **Parent pauvre.** Au cours de l'année 2010, parmi les 5392 médecins qui se sont inscrits au tableau de l'Ordre, seulement 507, soit 9,4%, ont choisi un mode d'exercice libéral[233], et ce constat de désintérêt ne fait que s'accroitre au fil des années. Comment peut-on alors expliquer ce phénomène de désaffection des jeunes diplômés pour l'exercice libéral ? Cette lassitude est également exprimée par des praticiens installés et en exercice qui n'hésitent pas à quitter ou aménager ce statut.

Toutefois, la situation est récurrente ; la proportion d'exercice libéral chez les nouveaux inscrits est de 10% en 2008, 8,9% en 2009. Les exercices regroupés, en clinique ou encore en établissement public de santé sont désormais privilégiés. En effet, au 1er janvier 2021, « *41,8% des médecins actifs réguliers exercent en libéral exclusif soit 11,3% de moins qu'en 2010. Les médecins actifs réguliers exerçant en salariat représentent 47,6% des effectifs contre 10,5% pour l'activité mixte* »[234]. Ce rapport indique en outre « *qu'en un an, il est constaté que l'activité salariée a augmenté de 0,8% alors que l'activité libérale et mixte baissent respectivement de 0,5% et 1,1%* » (**§1**).

Cela exprime alors un découragement évident pour cette façon d'exercer, s'expliquant entre autres, par une surcharge administrative, une responsabilité propre ou encore la gestion d'un cabinet individuel et son coût. Partant de ce constat, il est étonnant que les pouvoirs

---

[232] P. HAEHNEL, « *Lieux et modes d'exercice* », ADSP, n°32, septembre 2000, p.1.

[233] Conseil de l'Ordre des médecins, « *Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1er janvier 2011* », 2011 : « *L'année 2010 n'est pas une exception : la proportion d'exercice libéral chez les nouveaux inscrits fut de 10% en 2008 et 8,6% en 2009. Il s'agit bien d'une désaffection pour cette façon d'exercer la médecine* ».

[234] Conseil de l'Ordre des médecins, « *Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1er janvier 2021* », sous la direction du Dr Jean-François GERARD-VARET, Président de la Commission des Études Statistiques et de l'Atlas, 2021.

publics ne s'en soucient pas davantage en recherchant des moyens visant à inverser ce phénomène.

En tout état de cause, ce désintérêt peut s'expliquer par plusieurs causes et peut être notamment l'aspect responsabilisant de cet exercice (**§2**).

## §1 – L'évident désintérêt pour l'exercice libéral

L'exercice libéral tel qu'hérité culturellement se heurte à des difficultés dans sa pratique ainsi que dans son organisation et son encadrement. En effet, « *si l'exercice médical en cabinet de ville est toujours vivace et joue un rôle essentiel pour la population dans l'offre de soins, il semble marquer le pas et laisse une place de plus en plus grande à une pratique médicale au sein des organismes publics et privés* »[235] ; par choix, contrainte ou raison (**A**) mais également sous l'impulsion et la dynamique insufflée par les pouvoirs publics (**B**).

### A - Le constat de ce phénomène

83. **Transformation des conditions d'exercice.** Depuis environ une vingtaine d'années, les conditions d'exercice des praticiens libéraux se sont profondément modifiées[236]. En effet, « *les inquiétudes sont massives et partagées au sein de l'ensemble de la profession médicale, quels que soient les modes d'exercice, les territoires ou les générations* »[237].

Sur les récents inscrits auprès du Conseil de l'Ordre des médecins, 9% seulement exercent en libéral à la fin de leurs études ; et ils seront environ 35% cinq ans après leur inscription[238]. Face à ce constat, le système de santé français assiste à une évolution évidente des modalités d'exercice des professionnels libéraux, au profit le plus souvent d'un exercice regroupé et mutualisé ou encore d'un exercice hospitalier.

L'exercice libéral incarné autrefois par le médecin de famille, en milieu rural notamment, est en voie de disparition. Les jeunes diplômés se tournent vers d'autres formes d'exercice et les praticiens déjà installés s'adaptent aux évolutions sociétales impactant inévitablement leur manière d'exercer. Les professionnels disent eux-mêmes « *qu'aujourd'hui, ce métier attire*

---

[235] P. HAEHNEL, « *Lieux et modes d'exercice* », *op. cit.*

[236] Notamment depuis 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.

[237] CNOM, livre blanc « *Pour l'avenir de la santé* », 26 janvier 2016 ; www.conseil-national.medecin.fr.

[238] Conseil national de l'ordre des médecins, Commission des jeunes médecins, « *Étude sur l'installation des jeunes médecins* », publiée le 11 avril 2019.

*peu nos jeunes confrères. Son attractivité semble décliner inexorablement… Les raisons économiques y sont pour beaucoup, les raisons sociétales y participent probablement, alors que l'exercice médical n'a sans doute jamais été aussi riche et passionnant qu'à notre époque* »[239].

84. **Superposition législative.** Qui plus est, la superposition des différentes réformes de santé[240] a inévitablement conduit à un système de santé inadapté et organisé autour des établissements publics de santé. Cette organisation hospitalo-centrée favorise « *une médecine individualisée en fin de vie* »[241] et conduit à une médecine plus standardisée, plus administrative et par conséquent plus contraignante.

Ce mode d'exercice doit alors se transformer et s'adapter tout en étant délesté de nombreux « à-côté », à l'instar des nombreuses tâches administratives qui ne laissent plus assez de place à la prise en charge médicale du patient. Pour ce faire, il faudrait alors rendre une réelle attractivité de l'exercice de ces professions autre que part le salariat ou entre les murs de l'hôpital public afin d'éviter un exercice en flux tendu de ces praticiens[242].

---

[239] J. POURCEL, Édito « *Quel avenir pour l'exercice libéral ?* » ; blog Madeformed ; www.blog.madeformed.com/avenir-exercice-liberal-medecin.

[240] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, op. cit.; Loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité médicale, JORF du 31 décembre 2002 ; Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004 ; 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; Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016 ; 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 ; Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, JORF n°0099 du 27 avril 2021.

[241] G. RAYMOND, Président de France Assos Santé : propos extraits de la grande consultation menée par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 2016 ; CNOM, « *Grande consultation – Les propositions de l'Ordre* », Le Bulletin de l'Ordre des médecins, n°42, janv/fev. 2016.

[242] A-M. CERETTI, « *Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.28. Formule employée par Monsieur CERETTI rapprochant le travail en flux tendu à l'industrie et conduisant alors à une « industrie du soin ». Voir également en ce sens : J-P ESCAFFRE, J-L MALETRAS et J-M TOULOUSE, « *Des soins sans industrie ? – Refonder le lien entre le système sanitaire et l'industrie française* », Manifeste, 2020 proposant « *une réorganisation globale du pilotage politique et stratégique de la santé publique reposant sur l'implication et l'écoute du personnel et des citoyens à l'échelon local* ».

L'avenir de la médecine libérale demeure en effet une question d'intérêt général, et au milieu de ces nombreuses réformes hospitalo-centrées, « *l'État providence ne sait pas comment s'y prendre pour optimiser le recours à ces quelques dizaines de milliers d'hommes et de femmes hautement qualifiés qui remplissent une mission de service public sans être fonctionnaires ni même salariés* »[243].

85. **Déterminants à l'installation.** À titre d'exemple, 75% des internes envisageraient une activité libérale et/ou mixte alors qu'à la fin de leurs études seulement 12% des nouveaux inscrits à l'ordre choisissent un mode d'exercice libéral[244]. Il existe donc un « *réel décalage entre l'aspiration première des futurs praticiens et la concrétisation de leur exercice* »[245]. Pour la Commission des jeunes médecins, le territoire et la proximité familiale sont des éléments déterminants dans l'installation de ces jeunes praticiens ; mais pas seulement puisque le rôle des conditions d'exercice est primordial[246].

Ces professionnels soulignent alors une perte de la maitrise de leurs conditions d'exercice : « *une régulation par les prix, ce phénomène s'est étendu aux pratiques (rémunération sur objectif, encadrement des prescriptions), à la trésorerie (tarifs conventionnels, généralisation du tiers-payant) et, plus récemment, à la liberté de choisir les conditions de travail (projet de restreindre la liberté d'installation, incitation aux regroupements dans les MSP)* »[247].

Outre ce manque d'accompagnement des pouvoirs publics face à l'effondrement du modèle traditionnel de l'exercice libéral, différents facteurs, autres que législatifs ou organisationnels, peuvent également être déclencheurs de ce phénomène.

---

[243] J. BICHOT, « *Quel avenir pour la médecine libérale ? Le cas particulier des blocs opératoires* », Dalloz droit social, n°12, 2011, p.1283.

[244] Conseil national de l'ordre des médecins – Commission des jeunes médecins, « *Étude sur l'installation des jeunes médecins* », *op. cit.*

[245] *Ibid.*

[246] Selon cette même enquête, « *l'exercice groupé, dans le cadre d'une activité mixte, libérale en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire, est largement plébiscité par les internes (72%). À l'inverse, l'exercice seul n'est envisagé que par 3% d'entre eux* ».

[247] J. POURCEL, Édito « *Sommes-nous des faux libéraux ?* », *op. cit.*

B - L'accompagnement des acteurs étatiques

86. **Aide de l'Assurance maladie.** En premier lieu, il est possible d'évoquer l'accompagnement de l'assurance maladie notamment à travers sa participation à la prise en charge des primes d'assurance des professionnels libéraux[248] sous certaines conditions. Créé par une loi du 13 août 2004, ce dispositif s'adresse à certains spécialistes conventionnés et concernent les médecins libéraux exerçant certaines spécialités en établissement de santé et accrédités par la HAS.

Ils peuvent alors bénéficier d'une aide de l'assurance maladie lors de la souscription d'un contrat de responsabilité civile professionnelle. Ce dispositif est régi par l'article D.185-1 du Code de la sécurité sociale et s'adresse à vingt-et-une spécialités médicales[249].
Malgré tout, ces aides sont circonscrites au seul aspect pécuniaire. En effet, sur la pratique même en exercice libéral, les dispositifs d'accompagnement sont plus rares et ont surtout du mal à se concrétiser et à relever d'un réel suivi de la part des acteurs étatiques.

87. **Formation hospitalo-centrée.** À titre d'exemple, au cours du cursus de la formation de ces professionnels, l'exercice libéral n'est pas un mode d'exercice valorisé puisque la majorité des stages sont réalisés au sein d'établissements publics de santé. Ce manque d'ouverture sur l'exercice libéral ne permet alors pas aux étudiants, futurs professionnels installés, de le privilégier. Un effort des pouvoirs publics dans l'organisation de ces cursus pourrait ainsi être envisagé afin d'offrir une vision globale des différents projets professionnels réalisables[250].

Ce constat relatif au cursus de formation de ces professionnels de santé entraine inévitablement un réel manque d'attrait pour ce mode d'exercice, de surcroît dans les zones plus rurales puisque l'éloignement n'attire pas.

---

[248] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°0190 du 17 août 2004.

[249] Voir en ce sens les spécialités mentionnées à l'article D.4135-2 du Code de la santé publique.

[250] V. en ce sens la proposition d'ouverture d'une 4ème année d'internat en médecine générale valorisant les stages en ambulatoire.

Cette situation est régulièrement dénoncée notamment par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Dans son sixième atlas de la démographie médicale, le CNOM rappelle que « *la démographie des médecins généralistes libéraux continue de baisser à -5,5% en cinq ans. Le mode d'exercice salarié enregistre une hausse de 2,6% sur la même période* ». L'instance ordinale ajoute que « *depuis une dizaine d'années, l'exercice libéral souffre d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié et plus particulièrement hospitalier. Entre le 1er janvier 2007 et le 1er janvier 2012, les effectifs des médecins libéraux exclusifs ont diminué de 1% tandis que les effectifs des médecins salariés ont augmenté de 2%* » [251].

L'instance dénombre ainsi, en 2015, une baisse toujours significative puisqu'en 2007 la France comptait 64 778 médecins généralistes contre 58 104 en 2015. Elle estimait alors la baisse de « *-6,8% pour les années 2015-2020 » ;* et ce désintérêt pour l'exercice libéral est souligné par l'Ordre qui estime que *« les médecins de famille sont une espèce en voie de disparition* ».

88. **Violence.** Enfin, ce mode d'exercice est également confronté à la violence pouvant se retrouver dans les grandes villes par exemple jouant ainsi un rôle non négligeable dans sa désaffection. Les médecins généralistes sont en effet les plus agressés dans cette profession, « *représentant ainsi 61% des déclarations d'incidents, un score en hausse de cinq points depuis deux ans* »[252]. À ce titre, et en raison d'agressions récurrentes des praticiens par des patients ou des membres de leurs familles, « *les ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur ont signé avec les représentants des professions de santé un protocole destiné à garantir leur sécurité dans l'exercice de leur profession* »[253].

À travers différentes études, le Conseil national de l'Ordre des médecins a pu constater que les médecins généralistes étaient les plus exposés puisqu'en première ligne de l'offre de

[251] Conseil national de l'Ordre des médecins, « *Sixième atlas de la démographie médicale* », 2012.

[252] CNOM, « *Observatoire pour la sécurité des médecins* », 2014.

[253] Conseil départemental de Côte d'or de l'Ordre des médecins, « *L'insécurité des médecins* », avril 2017. Un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé avait ainsi été publié ainsi qu'un livret de sécurité à l'usage des médecins rappelant que « *la sécurité de l'exercice de la médecine au service de l'ensemble de la population, et notamment des plus modestes, est une préoccupation majeure des pouvoirs publics* ».

soins[254]. Il attirait déjà l'attention des pouvoirs publics en affirmant qu'il était urgent « *qu'ils se saisissent pleinement de cet enjeu majeur, et qu'intervienne une véritable prise de conscience politique pour apporter des réponses concrètes aux médecins, dans la durée* ». Il est vrai que prendre soins des patients est au cœur même de l'exercice de ces praticiens, pour autant « *l'accroissement avéré mais sous-estimé des situations conflictuelles (incivilités souvent mais aussi violences physiques) chez les médecins crée un sentiment d'insécurité influençant l'adaptation des pratiques, particulièrement pour les généralistes* »[255].

[254] 70% des déclarations sont faites par des médecins généralistes (61% en 2017) ; v. CNOM, « *Observatoire de la sécurité des médecins en 2018 – Recensement national des incidents par la section EP du CNOM* », avril 2019. V. également Sénat, « *Insécurité des médecins libéraux* », Question écrite n°04245 de Mme A. DELMONT-KOROPOULIS, JO Sénat du 5 avril 2018, p.1561 : « *L'exercice de la médecine libérale est soumis à de nombreuses contraintes ; mais pour la plupart d'entre nous ce métier est une vocation. L'engagement et le dévouement du médecin au service de ses patients, particulièrement dans les territoires fragiles et en proie à la violence, doivent être valorisés, et non sabotés. Les incivilités, menaces physiques et les agressions ne doivent en aucun cas devenir des risques du métier de médecin libéral* ».

[255] A-S. CROUZET, « *Expérience d'insécurité vécue par les médecins dans leur pratique médicale : analyse qualitative auprès d'un échantillon de praticiens généralistes et spécialistes* », thèse d'exercice, 1er juin 2021.

## §2 - Les causes multiples de ce constat

Le manque d'attrait pour l'exercice libéral peut s'expliquer par plusieurs facteurs souvent distincts de la pratique de l'art[256] et par des considérations d'ordre organisationnel (**A**) et par une évolution de cet exercice conduisant ces professionnels à s'adapter (**B**).

A - Les contraintes organisationnelles et territoriales

89. **Livre blanc.** Le 26 janvier 2016, le Conseil National de l'Ordre des Médecins avait publié son Livre blanc « pour l'avenir de la santé » résultant d'une enquête sans précédent regroupant les témoignages de plus de 35 000 médecins et relevant les dysfonctionnements du système de santé.
La parution de ce livre n'était pas anodine puisqu'elle coïncidait avec la publication au Journal Officiel du 27 janvier 2016 de la loi de modernisation de notre système de santé. A ce propos, l'ancien Premier Ministre Manuel Valls avait précisé que cette réforme proposerait non « *pas des réformes du système de santé lui-même, mais des réformes pour les professionnels qui exercent et exerceront* »[257] et ce afin d'enrayer ce sentiment de déclassement omniprésent chez les médecins. Les syndicats des médecins libéraux avaient alors jugé cette nouvelle loi de santé « liberticide ».

Les revendications des praticiens libéraux sont les mêmes depuis de nombreuses années. Ils sont dans l'expectative d'une réforme en profondeur du système de santé ; cette nouvelle loi ne permettant pas pour eux de venir à bout des problèmes majeurs rencontrés par les professionnels et les usagers.

---

[256] L'expression « *d'art médical* » peut alors s'entendre comme l'art au sens large dont l'approche hétéroclite avait été dressée par Paul ÉLUARD : « *L'art d'aimer, l'art libéral, l'art de bien murir, l'art de penser, l'art incohérent, l'art de fumer, l'art de jouir, l'art du moyen âge, l'art décoratif, l'art de bien raisonner, l'art poétique, l'art mécanique, l'art érotique, l'art d'être grand-père, l'art de la danse, l'art de voir, l'art d'agrément, l'art de caresser, l'art japonais, l'art de jouer, l'art de manger, l'art de torturer* » - Paul ÉLUARD, « *L'invention* », in Capitale de la douleur, Galimard, 1926, p.16-17.

[257] Discours de Manuel VALLS à la maison de santé pluridisciplinaire de la Grange aux belles, 11 février 2016.

Pour le CNOM, les professionnels de santé doivent être au cœur d'une future réforme. Le Conseil vise ainsi l'absence de consultation des praticiens libéraux dans l'élaboration des différentes récentes lois de santé. Le Dr BOUET, alors Président du CNOM, ajoute que ces professionnels souhaiteraient « *une réforme à la fois ambitieuse et profonde, mais aussi réaliste et opérationnelle* » afin de transformer un système décrit comme « *à bout de souffle* »[258].

Les causes de cet essoufflement sont alors multiples et la « *diffusion lente des nouvelles organisations (exercice coordonné, délégation…) susceptibles d'optimiser le temps médical doit encore être améliorée* »[259]. Sont d'abord mises en exergue les difficultés d'accès aux soins qui s'expliquent par un aspect financier, l'étude du Conseil national de l'ordre des médecins relevant que « *les taux de non-recours à la CMU et l'ACS atteignent respectivement 28 et 70%* »[260] mais également par une présence inégalement répartie des médecins sur le territoire.

90. **Nationalisation et régionalisation.** La gouvernance et le financement de notre système de santé ainsi que le fossé entre le sanitaire et le médico-social et le fonctionnement des Agences Régionales de Santé sont également ciblés ; tout comme une organisation insuffisamment déconcentrée[261]. Ces dérives du système de santé actuel s'expliqueraient par le fort hospitalo-centrisme présent en France. Paradoxalement la régionalisation trouve son origine dans deux grandes réformes hospitalières[262] dont l'assise a été confortée par la

---

[258] CNOM, livre blanc « *Pour l'avenir de la santé* », *op. cit.*

[259] Atlas de la démographie médicale en France, *op. cit.*

[260] Paradoxalement la branche maladie du système de protection sociale français atteint les 30,4 milliards d'euros de déficit – Commission des affaires sociales du Sénat, « *Sécurité sociale : après la tempête, retrouver un cap* », rapport d'information, 7 juillet 2021.

[261] « *La décentralisation est ici entendue dans une acception large, qui est celle que l'on trouve dans la littérature internationale, et qui peut être définie comme « l'accroissement des attributions et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central ». Ce vocable désigne donc des processus variés, qui peuvent revêtir d'autres formes que le transfert de compétences à des collectivités territoriales – qui désigne au sens juridique le terme de « décentralisation »* » ; D. POLTON, « *Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international* », Revue française des affaires sociales, 2004, p.267-299.

[262] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971 et loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991.

création des ARH[263] puis accentuée par l'ordonnance de 2003[264] qui visait à « *renforcer le principe de régionalisation faisant de la région l'échelon pertinent pour les politiques sanitaires* »[265].

Malgré cela, 57% des Français jugeraient que la santé devrait être gérée au niveau national[266]. Il y a en effet cette idée persistante que la Nation garantit à tous la protection de la santé[267] et ce, de manière centralisée ; et donc l'impression que les prérogatives en santé ne peuvent être gérées qu'au niveau de l'État[268]. Toutefois, la place des collectivités locales est

[263] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 15 avril 1996.

[264] 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.

[265] H. DEBIEVE, E. LAJARGE, Z. NICOLLET et S. PIOU, Santé publique en 13 notions, 2ème édition, Dunod, 2017.

[266] A. FOURMONT, B. MOREL et B. VAILLOT, « *Pourquoi la décentralisation n'est pas un remède contre le Covid-19* », Le courrier des maires et des élus locaux, avril 2020.

[267] Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : « *La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.*

*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* ».

[268] Voir en ce sens CE, 17 avril 2020, n°440057, Commune de Sceaux : la haute juridiction administrative est ici intervenue afin de limiter les prérogatives accordées aux maires dans certains situations, ici s'agissant du port du masque pour les personnes de plus de 10 ans. Cet arrêt met également en exergue l'émergence du respect de la cohérence nationale, le CE exigeant que les mesures de police « *ne soient pas susceptibles de compromettre la cohérence et l'efficacité des mesures prises par l'État dans le cadre de ses pouvoirs de police spéciale* ». Les polices spéciales restent donc à la charge de l'État ; il est alors possible d'admettre que la décentralisation soit difficile à mettre en place s'agissant du système de santé puisque même des outils régionaux comme le Projet Régional de Santé (PRS) relève encore de la compétence étatique. En effet, le PRS s'inscrit dans « *les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finance et les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS)* ». Voir en ce sens, CSP, art. L.1434-1 qui dispose que « *le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régional de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* ».

primordiale dans la transformation du système de santé[269], le Code de la santé publique y consacre même un chapitre « Territorialisation de la politique de santé »[270].

Nonobstant cette volonté affichée d'établir la santé au plus proche de ses administrés[271], l'organisation décentralisée impacterait le système de santé conduisant à creuser des inégalités entre les territoires[272] ; or « *la régionalisation apparaissait comme l'un des sésames de la réforme du système de santé publique. L'organisation au niveau régional était censée permettre à la fois de contenir les dépenses, de mieux associer les professionnels et les usagers par une politique de proximité, de garantir la qualité et l'efficience des soins et de réduire les inégalités par une meilleure coordination des intervenants en santé* »[273].

C'est alors dans ces situations inégalitaires, que l'exercice libéral sur certains territoires permettrait d'être un relais « ville-hôpital », dans ces régions où la décentralisation ne permet pas un budget santé conséquent. Pour Emmanuel HEYRAUD, il convient de « *beaucoup insister sur la nécessité de prendre en compte les enjeux des territoires, les besoins des élus autour d'une gouvernance opérationnelle et pratique, loin de lourdeurs administratives observées dans le passé* »[274].

La solution serait alors « *une gouvernance territoriale, composée des acteurs médicaux et paramédicaux, des patients, des collectivités territoriales à l'échelle d'un territoire qui représente un bassin de vie de 120*

---

[269] F. JEANSON, « *Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.4-5.

[270] Chapitre IV : Territorialisation de la politique de santé (Articles L.1434-1 à L.1434-14) : projet régional de santé, conditions de fongibilité des crédits, territoires et conseils territoriaux de santé, communautés professionnelles territoriales de santé et pacte territoire-santé.

[271] Et ce depuis la loi dite HPST de 2009, dans laquelle « *les territoires étaient au cœur de la réforme* » : E. VIGNERON, « *Les territoires au cœur de la réforme* », Droit et santé, n°26, 2008 p.689.

[272] A titre d'exemple, le budget santé des régions les plus pauvres s'en trouverait nettement réduit par rapport aux régions les plus riches.

[273] I. MULLER-QUOY, « *La territorialisation des politiques sanitaires* », in Droit et gestion des collectivités territoriales, Tome 29, L'action sociale des collectivités territoriales, 2009, p.79-89.

[274] E. HEYRAUD, « *Territorialiser le système de soins est une nécessité* », Club santé social, 11 septembre 2020.

*000 habitants* »[275]. Il va même plus loin en suggérant de créer « *par la loi de façon napoléonienne 550 territoires de santé, avec une vraie gouvernance, une responsabilité, les principales missions de soins et de santé publique* ». Cette idée pourrait conduire à la mise en place de territoires prioritaires de santé[276].

En tout état de cause, les ARS seraient aujourd'hui « *trop distantes des territoires* »[277] et « *associeraient trop peu les acteurs locaux, seraient trop bureaucratiques, trop fragiles en cas de crise, et la coordination avec l'ensemble des acteurs, sans autorité réellement reconnue, serait défaillante* ».

91. **Coordination territoriale.** Concernant la coordination territoriale, l'inégale répartition des praticiens est soulignée par tous les acteurs et a des conséquences sur l'ensemble des professions de santé. L'Ordre National des Infirmiers a par exemple dénoncé la gestion des maladies chroniques et le vieillissement de la population.

Il propose un état des lieux des besoins de santé pour chaque périmètre territorial donné ainsi qu'une étude sur l'offre actuelle et prévoit l'ouverture « *d'une démarche de réflexion collective et prospective sur l'avenir de la profession à 10 ans, rassemblant les infirmiers et l'ensemble de leurs parties prenantes, à commencer par les patients* »[278] afin de « *penser global, et agir local* »[279] ; à charge pour ces organes représentatifs de ne pas oublier des facteurs tels que le dogme ubiquiste de la liberté d'installation ou encore une démographie insuffisante selon les territoires concernés.

---

[275] F. BIZARD, « *Territorialiser le système de soins est une nécessité* », Club santé social, 11 septembre 2020.

[276] C. BOUILLON, « *Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.6-8.

Sur ces questions, v. également loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, JORF n°0044 du 22 février 2022. Cette loi vise à *« parfaire la décentralisation* » et conforter les compétences des collectivités territoriales dans des secteurs tels que la santé par exemple.

[277] J-M BOCKEL, Table ronde « *La coordination collectivités territoriales – ARS, un premier bilan* », Rapport d'information du Sénat, 28 mai 2020.

[278] Ordre national des infirmiers, « *Enquête sur l'avenir de la profession infirmière auprès de 30 000 infirmiers* », Communiqué de presse, 8 mai 2021.

[279] L. CHAMBAUD, « *Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.12-14.

B - Les répercussions professionnelles

92. **Adaptation nécessaire.** Face à ces constats multiples, l'adaptation de ces professionnels aux évolutions du système de santé apparait incontournable. C'est déjà ce qui était préconisé dans un rapport rendu en juin 2013[280] insistant sur « *la nécessité de faire évoluer les métiers de santé afin de s'adapter aux nouveaux enjeux de l'évolution médicale : « il faut mettre fin au modèle en silo qui enferme les professionnels dans des périmètres de métiers et d'actes. Il faut permettre d'une part un avancement de carrière soignante sans éloignement du malade, et d'autre part développer de nouvelles compétences pour aider à une meilleure fluidité des parcours de soins et de santé »* ».

Dans le cadre de la relation praticien-patient, de nombreux acteurs du système de santé préconisent un nouveau modèle du rôle de ces professionnels à l'égard du patient. Est alors mis en avant le modèle anglo-saxon afin de permettre le développement de la décision partagée[281] mais également par un renforcement de l'accompagnement des patients et une recherche de leur adhésion.

93. **Temps administratif.** S'agissant des modalités d'exercice, le bilan est sans appel ; le temps médical est parasité par la lourdeur des tâches administratives représentant un temps important chez les praticiens libéraux[282], temps qui n'est alors pas consacré à la pratique de leur art ; constat auquel les professionnels répondent par la proposition d'une mutualisation des tâches administratives permettant également une revalorisation attendue du rôle de ces praticiens.

---

[280] A. CORDIER, « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des « sages »* », juin 2013 – dit rapport Cordier.

[281] HAS, « *Patient et professionnels de santé : décider ensemble* », octobre 2013 : « *La décision médicale partagée est un concept qui se développe depuis les années 1990 aussi bien en France que dans les pays anglo-saxons. Traduites de l'anglais « shared decision making » ou « shared decision-making », les expressions françaises « décision médicale partagée », « prise de décision partagée » ou « processus partagé de décision » désignent un modèle de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un médecin ou, plus largement, entre un professionnel de santé et un patient, que sont l'échange de l'information et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient* »

[282] Par exemple, les généralistes consacreraient environ 7h par semaine aux tâches administratives d'après une enquête menée en 2018 par la mutuelle du médecin.

94. Pour ce faire, il faut alors impulser certains transferts de compétences de ces professions médicales vers d'autres professionnels de santé et enrayer une dynamique peut être trop « médico-centrée »[283].
Est également décompté dans cet aspect administratif, le travail nécessaire à effectuer sur la question du partage de l'information des données de santé mais aussi sur le tarif de la consultation, revendication forte de tous les syndicats de médecins libéraux.

Pour ces parcours et perspectives de carrière, l'enjeu majeur serait alors celui de l'exercice mixte permettant de rompre le clivage praticiens hospitaliers/ praticiens de ville, cette distinction ayant des répercussions sur les usagers et les professionnels eux-mêmes.
Les maisons de santé pluridisciplinaires, ainsi que les CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé), pourraient alors apparaitre comme étant une solution à condition de façonner un système de santé plus souple, plus adaptable et beaucoup moins enclin aux cloisonnements[284] ; tout cela en ajustant bien sûr cette notion essentielle de colloque singulier aux évolutions des modes d'exercice notamment pour les équipes des soins pluridisciplinaires[285]. En effet, et particulièrement dans le cadre d'un diagnostic ou de

[283] S. BRISSY, « *Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé ; amplifier l'évolution du droit des professions de santé* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.21-27.

[284] Tout en respectant les principes cardinaux qui fondent ces professions ; voir en ce sens CSS, art. L.162-2 CSS qui 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* ».

[285] M-F CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET, « Dictionnaire de droit de la santé », *op cit.* – À propos de la notion d'équipe de soins : « *La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé un article L.1110-12 CSP relatif à la définition de ce qu'il faut entendre par 'équipe de soins'. […] Elle doit répondre au cumul de deux critères : premièrement, à un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de la perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes ; deuxièmement, que ces professionnels se trouvent dans l'une des situations suivantes : soit qu'ils exercent dans le même établissement de santé ou du service de santé des armées ou d'un établissement ou service social ou médico-social ; soit qu'ils se soient vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et actes prescrits par son médecin ; soit qu'ils exercent dans une organisation formalisée, comprenant au moins un professionnel de santé et répondant aux critères cumulatifs fixés par l'arrêté du 25 novembre 2016* ».

traitements de pathologies dites complexes, le colloque singulier est abandonné au profit d'une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire[286]. Pour autant, afin d'éviter certains dysfonctionnements dans le parcours de soins, la coordination entre les différents acteurs doit être prépondérante ce qui n'est pas encore toujours le cas en pratique puisque quatre français sur dix déplorent toujours un manque de coordination entre les professionnels de santé[287].

[286] Sur ces questions, v. G. FAURÉ, Avant-propos, RGDM, LEH, n°14, 2004, p.11-12 : La notion d'équipe médicale, ici pluridisciplinaire, doit « *s'entendre de façon large ; elle comprend tous les acteurs qui sont généralement, mais non obligatoirement, des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des malades au sein des établissements de santé publics ou privé* ».

[287] Sondage BVA relatif à la fluidité des parcours de soins en France, février 2021 : « *39% des français interrogés ont souligné le manque de coordination des professionnels de santé dans les prises en charge* ».

## Section II - Les conséquences sur le statut du professionnel de santé

Face à ce constat, il est possible de se demander s'il existe toujours un réel exercice libéral de ces praticiens, bien que, comme vu précédemment, le professionnel libéral de santé peut toujours se distinguer d'un professionnel exerçant sous une autre forme d'exercice sur bien des critères.

95. **Remise en cause.** Le manque d'attrait des professionnels de santé pour l'exercice libéral impacte alors inévitablement le statut de ces professionnels pouvant conduire jusqu'à une remise en cause de la médecine dite libérale telle qu'envisagée traditionnellement (**§1**) et explique également un encadrement étatique grandissant qui réduit considérablement la liberté d'exercice et la marge de manœuvre des professionnels dans leur exercice de leur profession (**§2**).

Cet encadrement peut d'ailleurs être qualifié de « liberticide » par certains professionnels si l'on se fonde sur les caractéristiques premières des professions libérales, à savoir des professions intellectuelles, indépendantes et désintéressées. Alors que la transformation du système de santé français pourrait se dispenser de « *tout protocoliser* »[288] par un encadrement législatif souvent « trop immuable et pas assez dynamique », là où *« le droit règlementaire fait preuve de plus de souplesse* »[289]. À titre d'exemple, l'élan donné aux CPTS dans « Ma santé 2022 » n'a réellement été concrétisé sur le terrain que par la crise sanitaire du Covid-19, « *l'énorme besoin de solidarité ayant entrainé la construction embryonnaire des CPTS de demain* »[290]

[288] F. BOURDILLON, « *Table-ronde 3 : Santé publique / One Health ; Quels sont les moyens de réussir à déployer une santé dynamique ? Quels sont les ressorts et les objectifs prioritaires dans le cadre de l'échéance à la présidentielle ?* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.45-46.

[289] S. MAUBORGNE, « *Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.29-30.

[290] *Ibid.*

## §1 – La remise en cause de la médecine dite libérale

Pléonastique de prime abord, la dénomination « *médecine libérale* » s'éloigne désormais des invariants de sa définition originelle. Par-delà les éléments fondateurs, il semble aujourd'hui que certains aménagements de la médecine libérale soient nécessaires (**A**) même si cela nécessite une intervention des pouvoirs publics dans son organisation (**B**).
La plupart des médecins libéraux continuent de vouloir assoir leur identité professionnelle sur des aspects de fonctionnement antinomiques que sont la préservation d'un exercice libéral individuel notamment dans leur relation avec leurs patients et également un exercice toutefois très encadré par les pouvoirs publics.

### A - L'aménagement proposé des caractéristiques de la médecine libérale

96. **Rapport de l'Assurance maladie.** En novembre 2017, la Cour des comptes publiait un rapport relatif à l'avenir de l'Assurance Maladie[291]. Faisant l'effet d'une bombe dans le secteur des professionnels libéraux, ce rapport propose plusieurs pistes de réformes relatives notamment à l'exercice libéral dans un souci d'une meilleure organisation du système de santé français et d'une volonté de réduction du déficit de l'Assurance Maladie.

L'objectif affiché était d'engendrer un gain de 800 millions à 1,4 milliards d'euros. De fait, pour Didier MIGAUD, premier président de la Cour, « *les dépenses de santé sont étroitement corrélées avec la densité de professionnels de santé libéraux, mais fort peu avec les besoins de santé des territoires* ». En effet, malgré de nombreuses réformes entreprises, mais souvent inachevées et imparfaites, les mécanismes jusqu'alors instaurés n'ont pas permis d'offrir une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins.
Le constat dressé par la Cour des Comptes était alors sans appel et soulignait que « *malgré des réformes nombreuses mais souvent inabouties, les instruments de régulation à la disposition de l'État*

[291] Rapport de la Cour des comptes, « *L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs* », novembre 2017. Ce rapport a servi ici d'appui pour une analyse prospective de l'évolution des principes cardinaux régissant ces professions libérales.

*n'ont pas permis de lutter suffisamment contre les situations acquises et les déséquilibres territoriaux dans la répartition de l'offre de soins en ville et en établissements de santé* ».

C'est dans ce contexte, et afin de responsabiliser les acteurs libéraux du système de santé, que les Sages de la rue Cambon ont fait part de plusieurs propositions orientées autour de trois thèmes principaux que sont les dépassements d'honoraires, la répartition des professionnels de santé libéraux et l'articulation urgences hospitalières/soins de ville.
La Cour estime en effet que « *des réformes profondes doivent encore être conduites en vue de maitriser les volumes et d'orienter les actes vers la qualité et l'efficience. (…) Davantage prendre en compte les objectifs de pertinence des soins et responsabiliser les professionnels de santé, à l'hôpital comme en ville* »[292].
Ces différentes propositions ont alors été mal accueillies par les professionnels libéraux, dont le statut et le fonctionnement avaient déjà été pointés par la Cour des Comptes en septembre 2017 à l'occasion de son rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale[293].

97. **Attachement des médecins aux principes fondateurs.** Ces principes fondateurs de la médecine libérale sont associés à « *une forte conception de l'indépendance professionnelle à laquelle les médecins français restent attachés mais le contexte de la médecine a évolué* »[294].
L'un des premiers éléments propres aux praticiens libéraux, et régulièrement mis en avant, est la liberté d'installation. Dans le viseur des pouvoirs publics depuis de nombreuses années[295], la France doit pourtant faire face à une répartition inégale de l'offre de soins sur son territoire mais également à une réforme insuffisante des études. Pour exemple, « *le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants varie du simple au double entre départements,*

---

[292] Extrait de la synthèse du rapport de la Cour de Comptes relatif à l'avenir de l'Assurance Maladie, « *L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs* », *op. cit.*

[293] *Ibid.*

[294] Dr. M. LEGMANN, « *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* », Conseil national de l'Ordre des médecins, avril 2010.

[295] Extrait de la proposition de loi n°477 visant à lutter contre la désertification médicale, 6 décembre 2017 : « *Sur l'égal accès aux soins, de nombreux dispositifs ont été imaginés, expérimentés, et généralisés depuis 2012. Ainsi, 1800 contrats d'engagement de service public ont été passés avec des étudiants. Près des 1000 maisons de santé ont été construites en cinq ans. Et le numerus clausus a été augmenté de 11%. Pourtant les derniers chiffres publiés le 12 octobre 2017 par l'Ordre des médecins concernant la démographie médicale sont particulièrement alarmants, notamment pour la médecine générale* ».

*sans que l'âge, l'état de santé ou la précarité des populations suffisent à expliquer ces écarts. Ils sont encore plus forts à l'échelle infra-départementale* ».

Cette défectuosité de la répartition de l'offre de soins engendre alors des coûts supplémentaires pour l'Assurance Maladie et ne permet pas de répondre pleinement aux besoins de santé de la population. Dans son rapport, la Cour des comptes proposait alors de *« réguler les installations en soins de ville en conditionnant le conventionnement avec l'Assurance Maladie à l'exercice dans des zones où des manques de professionnels de santé sont avérés, et sans dépassements d'honoraires* » et ainsi introduire dans les dispositions législatives communes aux conventions conclues entre l'Assurance Maladie et les professions de santé « *des règles de conventionnement sélectif, subordonné à la recertification périodique des professionnels de santé et aux besoins des territoires d'installation* ».

98. **Conventionnement sélectif.** Véritable coup de canif au principe de la liberté d'installation, ce conventionnement sélectif, déjà appliqué aux infirmiers et aux sages-femmes, aurait pour finalité de mieux réguler l'installation des médecins libéraux puisque ceux qui s'installeraient dans une zone sur-dotée ne seraient pas conventionnés et *a fortiori* les patients non remboursés.
De plus, mieux répartir l'offre de soins sur le territoire français permettrait de générer une économie avoisinant les 3,2 milliards d'euros par an.

À la suite de la publication du rapport de la Cour, un groupe de députés de la nouvelle gauche avait déposé une proposition de loi[296] visant à lutter contre la désertification nationale. Pour ce faire, ces parlementaires proposaient l'instauration d'un dispositif de régulation de l'installation ou « conventionnement territorial ».
A cet effet l'article 1er du projet de loi disposait que « *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* ».

[296] Proposition de loi n°477 visant à lutter contre la désertification médicale, *op. cit.* : proposition avortée.

Cette proposition de loi défendant la mise en place d'une régulation de l'offre de soins par le conventionnement sélectif est loin de faire consensus. La ministre de la Santé alors en place, A. BUZYN, avait d'ores et déjà annoncé qu'elle s'opposait fermement à la mise en place d'un tel conventionnement et rappelle que d'autres mesures, moins coercitives, seront proposées par le gouvernement afin de garantir un meilleur accès aux soins. Pour d'autres, ces propositions ont été jugées comme de « *vieilles ficelles de la coercition* »[297] .

99. **Propositions diverses.** D'autres propositions sont formulées dans ce rapport comme l'ouverture des cabinets médicaux le soir et le week-end afin de désengorger les urgences et ainsi renforcer le recours à la médecine de ville ; mais l'exercice libéral peut-il être une variable d'ajustement ? Avec 20,3 millions de passages en 2015, la fréquentation des urgences est jugée trop importante et pas toujours justifiée. Pour la Cour, « *l'insuffisante disponibilité des médecins, en particulier tôt le matin ou en soirée, ou pour des rendez-vous non programmés et les délais d'obtention y afférents, ainsi que la réduction des gardes et des déplacements à domicile, expliquent le report vers l'hôpital* ».
Les médecins seraient ainsi dans l'obligation d'étendre leur plage d'ouverture et une partie de leur rémunération serait conditionnée « *au développement de la permanence des soins, de l'extension des horaires d'ouverture et de la réponse* ». Elle serait alors liée à leur participation à la permanence des soins.

La Cour suggère de « *renforcer la réponse de soins de ville en conditionnant une partie des rémunérations des médecins au développement de la permanence des soins, de l'extension des horaires d'ouverture et de la réponse de soins non programmés, et expérimenter à l'entrée des urgences une régulation médicale indépendante de l'hôpital permettant d'orienter les patients vers la réponse de soins, ambulatoire ou hospitalière, la mieux adaptée à leur état* ».

En tout état de cause, même si ces propositions sont pour le moment restées lettre morte, les réactions des principaux concernés s'expliquent avant tout par leur teneur mais

[297] Réaction d'Olivier VÉRAN, alors député de l'Isère, à la suite de la publication du Rapport de la Cour des Comptes relatif à l'avenir de l'Assurance Maladie

également peut être par la dynamique donnée[298]. En effet, il pourrait être intéressant de redonner une capacité d'initiative aux médecins pour que, par exemple, « *ils proposent aux ARS une organisation territoriale pour mener à bien un projet de santé et élaborent des protocoles de partenariat entre tous les acteurs* »[299].

100. Enfin, la Cour avait proposé d'encadrer les honoraires en fonction des besoins de santé. Une fois n'est pas coutume, les dépassements d'honoraires sont au cœur de ces propositions de réaménagement de l'exercice libéral. Jusqu'alors, les négociations conventionnelles entre les professionnels de santé libéraux et l'Assurance Maladie n'ayant pas conduit à des résultats satisfaisants, le rapport préconise de les encadrer en instaurant dans la loi des « *règles de plafonnement des dépassements d'honoraires autorisés dans le cadre des dispositifs conventionnels avec l'Assurance Maladie entraînant en cas de non-respect l'exclusion du conventionnement du professionnel de santé en cause, et dans celui des contrats solidaires et responsables* ». Le non-respect de ces plafonds entrainerait une exclusion du médecin de son conventionnement par l'Assurance Maladie et donc un non-remboursement de ses patients[300]. Autrement dit un tel non-respect entrainerait la fin de son exercice libéral.

Toutefois, à l'heure où les jeunes médecins expriment de plus en plus de désintérêt pour l'exercice libéral de leur profession, l'ombre d'un possible déconventionnement pourrait en décourager plus d'un. Pour Jean-Paul ORTIZ, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), « *on pourrait parler de déconventionnement s'il y avait trop de médecins*

---

[298] Par leur histoire, « *c'est un véritable combat que les médecins libéraux vont mener pour conserver leur indépendance […] ; la charte de 1927 définit les principes de la médecine libérale fondée sur le colloque singulier du malade et son médecin, qui relève totalement de la sphère privée. Elle affirme les principes du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, de l'entente directe entre malade et médecin pour les honoraires et du paiement direct des honoraires par le malade au médecin* ». Voir en ce sens, F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.* V. également CSS, article L.162-2 qui codifie ces principes : « *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* ».

[299] Dr M. LEGMANN, « *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* », *op. cit.*

[300] De nos jours, les consultations chez un médecin non conventionné sont remboursées entre 60 cents et 1,20 euros.

*en France. Alors on pourrait se permettre de choisir, mais aujourd'hui, on a du mal à trouver un médecin traitant, y compris dans les centres villes* ».

Ces recommandations de la Cour des comptes, qui ne revêtent pas de caractère contraignant, mettraient cependant sous tutelle ces professionnels plutôt que d'impulser un nouveau souffle à l'exercice libéral car « *s'il semble évidemment souhaitable d'améliorer les conditions de travail des médecins, on peut s'interroger sur les moyens d'y parvenir* »[301] . Il conviendrait alors d'attirer plus que de contraindre, certains ministres ayant même récemment exprimé leur opposition à la contrainte à l'installation[302]

Face à ces quelques propositions, les syndicats des professionnels libéraux avaient vivement exprimé leur mécontentement[303] à la suite de la publication de ce rapport et ont jugé ces recommandations ineptes et complètement inadaptées à leur exercice.

B - La viabilité de telles propositions

À la suite de propositions aussi arrêtées, leur viabilité n'était pour le moment pas envisageable. Certaines autres, plus modérées et enclines à faire évoluer l'exercice libéral ont toutefois été admises[304] sans pour autant nier l'attachement des professionnels et des patients à ce mode d'exercice. Au-delà des principes cardinaux de ce dernier, « *le modèle*

[301] T. BARNAY, L. HARTMANN et P. ULMANN, « *Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France* », Revue française des affaires sociales, n°1, 2007, p. 109-126.

[302] V. C. DUPUIS, « *Déserts médicaux : la nouvelle ministre Agnès FIRMIN-LE BODO a toujours été contre la contrainte d'installation* », Le Quotidien du médecin, 6 juillet 2022 : « *À titre personnel, j'ai toujours été contre la contrainte à s'installer. On sait que l'on manque de professionnels dans tous les domaines et partout. La réponse à cette question n'est pas celle-là. Le vrai sujet, c'est le manque de professionnels de santé. Et ce n'est pas sous la contrainte que l'on arrive à faire avancer les choses* ».

[303] La CSMF, premier syndicat de médecins, rejette les recommandations formulées par la cour des Comptes et juge les idées « saugrenues ».

[304] Voir notamment dans la partie II les cas d'exercice regroupé à l'aide des CPTS, des MSP ou encore certains glissements de tâches.

*entrepreneurial de la médecine libérale a permis de rendre accessible une expertise médicale de haut niveau à quinze minutes de presque tous les foyers français, à moindre coût* »[305].

101. **Accessibilité.** Malgré une déficience du maillage territorial français dans l'accès aux soins souvent pointé du doigt, cette accessibilité est encore de qualité puisque 95% de la population a physiquement accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes[306]. Il serait absurde de nier que l'exercice libéral de ces praticiens ne mérite pas un toilettage et une adaptation contemporaine ; toutefois il est primordial de ne pas perdre de vue que cet exercice libéral des professionnels médicaux ne doit pas reposer sur un modèle commercial et doit s'efforcer de continuer à répondre aux besoins des patients[307].

102. Pour être viables, de telles propositions doivent continuer à s'inscrire dans un renforcement des soins de premier recours ainsi que dans des nouvelles formes d'exercice de groupe ; et ce afin de « *faire face aux enjeux de complexité croissante de la médecine, du développement numérique médical et de l'équilibre de vie personnelle et professionnelle* »[308] de ces praticiens. Il est également important d'amorcer une « révision » de la charte de 1927 et éventuellement d'en moderniser les principes fondateurs de l'exercice libéral afin d'éviter une marginalisation de la médecine libérale.

« *La remise en cause de l'adéquation de l'exercice libéral avec notre système de santé et les attaques visant l'ensemble des principes de la charte peuvent être l'occasion d'un souffle nouveau et d'une évolution nécessaire pour redonner de l'attractivité à la médecine libérale et garantir sa pérennité* »[309], il revient donc aux professionnels libéraux et aux pouvoirs publics de dépoussiérer quelques-unes de ces approches trop ancestrales et d'adapter les règles de cette pratique au monde d'aujourd'hui et de demain.

---

[305] F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.*

[306] IRDES, « *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009* », Question d'économie de la santé, septembre 2010 : et à des soins hospitaliers en moins de 45 minutes, 75% en moins de 25 minutes.

[307] CSP, art. R.4127-19 : « *La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce* ».

[308] F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.*

[309] F. BIZARD, « *Santé et liberté seraient-elles devenues incompatibles* », Huffington Post, 25 avril 2015.

## §2 – L'encadrement étatique grandissant

L'intervention et l'encadrement de l'État dans l'exercice des professions médicales expliquent un équilibre difficile notamment entre médecine libérale et solidarité nationale. Pour autant, à la fin de la seconde guerre mondiale l'ambition affichée a été celle de cette solidarité nationale expliquant inévitablement une présence des pouvoirs publics dans l'organisation des soins en France (**A**) aujourd'hui incarnée, entre autres, par le rôle des ARS auprès des professionnels de santé (**B**).

### A – La tutelle inévitable de l'État[310]

Historiquement, l'exercice libéral de la médecine ne supposait aucune autorisation de l'État et ne pouvait ainsi bénéficier d'aucune contrepartie financière[311]. L'aspect libéral revêtait alors tout son sens premier. Mais cela est désormais un lointain souvenir puisque certains professionnels de santé libéraux ont même déjà envisagé de « *créer un conseil de la médecine libérale pour imposer une feuille de route et ainsi constituer un vrai contre-pouvoir face aux ARS* »[312]

103. **Exercice conventionné.** En effet, l'exercice libéral, tel qu'il existe aujourd'hui, est à mettre en balance avec les conventions régies par l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale qui dispose 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 […] ; la ou les conventions déterminent notamment : 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ; 2° Les conditions d'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure*

---

310 N. DA SILVA et M. GADREAU, « *La médecine libérale en France* », Revue de la régulation, mis en ligne le 17 juin 2015 ; http://journals.openedition.org/regulation/11120 : cet interventionnisme de l'État s'explique par une dynamique d'encadrement et de régulation du système de santé français, « *la politique de santé en France s'inscrivant dans une trajectoire qui reflète l'émergence et l'évolution de l'État social, en rapport avec les transformations de l'ordre économique social* ».

311 A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ? Réflexions à partir du droit romain et de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales* », *op. cit.*

312 Proposition formulée par Jérôme MARTY, Président de l'UFML, en 2016 lors de la grande consultation pour l'avenir de la santé.

*coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers…* ».

Rappelons que l'assurance maladie est « *un système d'assurance destiné à gérer la branche maladie (qui comprend aussi la maternité, l'invalidité et le décès) et la branche des accidents du travail et maladies professionnelles de notre système de sécurité sociale* »[313] ; la sécurité sociale étant « *une institution chargée d'assurer la couverture des risques sociaux majeurs de notre société* »[314].
Elle offre une protection de base contre ces risques : maladies, maternité, invalidité, vieillesse, décès, accident du travail, maladie professionnelle, veuvage et prestations familiales. La Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale et concerne « *toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière* »[315]. La tutelle de l'État est, *de facto*, omniprésente dans l'exercice de ces professions, même libéral[316].

Les conventions régies par l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale encadrent les principes relatifs au mode de rémunérations, des médecins notamment, que sont le paiement à l'acte et le paiement direct[317] ; ainsi cette relative indépendance économique, pourtant pilier de l'exercice libéral, peut être remis en cause par le conventionnement de ces professionnels avec les organismes de l'Assurance maladie.

---

313 M-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET, « *Dictionnaire de droit de la santé* », *op. cit.*

314 En effet, « *quiconque travaille a droit à une rémunération équitable et satisfaisante lui assurant ainsi qu'à sa famille une existence conforme à la dignité humaine et complétée, s'il y a lieu, par tous autres moyens de protection sociale* » (v. Article 23 al.3 de la Déclaration universelle de Droits de l'Homme).

315 M-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET, « *Dictionnaire de droit de la santé* », *op. cit.*

316 V. CHAPEAU-SCELLIER, « *Le droit de la protection sociale, du principe de solidarité socio-professionnelle vers l'octroi de droits sociaux individuels* », *op. cit.* : « *En France, le système de protection sociale repose sur un principe de solidarité socio-professionnelle ; idée de l'existence d'un devoir naturel selon lequel au sein d'un groupe d'individus, strictement défini, tel que les salariés cadres par opposition aux autres travailleurs (salariés non-cadres, indépendants …) ou encore les professions libérales par opposition aux travailleurs salariés, une collectivité et une solidarité doit s'organiser pour faire face à la précarité sociale et médicale* ».

317 Des dérogations légales et conventionnelles existent.

C'est alors « *qu'entre liberté des honoraires et assurance maladie, il faut choisir* »[318] ; les liens évidents des professionnels de santé avec ces organismes impliquent qu'ils doivent appliquer la tarification des actes médicaux résultant de la convention médicale en cours de validité traduisant inévitablement une tutelle étatique exercée sur ces professionnels.

104. **Notion culturelle.** Ainsi, cet exercice libéral a évolué et s'est imposé bien plus comme une notion culturelle que juridique. À ce propos certains auteurs ont en effet très justement relevé que cette notion n'apparait nullement dans le Code de la santé publique[319] alors que ce dernier aborde la médecine générale, la médecine du travail ou encore la médecine scolaire par exemple[320]. Certains auteurs la qualifient alors d'expression « fantôme », bien « *qu'elle hante le Code de la santé publique d'un bout à l'autre* »[321].
Le terme de médecine libérale, telle qu'on la connait aujourd'hui, n'est vraiment née qu'entre les deux guerres avec l'adoption de la première charte médicale[322] marquant les principes fondateurs de cet exercice.

Le Docteur RENON définissait alors la médecine libérale par « *son caractère intellectuel* », la médecine étant « *une profession libérale, ce qui veut dire que l'on exerce en toute liberté : liberté d'accepter ou de refuser les soins (…) ayant pour seul guide, pour seul frein, l'intérêt du malade et la conscience professionnelle, la liberté de réclamer des honoraires que l'on proportionne à l'importance des soins donnés et au service rendu, aux situations sociales et à la situation personnelle du praticien* »[323]. Bien qu'illustrant

---

318 C. PRIEUR, « *L'évolution historique de l'organisation des relations entre la médecine libérale et les régimes d'assurance maladie : 1930-1976* », RTDSS 1976, p.308

319 Seuls les termes de « médecins libéraux » (CSP, art. D.4133-25) et de « médecins exerçant à titre libéral » (CSP, art.R.4031-6) y sont mentionnés.

320 A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ? Réflexions à partir du droit romain et de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales* », *op. cit.*

321 *Ibid.*

322 Adoption de la première charte médicale de la médecine libérale le 30 novembre 1927 posant cinq principes fondamentaux : le libre choix de son médecin, la liberté de prescription, le secret médical, le contrôle des malades par les caisses d'assurance maladie, la liberté tarifaire (cette charte disparaitra à la suite de la publication du décret n°60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale).

323 Docteur Renon, le médecin syndicaliste, janvier 1928, cité par M. BADEL, « *Liberté et système de santé* », RDSS, 2005, p.951.

des éléments constitutifs pionniers de la médecine libérale, cette définition mériterait un dépoussiérage au vu des évolutions sociétales.

105. La médecine libérale traduite par le refus de la soumission à la tutelle de l'État et à l'encadrement des pratiques des professionnelles ne peut survivre de nos jours et est inévitablement tombée en désuétude. En effet, les professionnels libéraux ne peuvent perdurer sans réinventer leur exercice tel qu'on le connait actuellement.

Les prémices fondées sur le colloque singulier et l'exercice isolé de ces professions n'est plus viable à long terme. Il s'agira alors de restructurer l'exercice des professions libérales et cela ne pourra se faire sans l'intervention de l'État. Sa survie résultera nécessairement de « *sa capacité d'adaptation face aux pouvoirs publics* »[324].

B – L'implication des Agences Régionales de Santé

106. **Création des ARS**. Créées 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, les ARS sont des établissements publics de santé qui regroupent les compétences précédemment dévolues aux agences régionales d'hospitalisation (ARH)[325].
Les Agences régionales de santé sont chargées du pilotage régional du système de santé et donc de définir et d'encadrer la politique de santé au niveau régional ; leurs missions sont ainsi multiples, allant notamment de la prévention, à la coordination ou encore à la régulation des soins. Les répercussions sont alors inévitables sur l'exercice des professionnels de santé, même libéral.

En effet, la présence des professionnels de santé libéraux dans le champ d'intervention des ARS est inéluctable, étant eux-mêmes des acteurs majeurs de notre système de santé. La plupart des dialogues entre ces derniers et les ARS s'illustrent au travers des unions régionales des professionnels de santé (URPS). Elles seront l'interlocuteur privilégié des

[324] F. BIZARD, « *De la médecine de ville », op. cit.*

[325] M-F CALLU, M. GIRER et G. ROUSSET, « *Dictionnaire de droit de la santé* », *op. cit.*

ARS pour ces professionnels exerçant en libéral. « *L'agence régionale de santé joue un rôle majeur dans la création et le contrôle des différents pôles de soins, cliniques et hôpitaux. L'agence dispose d'une compétence particulière pour autoriser*[326] *la création d'établissements de santé, de groupements. Son pouvoir d'autorisation touche aussi le lancement de nouvelles activités de soins, y compris sous forme d'alternative à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile. Enfin, l'installation des équipements matériels lourds, les changements d'implantation d'un établissement existant relèvent aussi de sa compétence. L'agence régionale joue alors un rôle majeur dans l'organisation administrative de la pratique au détriment de l'ordre dans un but d'améliorer le mappage sanitaire et la répartition des ressources* »[327].

107. **Procédure de suspension.** À titre d'exemple du rôle des ARS dans l'exercice libéral d'un professionnel de santé, il est possible de citer une procédure peu utilisée pourtant légalement consacrée par le Code de la santé publique : la procédure de suspension en urgence des professionnels de santé par l'ARS[328]. En effet, cette procédure permet au directeur de l'Agence Régionale de Santé compétente de suspendre, en urgence, un

[326] CSP, art. L.6122-1.

[327] L. ROQUE, M. MAZZUCOTELLI, « *Ordres professionnels et puissance publique : entre rapport de force et jeu d'influence* », juin 2019, colloque organisé par l'Association montpelliéraine des jeunes historiens du droit, IHD Montpellier.

[328] O. THENAILLE, « *La procédure de suspension en urgence des professionnels de santé par l'ARS* », Village de la justice, 16 février 2021.

professionnel de santé[329] qui après cette décision de suspension[330] « passe ensuite le relais » aux instances ordinales. En tout état de cause, cette procédure traduit une immixtion de l'État dans l'exercice des professionnels et notamment les professionnels libéraux puisque sont concernés les médecins, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les sage-femmes ou encore les pédicures-podologues dans un but de « *protection de la qualité et sécurité des soins envers les patients* »[331].

---

[329] CSP, art. L.4113-14 : « *En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients à un danger grave, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension.*

*Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel informe immédiatement de sa décision le président du conseil départemental compétent et saisit sans délai le conseil régional ou interrégional lorsque le danger est lié à une infirmité, un état pathologique ou l'insuffisance professionnelle du praticien, ou la chambre disciplinaire de première instance dans les autres cas. Le conseil régional ou interrégional ou la chambre disciplinaire de première instance statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le Conseil national ou la Chambre disciplinaire nationale, qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.*

*Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel informe également les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision et le représentant de l'État dans le département.*

*Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le conseil départemental et le conseil régional ou interrégional compétents et, le cas échéant, la chambre disciplinaire compétente, ainsi que les organismes d'assurance maladie et le représentant de l'État dans le département.*

*Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme dont le droit d'exercer a été suspendu selon la procédure prévue au présent article peut exercer un recours contre la décision du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures.*

*Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.*

*Le présent article n'est pas applicable aux médecins, chirurgiens-dentistes et sage-femmes qui relèvent des dispositions de l'article L. 4138-2 du code de la défense* ».

[330] CSP, art. R.4113-111 : « *La décision de suspension prononcée en application de l'article L. 4113-14 est notifiée au médecin, au chirurgien-dentiste ou à la sage-femme par l'autorité administrative compétente par lettre remise en mains propres contre émargement. La décision précise la date à laquelle l'audition de l'intéressé prévue à ce même article a lieu. La décision est motivée.*

*La mesure de suspension prend fin de plein droit lorsque la décision de l'instance ordinale est intervenue en application du deuxième alinéa de l'article L. 4113-14, ou lorsqu'il n'a pas été procédé à l'audition du médecin, du chirurgien-dentiste ou de la sage-femme dans le délai prévu à ce même article, sauf si l'absence de cette formalité est le fait de l'intéressé lui-même* ».

[331] O. THENAILLE, « *La procédure de suspension en urgence des professionnels de santé par l'ARS* », *op.cit.*

Cette volonté de confier ce pouvoir au directeur général (DG) de l'ARS révèle une volonté du législateur de « *combler ce vide existant et ne pas laisser perdurer des pratiques qui sont de nature à exposer les patients à un danger grave avant que les instances ordinales compétentes ne statuent* »[332].
En effet ces dernières sont dotées d'un pouvoir de sanction relevant d'une procédure d'instruction à la suite d'une plainte et dont les délais d'instruction sont beaucoup plus longs. Et à l'inverse de la sanction prise par le conseil de l'ordre compétent, cette décision du DG ARS est une mesure conservatoire résultant d'un arrêté de suspension du droit d'exercer.

108. **Réquisition.** La tutelle étatique n'est cependant pas à envisager seulement sous l'angle d'une immixtion dans l'exercice de ces professionnels ; en effet, il est des situations où elle est à envisager sous la forme d'un relai en cas de nécessité. Par exemple, en période de grève, l'État peut réquisitionner les praticiens libéraux[333] permettant d'en déduire qu'ils font, dans une certaine mesure, partie du service public. Si l'on retient cette hypothèse alors de ce fait il serait normal, voire approprié de leur garantir un minimum de sécurité en échange des obligations qui leur sont imposées.

Toutefois, il existe une différence nette dans ce cas de figure entre la théorie et la pratique ; les médecins libéraux ne sont que très rarement réquisitionnés en cas de grève des professionnels de santé du secteur public[334] ; et les juges veillent au respect de ces

---

[332] O. THENAILLE, « *La procédure de suspension en urgence des professionnels de santé par l'ARS* », *op.cit.*

[333] CSP, art. L.3131-8 et R.6315-4. En effet, dans ce cas-là, la réquisition se fonde sur les pouvoirs de police administrative confiés au préfet en vertu de l'article L.2215-1, 4° du Code général des collectivités territoriales : « *En cas d'urgence, lorsque l'atteinte constatée ou prévisible au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques l'exige et que les moyens dont dispose le préfet ne permettent plus de poursuivre les objectifs pour lesquels il détient des pouvoirs de police, celui-ci peut, par arrêté motivé, pour toutes les communes du département ou plusieurs ou une seule d'entre elles, réquisitionner tout bien ou service, requérir toute personne nécessaire au fonctionnement de ce service ou à l'usage de ce bien et prescrire toute mesure utile jusqu'à ce que l'atteinte à l'ordre public ait pris fin ou que les conditions de son maintien soient assurées* ».

[334] CSP, art. R.6315-4 (réquisition des médecins libéraux pour assurer la permanence des soins), ou art. L.3131-8 du même Code (réquisition de tout professionnel de santé par le préfet quel que soit son mode d'exercice, en cas d'afflux de patients ou de victimes ou si la situation sanitaire le justifie), ou enfin en application des pouvoirs de police administrative du préfet en application de l'art. L.2215-1, 4° du Code général des collectivités territoriales.

réquisitions. Notons par exemple qu'un préfet peut requérir des membres d'une clinique spécialisée en obstétrique qui assurait en temps normal quasiment la moitié des accouchements du département concerné[335] ; mais l'urgence à l'origine d'une telle mesure doit être suffisamment caractérisée[336].

109. **Zonages.** L'ARS intervient également dans l'installation des professionnels libéraux au travers des zonages de ces derniers visant à déterminer les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition territoriale de ces professionnels ; et ce, conformément à l'article L.1434-4 du Code de la santé publique qui prévoit que le directeur général de l'ARS détermine ces zones par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés.

C'est ainsi que dans les zones géographiques déterminées, des mesures visant à réduire les inégalités d'accès aux soins sont mises en œuvre. Ce zonage peut être pluri professionnel[337] ou spécifique à une catégorie de professions de santé : les médecins[338], les infirmiers libéraux[339], les masseurs-kinésithérapeutes[340], les sages-femmes[341] ou encore les chirurgiens-

[335] CE, 9 décembre 2003, n°262186.

[336] CAA Lyon, 11 décembre 2018, n°17LY00847.

[337] En reposant surtout sur des maisons de santé, des centres de santé ou encore des pôles de santé.

[338] 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.

[339] Arrêté du 10 janvier 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'infirmier pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique, JORF n°0013 du 16 janvier 2020.

[340] Arrêté du 16 novembre 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique.

[341] Arrêté du 20 février 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession de sage-femme pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique.

dentistes[342]. Cependant ces mesures sont encore à améliorer puisque le déploiement des contrats locaux de santé[343] par exemple couvre actuellement seulement 53% du territoire[344].

[342] Arrêté du 1er octobre 2013 relatif à la méthodologie applicable à la profession de chirurgien-dentiste pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique.

[343] Article L.1434-17 al.4 CSP : « *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* ». Ces contrats, mieux développés dans la seconde partie de ce travail de thèse, participent à la construction des dynamiques territoriales de santé pour essayer d'apporter une réponse adaptée au plus près des besoins de la population en facilitant les parcours de soins et de santé mais aussi en prenant en compte les autres facteurs ayant une incidence sur la santé et la vie des populations (v. en ce sens ARS, « *Contrats locaux de santé – agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires* », octobre 2012).

[344] C. BOUILLON, « *Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire »*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*

## Conclusion de chapitre

Face au désintérêt constaté pour l'exercice libéral, l'offre de soins de premier recours doit être réaménagée et s'éloigner de la vision traditionnelle de la médecine de ville. En effet, « *le médecin de famille, figure emblématique du village, corvéable à merci, est une image d'Épinal régulièrement agitée devant 'l'ingratitude' de la nouvelle génération* »[345]. Toutefois, derrière l'aspect générationnel se cachent également d'autres paramètres devant être pris en compte car « *la médecine et ses pathologies se sont complexifiées au fil des années, que la file active de patients d'un médecin n'a eu de cesse de s'allonger et que les aires urbaines sont plus étendues que les bourgs de jadis* »[346].

L'enraiement du manque d'attrait des professionnels pour l'exercice libéral repose donc sur la rénovation de la médecine libérale dite classique au profit d'un travail de groupe privilégiant l'exercice coordonné et non plus isolé. Parallèlement, le système de santé français doit également se moderniser afin de s'éloigner de cette vision hospitalo-centrée consacrée au fil des différentes réformes de santé « *rendant l'édifice de plus en plus difficile à réformer* »[347].

[345] ANEMF, ISNAR-IMG et REAGJIR, « *Contre la fin de la liberté d'installation, jeunes et futurs médecins proposent des solutions* », avril 2022, p.6.

[346] *Ibid.*

[347] Fondation IFRAP, « *Sortir de la suradministration de la santé, les solutions* », n°215, septembre 2020, p.9 : « *Pour rendre souplesse, dynamisme et performance au système de santé français très hospitalo-centré, l'action doit se concentrer d'abord sur les rigidités des hôpitaux publics et le manque de mécanismes de régulation* ».

## Conclusion de titre

Les ambivalences de la définition du terme « libéral », ainsi que les réformes de santé successives, ont conduit à une inadaptation inévitable de l'exercice libéral originel à l'offre de soins actuelle. En effet, ce qui était efficient il y a encore quelques années n'est aujourd'hui plus suffisant, même si certaines caractéristiques traditionnelles demeurent.

En pratique un médecin a « *un exercice libéral lorsque son activité obéit simultanément à plusieurs critères : il exerce sous sa propre responsabilité, et sauf exception il assume seul les conséquences de cette activité ; il existe un lien direct et personnel avec le patient ; sa rémunération est en lien direct avec son activité ; il décide seul de son lieu et de son mode d'exercice, sans lien de sujétion même s'il peut exister un contrat qui encadre son activité (comme les contrats d'exercice en clinique par exemple)* »[348]. L'adaptation de l'exercice libéral réside alors avant tout dans l'aménagement de certaines de ses spécificités au gré des évolutions, et tandis que de nouvelles caractéristiques de cet exercice font leur apparition, d'autres doivent être repensées.

Le système de santé de demain « *rompt alors clairement avec la construction historique de la profession et permet peut-être d'entrevoir ce que seront, demain, les professions de santé* »[349] et ne pourra se (re)construire sur « *le cloisonnement de la médecine hospitalière et de la médecine de ville qui jusqu'alors ne suscitait guère d'autres réactions que des discours convenus* »[350].

[348] C. LEICHER, « *Le médecin libéral en 2010* », *op. cit.*, p.58.

[349] Conseil d'État, « *Les entretiens du Conseil d'État en droit social, les professions de santé de demain* », *op. cit.*,p.7.

[350] D. TABUTEAU, « *L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary* », *op. cit.*

# Titre II - L'inadaptation de l'exercice libéral à l'offre de soins

Face à une perte de vitesse grandissante de l'intérêt porté à l'exercice libéral traditionnel, certains constats ont dû être dressés. Le désintérêt avéré pour cette forme d'exercice s'explique par plusieurs facteurs ayant trait à l'exercice lui-même[351] mais également à des paramètres extérieurs.

L'exercice libéral tel qu'admis originellement semble alors inadapté à l'offre de soins du système de santé français contemporain. Cette inadaptation peut en partie s'expliquer par la répartition géographique de ces professionnels de santé mais également par l'étanchéité préjudiciable des modes d'activité[352].

110. **Répartition territoriale.** En effet, la répartition des médecins, notamment sur le territoire, est inadaptée aux besoins de la population. Les disparités régionales de localisation des médecins généralistes sont importantes ; « *en 2014, l'écart est de 52% entre la région la moins densément peuplée[353] et la région la plus densément peuplée[354]* »[355].

Inévitablement cette disparité constatée dans les zones d'installation des médecins généralistes[356], et plus généralement des professionnels libéraux, entraine de réelles difficultés d'accès aux soins pour les patients confrontés à une très faible densité médicale (**chapitre I**). Mais la répartition géographique n'est pas le seul paramètre pouvant expliquer l'inadaptation de l'exercice libéral à l'offre de soins.

---

351 V. Partie I, Titre I, Chapitres I et II.

352 Il conviendra de répertorier les modes d'activité selon trois grandes catégories de secteurs de soins présentes dans le système de santé français actuel : la ville, l'hôpital et les établissements de santé privés.

353 79 médecins généralistes pour 100000 habitants en Bourgogne.

354 121 médecins généralistes pour 100000 habitants en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

355 DREES, « *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population* », n°1144, février 2020.

356 Pourtant premier maillon du parcours de soins des patients.

111. **Décloisonnement.** L'herméticité relative entre les différents modes d'activité du système de santé y contribue également. C'est ainsi que « *la thématique du décloisonnement et de la coopération ville – hôpital est au cœur d'une politique de transformation* »[357] et des récentes réformes en santé. Notre système de santé doit en effet « *faire face à de nombreux défis en raison de transitions démographiques, épidémiologiques et sociales d'ampleur : chronicisation des maladies, vieillissement de la population, inégalités sociales et territoriales, exigence croissante des usagers aspirant à des prises en charge globales, individualisées et répondant à leurs attentes personnelles* » et impulser une « *démarche de construction commune et coordonnée des réponses à apporter aux besoins des territoires avec les acteurs de la ville* »[358] (**chapitre II**).

[357] Rapport FHF, « *Renforcer le lien ville – hôpital* », 2017.

[358] *Ibid.*

# Chapitre I - L'exercice libéral confronté au maillage territorial

*« En 2018, 6% de la population vit en zone sous-dense. Cette proportion dépasse les 10% en Centre Val-de-Loire, en Ile-de-France, Guadeloupe, en Martinique et en Guyane »*[359]

En France, il n'existe pas d'encadrement relatif à l'installation des praticiens libéraux et donc aucune régulation géographique de ces professionnels en activité[360]. Cela se justifie en vertu du principe de liberté d'installation[361], pilier de la médecine libérale depuis 1927[362], codifiée dans le Code de déontologie en 1947[363] et légalement consacrée en 1971[364]; ces professionnels jouissent alors d'une liberté d'installation totale leur permettant de « *choisir en toute indépendance le lieu d'installation de leur activité libérale* »[365]. Inévitablement, « *les médecins*

[359] « *Un accompagnement personnalisé pour lever les difficultés d'accès aux droits et aux soins* », 1er juillet 2021 ; www.ameli.fr.

[360] La seule « régulation » pouvant être mise en avant serait une régulation en amont lors de l'attribution des postes présents dans chacune des spécialités à l'issue des épreuves classantes nationales.

[361] Principe immuable consacré par la jurisprudence administrative : V. CE, 20 mars 1901, n°94580, Casanova. V. également P. VERON, « *Pas touche à ma liberté d'installation ou j'te fourcade !* », RDS, n°44, 2011, p.591-592 : « *Le principe de la liberté d'installation est désormais formellement inscrit dans la loi […]. À une époque où la lutte contre la désertification médicale constitue un impératif prioritaire, cette prise de position tranchée du législateur semble plus répondre à des intérêts corporatistes qu'à des considérations d'intérêt général. Elle réduit à néant les espoirs de ceux qui souhaitaient la mise en place de dispositifs contraignants, et non plus seulement incitatifs, à l'égard des praticiens libéraux* ».

[362] Charte médicale du 30 novembre 1927 : La Fédération nationale des syndicats de médecins de France adopta, en novembre 1926, une charte définissant les principes régissant l'exercice de la médecine. Une année plus tard, elle parvint à « *imposer sa charte lors du congrès des syndicats médicaux qui se tenait le 30 novembre 1927, et qui déboucha sur la réunification syndicale. Lors de ce congrès seront adoptés les sept principes formant une charte commune de la profession qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause* » dont la liberté d'installation : V. P. HASSENTEUFEL, « *Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire* », *op. cit.*, p.25.

[363] Décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, JORF du 28 juin 1947.

[364] 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.

[365] M-F. CALLU, M. GIRER et G. ROUSSET, « *Dictionnaire de droit de la santé* », *op. cit.*, v. « Liberté d'installation », p.236.

*sont inégalement répartis depuis le siècle dernier* »[366] causant « *un maillage médical incohérent qui est principalement le produit de la liberté d'installation dont jouissent les praticiens libéraux* »[367].

112. **Valeur législative.** Se pose alors la question de la véritable valeur de ce principe. Si en effet sa valeur législative ne fait aucun doute[368], sa valeur constitutionnelle peut être discutée ; même si le conseil constitutionnel ne s'est pas directement prononcé sur la liberté d'installation, tel fut cependant le cas sur deux principes qui pourraient la composer : le droit à la protection de la santé[369] et la liberté d'entreprendre[370].

Il a toutefois statué sur la constitutionnalité du tiers payant[371] en ne lui reconnaissant pas de valeur constitutionnelle induisant alors une possibilité d'aménagement de ce principe. Mais cela est à ce jour inenvisageable pour la liberté d'installation des professionnels libéraux[372] même si cette sacralité explique l'inefficacité de nombreuses réformes incitatives

---

366 G. CHEVILLARD, « *Déserts médicaux et zones fragiles en offres de soins : les maisons de santé sont-elles une solution ?* », RGDM, n°58, p.157-176.

367 J-P. AGRESTI, C. BERLAND-BENHAIM et A. LECA, « *Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent* », Les cahiers du droit de la santé, LEH, n°19, 2014.

368 CSS, art. L.162-2.

369 Constitution de 1946 : Son onzième alinéa dispose que « *la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

370 La liberté d'entreprendre est également reconnue comme un PGD par le Conseil constitutionnel ; V. CC, 16 janvier 1982, n°81-132 DC, Loi de nationalisation, cons. 16 : « *La liberté qui, aux termes de l'article 4 de la Déclaration, consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui, ne saurait elle-même être préservée si des restrictions arbitraires ou abusives étaient apportées à la liberté d'entreprendre* ».

371 CC, 21 janvier 2016, n°2015-728 DC : le Conseil constitutionnel a en partie retoqué la généralisation du tiers payant. En effet, la loi de modernisation de notre système de santé prévoyait une dispense intégrale d'avance des frais de consultations, de son côté, les juges de la Rue de Montpensier ont validé la dispense d'avances des frais pour les organismes d'assurance maladie mais pas pour la part remboursée par les complémentaires santé en faisant valoir que « *le législateur n'avait pas suffisamment encadré ce dispositif et ainsi méconnu l'étendue de sa propre compétence* ».

372 Pour autant ces dernières années, au moins quatre propositions de loi ont tenté d'encadrer ce principe déontologique fondamental : Proposition de loi n°2597 visant à lutter contre les déserts médicaux, 18 février 2015 ; Proposition de loi n°477 visant à lutter contre la désertification médicale, 6 décembre 2017 ; Proposition de loi n°3622 visant à instaurer un mécanisme de conventionnement sélectif des médecins libéraux en zones surdotées, 1er décembre 2020 ; Proposition de loi n°2681 visant à lutter contre le développement des déserts médicaux, 11 février 2020.

statuant sur la problématique des déserts médicaux[373] ; nonobstant le fait qu'imposer des mesures coercitives pourrait finalement détourner les professionnels du choix de l'exercice libéral. Alors « *si l'objectif est louable en ce qu'il tend à la réduction des inégalités territoriales de santé par un maillage territorial en adéquation avec les besoins de santé, les moyens d'y parvenir ne semblent, eux, guère en adéquation avec la réalité* »[374] .

113. Ce constat entraine de fait des disparités territoriales, les professionnels libéraux étant inégalement répartis et installés en France. Sont alors apparues, « *des zones avec des difficultés d'accès aux soins, urbaines et rurales […] souvent qualifiées de 'déserts médicaux'* »[375]. Cette inégale répartition des professionnels libéraux de premiers recours[376] suscite alors de nombreuses inquiétudes[377] quant à l'accessibilité aux soins dans ces zones sous dotées[378] autrement appelées « désert médical »[379] (**section I**).

---

373 Alors même que certains spécialistes de la question tel que Maître François GABORIT, avocat au barreau de Paris, rappelle à l'occasion d'un colloque « *SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé* » (3 février 2022) que « *de grands pouvoirs impliquent de grandes responsabilités* » - Peter Parker. Ce postulat pourrait alors être transposé au cas de la médecine générale notamment et à sa répartition sur le territoire.

374 C. COLLET, « *Organisation des professions et déontologie* », RDS, n°100, mars 2021, p.215-218. V. également F. VIALLA, « *La déontologie des professions de santé* », RDSS, Hors-série 2018, Dalloz, p.37-60.

375 *Ibid.*

376 Les médecins généralistes la plupart du temps.

377 Ces inquiétudes s'expriment tant au niveau des pouvoirs publics, des patients eux-mêmes et des professionnels notamment installés dans ces zones.

378 De manière terminologique, le terme de zone sous dotée en offre de soins sera employée ici indifféremment de celui de désert médical. Toutefois une nuance importante est à apporter puisque l'utilisation du terme « désert médical » fait débit. En effet, « *l'évolution de cette répartition territoriale fait craindre l'apparition de « déserts médicaux », terme largement usité dans le débat. Mais s'il est peut-être le plus mentionné, il est celui pour lequel le manque de définition est le plus patent. Issue du langage médiatique, cette expression s'est imposée dans le débat public mais fonctionne essentiellement comment une métaphore saisissante, qui ne se réfère à aucun contenu concret : bien que le terme soit répandu, la question de ce qu'est ou serait un désert médical ne connait pour l'heure aucune réponse constante et partagée* » (V. DREES, « *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?* », n°17, mai 2017).

379 V. fiche thématique « *Les déserts médicaux : définition et mesures des pouvoirs publics* », novembre 2021 : « *Par 'désert médical', on entend l'impossibilité ou la très grande difficulté pour les patients à accéder sur un territoire aux professionnels de santé du fait de leur absence ou de leur nombre trop limité* » ; www.vie-publique.fr.

Mais la complexe articulation entre exercice libéral et maillage territorial ne trouve pas seulement sa source dans l'existence incontestable de ces déserts médicaux. En effet, la politique de santé publique relève de prérogatives étatiques et à ce titre, « *c'est à l'État qu'incombe la charge de garantir un accès aux soins équitable* »[380].

Il lui revient donc, et notamment aux ARS, de garantir cet accès aux soins sur tout le territoire[381]. Pour autant, ce rôle de garde-fou de l'État ne doit pas justifier et entrainer un trop fort hospitalo-centrisme illustré par une présence accrue de structure hospitalière sur le territoire français (**section II**). Pour Frédéric VALLETOUX, ancien Président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)[382], « *notre système de santé fait face aujourd'hui à des défis qui ne pourront être relevés que si l'hôpital et la ville travaillent en synergie au service d'une stratégie territoriale de santé* ». Tout ne serait alors qu'une question d'équilibre au sein de la diversité de l'offre de soins proposée en France.

---

[380] B. MAS, « *L'État ne peut plus ignorer les déserts médicaux* », Avenir hospitalier, 2012 : pour l'auteur, « *pas plus qu'il ne doit exister de zones de non droit sans forces de sécurité, il ne peut perdurer des zones de 'non soins' sans personnels soignants* ».

[381] V. CSP, art. L.4111-1 : « *La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.*

*La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.*

*Elle 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 et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ».

[382] Arnaud ROBINET lui a depuis succédé à la présidence de la FHF.

## Section I - La répartition disparate de ces professionnels

*« À force de sacrifier l'essentiel à l'urgence, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel »*[383]

En 2019, 1200 territoires intercommunaux rencontrent des difficultés en matière d'accès aux soins et 45% environ des médecins libéraux en exercice ont plus de 55 ans[384]. Le droit d'accès aux soins, pourtant garanti par le préambule de la Constitution de 1946 qui précise que « *la Nation […] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux travailleurs, la protection de la santé* », se heurte alors à des difficultés sur l'ensemble du territoire[385].

Pour pallier ce maillage territorial déficient, et face à ce constat alarmant, les gouvernements successifs, et notamment avec la réforme « ma santé 2022 », cherchent à augmenter la présence de médecins sur le territoire, en zones dites fragiles, tout en ménageant le principe de la liberté d'installation des praticiens libéraux (**§1**).

114. **Choix de l'incitation.** Le droit français a alors fait le choix de s'orienter vers des mécanismes indirects, incitatifs. Ces derniers sont mis en place afin d'essayer de renforcer certaines zones sous dotées. En effet depuis le début des années 2000, l'assurance maladie et les pouvoirs publics ont tenté d'instaurer des mécanismes d'amélioration de la répartition de ces professionnels pour les attirer vers des zones sous dotées en offre de soins.

---

383 E. MORIN, « *La méthode* », Éthique, Ed. Seuil, novembre 2004.

384 Dossier de presse, « *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?* », Ministre des solidarités et de la santé, 3 mai 2019.

385 S'agissant de la notion même de territoire, elle a par exemple été intégrée dans la nouvelle version de l'article L.1110-5 du Code de la santé publique (version en vigueur depuis le 4 février 2016), alors qu'elle n'y figurait pas jusque-là : « *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 et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* ». L'ajout du terme « territoire » traduit alors la volonté d'insister sur l'existence d'une réelle rupture d'égalité territoriale.

Face à ce qui est plus communément appelé les « déserts médicaux »[386], plusieurs outils ont été proposés et instaurés pour inciter les professions libérales, et notamment les médecins, à s'installer dans des zones sous-denses en offre de soins. Tel est par exemple le cas du contrat de praticien territorial de médecine générale instauré en 2013[387] et précisé en 2015[388] visant à favoriser l'installation de ces professionnels dans des territoires où l'offre médicale est insuffisante et où la population rencontre des difficultés dans l'accès aux soins ou encore le développement considérable des maisons de santé.

Dès lors, « *plus de 2400 médecins ont ainsi signé un contrat conventionnel d'aide financière de l'Assurance maladie pour l'installation, le maintien de l'activité, ou encore l'organisation de consultations dans les zones les plus fragiles. Plus de 1100 médecins ont par ailleurs bénéficié d'une aide de l'État pour leur maintien ou leur installation, que ce soit par le biais d'un contrat de praticien territorial de médecine générale, médecine ambulatoire et médical de remplacement* »[389].

115. Mais la multiplication des mécanismes incitatifs en début ou en cours d'exercice ne suffit pas ; le manque d'attrait pour l'exercice libéral se ressent dès l'avancée du cursus universitaire. C'est pourquoi, les pouvoirs publics envisageraient de renforcer les incitations existantes et d'accroitre les stages en cabinets de médecins généralistes, *a fortiori* dans des zones sous dotées en professionnels médicaux[390] (**§2**).

---

386 M. FRELAUT, « *Les déserts médicaux* », Regards, vol.53, n°1, 2018, p.105-116.

L'auteur définit les « déserts médicaux comme un « *révélateur des difficultés d'accès aux soins liées aux évolutions de la répartition territoriale des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes de premier recours. C'est également devenu progressivement un concept opérationnel, cadre de mise en œuvre des différentes politiques des pouvoirs publics (collectivités territoriales, État et Assurance Maladie). Enfin, c'est aujourd'hui une réalité perçue par les patients en recherche d'un médecin traitant et ayant des difficultés nouvelles d'accès aux soins. (…) Il s'agit d'un terme médiatique et galvaudé pour rendre compte d'une partie des difficultés d'accès aux soins de la population* »

387 Décret n°2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale, JORF n°0189 du 15 août 2013.

388 Décret n°2015-1357 du 26 octobre 2015 relatif au contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, JORF n°0250 du 28 octobre 2015.

389 Dossier de presse, « *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?* », *op. cit.*

390 Déjà en 2019, un amendement au projet de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé souhaitait intégrer un stage obligatoire de six mois dans un désert médical pour les étudiants en fin de cursus universitaire. Ce projet, bien que décrié par la profession, n'est pour autant pas complètement

## §1 - L'émergence croissante de zones fragiles

Les contours du terme « désert médical »[391] ne sont pas faciles à esquisser mais revêtent, en tout état de cause, une dimension spatiale et une dimension temporelle que sont la facilité d'accès à un professionnel de santé évaluée en éloignement et en temps de trajet, mais aussi le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (**A**). Même si l'emploi de cette notion n'est pas toujours fait à bon escient, la pratique a démontré que les répercussions à l'échelle des territoires sont nombreuses (**B**).

### A – Les mots de la notion

116. **Zones sous-dotées.** Le constat de zones sous dotées en offre de soins sur le territoire français est une évidence puisque « *18% de la population française habite un désert médical, soit près d'un français sur cinq. Dans le même temps, le nombre de médecins généralistes libéraux devrait diminuer jusqu'en 2025, de même que celui des spécialistes en accès direct (ophtalmologues, gynécologues ou psychiatres)* »[392]. En effet, « *sans avoir jamais analysé avec profondeur l'étendue de ces inégalités (plus affirmée que démontrée), l'attention s'est longtemps concentrée, et encore aujourd'hui, sur les solutions à apporter à ce problème* »[393].

Aussi, dans quelles mesures le terme de désert médical peut-il être employé ? Quels sont les critères permettant de définir une zone donnée comme désert médical ? La première

tombé en désuétude puisque la commission des affaires sociales souhaiterait déposer un nouvel amendement en ce sens dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale (LFSS pour 2023).

391 P. CARLIOZ, « *La fausse notion de 'désert médical'… Mais il existe une solution innovante contribuant à la résolution de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins* », RGDM, n°58, 2016, p.61-76 : « *Il faut souligner le caractère réducteur, mais surtout médiatiquement porteur et politiquement correct, de cette métaphore aux relents subsahariens, qui reste intrinsèquement attachée à une notion de pauvreté, et surtout à l'absence du substrat vital que représente l'eau* ». V. également U. NGAMPIO-OBÉLÉ-BÉLÉ, C. BERLAND-BENHAÏM et J-P. AGRESTI, « *Les déserts médicaux* », Les cahiers de droit de la santé, n°2019, 2015.

392 A. ALBERT-CROMARIAS et C. DIS SANTOS, « *Plan santé : les médecins, une ressource stratégique* », The Conversation, septembre 2018.

393 G. ROUSSET, « *La promotion de l'accès aux soins dans le plan 'Ma santé 2022' : entre innovation et timidité* », RDSS, janvier/février 2019, p.5-14.

mention du terme « désert » apparaît en 1947, employée par J-F. GRANIER, un géographe et urbaniste « *qui publie aux éditions Le Postulant 'Paris et le désert français' mais il n'évoquait pas dans les propos la profession médicale* »[394].

117. **Absence de définition universelle.** Pour les pouvoirs publics, comme pour les praticiens ou encore la doctrine, l'élaboration d'une définition universelle et précise de cette notion s'est avérée être une tâche ardue. « *Par désert médical, on entend alors l'impossibilité ou la très grande difficulté pour les patients à accéder sur un territoire aux professionnels de santé du fait de leur absence ou de leur nombre trop limité* »[395] d'autant que pendant près d'un siècle l'expression « *pléthore médicale* » est utilisée[396].

Ces zones sous médicalisées constituent des déserts médicaux dans lesquels les patients « *éprouvent des difficultés à accéder aux soins dans des conditions de proximité et de délai satisfaisantes. […] ils correspondent souvent à des espaces ruraux mais aussi à certaines villes moyennes ou à des zones périurbaines* »[397] et représentent un frein majeur d'égalité des territoires, mais aussi et surtout, une rupture d'égalité entre les citoyens[398].

---

394 P. CARLIOZ, « *La fausse notion de 'désert médical'… Mais il existe une solution innovante contribuant à la résolution de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins* », *op. cit.*

395 Fiche thématique, « *Qu'est-ce qu'un désert médical et comment les pouvoirs publics y répondent-ils ?* », 9 septembre 2022 ; www.vie-publique.fr.

396 P. CARLIOZ, « *La fausse notion de 'désert médical'… Mais il existe une solution innovante contribuant à la résolution de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins* », *op. cit.* : le terme de « pléthore médicale » est apparu pour la première fois le 10 novembre 1900 « *dans un article sous la plume du Dr Gouffier* » (v. « *L'encombrement de la profession médicale : causes, résultats, remèdes* », Concours médical, n°45, 10 novembre 1900). C'est seulement en 1992 que « *scientifiquement F. Tonnelier, géographe de la santé, commence à envisager pour la première fois la notion des 'inégalités géographiques de santé : évolution depuis le XIX° siècle en France'* ». Pour autant, en 1996 l'expression est encore utilisée dans le rapport de J. CHOUSSAT (v. Rapport IGAS, « *La démographie médicale* », n°96098, 1996) et le sera jusqu'à la fin des années 1990.

397 Rapport d'information du Sénat fait au nom de « *la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire* », 5 février 2013, n°335.

398 V. le préambule de la constitution de 1946 s'agissant du principe de protection de la santé – Sur le principe d'égalité au sens large, voir R. ODENT, Contentieux administratif, Dalloz, T. II, février 2007, p.353 : « *Le principe d'égalité » exige que toutes les personnes placées dans des situations identiques soient soumises au même régime juridique, soient traitées de la même façon, sans privilège et sans discrimination* ». V. également : l'article 6 de la déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 dispose que « *la loi doit être la même pour tous* » ; l'article 13 de la

Cette problématique des déserts médicaux a donc été reprise par les pouvoirs publics qui lui ont préféré la notion de zones[399] définies par le Code de la santé publique dans son article L.1434-4[400] mettant en exergue plusieurs critères que sont l'accessibilité à un professionnel de santé, les caractéristiques de la population (âge, taux d'affection longue durée…) et le nombre de professionnels de santé, leur âge ou encore leur activité[401].

118. En effet, un important travail de zonage a été entrepris par la DREES[402] afin que les Agences Régionales de Santé puissent clairement identifier les territoires dont l'offre de

Déclaration de 1789 dispose à son tour que « *pour les dépenses de l'administration une contribution commune est indispensable* » et « *qu'elle doit être également répartie entre tous les citoyens en raison de leurs facultés* » ; le préambule de la Constitution de 1946 qui reconnait les droits sociaux sur une base universelle ; et enfin, l'article 3 de la Constitution de 1958 qui, en matière de citoyenneté, prévoit « *qu'aucune section de peuple s'attribue l'exercice de la souveraineté et qui impose au suffrage d'être égal* ».

399 D'autres auteurs lui préfèrent la notion « d'inégalités territoriales » : v. G. ROUSSET et M. GIRER, Avant-propos, *in* La lutte contre les inégalités territoriales de santé, RGDM (dossier), n°58, 2016, p.21.

400 « *Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :*

*1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus en application du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;*

*2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions.*

*Dans les zones mentionnées aux 1° et 2° du présent article, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du présent code, à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l'article 151 ter du code général des impôts, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation, à l'article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du même code.*

*Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones prévues au 1° du présent article pour une spécialité médicale, celles arrêtées pour la profession de médecin s'appliquent* ».

401 Fiche thématique, « *Qu'est-ce qu'un désert médical et comment les pouvoirs publics y répondent-ils ?* », *op. cit.*

402 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.

soins est insuffisante[403]. Plus encore, un décret de 2015[404] précise de manière exhaustive ce qui peut être qualifié de zone isolée : « *une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins identifiées dans les schémas régionaux d'organisation des soins en application du dernier alinéa de l'article R.1434-4 ou dans les zones déterminées dans les mêmes schémas régionaux en application de l'arrêté prévu au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 ; Un éloignement de plus de 30 minutes par rapport au service d'urgence le plus proche ; Et enfin, une densité de population inférieure à 100 habitants par km2* ».

119. **Étendue des déserts.** Enfin, la notion même de désert médical ne doit pas être circonscrite aux seuls soins de premiers recours, et donc aux médecins généralistes notamment, mais bien englober l'accès aux médecins spécialistes comme les pédiatres, les ophtalmologues ou encore les gynécologues, et aux autres professionnels de santé tels que les masseurs-kinésithérapeutes ou encore les sage-femmes. Cet élément est non négligeable car la « *répartition spatiale des médecins spécialistes est plus inégalitaire que celles des médecins généralistes* »[405]. Pour autant, il serait même plus approprié de « *ne plus parler de 'désert médical' mais tout simplement de 'désert tout court' en considérant ces territoires où toute l'infrastructure du service public a été supprimée* »[406].

---

[403] La méthodologie de zonage employée par la DREES repose sur un indicateur, l'accessibilité potentielle localisée (APL) retranscrivant l'inadéquation de l'offre de la demande de soins. L'APL prend en compte trois éléments : l'activité de chaque praticien, le temps d'accès jusqu'à ce praticien et enfin le recours aux soins des habitants par âge. L'absence d'un service d'urgences est une circonstance aggravante dans la qualification de zone sous dense. Pour qu'une zone soit reconnue comme telle, l'APL doit être inférieur à 2,5.

[404] Décret n°2015-1358 du 26 octobre 2015 relatif au contrat de praticien isolé à activité saisonnière, JORF n°0250 du 28 octobre 2015.

[405] J-P. DEL BANO, « *Déserts médicaux : état des lieux et solutions* », Le guide santé, novembre 2020.

[406] P. CARLIOZ, « *La fausse notion de 'désert médical'… Mais il existe une solution innovante contribuant à la résolution de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins* », *op. cit.* : « *L'État lui-même démonte des rails, ferme des bureaux de poste, les écoles, les gendarmeries, quand le boulanger ne fait plus de pain, quand les vieux cafetiers et épiciers ne trouvent pas de successeurs… Mais 86% des jeunes médecins installés vivent en couple et ont des enfants dans 2/3 des cas* ».

B – Les maux de la notion

120. ***Numerus clausus.*** Il ne suffit pas de constater l'existence de ces déserts médicaux tout comme celle d'une diminution du nombre de praticiens libéraux pour encore quelques années ; Encore faut-il y répondre et c'est en ce sens que la fin du *numerus clausus*[407] est entrée en vigueur. En effet, mis en place en 1972, le numerus clausus a été supprimé en 2020[408] et en 2021, 10 675 étudiants étaient inscrits en 2ème année de médecine contre 9361 étudiants en 2020. Selon la DREES, la fin du *numerus clausus* permettra une augmentation substantielle du nombre de médecins généralistes d'ici 2050 ; cette régulation des étudiants en médecine s'est finalement avéré être « *un piètre outil de régulation de la démographie médicale mais cela provient surtout d'erreurs politiques de gestion court-termiste et d'une logique qui a longtemps reposé sur la disponibilité financière pour les stages des internes dans chaque région plutôt que sur les besoins réels de chaque région* »[409]

Toutefois, cette réforme est à nuancer puisque, bien qu'ayant le mérite d'exister, elle n'en reste pas moins timorée et ne peut à elle seule modifier structurellement la répartition de l'offre de soins existante[410]. Plus encore, cette suppression n'aura pas autant d'impact sur les spécialités autres que la médecine générale et ne peut à elle seule annoncer une fin des

---

[407] Instauré par la loi n°71-556 du 12 juillet 1971 relative à la création et au fonctionnement des organismes privés dispensant un enseignement à distance, ainsi qu'à la publicité et au démarchage faits par les établissements d'enseignement, JORF du 13 juillet 1971.

[408] Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, op. cit.. « *Après cinquante ans de régulation par le numerus clausus, l'offre de santé sera désormais déterminée par l'expression de besoins des territoires, via les ARS et l'analyse des acteurs nationaux réunis au sein de la conférence nationale* » explique Emmanuel TOUZÉ, Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

[409] F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.*

[410] V. P-H. BRECHAT et F. VIALLA, « *Décloisonnement des parcours de formation et des carrières des professionnels de santé – Réforme des études de santé* », RDS Hors-Série sur la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, n°92, novembre 2019, p.848-860 : « *La mesure phare est la suppression du numerus clausus, doublée par celle des épreuves classantes nationales (ECN) et complétée par l'instauration d'un stage obligatoire en ambulatoire pour certains étudiants de troisième année de troisième cycle, ainsi que d'un système de certification des compétences des médecins* » (loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, op. cit., titre Ier « *Décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé* »).

déserts médicaux. C'est pourquoi cette initiative doit s'accompagner d'autres mesures incitant les médecins notamment, à repeupler ces zones sous dotées en offre de soins.

Malgré tout, « *le numerus clausus très bas que nous avons connu pendant plus de quinze ans a entrainé une baisse préjudiciable du nombre de praticiens, qu'il faut désormais augmenter* »[411] ; il n'en est toutefois pas la seule cause. Ce déficit en praticiens libéraux sur le territoire s'explique également par d'autres facteurs comme une évolution de la manière de travailler (notamment en termes de volumes horaires) mais également par un désintérêt constaté pour la spécialité de la médecine ville[412] puisque « *la médecine générale attire moins que d'autres spécialités. Actuellement, sur une promotion de 100 étudiants en fin d'études, seuls 25% environ vont s'installer en médecine ambulatoire dont 15% en médecine générale* »[413].

121. L'une des autres raisons principales réside dans le fait que la médecine libérale n'est pas encore vraiment bien appréhendée dans un cursus universitaire hospitalo-centré et que la plupart du temps le premier vrai contact avec cette médecine libérale se fait à l'occasion de remplacements[414].

Pour Cédric MARECHAL, Directeur adjoint DOS de l'ARS Centre Val de Loire, de nombreuses causes peuvent être soulevées telles que « *le numerus clausus, le vieillissement de la population, la féminisation de la profession ou encore la liberté d'installation* »[415] même si elles sont à tempérer puisque s'agissant du *numerus clausus* il faudra attendre plusieurs années, du fait de la durée du cursus de formation, avant d'en tirer des bénéfices. Pour le moment, le *numerus* tel qu'instauré jusqu'à peu de temps avait inévitablement entrainé une raréfaction de l'offre.

---

411 A. ALBERT-CROMARIAS et C. DIS SANTOS, « *Plan santé : les médecins, une ressource stratégique* », *op. cit.*

412 Spécialité pourtant incontournable pour pallier les déserts médicaux.

413 Les avis du CESE, « *Les déserts médicaux* », CESE 27, décembre 2017.

414 M. WALID MEKEDEM, « *La place donnée à la pratique libérale au sein des études de médecine* », Colloque SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé, Tours, 3 février 2022, LEH éd., 2022 (à paraître).

415 C. MARECHAL, « *Les déserts médicaux, problématiques majeures de notre système de santé* », Colloque SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé, Tours, 3 février 2022, LEH éd., 2022 (à paraître). S'agissant de la liberté d'installation, il modère néanmoins ses propos en rappelant que la France est dans la moyenne de l'OCDE avec 3,5 médecins par habitant.

Il faudrait peut-être alors envisager de rendre à nouveau véritablement attractive la médecine de ville, et plus particulièrement le choix de la médecine générale exercée en libéral. Plusieurs mesures ont déjà été prises[416] mais cela n'a pour l'instant pas eu l'effet escompté. La revalorisation de cette spécialité doit également passer par un nouveau regard sur son exercice, et notamment en libéral, une nouvelle manière de pratiquer[417] particulièrement en renforçant les accompagnements proposés.

122. **Des mesures timorées.** Pour ce faire, il conviendrait de poursuivre cette dynamique de dépoussiérage de l'exercice libéral et d'aller encore plus loin dans les réformes entreprises en renforçant la formation en médecine de ville durant les études par exemple[418], ou encore en facilitant d'autant plus le développement d'un exercice coordonné et collectif ainsi que le quotidien de ces professionnels par « *un allègement des procédures administratives grâce*

---

[416] Ibid : « *Reconnaissance de la médecine générale comme spécialité ; obligation de stage de médecine générales pour les étudiants du 2ème cycle ; rénovation de la maquette de l'internat de médecine générale avec au moins deux semestres sur trois en médecine ambulatoire ; revalorisation du C de consultation de 23 à 25 euros ; revalorisation d'actes de prise en charge dits 'complexes' et 'très complexes'* ».

Sur ces questions de valeur du C, v. L. GALANOPOULO, « *C à 30 euros contre conventionnement sélectif : un sénateur LR dépose une proposition de loi pour renforcer l'accès aux soins* », Le Quotidien du médecin, 18 juillet 2022 : « *La proposition de loi relève ainsi les honoraires de consultation d'un médecin généraliste de secteur 1 à 30 euros, sans augmentation du reste à charge pour les patients, d'ici 2025 lorsqu'il est installé dans un désert médical* » ; L. TRANTHIMY, « *C à 50 euros, secteur II pour les volontaires dans les déserts et médecin volant : le Président du SML lance l'offensive conventionnelle* », Le Quotidien du médecin, 30 septembre 2022

[417] Enquête CNOM, « *Les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires* », avril 2019 : « *La recherche d'un équilibre vie privée – vie professionnelle est particulièrement saillante chez les internes et les remplaçants. Pour respectivement 82% et 87% d'entre eux, les horaires et le rythme de travail ont un impact sur la décision du lieu et du mode d'installation* ».

[418] C. NAYRAC, « *La CSMF demande une formation des futurs médecins plus ouverte sur le monde libéral* », Hospimédia, 11 septembre 2017 : le Dr J-P. ORTIZ, alors président de la CSMF, décrivait l'exercice libéral de demain et notamment la formation des futurs professionnels de santé dont le deuxième cycle des études médicales qui doit « *être l'occasion d'ouvrir la faculté au milieu libéral* ». Il préconisait alors « *une découverte du monde libéral dès ce cycle pour les étudiants, déplorant par exemple que la gestion d'un cabinet médical ne soit pas enseignée dans les facultés* ». Toujours en ce sens, les jeunes et futurs médecins ont également suggéré « *d'introduire une formation au management et à la gestion dans le cursus théorique des étudiants 'afin de les armer à leurs futures responsabilités et qu'ils se sentent aptes à y faire face'* » *in* C. NAYRAC, « *Les jeunes et futurs médecins apportent des solutions sur l'accès aux soins* », Hospimédia, 13 avril 2022

*aux outils numériques et au recrutement d'un coordinateur administratif chargé de la mise en place et du suivi des outils informatiques, des relations avec les acteurs comme l'ARS, de la gestion budgétaire* »[419].

Il convient cependant d'employer cette notion de désert médical à bon escient et de manière justifiée ; en effet, « *17,94% de la population française connaît au moins une difficulté d'accès aux soins et 0,55% de la population française (un peu plus de 360 000 personnes réparties sur 1883 communes) vit dans un désert médical avec une accessibilité faible aux médecins généralistes, un éloignement aux services d'urgence et une absence de pharmacie à proximité. […] La majeure partie de la population française soit 82,06% vit sur un territoire sans difficulté majeure d'accès aux médecins généralistes, aux urgences ou aux pharmacies* »[420]. Actuellement en France, moins de 1% de la population vivrait donc sans accès à un médecin généraliste, porte d'entrée du système de santé, ni à des pharmacies, ni à un service d'urgences[421] ; « *La constatation doit cependant aujourd'hui être faite que, derrière les pharmacies et les salons de coiffure, mais devant les boulangeries, les généralistes sont l'équipement le mieux réparti sur tout le territoire, avec des disparités qui restent infrarégionales* »[422].

---

[419] Transformation de l'utilisation du numérique en santé accélérée par la pandémie mondiale de covid-19 et les différents confinements. V. également l'instauration du dispositif « mon espace santé » (anciennement dossier médical partagé) depuis la publication du décret n°2021-1048 du 4 août 2021 relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique en santé, JORF n°0182 du 7 août 2021. « *Mon espace santé est un service numérique de confiance, qui permet aux utilisateurs d'avoir à portée de main leurs documents et informations utiles pour leur santé. C'est un nouveau service qui garantit à ses usagers la protection de leurs données de santé et la préservation du secret médical. Mon espace santé met à disposition de ses utilisateurs des fonctionnalités offrant de nombreux avantages quels que soient les utilisations et les parcours de soins des assurés* » ; www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante.

[420] Chiffres avancés par la DREES dans la conclusion de son rapport consacré aux déserts médicaux : DREES, « *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?* », *op. cit.*

[421] C. MARECHAL, « *Les déserts médicaux, problématiques majeures de notre système de santé* », Colloque SOS médecine libérale, *op. cit.*

[422] DRESS, « *Comptes nationaux de la santé 2009* », Série statistique, n°149-2, septembre 2010.

## §2 - Le bilan en demi-teinte des mécanismes incitatifs

« *Plus la peur se nourrit de science et d'information, plus elle engendre une réponse sécuritaire qui, au cœur de la société, fait l'objet d'un consensus social, plus elle entrave la liberté individuelle, plus elle réduit les choix, et plus elle éloigne l'homme de lui-même et le dépossède de son humanité* » écrivait Didier SICARD[423]. La multiplicité des aides et des mécanismes incitatifs visant à piloter l'installation des praticiens libéraux les a finalement rendus peu lisibles par les professionnels concernés, rendant difficile l'évaluation de leur efficacité[424] (**A**) et méritant d'être reconsidérés (**B**).

A – Les dispositifs existants

123. **Pluralisme conventionnel.** Aides conventionnelles[425], contrats ARS[426], aides au démarrage, aides incitatives des collectivités territoriales[427], autant de dispositifs déjà existants ont été déployés par les pouvoirs publics ces dernières années. Pour autant, prises séparément, ces mesures incitatives n'ont pas conduit les praticiens libéraux à s'installer dans des zones sous dotées, le système de santé français s'étant « *structuré, à partir des années 1920, autour des libertés professionnelles des médecins* »[428].

« *Les zones fragiles en offre de soins définies par les ARS sont les cibles des différents dispositifs pour attirer des médecins. Pour autant, certains dispositifs comme les maisons de santé ne répondent pas aux communes*

[423] D. SICARD, La médecine sans le corps. Une réflexion éthique, Plon, 2002.

[424] V. M. FOULT, « *Aides à l'installation : le bilan en demi-teinte des contrats démographiques conventionnels* », Le Quotidien du médecin, 19 juillet 2022 : « *À la fin 2021, la CNAM comptabilise seulement 4685 contrats incitatifs actifs depuis leur mise en place, dont 2396 COSCOM et 2085 CAIM – en grande majorité (à 85%) par des médecins généralistes* ».

[425] CAIM, COSCOM, COTRAM, CSTM.

[426] CDE ou CESP.

[427] Du Conseil régional, du conseil départemental, de la communauté d'agglomérations, des villes ou encore des communes.

[428] D. TABUTEAU, « *L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary* », Droit social, n°678, 4 avril 2009.

*désertées par les médecins* »[429], notamment parce que l'échelle n'est pas « propice » à la construction et au déploiement d'un tel dispositif. En effet, dans certaines communes, l'intérêt de porter un tel projet serait réduit puisque la patientèle est insuffisante.

Face à une diminution du nombre de praticiens, comment les inciter à s'installer sur des territoires pas ou peu attractifs ? Par exemple, le Conseil Régional Auvergne Rhône Alpes propose l'octroi « *d'une prime d'engagement à l'installation prioritaire pour les futurs médecins généralistes constituée d'une aide financière de 10 000 euros pour les étudiants en médecine de la région qui acceptent de travailler pendant au moins deux ans en zone prioritaire* »[430].

Bien que la multiplication de ces mécanismes incitatifs n'apparaisse pas totalement exploitée, les réponses multiples proposées dans ces zones sous dotées en offre de soins permettent toutefois de trouver la solution la plus adéquate. En tout état de cause, le recours à ces procédés strictement incitatifs[431] apparait pour l'instant comme le seul outil possible puisque pour les praticiens libéraux, « *porter atteinte à la liberté d'installation reste un tabou* »[432]. Pour l'heure, il n'est pas encore question d'imposer à ces professionnels libéraux un exercice encadré à l'instar des pharmaciens[433] et de les soumettre à un « rééquilibrage » du maillage médical territorial. Pourtant, « *les expériences passées nous prouvent que les dispositifs d'incitation et d'accompagnement ne permettent pas, à eux seuls, de résorber les déséquilibres territoriaux* ». Il n'y aurait

---

[429] G. CHEVILLARD, « *Déserts médicaux et zones fragiles en offres de soins : les maisons de santé sont-elles une solution ?* », *op. cit.*

[430] A. ALBERT-CROMARIAS et C. DIS SANTOS, « *Plan santé : les médecins, une ressource stratégique* », op. cit..

[431] Cour des comptes, Rapport sur la sécurité sociale, septembre 2011 ; R. MARIE, « *La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question* », Droit social, 2012, p.404 ; M. BADEL, « *La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ?* », RDSS, mai-juin 2012, p.528.

[432] Rapport du Sénat sur la LFSS pour 2012, débat sur la désertification médicale 13 janvier 2011.

[433] Depuis la loi du 11 septembre 1941, les pharmaciens sont soumis à un mécanisme d'autorisation administrative pour toute création, transfert ou regroupement d'activité. L'ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie, JORF n°0002 du 4 janvier 2018 réforme les conditions d'implantation des pharmacies d'officine sur le territoire métropolitain et ultramarin. Ainsi, le texte vise à simplifier les dispositions relatives aux créations, transferts et regroupements de pharmacies dans le but de rééquilibrer le maillage officinal entre les zones déficitaires et les zones saturées. V. CSP, art. L.5125-3 et L.5125-4.

même rien « *d'illégitime, dans ces conditions, à envisager des correctifs plus contraignants, dès lors que c'est la santé des populations qui est en cause* »[434].

124. **Retombées minimes.** Cela explique que d'autres mécanismes comme l'option santé territoriale[435] sont de retentissants échecs car abandonnés peu de temps après leur mise en place[436]. À titre d'exemple, au 30 juin 2013, cette dernière avait comptabilisé 23 volontaires[437]. Tandis que sur le papier ce dispositif pouvait sembler attrayant, les spécialistes revêtaient cet échec d'un aspect financier non négligeable et « *tout ceci se heurte à un obstacle fondamental, outre la lourdeur de mise en œuvre pratique : pour un libéral désireux de développer son activité, il sera toujours plus intéressant financièrement d'exercer en zone excédentaire que de vouer les deux tiers de son exercice à une zone déficitaire moyennant une compensation inférieure à un mois de revenu annuel* »[438].

---

[434] P. VERON, « *Pas touche à ma liberté d'installation ou j'te fourcade !* », *op. cit.*

[435] Voir en ce sens 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, JORF n°0248 du 23 octobre 2016 : « *L'option est proposée aux médecins libéraux conventionnés exerçant dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré au contrat d'accès aux soins tel que défini à l'annexe 17 de la présente convention, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables dans le cadre de cette activité spécifique et n'exerçant pas dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits et souhaitant y assurer des consultations.*

*En adhérant à l'option le médecin s'engage à exercer au minimum 28 jours par an dans une des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits. La durée de l'engagement du médecin à cette option est de 3 ans à compter de sa date d'adhésion.*

*Les modalités d'adhésion de même que les conditions de résiliation notamment pour cause indépendante de la volonté du médecin sont définies au sous-titre 2 de la présente annexe.*

*Les médecins adhérant à la présente option bénéficient d'une rémunération complémentaire et d'une prise en charge des frais de déplacement définie à l'article 7 de la présente annexe* ».

[436] P. VERON, « *Pas touche à ma liberté d'installation ou j'te fourcade !* », *op. cit.* : La loi Fourcade s'inscrit même à rebours des propositions incitatives puisqu'elle « *supprime les rares mesures quelque peu contraignantes prévues par la loi HPST, avant même que les décrets d'application ne soient parus* ». V. 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, JORF n°0185 du 11 août 2011, article 4.

[437] L. CLAVREUL, « *Coût des soins : de fortes disparités territoriales* », Le Monde, 10 juillet 2012.

[438] J-P. AGRESTI, C. BERLAND-BENHAIM et A. LECA, « *Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent* », *op. cit.*

Cependant, le bilan très mitigé de ces mécanismes incitatifs ne s'explique pas seulement par leur contenu et leur mise en place ; quand bien même le nombre de médecins fait actuellement défaut, la difficulté est ailleurs et pourrait résider dans l'aversion envers l'exercice libéral, qui plus est dans un milieu rural ou une zone urbaine défavorisée[439].

B – Les dispositifs repensés

Un bilan mitigé d'instauration et de déploiement de ces mesures incitatives[440] ne signifie pas pour autant un relâchement des efforts engagés ; au contraire, « *les spécialistes en économie de la santé sont unanimes pour estimer que la demande de soins est appelée à poursuivre sa hausse de long terme* »[441].

Pour autant, certaines solutions et facilitations de cet exercice doivent être repensées et articulées autour de solutions désormais incontournables pour lutter contre les déserts médicaux[442] (**1**) ; il apparait alors nécessaire de changer de paradigme et d'approche quant à la manière d'envisager l'installation et l'exercice de ces jeunes praticiens (**2**).

---

[439] V. : Partie I, chapitre II, section II : « Le *manque d'attrait des professionnels pour l'exercice libéral* ».

[440] Quelques exemples des aides proposées : le contrat type régional d'aide à l'installation des médecins dans les zones sous dotées (CAIM) qui est valable pour cinq ans non renouvelable ; le contrat de transition pour les médecins en zone sous dotée (COTRAM) qui permet d'aider les médecins partant à la retraite par exemple et qui cèdent leur cabinet à un repreneur ; le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins en zone sous dotées (COSCOM) incitant les médecins à se regrouper dans un but d'un meilleur accès aux soins ; le contrat de solidarité territoriale en zone sous dotée (CSTM) dont l'octroi impose aux médecins de travailler au moins dix jours par an dans l'une de ces zones ; le contrat d'engagement service public (CESP) en zone sous dotée qui est une allocation versée aux étudiants en médecine et qui engagent les bénéficiaires à s'installer en zone sous dotée à l'issue de leurs études ; ou encore plus récemment le contrat de début d'exercice (CDE) qui fusionne les quatre contrats de praticien territorial existants (PTMG, PTMA, PTMR et PIAS) en un contrat un contrat unique et facilite l'installation des jeunes médecins dans des territoires où la démographie médicale est la plus faible.

Il est également possible de bénéficier d'aides fiscales selon le secteur d'installation du cabinet dans des zones de revitalisation rurale (ZRR) et des zones franches urbaines-territoires (ZFU-TE).

[441] Rapport d'information du Sénat fait au nom de « *la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire* », op. cit.

[442] Ces solutions seront envisagées ici et développées au sein de la seconde partie de cette thèse.

*1 - Au niveau structurel*

125. **Contrat de début d'exercice.** C'est dans cette dynamique qu'a été instauré le contrat de début d'exercice[443] qui constitue « *l'un des leviers nationaux activés pour inciter les médecins libéraux à s'installer dans des zones fragiles en matière d'offre de soins* »[444] et qui contrairement aux différents contrats antérieurs propose une rémunération complémentaire la première année, un accompagnement à la gestion administrative[445] et une protection sociale plus étendue[446].

126. Ces incitations à s'installer dans des déserts médicaux doivent alors être « protéiformes », c'est-à-dire « *porter sur les aménagements du temps de travail, une aide au logement, aux études, au remplacement des médecins, à l'exercice mixte et regroupé et à une meilleure couverture des accidents du travail* »[447] quitte à « *laisser entrevoir l'émergence d'un principe de liberté conditionnée* »[448], pour séduire les professionnels libéraux de demain.

De manière isolée, ces mesures incitatives ne remplissent pas les objectifs fixés et prouvent l'efficacité somme toute très relative des incitations financières. Il conviendrait alors d'envisager un encadrement plus abouti de l'octroi de ces aides afin d'éviter « *celles qui sont porteuses d'un effet d'aubaine excessif et de les concentrer sur un petit nombre d'incitations à effets avérés* »[449].

---

443 Décret n°2020-1666 du 22 décembre 2020 relatif au contrat de début d'exercice prévu à l'article L.1435-4-2 du Code de la santé publique, JORF n°0311 du 24 décembre 2020 ; Arrêté du 2 février 2021 relatif au contrat type du contrat de début d'exercice, JORF n°0038 du 13 février 2021.

444 « *Contrat de début d'exercice* », 22 mars 2021 ; www.solidarites-sante.gouv.fr.

445 Le professionnel signataire d'un CDE pourra bénéficier d'un accompagnement administratif renforcé dans la gestion de son cabinet : comptabilité, fiscalité ou encore fonction d'employeur notamment. Cette aide sera définie par l'ARS concernée.

446 Ce contrat permet aux praticiens libéraux de bénéficier d'une aide financière en cas d'arrêts liés à la maladie, à la maternité, la paternité ou encore l'adoption, et ce pendant toute la durée du contrat.

447 T. BARNAY, « *Plan Santé : comment faire reculer les déserts médicaux* », The conversation, septembre 2018. À titre d'exemple, ce Professeur en sciences économiques à l'Université Paris-Est Créteil Val de Marne explique « *qu'il a été montré que la présence d'au moins trois opérateurs d'accès haut débit à internet influence significativement l'installation en zone rurale* ».

448 D. TABUTEAU, « *Santé et liberté* », Pouvoirs, n°130, 2009, p.97-111.

449 Les avis du CESE, « *Les déserts médicaux* », *op. cit.*

127. **Insuffisance des incitations.** En effet, comme évoqué précédemment, les incitations financières seules ne sont pas suffisantes et constituent pour les praticiens libéraux de réels effets d'aubaine[450] ; elles doivent alors nécessairement être accompagnées d'autres leviers. À l'inverse, l'impact peu déterminant de la contrepartie financière conduit de fait des juridictions comme la Cour des comptes à prôner l'extension du conventionnement sélectif aux médecins[451].

L'intérêt à susciter se trouve en conséquence ailleurs et *« la plupart des aides, quoique substantielles, sont inefficaces, l'assurance d'une qualité de vie professionnelle et personnelle est en réalité l'incitation majeure à l'installation* »[452]. De plus, ces aides ne peuvent et ne doivent pas remplacer la mise en place de dynamiques locales favorisant et développant l'exercice regroupé et coordonné notamment au sein des CPTS ou encore des maisons de santé[453].

L'État, à qui incombe la conduite de la politique de santé, semble en effet s'orienter vers des difficultés dans sa volonté de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et se confronter à des professionnels pour lesquels « *toutes remises en cause de ces espaces de liberté économique se heurtent à la protestation d'un corps médical qui s'est construit sur son opposition aux pouvoirs publics[454], dont la consécration des libertés professionnelles a été l'aboutissement* »[455].

---

[450] Glossaire, « *effet d'aubaine* », www.e-marketing.fr : Les effets d'aubaine sont des effets « *survenant lorsque des individus non ciblés par un programme ou une action se trouvent néanmoins en être les destinataires des bénéfices* ». Ils sont à entendre ici au sens d'un avantage imprévu, inattendu.

[451] Dispositif déjà en vigueur depuis 2008 pour les infirmiers libéraux par exemple conditionnant l'installation du professionnel dans une zone surdotée au remplacement d'un confrère cessant son activité sur ladite zone.

[452] Glossaire, « *effet d'aubaine* », *op. cit.* Les internes ou jeunes médecins expliquent ce désintérêt pour l'exercice libéral par de multiples facteurs comme le territoire et la proximité familiale qui sont des déterminants majeurs à l'installation ou encore les conditions d'exercice en lien avec d'autres professionnels de santé.

[453] Voire des centres de santé pour regrouper des professionnels de santé salariés.

[454] P. HASSENTEUFEL, « *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne* », Presses de Sciences Po, 1997.

[455] D. TABUTEAU, « *Santé et liberté* », *op. cit.*

128. **Innovation territoriale.** La solution est ailleurs, et pour F. GATEL[456], « *les élus locaux, on le sait, sont des inventeurs de solutions face aux carences de l'État* ». Un glissement de stratégie doit donc s'opérer de l'échelon central vers les collectivités locales. C'est en poursuivant cet objectif qu'à l'issue de six mois d'enquête, des sénateurs ont remis un rapport sur l'innovation territoriale face au défi qu'incarnent les déserts médicaux pour les élus locaux[457] en émettant douze recommandations inspirées d'initiatives instaurées à l'échelon local pour lutter contre les difficultés d'accès aux soins[458]. Certains auteurs préconisent même « *une augmentation de 5 ou 10% du montant annuel des honoraires sans dépassements en zone rurale ou encore un élargissement de l'éligibilité à des incitations fiscales qui correspondrait concrètement à une hausse du nombre de communes bénéficiant d'exonérations fiscales et sociales dans les zones rurales* »[459].

Penser aux structures de demain est un premier pas vers une modernisation et une redistribution de l'offre de soins existante. Une enquête du CNOM par ailleurs réalisée auprès de 13000 médecins et 2400 internes a en effet confirmé que le cadre de vie, les conditions d'exercice et le travail en réseaux avec d'autres professionnels de santé étaient des facteurs déterminants pour l'installation des jeunes médecins sur un territoire[460].

---

456 Françoise GATEL, Présidente de la délégation sénatoriale aux collectivités locales.

457 P. MOUILLER et P. SCHLLINGER, « *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins* », n°63, enregistré à la Présidence du Sénat le 14 octobre 2021.

458 Parmi ces principales mesures, les sénateurs proposent de bâtir des centres de santé « partenariaux » reposant sur une réelle collaboration entre les élus locaux et les acteurs de notre système de santé ; de privilégier les liens entre les territoires et les facultés de médecine en créant des antennes universitaires dans chaque département pour permettre d'établir un lien entre le cursus universitaire et la demande de terrain ; d'instaurer des mécanismes incitatifs pour favoriser l'installation des médecins comme la distribution de bourses ou la mise en place d'un système de salarié piloté par le département ; de généraliser les contrats locaux de santé ; de lancer un débat national sur la liberté d'installation des médecins ; de renforcer le poids des élus locaux au sein du conseil de surveillance de l'ARS ; de continuer le développement de la téléconsultation.

459 M. DUMONTET, C. FRANC et A-L. SAMSON, « *Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ?* », Revue française d'économie, vol. XXXI, n°4, 2016, p.221-267.

460 Enquête CNOM, « *Les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires* », *op. cit.* : L'enquête révèle un important décalage entre les aspirations de ces praticiens et la réalité d'installation. En effet, 75% des internes envisageraient un mode d'exercice libéral

Mais cette ambition d'exercice coordonné doit s'accompagner d'une revalorisation de l'aspect libéral de la formation de ces futurs praticiens et du déploiement de nouveaux professionnels tels que les infirmiers en pratique avancée dans les zones sous dotées ou dans certaines périphéries de grandes villes. Pour d'autres la solution à envisager est plus radicale et consisterait en la création d'une véritable « École de santé publique »[461], à l'image de l'École de santé des armées.

Finalement, ce bilan incitatif est dit en « demi-teinte » car dans une société où la liberté d'installation est le principe fondateur de l'exercice libéral, aucune mesure ne pourra contraindre un professionnel à s'installer dans un territoire peu peuplé[462] puisqu'à titre d'exemple, « *les médecins généralistes étant libres de s'installer dans la région et la commune de leur choix sont en pratique extrêmement sédentaires : près de trois médecins sur quatre s'installent dans leur région de thèse* »[463]. Il faut donc, sur ces territoires, réorganiser l'offre de soins et proposer un recours plus systématique à d'autres professionnels dits de première ligne.

*2 - Au niveau humain*

129. **Pratique avancée.** L'accès de la pratique avancée à de nouvelles spécialités[464] est l'une des pistes à développer mais il serait également envisageable d'ouvrir cette pratique à

---

contre 19% en activité salariée pure. Pourtant, dans les faits, « *12% de nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 exercent en libéral, quand 62% sont salariés. Le nombre de primo-inscrits installées à 5 ans atteint 35%* ».

461 P. CARLIOZ, « *La fausse notion de 'désert médical'… Mais il existe une solution innovante contribuant à la résolution de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins* », *op .cit.* : L'entrée de cette école se ferait sur concours laissé au libre choix, et non une mutation imposée ; « *le cursus serait totalement pris en charge par la collectivité, tant pour le gîte, le couvert et la rémunération, mais en échange d'un certain nombre d'années dues au service de la collectivité, en priorité au service des zones sensibles 'désertiques', ainsi qu'au service de la permanence des soins* ».

462 V. J-P. DEL BANO, « *Déserts médicaux : état des lieux et solutions* », *op. cit.* : « *Un désert n'est pas que médical mais global* ». Dans ces zones très peu peuplées et dites sous dotées, l'offre de soins n'est pas le seul élément manquant puisque cela concerne également les commerces, les infrastructures etc.

463 M. DUMONTET, C. FRANC et A-L. SAMSON, « *Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ?* », *op. cit.*

464 Les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; les maladies rénales chroniques, la dialyse, la transplantation rénale ; la psychiatrie et la santé mentale ; et plus récemment les urgences (depuis le décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à

d'autres statuts d'infirmiers comme les libéraux ou encore les hospitaliers afin qu'ils endossent le rôle d'IPA quelques jours par mois dans un désert médical, lieu de leur exercice initial. Les pouvoirs publics pourraient alors proposer un complément attractif de rémunération à ces professionnels afin de les inciter à assurer des « vacations » de premiers recours sur la base du volontariat.
Or, la pratique avancée ne pourra constituer qu'un réel relai dans les déserts médicaux si et seulement si les professionnels concernés peuvent exercer de manière suffisamment autonome en définissant clairement les périmètres d'exercice de chacun[465].

130. L'objectif de ces dispositifs, outre une offre de soins plus dense sur certains territoires déterminés, est de dépasser le clivage entre la médecine de ville et la médecine hospitalière dans l'intention de mettre en place de véritables parcours patients s'appuyant sur un réseau de professionnels de santé tout exercice confondu.

Tout en réformant de manière plus poussée le cursus universitaire de ces professions libérales avec par exemple la mise en place d'une filière prioritaire « ambition santé »[466] ou encore en imposant une formation en zone sous dense pendant quelques années, il s'agirait d'induire une régulation géographique des médecins en activité.

l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers dans le domaine d'intervention des urgences, JORF n°0250 du 26 octobre 2021).

[465] À ce jour, la pratique avancée telle que prévue par l'article L.4301-1 du Code de la santé publique s'articule essentiellement autour du médecin qui occupe une place centrale.

[466] Expérimentation en cours en région Centre-Val de Loire expliquée par le conseil de l'ordre des médecins : « *L'ARS, la faculté de médecine de Tours et la région Centre-Val de Loire ont créé un dispositif qui permet à quatorze lycées de la région de proposer à des élèves de la série scientifique une initiation à la première année d'études en santé* » et ce depuis la rentrée 2018. « Ambition santé » est un dispositif qui pourrait permettre de susciter des vocations chez certains lycéens et éventuellement favoriser l'installation de jeunes médecins dans cette région qualifiée de désert médical.

## Section II - La présence accrue de structures hospitalières

131. **Structures hospitalières.** Face à ce constat préoccupant de l'existence et des causes des déserts médicaux, il faut y opposer des zones attractives et bien dotées en offre de soins notamment dans les départements sièges de centres hospitaliers[467]. Par leur omniprésence dans le système de santé, l'État et les structures hospitalières publiques semblent majoritairement incarner la santé, « *la santé, c'est moi* »[468].

En effet, bien que les lacunes en densité médicale dans les zones sous dotées entrainent inévitablement de fortes tensions sur les services d'urgences des hôpitaux qui dénombraient environ 7 millions de passages en 1990, contre 22 millions en 2019[469], elles assoient également la place colossale de ces établissements publics dans le système de santé français.

Cette surcharge des services d'urgences des hôpitaux est alors à mettre en parallèle avec la défaillance du maillage territorial médical pouvant s'expliquer notamment par un fort hospitalo-centrisme favorisant « *le regroupement de l'essentiel du réseau de soin (et même la formation des futurs médecins) à l'hôpital* »[470] et ce depuis de nombreuses décennies puisque l'ordonnance du 30 décembre 1958 avait impulsé la structuration de la médecine autour de l'hôpital[471]. Depuis, ce système hospitalo-centré perdure, favorisant « *une médecine spécialisée de haut niveau,*

---

467 G. CHEVILLARD, « *Déserts médicaux et zones fragiles en offres de soins : les maisons de santé sont-elles une solution ?* », *op. cit.*

468 J-L. DUROUSSET, Le privé peut-il guérir l'hôpital ?, éd. Nouveaux débats publics, 2010.

469 Rapport de T. MESNIER, « *Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires* », remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, mai 2018. Cette augmentation significative du nombre de passages dans les services d'urgences entraine parallèlement un coût certain pour la société d'environ 50 millions d'euros par an puisqu'une consultation en ville est cotée 25 euros là où un passage aux urgences 71 euros.

470 J-P. AGRESTI, C. BERLAND-BENHAIM et A. LECA, « *Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent* », *op. cit.*

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

*la médecine générale restant le parent pauvre* »[472] ; une telle organisation ne permet cependant pas à l'heure actuelle de faire face aux enjeux sociétaux contemporains[473] (**§1**).

Bien que cette offre de soins publique soit omniprésente sur le territoire, l'exercice libéral s'invite néanmoins dans les murs de ces établissements notamment grâce à des statuts dérogatoires accordés aux praticiens hospitaliers, témoignage de la nécessité d'une offre de soins mixte et d'un intérêt encore présent pour ce mode d'exercice (**§2**).
Cette dérogation accordée à certains praticiens hospitaliers fait pourtant l'objet de vives critiques[474] fondées en partie sur la nature même, historiquement antinomique[475], de ces deux modes d'exercice mais admise dans un but d'attractivité des établissements et une ouverture de ces derniers sur une autre façon d'exercer.

[472] Les avis du CESE, « *Les déserts médicaux* », *op. cit.*

[473] Notamment le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la mise en place effective d'un parcours de soins structuré.

[474] D. LAURENT, Rapport « *l'activité libérale dans les établissements publics de santé* », remis au Ministre des affaires sociales et de la santé, mars 2013, p.8.

[475] Nature antinomique certes mais validée par le Conseil Constitutionnel dans une décision du 23 janvier 1987 retenant que cette dérogation ne portait pas atteinte à l'égalité des citoyens devant loi ni à l'égalité devant les charges publiques. V. CC, 23 janvier 1987, n°86-227 DC, Rec. 1987, p.13.

## §1 - Le déploiement de nouvelles formes hospitalières

Cet hospitalo-centrisme avéré n'en a été que renforcé par l'avènement de nouvelles structures hospitalières telles que les groupements hospitaliers de territoire (GHT) (**A**) et plus récemment encore, les hôpitaux de proximité (**B**) venant structurer et moderniser l'offre de soins publique du système de santé français parfois au détriment du secteur privé et notamment du secteur libéral.

### A – La naissance des groupements hospitaliers de territoire

132. **Avènement des GHT.** « *Créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le GHT est un nouvel outil de la politique de coopération initiée par les pouvoirs publics dans le secteur sanitaire. Pour autant, cet outil ne concerne pas, à un même degré, tous les établissements de santé, puisque seuls les établissements publics de santé sont soumis à l'obligation de participation à un GHT* »[476].

Ces groupements ont en effet pour objectif d'offrir[477] aux établissements concernés la possibilité de mettre en place une stratégie de prise en charge commune du patient afin de leur proposer une égalité d'accès aux soins sur un territoire déterminé.
Cette égalité est somme toute relative puisque seul un secteur du système de soins français est concerné ; pour le Dr P. SOUTEYRAND, radiologue libéral et membre de l'URPS Occitanie, si « *on avait voulu aggraver le climat de méfiance qu'inspire aux libéraux la volonté hégémonique du secteur hospitalier, l'on ne s'y prendrait pas mieux* »[478].

[476] M-F. CALLU, M. GIRER et G. ROUSSET, *op. cit.*, V. « *Groupement hospitalier de territoire* », p.203.

[477] Le terme « offrir » est ici à nuancer puisque tous les établissements publics de santé ont l'obligation de prendre part à un GHT.

[478] Dr P. SOUTEYRAND, « *Pourquoi les médecins libéraux ont raison d'être méfiants face aux GHT ?* », Le quotidien du médecin, novembre 2019.

133. **Restructuration non inclusive.** L'hospitalisation privée[479] et la médecine libérale n'ont pas été associées à cette restructuration de l'offre de soins et cette réforme a alors imposé de « supers » établissements publics[480] dans le paysage sanitaire français poussant toujours plus loin la « *dynamique intégrative du GHT* »[481] et une offre médico-soignante publique de taille face à laquelle il a fallu envisager une réponse.

En substance, l'avènement des GHT n'a fait qu'accroître une gouvernance hospitalière déjà marquée ainsi que certaines inégalités d'accès aux soins notamment dans les zones sous dotées[482] ; « *les GHT comportent le risque de concentrer les moyens sur certains hôpitaux, pour des raisons de démographie médicale, mais avec un effet négatif sur le premier recours et un risque d'aggraver les disparités territoriales : les jeunes généralistes pour s'installer sont en effet attentifs à l'existence d'une offre de soins de qualité, absente dans les territoires éloignés ou sous dotés* »[483].

Pour les professionnels de terrain, cette restructuration obligatoire des établissements publics de santé ne laisse en rien présager une meilleure coordination des soins sur un

---

[479] Les textes prévoient que les établissements de santé privés peuvent être, en théorie, partenaires d'un GHT (CSP, art. L.6132-1, VIII).

[480] 898 établissements de santé publics ont été regroupés en 136 GHT induisant la mise en commun et le transfert de certaines fonctions confiées à l'établissement support du groupement : le système d'information, la gestion des achats, le département d'informations médicales ou encore la formation. Voir en ce sens CSP, art. L.6132-1 et s.

Coopération hospitalière encore renforcée avec l'adoption du décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital et du décret n°2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présentes des commissions médicales de groupement et des missions médicales d'établissement, JORF n°0123 du 29 mai 2021 illustrant un fort hospitalo-centrisme, « *l'État avançant pas à pas vers la transformation. Des GHT en établissements publics de santé unifiés et se créant progressivement une situation de fait, qu'il suffira dès lors qu'elle apparaîtra irréversible, d'habiller de droit* » : seban-associes.avocat.fr, « *Groupements hospitaliers de territoire : une révolution de velours* », mai 2021.

[481] X. LAURENT et C. LESNÉ, « *Ma santé 2022 – les GHT : toujours plus loin dans l'intégration* », Houdart&Associés, 2019.

[482] *Ibid.* : « *Un quart seulement des GHT reste dans un cadre départemental quand un tiers s'étende sur plusieurs départements et parfois même sur le ressort de plusieurs ARS. […] Pour ce qui est des élus des territoires et surtout des patients, on peut craindre, à terme, une déconnexion tant des territoires que de la gouvernance* ».

[483] S. CANNASSE, « *Relations ville hôpital : pas plus simples aujourd'hui qu'hier !* », Univadis from Medscape, 10 mars 2020.

territoire donné, alors que pour eux, « *la couverture intelligente d'un territoire de santé ne pourra se faire que sous l'impulsion des professionnels publics et libéraux aidés par l'administration et les élus* »[484].

Même si certains groupements ont tenté de s'ouvrir sur la médecine de ville[485], leur structuration particulière et leur fonctionnement ne permettent pas de construire une coopération pérenne entre les deux secteurs qui serait alors regroupés inévitablement sur des territoires sièges d'établissements hospitaliers, alors que la tendance croît vers une médecine de proximité. La réorganisation du secteur hospitalier ne doit alors pas se faire au détriment du secteur libéral.

La publication du rapport DEVICTOR[486] préconisant « *un service public territorial de santé* »[487] n'a pu qu'interpeler les professionnels libéraux et les inciter à proposer un dispositif semblable afin de pallier cette éventuelle déficience d'accès aux soins de premier recours. Les CPTS[488] ont alors vu le jour avec l'objectif premier de décloisonner et réorganiser les soins autour du patient.

134. **Réaction de la médecine libérale.** La médecine de ville a en effet dû réagir et impulser une réorganisation de son offre de soins fondée sur le regroupement et la coopération afin de permettre une réelle continuité de la prise en charge et assoir leur place en tant que véritables acteurs de première ligne au même titre que les groupements.
Ces nouvelles structures de santé pourraient permettre d'assurer une meilleure structuration des parcours de santé ainsi qu'une coordination plus aboutie des actions de soins de

[484] Dr P. SOUTEYRAND, « *Pourquoi les médecins libéraux ont raison d'être méfiants face aux GHT ?* », *op. cit.*

[485] Exemple du GHT des Deux-Sèvres rassemblant quatre établissements publics et qui a appelé les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social, dont les professionnels de santé libéraux, à les rejoindre.

[486] Rapport DEVICTOR, « *Le service public territorial de santé – Le service public hospitalier : Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé* », mars 2014.

[487] Cette approche est définie dans 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' (sanitaire terme qui inclut la médecine de ville, médico-social et social) du territoire, sous la régulation de l'ARS* ».

[488] À l'échelle de la médecine de ville (médecine de premier recours).

premiers recours. Cette réorganisation permettrait alors d'imaginer une éventuelle coopération CPTS-GHT[489], le fonctionnement[490] des communautés étant assez souple[491].

135. **CPTS.** Dans cette logique d'enrayement des déserts médicaux et d'une coopération plus poussée entre tous les acteurs de santé, les CPTS promeuvent « *des initiatives de tous les professionnels de santé sur les territoires afin d'adapter les réponses aux besoins identifiés localement* ». C'est également en ce sens que l'ordonnance du 12 mai 2021 relative aux CPTS et aux maisons de santé[492] intervient afin de repenser le cadre juridique et fiscal de ces structures pour favoriser le déploiement renforcé de l'exercice coordonné. Par exemple, et au terme d'une période transitoire d'un an, les CPTS auront l'obligation de se constituer sous forme associative[493].

Cette approche restructurante et mixte du système de santé peut d'autant plus s'envisager avec la modernisation des hôpitaux de proximité, atout majeur dans l'offre de soins de premiers recours et dans la consécration d'une collaboration ville-hôpital plus étroite.

B – Le renouveau des hôpitaux de proximité

136. **Nouvelle organisation des hôpitaux de proximité.** C'était l'un des souhaits exprimés par le Président MACRON lors de ses annonces relatives à la réforme « Ma santé

489 Sur un territoire, cela constituerait alors une réelle offre de soins mixte, un partenariat public-privé répondant aux besoins des usagers du système de santé.

490 « *Les communautés professionnelles territoriales de santé* » ; www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf : « *La force de ce dispositif réside précisément dans le fait qu'elles sont le fruit de l'initiative de professionnels et regroupent des équipes de soins primaires, des acteurs de soins du second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux et sociaux. Le nombre et la nature des professionnels concernés varient sur le terrain pour s'adapter aux besoins de la population* ».

491 *Ibid* : Il s'agit d'un dispositif « *souple et adaptatif, à la main des professionnels* ».

492 Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, JORF n°0111 du 13 mai 2021 prise en application de l'article 64 de la loi du 24 juillet 2019.

493 M. GUY-GRAND et P. REINE, « *Le choix du véhicule juridique pour porter les CPTS* », RDS, n°92, 2019, p.894-898.

2022 » : moderniser les hôpitaux de proximité afin de notamment restructurer l'offre de soins hospitalière de proximité en l'ouvrant sur la ville et le secteur médico-social conformément à l'article 35 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé[494].

Le développement des hôpitaux de proximité semble ici essentiel dans la lutte contre les déserts médicaux tout en essayant de concilier et d'améliorer la coopération des secteurs public et privé. En effet, les hôpitaux de proximité sont pour nombre d'entre eux « *bien intégrés sur leur territoire et constituent parfois un lien avec les médecins généralistes* »[495] et par la nature de leur offre, « *ne peuvent déployer leur activité qu'en cohérence étroite avec l'ensemble des acteurs de proximité (professionnels de santé libéraux, centres de santé, maisons de santé…)* » contribuant à renforcer les liens ville-hôpital.

137. **Gradation des soins.** Cette réorganisation se traduit tout d'abord par une volonté d'instaurer trois niveaux de prise en charge des patients : les soins de proximité[496] , les soins spécialisés[497] et enfin, les soins ultraspécialisés délivrés dans les établissements avec un important plateau technique.

138. **Labellisation.** C'est ainsi que ces hôpitaux de proximité devront être labellisés et donc remplir un cahier des charges répondant aux missions hospitalières exclusives que sont les activités de médecine polyvalente, les soins aux personnes âgées, les soins de suite et de réadaptation ; le suivi des maladies chroniques les plus fréquentes ; les consultations avancées de spécialités médicales et chirurgicales avec le support des établissements voisins ; des plateaux techniques ouverts aux professionnels de santé de ville (imagerie,

494 V. GUICHARD FRIOT, S. RABILLER, « *Hôpitaux de proximité, vecteurs de redynamisation de l'organisation de la santé ?* », RDS, n°92, 2019, p.902-911.

495 Instruction n°DGOS/R2/R5//2014/22 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux - Annexe 1 « *Atouts des hôpitaux de proximité, diversité des prises en charges et exemples d'organisations mises en place dans ou autour de l'hôpital local* ».

496 500 à 600 hôpitaux de proximité annoncés dans les prochaines années.

497 Les établissements MCO.

biologie et explorations) ou un accès organisé avec les établissements voisins ; des équipes mobiles de soins ; des équipements de télémédecine[498].

Cette labellisation[499], volontaire et régionale, aura alors nécessairement pour effet, la création d'une nouvelle catégorie juridique d'établissements de santé. Il est important de souligner que, même si de prime abord, ces établissements seront des établissements publics, rien ne semble aujourd'hui textuellement exclure les établissements du secteur privé[500]. « *Les hôpitaux de proximité doivent contribuer au renforcement de l'accès aux soins grâce à des coopérations étroites avec les professionnels libéraux avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale […] ils ont vocation à être le 'trait d'union' entre les secteurs hospitaliers et de ville* »[501].

Le but premier est immanquablement de développer la coordination professionnelle entre les différents acteurs de santé (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux) ; les hôpitaux de proximité constitueraient alors un vecteur commun entre l'ensemble de ces acteurs, le Ségur de la santé insistant d'autant plus sur cette nécessité de décloisonner l'offre de soins en France. En effet, « *les relations entre médecins de ville et spécialistes hospitaliers sont en général plus faciles quand il s'agit d'hôpitaux de proximité parce qu'il existe une proximité territoriale et avec la population* »[502].

Pour ce faire, l'ordonnance du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité[503] a modifié les articles L.6111-3-1 et suivants du Code de la santé publique prévoyant les modalités d'inscription sur la liste des hôpitaux

---

498 V. CSP, art. L.6111-3-1.

499 Encadrée par CSP, art. R.6111-24.

500 S'agissant de la nature juridique de ces établissements, voir en ce sens C. ÉVIN, « *Un nouveau cadre pour les hôpitaux de proximité* », Claude Évin avocat, 14 mai 2021 : « *Peuvent être labellisés hôpitaux de proximité aussi bien des établissements publics que des établissements privés. Ce peut être aussi des sites identifiés de ces établissements* ».

501 L. MARTIN, « *Hôpitaux de proximité : pour une offre de soins au plus près des patients* », m-soigner information, janvier 2020.

502 S. CANNASSE, « *Relations ville hôpital : pas plus simples aujourd'hui qu'hier !* », *op. cit.* .

503 Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité, *op. cit.*

de proximité ainsi que les champs des coopérations possibles et les conventions devant être conclues.

Cette ordonnance a été accompagnée d'un décret relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité[504] précisant les conditions et modalités d'inscription des établissements de santé sur les listes régionales des hôpitaux de proximité ; il définit en outre la procédure de labellisation et les conditions de radiation de la liste. L'ARS Occitanie a ainsi labellisé vingt-six hôpitaux de proximité « *répondant à l'ambition du Ségur de la santé de fédérer les acteurs de santé des territoires autour de projets communs, décloisonnés, au plus près des besoins de la population* »[505] et espère alors pouvoir favoriser un réel appui aux professionnels libéraux et autres acteurs du système de santé pour répondre aux besoins de la population.

Cette dynamique visant à restructurer l'offre de soins, à fédérer les acteurs de santé des territoires autour de projets communs et à insuffler un vent de coopération et de coordination entre les différents secteurs de la santé, les différents modes d'exercice des professionnels et les représentants des communautés professionnelles territoriales de santé illustre une véritable volonté de développer l'exercice mixte entre ville et hôpital, trop longtemps cloisonnés.

Afin de faciliter encore plus cette coopération, la gouvernance et les conditions de fonctionnement de ces établissements sont souples et adaptables ; à cet effet, « *le nouvel article L.6111-3-4 du Code de la santé publique laisse aux hôpitaux de proximité la possibilité d'adapter leurs conditions de fonctionnement et de gouvernance qui leur permettront de remplir leurs missions de proximité et qui seront adaptés aux coopérations avec leurs partenaires* »[506].

[504] Décret n°2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité, *op. cit.*

[505] ARS Occitanie, « *L'ARS Occitanie labellise 26 hôpitaux de proximité* », communiqué de presse, 24 décembre 2021.

[506] C. EVIN, « *Un nouveau cadre pour les hôpitaux de proximité* », *op. cit.*

139. **Articulation renforcée.** Les hôpitaux de proximité sont alors enclins à favoriser l'articulation avec les projets de santé portés par ces CPTS[507]. À cet égard, le décret du 12 mai 2021 définit cette coopération comme « *pouvant prendre la forme d'un exercice à titre libéral ou salarié, au sein de l'hôpital de proximité, de professionnels de santé assurant le suivi des patients et la coordination des parcours de santé au sein de l'offre ambulatoire* ».

En étant labellisés « hôpital de proximité », ces établissements concrétisent leur engagement de s'inscrire dans une dynamique territoriale commune et de proposer une offre de soins plus adaptée à la population. En effet, ce label vise à « *redynamiser certains établissements en tant qu'appui et ressource des acteurs locaux pour apporter aux patients les bons soins au moment adéquat* » et ne peuvent se détourner des autres acteurs déjà implantés sur le territoire concerné.

Cette labellisation ne s'obtient qu'en coopérant avec les acteurs assurant des soins de premier recours. En application des textes, cette coopération peut « *prendre la forme d'un exercice à titre libéral ou salarié, au sein de l'hôpital de proximité, de professionnels de santé assurant le suivi des patients et la coordination des parcours de santé au sein de l'offre ambulatoire* »[508]. Bien que la réforme soit engagée, elle ne fait pas l'unanimité et certains praticiens parlent même de déception à l'instar de J-P ORTIZ qui déplore que « *les hôpitaux de proximité ne soient pas le lieu entre la ville et les structures hospitalières* »[509].

140. De manière pragmatique, ces règles mises en place par les différents textes ont donc pour objectif de favoriser l'accès à la prise en charge des patients sur un territoire déterminé, faciliter la coopération entre les différents acteurs de santé tout comme l'exercice mixte. Cet essor illustre une fois de plus la volonté de mettre fin à un exercice isolé des professionnels de santé et pour y contribuer, les hôpitaux de proximité sont appelés à

---

507 V. MIJUSKOVIC, « *L'organisation détaillée de l'exercice coordonnée au travers des CPTS* », RDS, n°94, 2020, p.292-294.

508 Décret n°2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité, JORF n°01111 du 13 mai 2021, article 1er (V. CSP, art. R.6111-24, I).

509 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville* », *op. cit.* : « *On devait casser les murs or on les a mis à l'intérieur des GHT, soit sous la dépendance des structures hospitalières sans les ouvrir suffisamment aux professionnels de ville* ». En ce sens, v. Interview d'E. VIGNERON dans Hospimédia, 21 août 2017 exprimant le regret que les GHT soient seulement d'ordre public et « *ne soient pas davantage ouverts ; le secteur libéral aurait pu être davantage organisé* ».

« *mettre en place des modalités d'organisation ouvertes sur leur territoire et faciliter l'émergence de projets communs et décloisonnés, en privilégiant l'articulation avec les projets de santé portés par les CPTS* »[510] dont notamment les professionnels libéraux.

[510] Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité, *op. cit.*

## §2 - Le statut flexible des praticiens hospitaliers

« *La coexistence du privé et du public est inscrite dans l'acte de naissance de notre système de santé* »[511]

Dissociés depuis 1958[512], l'exercice privé et l'exercice public tendent pourtant à se retrouver depuis un renforcement de l'activité libérale intra[513] et extra hospitalières (**A**) ainsi que de l'activité mixte (**B**) afin de répondre à la pénurie de médecins dans les hôpitaux en les rendant plus attractifs.

### A – L'activité libérale des praticiens hospitaliers

Pour certains auteurs[514], cet exercice libéral est une curiosité juridique tant les conditions de sa mise en œuvre sont hors normes ; elles consistent en effet « *en la possibilité pour certains médecins hospitaliers de recevoir des patients en clientèle privée à l'hôpital, sur leur temps de travail public et en utilisant les moyens de l'hôpital (personnels et équipements)* » (**1**), mais également en l'ouverture d'un cumul de l'emploi hospitalier avec une activité libérale en dehors des murs de l'hôpital (**2**).

---

511 J-L. DUROUSSET, Le privé peut-il guérir l'hôpital ?, *op. cit.*

512 Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, *op. cit.*

513 V. Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *op. cit.* et ordonnance n°2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières, JORF n°0066 du 18 mars 2021.

514 M-L. MOQUET-ANGER, « *Les conditions de l'exercice d'une activité libérale des praticiens statutaires à temps plein dans les établissements publics de santé* » in J. MORET-BAILLY et D. THOUVENIN, « *Les conflits d'intérêts à l'hôpital public : le débat* », Presses de l'EHESP, 2015.

*1 – L'assouplissement de l'activité libérale intra-hospitalière*

141. **Libéral à l'hôpital.** Cette enclave de la médecine libérale à l'hôpital s'illustre par une multitude de textes[515] ; régie par les articles L.6154-1 et suivant du Code de la santé publique, l'activité libérale des praticiens hospitaliers s'en trouve grandement assouplie[516] et attrayante. Les praticiens hospitaliers pourront alors développer une telle activité « *dès lors*

[515] Quatre décrets (*Décret n°2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé ; Décret n°2022-133 du 5 février 2022 relatif à l'activité libérale des praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé ; Décret n°2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier ; Décret n°2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels*) et quatorze arrêtés du 5 février 2022 publiés au JORF n°0031 du 6 février 2022 (*Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5° des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du code de la santé publique ; Arrêté du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives à l'indemnité d'engagement de service public exclusif ; Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques ; Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 28 mars 2007 relatif à l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison prévue au 4 des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du code de la santé publique ; Arrêté du 5 février 2022 fixant le montant et les modalités de versement de la part variable des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 2° de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique ; Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée ; Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé ; Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 14 mars 2017 fixant les modalités d'application des dispositions relatives à la prime d'engagement de carrière hospitalière des assistants des hôpitaux et des praticiens contractuels exerçant leur activité dans les établissements publics de santé ; Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux et odontologiques dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des internes et des étudiants en médecine ; Arrêté du 5 février 2022 relatif à l'indemnité de précarité prévue à l'article R.6152-375 du code de la santé publique ; Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 15 décembre 2021 relatif à la prime de solidarité territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques ; Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 19 mars 2018 fixant la procédure de délivrance de l'autorisation temporaire d'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire ou de la pharmacie et le modèle de convention d'accueil mentionnée à l'article R. 4111-35 du code de la santé publique ; Arrêté du 5 février 2022 fixant les modalités de publication des vacances de postes et les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier*).

[516] Souhait annoncé à l'occasion de la présentation de la réforme « Ma santé 2022 ».

*qu'ils exercent à 80% au moins*[517]*, dès leur période probatoire et sur plusieurs sites au sein du groupement hospitalier de territoire* »[518].

Qui dit exercice libéral en établissement dit cependant contraintes contractuelles à respecter à l'instar de l'exercice libéral des praticiens en établissements de santé privés. C'est ainsi que le contrat conclu entre le praticien hospitalier et l'établissement public de santé doit comporter une clause de non-réinstallation[519] pour ne pas porter préjudice à l'activité publique[520].

142. **Exercice conditionné.** Trois conditions cumulatives doivent alors nécessairement être réunies : « *que le praticien exerce personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ; que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20% de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle est astreint le praticien ; que le nombre total de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre total de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique* ».

Toutefois, bien qu'il ne soit pas possible de cumuler activité libérale intra-hospitalière et extra-hospitalière, ce mouvement de restructuration de l'hôpital est profondément marqué par une volonté de poursuivre les évolutions sociétales et médicales engagées et éventuellement de trouver le juste équilibre entre le service public hospitalier et la médecine libérale.

---

[517] Désormais les PH exerçant à 80%, contre 100% auparavant, peuvent prétendre à cette activité hospitalière.

[518] L'activité libérale intra-hospitalière se trouve ainsi grandement facilitée puisque jusqu'alors il fallait obligatoirement exercer en tant que praticien hospitalier à temps complet pour prétendre pouvoir exercer une telle activité.

[519] V. CSP, art.L.6154-2.

[520] J. MORET-BAILLY et D. THOUVENIN, Les conflits d'intérêts à l'hôpital public : le débat, Presses de l'EHESP, 2015, p.5-10 : l'exercice libéral de la profession médicale au sein de l'hôpital public est l'une des situations pouvant être constitutive de conflits d'intérêts.

*2 – La consécration de l'activité libérale extra-hospitalière*

143. **Facilitation d'exercice.** Les praticiens hospitaliers pourront désormais cumuler leur emploi hospitalier avec l'exercice d'une activité privée lucrative dans des conditions nettement facilitées. Jusqu'alors réservé aux praticiens hospitaliers à temps partiel, l'exercice mixte sera désormais ouvert à tous[521]. L'idée est de diversifier les modes d'exercice et de fluidifier, une fois encore, les activités mixtes entre la ville et l'hôpital. La FHF a par ailleurs détaillé ce nouveau régime d'exception dérogatoire au droit de la fonction publique en expliquant qu'un « *praticien exerçant à 80% ou 90% à l'hôpital pourra développer en parallèle une activité privée lucrative à l'extérieur de l'établissement* »[522].

L'assouplissement de cette possibilité d'exercice mixte et de cumul d'une activité libérale et d'une activité hospitalière s'accompagne d'un dispositif de non-concurrence régi par l'article L.6152-5-1 du Code de la santé publique[523].
Le but de cette ouverture sur l'exercice libéral est alors de faciliter l'exercice mixte des praticiens en associant le secteur hospitalier public et un exercice parallèle dans le secteur

---

[521] V. en ce sens B. APOLLIS, « *L'activité libérale des praticiens hospitaliers : une mise en perspective historique et juridique* », Les Tribunes de la santé, n°69, mars 2021, p.101-109.

[522] FHF, « *Ordonnance relative à l'attractivité des carrières médicales hospitalières* », note explicative, 22 mars 2021.

[523] « *Lorsqu'ils risquent d'entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exerçaient à titre principal, il peut être interdit, en cas de départ temporaire ou définitif, aux praticiens mentionnés à l'article* L. 6151-1*, au 1° de l'article* L. 6152-1 *et à ceux mentionnés au 2° du même article L. 6152-1, dont la quotité de temps de travail est au minimum de 50 % d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.*

*Le directeur de l'établissement support fixe, sur proposition des directeurs des établissements membres du groupement hospitalier de territoire, après avis de la commission médicale de groupement et du comité stratégique, les conditions de mise en œuvre de cette interdiction, par profession ou spécialité, et, le cas échéant, par établissement, selon des modalités définies par voie réglementaire.*

*L'interdiction ne peut excéder une durée de vingt-quatre mois et ne peut s'appliquer que dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel les praticiens mentionnés au premier alinéa du I du présent article exercent à titre principal.*

*En cas de non-respect de cette interdiction, une indemnité est due par les praticiens pour chaque mois durant lequel l'interdiction n'est pas respectée. Le montant de cette indemnité ne peut être supérieur à 30 % de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité ».*

privé pour répondre aux demandes de développement de nouveaux modes d'exercice et pour favoriser le décloisonnement des parcours et de l'offre de soins dans les territoires[524].

144. L'hôpital dévoile ici de nombreuses facettes dépassant la distinction ancestrale entre secteur privé et secteur public et témoignant « *d'une hybridation et d'une diversification des modes d'organisation : hospitalisation à domicile, hôpitaux de proximité, coopération avec la médecine de ville, groupements hospitaliers de territoires, groupements de coopérations sanitaire, fusions hospitalières…* »[525] et maintenant, activité libérale extra-muros de ses praticiens. La modernisation de l'hôpital apparait comme l'une des clés de la coopération tant souhaitée entre la ville et l'hôpital permettant de s'éloigner pas à pas de cette idéologie pesante (et présente) de l'hospitalocentrisme français et de bâtir des dispositifs d'avenir.

Ces différentes réformes traduisent une volonté de renforcer l'attractivité des filières hospitalière et libérale et facilitent un exercice mixte pour s'éloigner du « tout libéral » qui actuellement ne permet plus de faire face à un maillage territorial inégal. Cette transformation de notre système de santé permettrait à chacun de ses acteurs de trouver sa place et de proposer une offre de soins différente mais plus pertinente et adaptée.

B – L'activité hospitalière des praticiens libéraux

Habituellement, deux régimes juridiques distincts permettent l'intervention de praticiens libéraux au sein d'un établissement public de santé (**1**) outre le régime dérogatoire de réquisition dans un contexte de situation sanitaire exceptionnelle (**2**).

[524] Dynamique impulsée, comme vue précédemment, par le déploiement des hôpitaux de proximité : V. EHESP, « *Les hôpitaux de proximité peuvent-ils contribuer à améliorer l'accès aux soins* ? », Module interprofessionnel de santé publique, 2020.

[525] D. TABUTEAU, « *Éditorial* », Les tribunes de la santé, vol. 69, n°3, 2021, p.5-7 ;

*1 – L'existence de deux dispositifs avérés*

145. **GCS.** Jusqu'à la loi HPST, seul le Groupement de Coopération Sanitaire entre l'établissement public et les praticiens libéraux permettait « *l'intervention de ces professionnels sur les usagers du service public tout en préservant l'exercice libéral des praticiens. Dans cette situation, afin de préciser les modalités d'intervention propres à chaque praticien, ont été signés des contrats de participation au service public hospitalier entre chaque praticien membre du GCS et de l'établissement* »[526].

Le GCS est en effet « *l'outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital. Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social* »[527]. Nonobstant le fait qu'ils prennent en charge des usagers du service public hospitalier, les praticiens libéraux qui interviennent dans le cadre d'un GCS n'ont pas à solliciter une nouvelle autorisation du Conseil de l'ordre puisqu'ils ne développent pas de patientèle privée[528] ; l'approbation de la convention constitutive du GCS par le DG ARS permet à elle seule sa participation.

146. Mais ce dispositif n'est plus le seul permettant l'intervention de praticiens libéraux à l'hôpital ; la loi HPST de 2009 a en effet érigé un second mécanisme. Il est depuis juridiquement admis et encadré qu'un directeur d'établissement public de santé puisse, en

---

[526] Houdart&Associés, « *Intervention de praticiens libéraux à l'hôpital public, piqure de rappel* », Houdart&Associés.

[527] www.solidarites-sante.gouv.fr/gerer-un-etablissement-de-sante/cooperation/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire ; mise à jour le 15 septembre 2019. V. en ce sens : Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire et arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire, JORF n°0170 du 25 juillet 2010. V. également CSP, article L.6133-1.

[528] CE, 2 mars 2020, n°418219 : « *Qu'il revient au seul directeur général de l'agence régionale de santé d'approuver la convention constitutive d'un groupement de coopération sanitaire de moyens entre un établissement de santé et un professionnel de santé libéral, laquelle précise notamment l'identité de ses membres ainsi que les conditions d'intervention des professionnels médicaux libéraux. Il s'ensuit que l'activité exercée dans le cadre d'un tel groupement par un médecin libéral qui en est membre n'entre pas dans le champ d'application des dispositions de l'article R4127-85 du code de la santé publique, qui prévoient que l'ouverture, par un médecin libéral, d'un site d'exercice distinct de celui de sa résidence professionnelle habituelle, est subordonnée à l'autorisation préalable de l'instance ordinale* ».

cas de besoin et après avis de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins notamment, exerçant à titre libéral autres que les praticiens hospitaliers[529].

Face à une pénurie de médecins, certains établissements publics de santé font ainsi le choix de recourir à des praticiens libéraux pour participer à l'exercice de missions de service public grâce à l'élaboration d'un contrat d'exercice libéral répondant à des caractéristiques propres telle que la durée ou encore la fixation des taux de redevance[530].

*2 – La validation d'un régime dérogatoire en temps de crise*

147. **Réquisition et épidémie.** Face à la propagation de l'épidémie de Covid-19, le législateur a encadré la réquisition des professionnels libéraux permettant au Premier ministre « *d'ordonner la réquisition de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire ainsi que de toute personne nécessaire au fonctionnement de ces services ou à l'usage de ces biens. L'indemnisation de ces réquisitions est régie par le code de la défense* » [531] ; elle emporte en effet « *tout à la fois un transfert de responsabilité et une indemnisation du professionnel réquisitionné* »[532].

À cet effet, l'article L.3131-17 du Code de la santé publique dispose que le Premier ministre ou le ministre chargé de la santé peuvent « *habiliter le représentant de l'État territorialement*

---

[529] CSP, article L.6146-2 : « *Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sage-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, et des médecins, sage-femmes et odontologistes exerçant à titre bénévole à participer à l'exercice des missions mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1* ». Pour ce faire, l'élaboration d'un contrat est obligatoire : v. CSP, article R.6146-17.

[530] Décret n°2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé, arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article L.6146-21 du Code de santé publique et arrêté du 28 mars 2011 relatif à l'indemnisation forfaitaire des médecins exerçant à titre libéral admis à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé prévue à l'article R.6146-23 CSP, JORF n°0075 du 30 mars 2011.

[531] Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020 codifiée à l'article L.3131-15 du Code de la santé publique.

[532] G. CHAMPENOIS, « *Réquisition des professionnel libéraux face au coronavirus* », Houdart&Associés, 1er avril 2020.

*compétent à prendre toutes les mesures générales ou individuelles d'application de ces dispositions de réquisition* ». Néanmoins la réquisition d'un professionnel de santé libéral implique son indemnisation par l'État[533].

Pour qu'une réquisition soit effective, et si l'afflux de patients ou de victimes ou si la situation sanitaire le justifie, trois conditions doivent être réunies : l'existence d'un risque grave pour la santé publique, l'impossibilité pour l'administration d'y faire face par d'autres moyens et l'existence d'une situation d'urgence[534]. Enfin, un praticien réquisitionné ne peut pas refuser, sous peine de sanctions pénales.

148. En conclusion, à travers certains mécanismes innovants comme les CPTS, les praticiens libéraux se structurent mieux, l'hôpital s'ouvre peu à peu au dialogue[535] et à de nouvelles formes d'exercice. La clé semble alors être de trouver un intérêt certain pour chacun des acteurs concernés par ces nouveaux procédés de coopération ville-hôpital afin d'endiguer la croissance des déserts médicaux, « *paradoxale dans un pays comme la France qui dispose d'un nombre globalement suffisant de médecins et consacre une fraction considérable de sa richesse aux dépenses de santé, a des répercussions inacceptables en termes d'égalité d'accès à la santé* »[536].

Ce constat appelle donc une double action tant des pouvoirs publics que de la responsabilisation des professionnels concernés afin d'empêcher que ce phénomène

---

533 Arrêté du 28 mars 2020 portant diverses dispositions relatives à l'indemnisation des professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, JORF n°0077 du 29 mars 2020. Il s'agit d'une indemnisation forfaitaire horaire brute dont le montant varie en fonction du professionnel libéral concerné.

534 CSP, article L.3131-8.

535 V. « *Coordination ville-hôpital : le point de vue d'un médecin généraliste* », MACSF, mars 2019 : Exemple des urgences et des maisons médicales de garde qui illustre en l'espèce une volonté affichée de dialogue. Dr T. COMBES, médecin généraliste dans le Tarn : « *Nous avons créé une MMG sur Albi à 50m des urgences de l'hôpital. Cela a permis d'aiguiller de façon intelligente les patients. L'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences envoie les patients vers la MMG qui, pour les cas lourds, renvoie les personnes sur les urgences. Le tout s'appuie fortement sur la régulation libérale (PDSA). […] Rien n'aurait été possible si l'hôpital n'avait pas vu aussi un intérêt dans cette réorganisation des gardes et urgences* ».

536 Rapport d'information du Sénat fait au nom de « *la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire* », *op. cit.*

perdure et s'amplifie ; mais aussi d'adopter une approche plus contemporaine de la place de l'exercice libéral dans le système de santé actuel au nom de l'intérêt général, « *pierre angulaire de l'action publique* »[537], reposant de prime abord sur la perméabilité des deux secteurs et des modes d'exercice.

[537] Conseil d'État, rapport public, « *Jurisprudence et avis de 1998 - l'intérêt général* », La documentation française, 1999, p.245. V. également la première apparition de cette notion dans une décision CC, n°79-107 DC, 12 juillet 1979, Rec. P.31. « *L'intérêt général désigne toujours les besoins de la population, ou pour reprendre une expression de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, 'la nécessité publique' : est d'intérêt général ce que ces besoins ou cette nécessité commandent ou permettent en un lieu donné et à un moment donné* » et dans le constat dressé relatif aux déserts médicaux, il reviendrait alors à substituer la notion de « besoins de la population » à celle « d'intérêt général » (en ce sens, D. TRUCHET, « *La notion d'intérêt général : le point de vue d'un professeur de droit* », Legicom, vol.58, n°1, 2017, p. 5 à 11).

## Conclusion de chapitre

L'existence de zones sous-dotées en offre de soins est un constat avéré. Toutefois, *« le modèle entrepreneurial de la médecine libérale a permis de rendre accessible une expertise médicale de haut niveau à quinze minutes de presque tous les foyers français, à moindre coût* »[538]. S'il est vrai que ce chiffre de quinze minutes est aujourd'hui discutable, il n'en reste pas moins que la médecine libérale est à l'origine de ces soins de proximité et ne peut ainsi être la seule à se voir perpétuellement réaménagée afin d'assurer une offre de soins décente. La participation à cet effort doit alors être collective et multi-sectorielle.

Malgré tout, certaines évolutions pourraient être envisageables afin de mieux structurer l'offre de soins de proximité notamment dans les zones sous-dotées ; pour cela, « *il est proposé de confier aux médecins généralistes volontaires exerçant ou souhaitant s'installer dans une zone en tension, un mandat de santé publique* »[539]. Par ce mandat « *ces médecins s'engageraient à répondre aux besoins spécifiques des patients et des territoires en contrepartie d'un soutien spécifique à leurs missions et d'un appui financier de la collectivité* »[540]. Cette hypothèse conduirait à la contractualisation des relations entre l'État, les collectivités territoriales, le praticien libéral et l'Assurance maladie ainsi que des objectifs attendus. De ce type de mandat de santé publique découlerait alors une nouvelle dynamique reposant sur l'incitation par la valorisation.

538 F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.* : « *Malgré une répartition inégale sur le territoire, l'accessibilité aux soins est encore de qualité : 95% de la population a physiquement accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes (et à des soins hospitaliers en moins de 45 minutes – 75% en moins de 25 minutes)* ».

539 Institut Montaigne, « *Santé : faire le pari des territoires* », Rapport, mai 2022, p.42.

540 Ibid. Sont ici qualifiés d'objectifs attendus dans les zones sous-dotées en offre de soins des actes de prévention, le suivi des vaccinations, la participation à la permanence des soins ou encore la coordination avec les autres acteurs de santé.

## Chapitre II - L'ineffectif décloisonnement des modes d'activité

149. **Système bicéphale.** Forte de son système de santé, la France se trouve aujourd'hui confrontée à un manque d'objectivité des pouvoirs publics sur sa situation. Particularité auparavant appréciée de ce système, sa bicéphalie illustre de nos jours ses failles et ses limites[541] ainsi qu'une imperméabilité entre les modes d'activité.
L'enjeu serait alors de dépasser réellement ces clivages pour construire collectivement un système de santé pérenne ainsi que des prises en charge adaptées, les initiatives locales entreprises en ce sens ayant déjà fait leurs preuves[542].

Bien qu'existantes, ces réformes apparaissent alors insuffisantes puisqu'à titre d'exemple, la communication et la transmission des informations et résultats médicaux en amont et en aval d'une hospitalisation sont obligatoires[543] mais globalement inappliquées. Pourtant, le rôle du médecin traitant, professionnel libéral, pourrait ici prendre tout son sens et revêtir un aspect coordonnateur entre les différentes prises en charge ainsi qu'entre les acteurs du système de santé (**section I**).

150. Ces tentatives de réformes sont également à mettre en balance avec les difficultés de terrain quant à la coopération entre les différents secteurs et le décloisonnement des modes d'activités. En effet, les initiatives locales sont présentes mais en temps de crise notamment le contexte n'est alors plus propice à la représentation du secteur libéral ; « *par leur emprise sur l'enseignement, la recherche, et les soins plus spécialisés, les CHU commandent l'horloge interne du*

[541] V. FHF, « *Renforcer le lien ville-hôpital* », Rapport, Les éditions de la fédération hospitalière de France,28 mars 2018 : En effet, « *le cloisonnement actuel entre ville et hôpital est incompatible avec la définition de parcours de santé cohérents. C'est autour de cette notion de cohérence que doivent se retrouver les acteurs, loin des logiques d'opposition, voire de concurrence* ».

[542] Sur ces questions, v. C. NAYRAC, « *L'Ardèche multiplie les initiatives pour attirer et garder les professionnels de santé* », Hospimédia, 2 juillet 2022 : « *L'Ardèche a décidé de se saisir de la problématique de la désertification médicale sur trois versants : la formation de médecins, l'accompagnement des collectivités et de tous les professionnels de santé* ».

[543] Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, JORF n°0169 du 22 juillet 2016, pris en application de l'article 95 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

*système de santé* »[544], l'organisation territoriale des acteurs de santé étant pourtant l'un des axes de réforme de « ma santé 2022 » (**section II**).

[544] La santé à voix haute, « *Coordination des soins : les ARS vont-elles s'attaquer au mille-feuilles ?* », août 2021.

## Section I – Les vaines tentatives législatives

La gestion administrative de leur activité professionnelle s'avère être une tâche trop chronophage pour les praticiens libéraux ; en effet en 2018, plus de huit médecins généralistes sur dix considèrent que ce temps administratif pèse lourdement sur leur activité[545]. En effet, les professionnels interrogés estiment à environ sept heures hebdomadaires, le temps consacré à l'administratif[546]. Cela correspond notamment à la réalisation de dossiers patients mais également de dossiers auprès de l'assurance maladie, à la comptabilité, aux comptes rendus de consultations mais également d'interventions selon les spécialités exercées ou encore à certaines prises de rendez-vous (**§1**).

151. **Regagner du temps médical.** Malgré des solutions amorcées pour endiguer ce phénomène, les professionnels estiment à ce jour que les tentatives entreprises ne sont pas suffisantes ou que leur mise en place fait défaut. Libérer du temps médical aux praticiens est alors devenu une priorité des pouvoirs publics, et notamment du gouvernement, à l'occasion de la réforme « ma santé 2022 » même si ces nouvelles tentatives doivent encore faire leur preuve (**§2**).

[545] Enquête Mutuelle du médecin et A+A Research : enquête menée du 23 au 30 octobre 2018 sur un échantillon national représentatif de 201 médecins généralistes libéraux.

[546] Pour un temps de travail d'en moyenne cinquante heures par semaine.

## §1 - Les contraintes administratives trop lourdes

Dans un contexte de restructuration de l'offre de soins, redonner du temps médical aux praticiens libéraux apparait comme l'une des priorités afin d'enrayer la « *crise extraordinaire* »[547] qui frappe la médecine libérale et plus particulièrement la médecine de ville (**A**) tout en essayant de s'appuyer sur des outils existants et adaptés. Pour autant, bien que devant s'adapter à un système de santé encore fortement bicéphale, ces dispositifs relèvent néanmoins d'une forte « *innovation organisationnelle* »[548] dans un contexte de refonte urgente du système de santé[549] (**B**).

### A – L'existence incontestable de tâches non médicales

152. **Tâches administratives.** L'exercice des praticiens libéraux comprend certaines tâches annexes que l'on assimilera au terme de « *travail administratif* »[550]. En effet, elles sont « *inhérentes à la gestion de l'entreprise libérale, d'autres ont lieu pendant la consultation et la limite entre leur nature médicale ou administrative est parfois floue* »[551]. Le travail administratif recouvre ainsi

[547] Terme emprunté au Dr J-P. ORTIZ in « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », Contrepoints de la santé, février 2022.

[548] Formulation empruntée à la FHF dans un appel à projet intitulé « *Favoriser l'innovation organisationnelle par la recherche* », 2017. V. également R. BOCQUET et S. DUBOULOZ, « *Innovation organisationnelle. S'ouvrir pour innover plus ?* », Revue française de gestion, n°235, 2013, p.129-147 : « *L'innovation organisationnelle aussi connue sous le nom d''innovation management' (Birkinshaw et al., 2008) ou 'innovation managériale' (Damanpour et Aravind, 2012)* ».

[549] H. PEQUIGNOT, Médecine et monde moderne, coll. L'Homme et la machine, Paris, Les éditions de minuit, 1953 : « *La charge sanitaire croît d'une façon continue dans tous les pays, sous l'effet direct et indirect du progrès technique* ».

[550] S. RAKOTOARIVONINA, Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral, thèse d'exercice, 15 septembre 2015.

[551] *Ibid.*

trois composantes[552] que sont un volet médical[553], un volet administratif[554] et un volet de la gestion du cabinet et de l'activité libérale en elle-même[555].

Une distinction est alors à opérer entre les tâches dites de gestion du cabinet comme le matériel, le personnel s'il y en a, la comptabilité et, les tâches dites purement administratives telles que la tenue de l'agenda, la gestion des rendez-vous, les appels, les courriers, le logiciel informatique ou encore l'accueil des visiteurs médicaux et l'évaluation des pratiques professionnelles. Les premières sont liées au fonctionnement de l'exercice libéral alors que les secondes relèvent de l'organisation de l'activité ; elles peuvent être déléguées ou partagées.

Ce temps consacré aux tâches non médicales est évalué à environ 13 heures par semaine[556]. Elles représentent ainsi une part importante de l'activité de ces professionnels, qui plus est lorsqu'elles relèvent d'un transfert de compétences des autorités administratives comme de l'Assurance maladie vers eux[557] ou encore des patients directement (formulaires CERFA, dossiers ALD etc.). Dès lors, outre la durée hebdomadaire de travail comprise entre 24 et 70 heures[558], certaines journées dites « non travaillées »[559] sont l'occasion de traiter ces

---

552 V. DREES, « *L'emploi du temps des médecins libéraux – diversité objective et écarts de perception des temps de travail* », *op. cit.*

553 Lecture des résultats d'examens, tenue des dossiers des patients, courriers à adresser aux confrères.

554 Gestion des rapports avec la Sécurité sociale, les dossiers administratifs des patients s'agissant par exemple des bons de transports, de l'ALD, les télétransmissions.

555 Cela concerne essentiellement la comptabilité.

556 J-B. PRUNIERES, Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire, thèse d'exercice, 2018.

557 Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes, « *Étude des transferts de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux* », Rapport de recherche, n°411, 2004.

558 DREES, « *L'emploi du temps des médecins libéraux – diversité objective et écarts de perception des temps de travail* », *op. cit.* Cette enquête est fondée sur « *des entretiens auprès d'une cinquantaine de praticiens généralistes ou spécialistes et décrete l'extrême diversité des formes d'emploi du temps des praticiens* ».

559 Journée « non travaillée » : à entendre au sens de journée sans consultation ou actes médicaux.

tâches annexes puisque « *le travail administratif se réalise pour certains médecins dans des plages horaires ou interstices flous et non programmés* »[560].

De plus, le terme de « tâche administrative » est à prendre au sens large puisqu'il recouvre tant la gestion administrative de la consultation, que l'encaissement, la télétransmission, la tenue du dossier patient, ou encore le filtrage des appels qui comprend une part de diagnostic[561]. Certains professionnels traitent ces différentes tâches au fil de l'eau et les incluent directement dans leur volume de travail ; mais pour d'autres les contours sont bien plus flous et conduisent à empiéter sur leur temps libre[562].

153. **Dispositifs chronophages.** Ce travail administratif a de surcroit été renforcé ces dernières années avec la consécration de certains dispositifs tels que la désignation de la personne de confiance par exemple[563], à la charge des médecins traitants pour la plupart. Toutefois, les nouvelles missions incombant à ces professionnels libéraux n'entrainent pas de revenus complémentaires ou encore de formations juridiques sur ce domaine précis[564] bien que ces nouvelles attributions génèrent des obligations supplémentaires pour les praticiens concernés qui doivent par exemple « *s'assurer que le patient soit informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'inviter à procéder à une telle désignation* »[565].

---

560 DREES, « *L'emploi du temps des médecins libéraux – diversité objective et écarts de perception des temps de travail* », *op. cit.*

561 P. LE FUR, en collaboration avec Y. BOURGUEIL et C. CASES, IRDES « *Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles* », Questions d'économie de la santé, n°144, juillet 2009 : « *Selon l'enquête de la DRESS sur les urgences en médecine générale de 2004, les généralistes déclaraient avoir donné 19 conseils téléphoniques médicaux n'ayant pas donné lieu à une consultation pendant la semaine d'enquête* ».

562 *Ibid* : « *Quatre à cinq généralistes sur dix ne disposaient pas de secrétariat et assumaient l'ensemble des tâches dévolues aux secrétaire, en partie l'agenda des rendez-vous* ».

563 CSP, article L.1111-6. Sur ces questions, v. F. MÉLIN, « *La personne de confiance de l'article L.1111-6 du Code de la santé publique* », *in* G. FAURÉ (dir.), La loi du 4 mars 2002 : continuité ou nouveauté en droit médical, éd. PUF, coll. Ceprisca, avril 2003.

564 V. intervention de B. PY, « *La charge administrative : frein majeur à l'installation* », colloque « *SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé* », Université de Tours, 3 février 2022, LEH éd., 2022 (à paraître).

565 CSP, art. L.1111-6 : « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information*

Cette gestion du travail administratif induit alors inévitablement un sentiment d'injustice chez ces professionnels libéraux soumis à la rémunération à l'acte[566], les tâches administratives relevant d'une évaluation assez subjective de leur réalisation. Pour l'heure, cette absence de considération de ce travail administratif entraine un sentiment déplaisant de déséquilibre entre ces tâches et leur rémunération conduisant à « *nettement distinguer les activités professionnelles rémunérées à d'autres qui ne le sont pas* » ; ce sentiment d'injustice est malgré tout à nuancer par le caractère sacré du paiement à l'acte des médecins libéraux français principalement, et ce depuis le XIXème siècle.

154. **Paiement à l'acte.** Rappelons en effet que les praticiens libéraux ont défendu avec ferveur ce modèle de rémunération contre les différentes velléités visant à en introduire de nouvelles formes notamment en consacrant le paiement direct comme principe fondamental régissant leur profession dans la charte de 1927.

Pour autant, la remise en cause du paiement à l'acte de ces professionnels n'étant pour le moment pas envisagée[567], il conviendrait de déterminer des partages et délégations de ces

---

*nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.*

*Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.*

*Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution nationale des invalides, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.*

*Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.*

*Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer*».

566 P-L. BRAS, « *Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée* », Les tribunes de la santé, vol.57, n°4, 2017, p.71-89 : « *Le paiement à l'acte consiste à octroyer une rémunération aux médecins pour chaque intervention auprès d'un patient (consultation, visite…). Les recettes du médecin dépendent des actes effectivement réalisés. C'est la forme traditionnelle de rémunération lorsque le patient paie directement son médecin ».*

567 A-L. SAMSON, « *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?* », Regards croisés sur l'économie, vol.5, n°1, 2009, p.144-158.

tâches. Tel a été le souhait exprimé par le Président Macron le 18 septembre 2018 à l'occasion de la présentation des mesures de la stratégie de transformation du système de santé dit « Ma santé 2022 »[568] ; et notamment, la création de 4000 postes d'assistants médicaux, déjà présents dans d'autres pays[569] mais aux contours encore assez vagues. De leur côté, les professionnels concernés envisageraient cet assistanat proposé avant tout comme « *la rédaction de dossier Sécu ou MDPH par exemple […] Prendre la tension ou peser un patient* »[570] grâce à un « *soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins* ».

B – L'existence avérée de réponses dérivatives

« *Travailler plus à condition de faire plus de médecine* »[571]

155. **Appuis extérieurs.** Fleurissent depuis quelques années, « *les modes d'exercice changent y compris en libéral ; et le recours à des outils[572] tels que les secrétariats à distance/ doctolib se renforce voire se systématise* ». Les professionnels peuvent alors se reposer sur ces « *facilitateurs de la vie des*

568 IRDES, Synthèse documentaire, « *La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Ma santé 2022* », Mai 2021 : Ces mesures annoncées par le Président Macron sont nées du constat que « *le système de santé est devenu inadapté pour les raisons suivantes. Il ne répond plus aux attentes des patients ; il nourrit le mécontentement des professionnels de santé ; il est historiquement marqué par de profondes rigidités organisationnelles ; enfin, il est confronté à des tensions financières croissantes* ».

569 V. document UNCAM, 7 janvier 2019 relatant d'assistants médicaux généralistes en Allemagne, mais également de « *medical assistant* » aux États-Unis.

570 Témoignage du Dr J. LION-ALTMAYER, médecin généraliste in M. DUMAS PRIMBAULT, « *Les généralistes consacrent 7 heures par semaine aux tâches administratives* », Le Quotidien du Médecin, 22 novembre 2018.

571 DREES, « *L'emploi du temps des médecins libéraux – diversité objective et écarts de perception des temps de travail* », *op. cit.*

572 V. « *Doctolib se lance sur le marché du logiciel de gestion de cabinet médical avec une offre 'SaaS'* », 4 mars 2021 ; www.caducee.net : « *Doctolib a annoncé hier la mise à disposition d'un logiciel de gestion de cabinet médical à l'attention des médecins libéraux. […] 'Doctolib médecin' promet de faire gagner à ses utilisateurs jusqu'à 4 heures de temps administratif chaque semaine* ».

*libéraux* »[573] induisant inévitablement « *des changements notables pour le secteur de la santé* »[574] ; 81% des utilisateurs (professionnels et patients) se disent satisfaits des prestations proposées par ces services[575].

Parallèlement à ces outils numériques existants, et face à ce poids administratif quantitatif, les tâches non médicales doivent être délégables et déléguées à un personnel non médical et ainsi s'inscrire dans une dynamique beaucoup plus répandue à l'étranger qu'est le recours à des assistants médicaux[576].

Des solutions peuvent alors être mises en œuvre pour pallier ce manque de temps médical absorbé par le temps de gestion administrative. En effet, pour Dominique POLTON, « *on peut gagner du temps de médecin, on est un pays où les médecins ont travaillé de manière très isolée. Mais on peut gagner beaucoup de temps médical dans les coopérations avec des réformes comme celle des assistants médicaux ou des infirmiers en pratique avancée*[577] »[578]. C'est pourquoi pour les professionnels concernés, « *il faudrait aller vers un assistant médical par médecin* »[579].

156. **Assistanat médical.** Le déploiement des assistant médicaux[580], volonté portée par le Ségur de la santé qui avait annoncé la création de 4000 postes[581], répond à un triple enjeu :

---

573 V. intervention de B. PY, « *La charge administrative : frein majeur à l'installation* », *op. cit.*

574 M. KOCH, « *Quand doctolib s'impose dans le monde de la santé* », France culture, 17 mai 2019. Doctolib n'accompagne pas seulement les praticiens libéraux puisque « *la société conclut également des contrats avec des cliniques, des centres de santé municipaux, des hôpitaux publics* ».

575 « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.* : sondage réalisé pour Contrepoints au cours de l'année 2021.

576 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *op. cit.*, art.120.

577 V. Partie II, Chapitre II, section I, paragraphe I.

578 D. POLTON, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », Contrepoints de la santé, février 2022.

579 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

580 Avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 20 juin 2019. V. arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, JORF n°0192 du 20 août 2019 modifié par un arrêté du 24 septembre 2019, JORF n°0235 du 9 octobre 2019.

581 R. MARIÉ, « *À la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé* », RDSS, Dalloz, 2019, p.74 : « *La profession d'assistant médical, en référence à celle d'assistant dentaire, est créée pour libérer, comme le fera*

favoriser un meilleur accès aux soins des patients[582], assurer de meilleures conditions d'exercice[583] et rechercher davantage d'efficience[584]. Le rôle premier de ces professionnels vise à « *décharger les médecins d'actes simples comme la prise de tension ou de température, le suivi des rendez-vous, et des tâches administratives* »[585] et répond à une volonté « *d'inciter au développement de l'exercice coordonné et au recrutement de personnels salariés ayant vocation à assister les médecins dans leur pratique quotidienne* »[586] tout en leur permettant de « *se concentrer sur le cœur de leurs missions, à savoir soigner les patients et coordonner leurs parcours* »[587]. Idéalement la création de ces 4000 postes d'assistants médicaux permettrait de libérer 2000 personnes en ETP (équivalent temps plein) de temps médical[588].

---

*aussi à terme l'exercice en pratique avancée, du temps médical. 4000 postes verront le jour d'ici 2022, dont les premiers dès 2019 dans les quartiers prioritaires pour l'accès aux soins et dans les zones sous-denses.* […] *Sans doute faut-il s'attendre à voir dans un premier temps des emplois actuellement occupés par des secrétaires médicaux, des aides-soignants voire des infirmiers qui disposent des compétences nécessaires pour remplir ces fonctions être requalifiés sous l'effet d'aubaine, en assistant médical dès lors que les négociations conventionnelles, qui seront ouvertes dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la loi du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 (art.42) auront arrêté les conditions et modalités de la participation financière de l'assurance maladie à leur recrutement* ».

582 « *Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical* », 21 juin 2019 ; www.ameli.fr : « *Épaulé par un assistant médical, le médecin sera accompagné dans sa pratique quotidienne, ce qui lui permettra de se dégager de certaines tâches, par exemple administratives, et de se libérer du temps médical* ».

583 *Ibid.* : « *Le médecin pourra consacrer plus de temps aux soins et au suivi médical de la qualité des patients* ».

584 *Ibid.* : « *Une meilleure prise en charge et un suivi amélioré : engagé dans une démarche de coordination des soins, le médecin pourra plus facilement assurer la coordination et la continuité des soins avec l'ensemble des autres acteurs de la prise en charge des patients* ».

585 IRDES, Synthèse documentaire, « *La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Ma santé 2022* », *op. cit.*

586 Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, JORF n°0297 du 23 décembre 2018, art.42-II.

587 Ma santé 2022, un engagement collectif, *op. cit.*

588 Ibid. Sur ces questions, v. M. FOULT, « *Un médecin traitant pour chaque français avant la fin de quinquennat : la promesse de François Braun au lancement du CNR santé* », Le Quotidien du médecin, 3 octobre 2022 : « *S'agissant des assistants médicaux ; F. BRAUN veut plus que doubler leur nombre : il en faudra 10 000 sur le territoire d'ici 2025* ». À ce propos, le 6 janvier 2023, le Président MACRON s'est engagé à « *accélérer le recrutement des assistants médicaux créés en 2018* » espérant alors porter leur nombre à 10 000 d'ici la fin de 2024 (Annonce faite lors des vœux du Président aux soignants, CH Sud-Francilien de Corbeil-Essonnes, 6 janvier 2023).

Le recours à des postes d'assistants médicaux permettrait alors de réels avantages tant dans l'organisation interne que dans le rôle externe du praticien libéral[589]. Ainsi, l'assurance maladie précise que pour le volet administratif, le médecin peut confier à l'assistant médical des missions telles que « *l'accueil, la création/gestion du dossier informatique patient, le recueil et l'enregistrement des informations administratives et médicales ou encore l'accompagnement de la mise en place de la télémédecine dans le cabinet* ».

C'est ainsi que des négociations conventionnelles ont débouché sur la conclusion de l'avenant n°7 à la convention médicale nationale[590] portant sur la création de la fonction d'assistant médical qui, dans son article 9-1, dresse de manière non exhaustive les missions de l'assistant médical[591]. En effet, « *chaque médecin aura la liberté de dessiner ces missions en fonction de ses besoins et selon le profil de la personne recrutée dans le cadre du référentiel métier* »[592] et, en accélérant le recours à ces professionnels, l'objectif serait alors de renforcer concrètement et solidement l'environnement du médecin[593].

---

589 Puisque les assistants médiaux pourront *« remplir une mission de coordination, notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients* ».

590 Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, JORF n°0192 du 20 août 2019.

591 « *Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que cette fonction d'assistance au bénéfice du médecin et du patient doit permettre au médecin de libérer du temps médical et de l'accompagner dans sa pratique quotidienne. A titre indicatif et non limitatif, les missions confiées à l'assistant médical peuvent relever de trois domaines d'intervention : -des tâches de nature administrative : ces tâches consistent en des missions sans lien direct avec le soin, comme par exemple : l'accueil du patient, la création et la gestion du dossier informatique du patient, le recueil et l'enregistrement des informations administratives et médicales, l'accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet, etc. -des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation : l'assistant médical pourrait aider le patient à l'habillage, au déshabillage, à la prise de constantes, à la mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, les vaccinations, les modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques. -des missions d'organisation et de coordination : les assistants médicaux peuvent remplir une mission de coordination notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients* ».

592 Art.9-1 issu de l'avenant n°7, *op. cit.*

593 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.* : Le Président de la CSMF établit ici un parallèle avec les pays voisins. En effet, en Allemagne par exemple, trois professionnels entourent le médecin tandis que le système de santé français est resté sur un modèle plus traditionnel, qui doit évoluer.

157. **Vigilance souhaitable.** La vigilance est toutefois de rigueur sur la gestion et l'encadrement de la présence de ces professionnels auprès d'un praticien libéral ; en effet, ces derniers ne doivent pas accroitre le nombre d'actes réalisés dans le but de compenser la charge salariale de ces assistants. Vigilance également quant à la définition de leurs missions et au profil recherché, les textes n'étant pas limpides quant aux contours de la profession. À l'occasion des négociations autour de ce nouveau métier[594], les infirmiers avaient alors vivement marqué leur opposition[595].

En effet, l'arrêté prévoit que « *quel que soit le profil de la personne recrutée en qualité d'assistant médical (profil soignant ou administratif), ce dernier devra être doté d'une qualification professionnelle ad hoc, qui sera obtenue à l'issue d'une formation spécifique, intégrant une éventuelle VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), dont le contenu et la durée seront déterminés dans le cadre de la convention collective des personnels des cabinets libéraux.*
*Pour les assistants médicaux recrutés sans être titulaires du certificat de qualification professionnelle (CQP) et sous réserve de la mise en en place des formations qualifiantes, le médecin s'engage à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical suive cette formation ad hoc dans les deux ans suivant son recrutement et obtienne sa qualification professionnelle dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement* ».

Cet arrêté du 14 août 2019 a été complété par un second texte[596] listant les professionnels autorisés à exercer cette profession. Il s'agit des détenteurs des diplômes d'État d'infirmier, d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture, et les détenteurs du certificat de qualification professionnelle d'assistant médical. Ces professionnels habilités à exercer les fonctions d'assistant médical doivent alors remplir des missions propres et non des missions exercées

[594] CNAM, « *Séance d'ouverture des négociations conventionnelles d'assistants médicaux* », 24 janvier 2019, p.17. V. http://www.apima.org.

[595] Ordre national des infirmiers, « *Les assistants médicaux : la 'fausse bonne idée' du Plan santé* », Paris, 11 février 2019.

[596] Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical, JORF n°0263 du 13 novembre 2019.

par corps de métier comme un secrétariat médical et doivent « *se distinguer des missions relevant des autres catégories de métiers* »[597].

C'est pourquoi afin d'éviter cet effet d'aubaine, le concours d'un assistant médical a été encadré ; un praticien libéral ne peut donc pas recruter en tant que tel son ancien employé sans perdre l'aide de l'assurance maladie à moins de le remplacer sous six mois[598] et il sera contrôlé que le professionnel n'ait pas donné congé à un salarié susceptible de prétendre aux fonctions d'assistant médical dans les six mois précédant le recrutement[599]. Pour autant ces nombreuses conditions sont également controversées et mal comprises par les praticiens libéraux pour qui elles sont en frein à l'embauche de ces professionnels.

158. Le recours à des assistants médicaux pourrait toutefois être un véritable atout dans l'allègement de la charge de travail des professionnels libéraux qui auraient la possibilité de déléguer certaines tâches « annexes »[600]. De plus, dans les structures regroupées, l'accroissement du temps médical pourrait passer par la délégation de certaines tâches[601] à d'autres professionnels tels que des infirmiers par exemple ou encore à des pharmaciens[602] et ainsi compléter la palette des dispositifs déjà existants visant à redonner du temps médical

---

[597] Art.9-1 issu de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. C'est ainsi qu'un assistant médical ne peut voir ses missions limitées exclusivement à des fonctions administratives relevant quant à elles d'un secrétariat médical.

[598] Art.9-5-2-6 issu de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 : « *Si le recrutement se fait à temps partiel alors que le poste initial était à temps plein, le financement de l'assurance maladie est réduit de proportion* ».

[599] *Ibid.*

[600] Qui plus est grâce à des mécanismes d'aide à l'embauche formalisés dans l'avenant n°7 de la convention médicale d'août 2016 établis selon trois situations : « *le médecin choisit d'être aidé pour 1/3 ETP d'assistant médical* », « *le médecin choisit d'être aidé pour ½ ETP d'assistant médical* » ou encore « *le médecin est installé en zone sous-dense, il choisit d'être aidé pour 1 ETPS d'assistant médical* » ; v. www.ameli.fr.

[601] Comme le dépistage ou encore le suivi de patients atteints de maladie chronique.

[602] V. glissement des tâches et décret n°2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine, arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier des vaccinations administrées par un infirmier ou une infirmière, sans prescription préalable de l'acte d'injection ou encore l'arrêté du 21 avril 2022 modifiant l'arrêté du 1er mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sage-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer, JORF n°0095 du 23 avril 2022, à propos de l'étendue des compétences de ces professionnels en matière d'administration des vaccins.

à ces professionnels que ce soit « *les protocoles de coopération, l'élargissement des compétences d'autres professionnels de santé, les pratiques avancées, l'appui du numérique, le déploiement de la télémédecine, ou encore les dispositifs d'expérimentation ASALEE*[603] »[604].

159. Il faut donc poursuivre cette dynamique engagée d'accompagnement de l'exercice libéral, qui plus est car les médecins notamment affirment réellement gagner du temps avec le concours d'un assistant médical et ainsi apprécier l'instauration d'un véritable travail d'équipe en lieu et place d'un exercice isolé traditionnel. Mais pour J-P. ORTIZ, ce recours établi aux assistants médicaux ne peut se faire sans une simplification des critères de qualification de ces professionnels, « *la mesure étant intelligente mais pas assez appliquée du fait de ces nombreuses conditions. […] il faut alors rétablir la confiance de l'Assurance maladie vis-à-vis du corps médical et tendre à l'instauration d'un assistant par médecin accompagné par l'assurance maladie* »[605].

Les leviers actionnés par les politiques publiques doivent alors impulser chez les praticiens libéraux cette responsabilité d'accepter de ne plus exercer de manière isolée[606], éventuellement en allégeant la mise en place de ce dispositif jusqu'alors trop conditionné et même en proposant, dans les territoires sous dotés en offre de soins, une prise en charge de ces tâches administratives par les collectivités locales[607]. Les professionnels de santé concernés souhaiteraient également inverser l'encadrement de mise en place des assistants médicaux et établir ainsi un nouveau rapport de confiance[608] avec les pouvoirs publics.

---

603 I. BOURGEOIS, C. FOURNIER et M. NAIDITCH, « *Action de santé libérale en équipe (ASALEE) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires* », IRDES, Questions d'économie de la santé, avril 2018, n°232.

604 A. CAPPELLARI, « *Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins* », RGDM, n°72, septembre 2019, p.65-86.

605 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

606 S. RIST, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », Contrepoints de la santé, février 2022.

607 Pour ce faire, il faut alors donner plus de pouvoir aux exécutifs régionaux.

608 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.* : « *Il ne faut pas donner aux médecins des objectifs qui semblent inaténiables mais plutôt d'abord leur faire confiance dans le recours aux assistants médicaux puis faire le bilan d'ici trois ans pour ne pas tomber dans un système de course avec des chaussures de plomb* ».

160. **Mon Espace santé.** Enfin la généralisation de l'espace santé, anciennement dossier médical partagé qui souffrait de sa grande impopularité, a fait peau neuve et pourrait devenir un réel outil dans l'amélioration, la pertinence des soins et le suivi des patients. Il est alors souhaitable de voir se dessiner, sous l'impulsion du médecin traitant, l'instauration réelle et généralisée de cet outil et d'accroître le temps médical pertinent à court et moyen terme[609] afin de sortir de ce sentiment de « *bureaucratisation* » du métier[610]. Le succès de ce dispositif modernisé ne pourra être total si et seulement si le praticien libéral, ici le médecin traitant, reste au cœur de la prise en charge du patient[611] et en devient le coordinateur. Il n'y aura en effet pas de véritable parcours de santé[612] sans partage des données[613] entre les professionnels de santé.

---

609 T. BARNAY, « *Plan santé : Comment faire reculer les déserts médicaux* », *op. cit.*

610 Dr. M. LEGMANN, Rapport officiel, « *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* », avril 2010, p.11. Les acteurs libéraux et/ ou privés du système de santé dénoncent en effet « *l'aspect bureaucratique qui s'est fortement développé, contraignant les médecins à des heures de paperasserie* » (v. J-L. DUROUSSET, Le privé peut-il guérir l'hôpital ?, *op. cit.*, p. 120).

611 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

612 V. CSP, art.L.6327-1 modifié par l'art.8 de la loi n°2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, JORF n°0178 du 3 août 2021, en vigueur depuis le 31 mars 2022. La mise en place d'un parcours de santé suppose ainsi « *la coordination des actions d'intervenants multiples, en fonction des besoins de l'usager, placé au centre du système. […] La logique de parcours suppose donc une intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et des professionnels sociaux et médico-sociaux, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé, en réseau de santé… […] La notion de parcours a été consacrée par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avec l'instauration du système du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés* » (V. M-F CALLU, M.GIRER et G. ROUSSET, Dictionnaire de droit de la santé, *op. cit.*).

613 S. RIST, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.* : Cet espace santé doit en effet permettre véritablement aux professionnels de santé de se partager des données relatives à un même patient.

## §2 - L'absence de dispositions innovantes

Bien que sujet à de nombreuses réformes, notre système de santé se heurte malgré tout à sa difficulté à « *porter l'innovation en son sein* »[614] expliquant l'illisibilité et la redondance de certains dispositifs existants (**A**) alors même que l'avenir des professionnels libéraux, et notamment de la médecine de ville, « *passe par la coordination et un changement de paradigme* »[615] illustrant la nécessité de se réinventer[616] (**B**).

### A - La multiplicité des structures

> « *Réformer la santé. Ces deux termes sont presque incompatibles en France ! Or, réformer est un changement de caractère radical. Nous avons connu beaucoup de changements, mais pas forcément à caractère radical* »[617]

Les acteurs de santé et les pouvoirs publics doivent faire preuve de ténacité et opérer un réel changement fondé sur des propositions ambitieuses, et surtout appliquées, afin de réorganiser un système de santé français[618], notamment les soins ambulatoires, « *non hiérarchisé et peu organisé* »[619].

---

614 N. NABET et P. PRIBILE, « *Repenser l'organisation territoriale des soins* », Stratégie de transformation du système de santé, octobre 2018.

615 C. NAYRAC, « *L'avenir de la médecine de ville passe par la coordination et un changement de paradigme* », Hospimédia, 09 février 2022.

616 V. G. DUHAMEL, Paroles de médecin, Éditions du Rocher Monaco, 17e mille, 1946, p.57 : « *Il faut se garder prudemment de donner à l'homme ordinaire le sentiment de la 'chose due'* » et donc innover plutôt que superposer les réformes.

617 Propos introductifs tenus par Jean-Pierre DEWITTE, Président de la conférence des DG de CHU, lors de la conférence annuelle « *La santé au petit palais* », 5 octobre 2016 in H. BARON-BUAL et P. NOLET, « *Présidentielles 2017 – Les acteurs de la santé et leurs attentes* », Gestions hospitalières, n°562, janvier 2017.

618 Il faut en effet sortir de cette suradministration du système de santé français en faisant « *le pari des territoires, en associant plus étroitement les collectivités locales et les professionnels de terrain à la prise de décisions en santé* » : v. C. DUPUIS et L. TRANTHIMY, « *Haro sur la suradministration et le cloisonnement du système de santé : l'Institut Montaigne appelle à faire 'le pari des territoires'* », Le Quotidien du médecin, 16 mai 2022.

619 E. FAUCHIER-MAGNAN et V. WALLON, « *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé* », appui à la DGOS, IGAS, n°2018-041R, août 2018.

161. **Illisibilité des dispositifs existants.** Au fil des réformes, la multiplicité des structures et dispositifs proposés ont finalement conduit à leur incompréhension et leur illisibilité[620]. Historiquement, l'un des premiers modèles instaurés fut celui des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)[621] dans les années 1980 désormais axé sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées[622]. Assez hétéroclites dans leur fonctionnement et leur répartition, les CLIC ont par la suite été complétés par les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA)[623].

Dans la continuité de cette volonté de coordination entre les acteurs du système de santé[624], ont également vu le jour les PAERPA ou encore les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)[625]. Cependant, depuis la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 14 juillet 2019[626], ces dispositifs de coordination ont été intégrés en un seul et

---

620 Par exemple, « *en sortie de crise, le gouvernement a lancé le Ségur de la santé […]. Mais cet exercice qui devait aboutir à redonner de l'agilité au système de santé s'est transformé en un énième plan de mesures autour de l'hôpital public* » (v. Fondation IFRAP, « S*ortir de la suradministration de la santé – les solutions* », le mensuel de la fondation IFRAP, Enquêter pour réformer, n°215, 24 septembre 2020).

621 V. Dictionnaire de droit de la santé, *op. cit.* : Expérimentés en 2000 et mis en place par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les CLIC « *ont pour finalité d'offrir un lieu d'information gratuit, unique et de proximité aux personnes âgées, à leurs proches, aux professionnels et aux structures qui interviennent auprès de ces personnes. […] Leurs missions portent sur le dépistage, l'aide, le soutien, la formation ou l'information, le conseil, l'expertise au bénéfice des usagers, des établissements et des services* ».

622 V. CASF, art. L.113-2 et L. 312-1.

623 V. M-F CALLU, M. GIRER et G. ROUSSET, Dictionnaire de droit de la santé, *op. cit.* : « *L'objectif est de créer un guichet unique à partir d'une instance déjà existante et d'offrir, en particulier, l'aide de gestionnaires de cas. Il s'agit de professionnels spécialement formés dans le suivi à long terme de ces malades et la coordination des différents acteurs qui entourent les personnes en perte d'autonomie et dans des situations complexes : médecins traitants, famille, proches, infirmiers, ergothérapeutes*… ». V. également CASF, art.L.113-3. Au début de l'année 2021, 98% du territoire français était couvert par 352 dispositifs MAIA ; www.cnsa.fr.

624 Volonté déjà exprimée dans le Rapport IGAS, « *Évaluation de la coordination d'appui aux soins* », n°02014-010R, décembre 2014 qui définissait la coordination territoriale d'appui comme « *le rassemblement de tous les acteurs (des professionnels de santé jusqu'au personnel médico-social ou social » dont la coordination permet une prise en charge complète du patient et sans rupture de soins qui lui sont dispensés* ».

625 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *op. cit.*, article 74.

626 Article 23 de ladite loi : « *Les dispositifs d'appui existants en application des articles L. 6321-1, L. 6321-2, L. 6327-1 à L. 6327-3 du code de la santé publique et de l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles en vigueur*

même dispositif, le DAC qui devrait prendre effet uniformément sur le territoire au cours de l'année 2022[627].

Ces dispositions de la loi de santé ont été précisées par décret[628] quant à « *leurs missions et fonctionnement des dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. En ce qui concerne les dispositifs d'appui à la coordination, le texte précise la nature polyvalente de l'appui, les conditions de contribution à la coordination territoriale, le bénéfice d'un système d'information. Il prévoit que les dispositifs d'appui sont chargés d'une mission de service public et qu'ils signent un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* ».

Elles ont également été précisées par l'ordonnance du 10 novembre 2021[629] qui prévoit également « *l'unification des dispositifs d'appui à la coordination dans un délai de trois ans. Les dispositifs concernés par cette unification sont les réseaux de santé, les PTA, la MAIA, les CTA de l'expérimentation relative aux parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, et enfin de façon optionnelle, sur décision du conseil départemental, les CLIC* ».

---

*antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente loi intègrent les dispositifs mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi dans un délai qui ne peut excéder trois ans à compter de la date de publication de la présente loi. A l'échéance de ce délai, les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique et l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés. Les organisations assurant les fonctions d'appui à la coordination prévues au V de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 en ce qu'ils concernent les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 intègrent les dispositifs unifiés mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi au plus tard à leur date d'expiration* ».

627 V. « *Les dispositifs d'appui à la coordination* », 17 février 2021 ; www.solidarite-sante.gouv.fr : « *Au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs peuvent venir en appui des parcours de santé de la population sur des problématiques différentes, rendant leur intervention peu lisible. C'est le cas des réseaux de santé, des MAIA, des PTA et ces CTA. C'est pourquoi ces dispositifs sont progressivement amenés à s'unifier en un dispositif unique, qui répond à tout professionnel quels que soient la pathologie ou l'âge de la personne qu'ils accompagnent : le dispositif d'appui à la coordination* ». V. également l'ancien article L. 6321-1 du Code de la santé publique relatif aux réseaux de santé abrogé par l'article 1er de l'ordonnance n°2021-1470 du 10 novembre 2021 relative à la mise en cohérence des codes et lois avec l'article 23 de la loi n°2019-774 du 24 juillet relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0263 du 11 novembre 2021.

628 Décret n°2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, JORF n°0068 du 20 mars 2021.

629 Ordonnance n°2021-1470 du 10 novembre 2021, *op. cit.*

162. L'objectif est alors de renforcer l'organisation territoriale des soins tout en améliorant leur efficacité et leur lisibilité[630]. Ces DAC ont donc vocation à concerner les professionnels de santé de ville (libéraux ou salariés), les personnels des établissements de santé publics, privés et de l'hospitalisation à domicile ainsi que l'ensemble des professionnels des secteurs social et médico-social[631]. Le rôle du médecin traitant, praticien libéral, serait renforcé puisque ce dernier se trouverait au cœur de ce dispositif commun de coordination des soins.

La création de ces DAC constituerait ainsi une solution unique face à la multiplicité des structures et des dispositifs concourant à une prise en charge plus globale du patient. Pour autant, à l'heure actuelle, rien n'est moins sûr malgré le désir annoncé de s'ériger en véritable coordonnateur de ces entités et de pallier leur absence d'homogénéité.

163. **Recherche de transversalité.** Le renforcement de ces dispositifs transversaux serait alors l'une des pistes principales à développer et à favoriser pour offrir aux acteurs de notre système de santé une structure regroupant des ressources soignantes, médicales et administratives notamment, qui seraient disponibles sur un territoire délimité pour couvrir les besoins de santé de la population. C'était de toute évidence l'un des souhaits de la réforme « Ma santé 2022 » et particulièrement de la mesure n°6 du rapport « *Repenser l'organisation territoriale des soins* »[632] qui amorçait la fusion de l'ensemble des dispositifs de coordination des cas complexes de manière à privilégier un guichet unique[633].

---

630 C. DUPUIS et L. TRANTHIMY, « *Haro sur la suradministration et le cloisonnement du système de santé : l'Institut Montaigne appelle à faire 'le pari des territoires'* », *op. cit.* : « *Il devient urgent de donner aux acteurs locaux et de terrain des leviers d'action concrets pour inventer les parcours de santé de demain. […] Notre organisation extrêmement centralisée ne parvient pas à corriger ces inégalités et à s'adapter aux besoins* ».

631 « *Les dispositifs d'appui à la coordination* », *op. cit.*: 119 DAC constitués ou en construction dont 47% de DAC départementaux et 48% infra-départementaux. Enfin, 91% des DAC constitués ont une forme juridique associative.

632 N. NABET et P. PRIBILE, « *Repenser l'organisation territoriale des soins* », *op.cit.*

633 Sur ces questions v. PLFSS 2023, dossier de presse, 26 septembre 2022 : « *Les territoires seront incités à généraliser le déploiement dans les territoires de guichets uniques permettant d'apporter toutes les réponses concrètes aux questions que se posent les jeunes médecins avant de s'installer en libéral. L'ensemble de ces évolutions sera utilement porté par l'installation de comités territoriaux permettant à l'État et aux élus de renforcer ensemble leur action* » ; www.economie.gouv.fr.

B – La flexibilité des structures

« *Historiquement marqué par un certain cloisonnement entre le monde sanitaire, social et médico-social, mais aussi entre la ville et les établissements, le système de santé peine à articuler les parcours de ces patients, le rôle de coordination revenant souvent à la personne soignée elle-même ou à ses proches aidants* ». Les dispositions souhaitées et attendues doivent alors redonner ses lettres de noblesse au système de santé français et un rôle central à ces protagonistes libéraux.

164. **Interprofessionnalité.** Ce constat de repenser l'organisation territoriale des soins implique nécessairement une obligation de mieux se structurer. À titre d'exemple, la création de la récente fonction d'assistant médical a également été accompagnée d'un accord interprofessionnel[634] visant à favoriser le développement de l'exercice professionnel coordonné et le déploiement des CPTS. Cet accord conventionnel a pour objectif « *de déployer un système de financement pérenne. Malgré ses limites, cette évolution contribue au décloisonnement du système de santé français ainsi qu'au développement de l'interprofessionnalité et de l'exercice coordonné, suivant un mouvement déjà enclenché au sein d'autres pays* »[635].

L'une des pistes de cette interprofessionnalité réside donc dans la mutualisation de plusieurs services actuellement incarnée par les CPTS[636] qui permettent d'instaurer une structure de concertation entre les différents professionnels, de développer le co-pilotage de projets sur un territoire déterminé et de favoriser les partenariats insufflant des complémentarités entre les différents acteurs. C'est ainsi que « *la transversalité et le décloisonnement entre la ville et l'hôpital doivent apparaitre dans l'organisation administrative des interlocuteurs des acteurs de terrain, au sein des ARS mais également au niveau ministériel* »[637].

634 V. CSS, art. L.162-14-1, 7° et L.162-14-1, II.

635 A. CAPPELLARI, « *Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins* », *op. cit.* .

636 Ma santé 2022 – mesure 2 : « *Déploiement de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé d'ici 2022* ».

637 FHF, « *Renforcer le lien ville-hôpital* », *op. cit.*

Les CPTS apparaissent comme un outil réellement adapté « *structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé* »[638] à condition de pouvoir s'appuyer sur un pilotage solide car « *contrairement à ce qui s'était passé notamment pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, les groupements hospitaliers de territoire et les plateformes territoriales d'appui, le déploiement des CPTS n'avait pas fait l'objet d'un dispositif d'animation d'ensemble au niveau national* »[639] ; à condition également d'être inclusifs[640] et ouverts aux différents acteurs composant notre système de santé puisque comme le souligne le Dr ORTIZ, les dernières mesures prises sont essentiellement centrées sur les structures hospitalières et sur les médecins généralistes au détriment souvent des spécialistes et autres praticiens libéraux[641] .

Pour lui, « *les CPTS sont un modèle très intéressant mais aujourd'hui il est très orienté médecine générale et très peu de médecins spécialistes* ». Il conviendrait alors de renforcer ce dispositif en octroyant un financement nécessaire et en s'appuyant sur des entités plus globales telles que les équipes de soins[642] et les équipes primaires[643].

165. **Déploiement des CPTS.** En effet, pour les praticiens libéraux le dispositif est porteur mais encore trop hermétique entre les différents modes d'exercice ce qui justifie

---

638 Art.1 de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS conclu le 20 juin 2019.

639 E. FAUCHIER-MAGNAN et V. WALLON, « *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé* », *op. cit.*

640 Il est important de souligner néanmoins que l'inclusion se doit d'être réciproque et par exemple d'envisager l'intégration concrète de la médecine de ville et des professionnels libéraux à la gouvernance des GHT. Pour l'heure le décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions de l'hôpital, JORF n°0123 du 29 mai 2021, prévoit que « *la commission médicale d'établissement peut désigner, en concertation avec le directeur de l'établissement, au plus cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'établissement* » (v. CSP, art.D.6131-9-3, I°).

641 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

642 V. arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L.1110-12 CSP, JORF n°0280 du 2 décembre 2016 qui dispose que « *l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes* ».

643 V. art.L.1411-11-1 CSP : « *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 définis à l'art.L.1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent* ».

qu'à ce jour seulement 25% de la population française est concerné par les CPTS, ce qui représente moins de 200 CPTS opérationnelles[644]. Pour accélérer leur mise en place, la relation verticale pouvoirs publics/ professionnels de santé aurait tout intérêt à s'inverser au profit d'un réel appui de départ sur les acteurs du système de santé puis, dans un second temps, vers les pouvoirs publics[645] ; parallèlement, cette nouvelle trajectoire inciterait à une responsabilisation des praticiens libéraux quant au devenir de ces structures et à leur implication dans leur bon fonctionnement.

Cette nouvelle dynamique et l'ouverture de ces dispositifs permettraient d'éviter l'obsolescence programmée de toutes les réformes proposées et entreprises. Selon le Dr ORTIZ, ce changement de paradigme pourrait se traduire par un amenuisement de l'hospitalo-centrisme latent et par une « *bascule vers la ville et les soins premiers* ».
Bien que périlleuse pour les professionnels concernés, cette mutation ne peut se faire qu'en rendant la profession de médecin libéral plus attractive ; et pour le Président de la CSMF, le système de santé doit alors se recentrer sur de la médecine de ville[646] afin de lui rendre ses lettres de noblesse en veillant toutefois à moderniser cet exercice.

166. **Fin de l'exercice isolé.** L'exercice isolé doit désormais devenir l'exception et non la règle[647] tout en mettant en avant les soins de proximité et les soins de ville grâce à une évolution visible du système de santé. Cette volonté d'unification de ces dispositifs pourrait s'avérer payante voire nécessaire, notamment en des temps troubles comme ceux traversés lors des grandes crises sanitaires.

---

644 Pour autant, le déploiement des CPTS s'accélère comme avec un projet de CPTS Vic en Bigorre – Hautes Pyrénées ou encore la CPTS Canal Garonne. À ce titre les URPS comme l'URPS Médecins libéraux d'Occitanie propose plusieurs outils d'accompagnement comme le guichet CPTS « *Comment coordonner un projet de CPTS ?* », « *Qui peut intégrer une CPTS ?* » ou encore « *Comment définir le territoire d'une CPTS ?* ».

645 D. POLTON, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

646 C. NAYRAC, « *La CSMF formule dix propositions pour favoriser l'accès aux soins* », Hospimédia, 14 janvier 2022.

647 Tant est si bien que pour bénéficier du concours d'un assistant médical par exemple, « *les médecins qui solliciteront cette aide devront exercer en cabinet de groupe, être inscrits dans un exercice coordonné de type communauté professionnelle de territoire de santé et apporter un bénéfice mesurable à la population en termes d'accès aux soins et de qualité des soins, telle que l'augmentation du nombre de patients suivis* » : V. R. MARIÉ, « *À la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé* », *op. cit.*

## Section II - La considération délicate de la réalité de terrain

167. **Crise de la médecine de ville.** Pour le Docteur Jean-Paul ORTIZ[648], « *la médecine de ville est en train de se déliter et subit une crise extraordinaire* », alors même qu'il y a plusieurs décennies déjà, certains auteurs avaient déploré « *la soumission chaque jour plus marquée de la profession médicale aux exigences de l'étatisme* »[649]. C'est ainsi que nous nous trouvons « *à un véritable tournant, avec une génération qui veut travailler différemment. On ajoute à cela la crise sanitaire, très peu de véritables réformes du système de santé et un vieillissement de la population… et on voit bien que la médecine de ville mais aussi le système hospitalier vont devoir prendre un virage* »[650].

Cette crise a en effet fragilisé un système de santé que l'on pensait inébranlable et a mis en exergue la nécessité de le repenser. Inéluctablement, derrière chaque crise sanitaire majeure se cache l'avènement d'une grande réforme le bousculant profondément[651] afin de l'optimiser et de mieux se préparer ; l'épidémie de covid-19 a révélé les failles de certains fonctionnements de ce système et notamment quant à l'implication et au rôle de certains de ses acteurs (**§1**).

167. Malgré tout, les nombreuses réformes entreprises ont voulu s'insérer dans une dynamique visant à « *créer un collectif de soins au service des patients* »[652] afin notamment d'améliorer l'accès aux soins les patients. Cependant, à trop légiférer[653], la superposition des

---

[648] Président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF).

[649] R. DUMESNIL, Âme du médecin, éd. Broché, 1938.

[650] S. RIST, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

[651] V. « *La crise sanitaire révèle un nouveau paradigme pour la santé* », Be entrepreneur, 14 octobre 2010 : « *Les nombreuses fragilités constatées ont mis en exergue l'inefficacité du système et la crise marque peut-être le début d'un sursaut. En effet, en France, les grandes réformes du système de santé ont souvent suivi des crises majeures. Le Sida, la crise de la transfusion sanguine, la vache folle… ont permis de grandes avancées dans l'amélioration du système de soin et dans la prévention* ».

[652] Ministère des Solidarités et de la santé, « *Ma santé 2022, un engagement collectif* », *op. cit.*, p.21.

[653] V. colloque « Mieux légiférer », discours de J-L. DEBRÉ, Assemblée nationale, 28 novembre 2014 : « *Je rappelle deux chiffres pour mesurer l'inflation que subit la loi. Ces chiffres portent sur les textes définitifs des lois promulguées dans une année, ainsi que les textes des résolutions adoptées par l'Assemblée nationale. En 2002 le nombre de caractères de ces textes étaient de 1,87 millions. En 2013, il a atteint 3,82 millions. Le volume des lois a ainsi plus que doublé en dix ans.*

différentes réformes de santé n'a à ce jour pas permis la consécration d'un système de santé pérenne et la mise en pratique de tous les dispositifs instaurés (**§2**).

*[…] L'essentiel est de percevoir que ce n'est pas seulement l'augmentation de la masse des dispositions législatives qui est le symptôme du 'mal légiférer'. C'est aussi et surtout le rythme de modification des mêmes dispositions législatives* ».

V. également E. GRASS, « *L'inflation législative a-t-elle un sens ?* », Revue du droit public, n°119, 2003 : « *L'accroissement des normes législatives est fréquemment associé au terme 'inflation' depuis un article fondateur du Doyen R. SAVATIER intitulé 'L'inflation législative et l'indigestion du corps social', Dalloz, chron., 1977, p.43* ».

## §1 - La place incertaine en temps de crise

Alors qu'en temps de « *grands désordres épidémiques, pendant lesquels nous verrons que l'État a sans conteste des responsabilités et des devoirs* »[654], la place occupée par les praticiens libéraux à l'occasion de la gestion de la crise Covid-19 fait débat[655].
Plusieurs années se sont déjà écoulées et les différents pics et vagues de l'épidémie de Covid-19 secouent le monde entier, conduisant les États à gérer cette crise sur tous les fronts et impactant obligatoirement les systèmes de santé existants. Face à la propagation de ce virus, le fonctionnement de notre système de santé a été fortement ébranlé, tout comme la place et le rôle de chacun des acteurs de santé qui le compose.

168. **Praticiens libéraux et Covid-19**. La gestion de la première vague de l'épidémie a en effet laissé un goût amer à toute une partie de ces professionnels, n'ayant eu de cesse d'interpeler les pouvoirs publics sur la gestion hospitalo-centrée de cette crise sanitaire[656]. Là où ces derniers ont affirmé une mobilisation générale des différents acteurs de la santé, les professionnels libéraux ont fait valoir leur manque de considération et d'implication ou encore l'absence de coopération entre le privé et le public face à la gestion de cette crise exceptionnelle (**A**).

« *La crise sanitaire ayant remis en cause quelques-unes de nos certitudes les plus ancrées* »[657], cet évincement a toutefois été délaissé face à l'ampleur et à la propagation de cette épidémie, faisant des professionnels libéraux des atouts majeurs dans la lutte contre la Covid-19 (**B**).

---

654 G. DUHAMEL, Paroles de médecins, *op. cit.*

655 V. M. MAZZUCOTELLI, « P*rofessionnels libéraux et Covid-19 : d'oubliés à rescapés* », in F. VIALLA et P. VIELFAURE (dir.), Les pouvoirs publics face aux épidémies – De l'Antiquité au XXIe siècle, LEH Edition, coll. À la croisée des regards, 2021, p.239-245.

656 *Ibid.*, p.54 : « *Si je mets à part quelques médecins qui sont franchement partisans de l'étatisme, la plupart de ceux qui succombent aux tristes séductions du monstre y succombent par lassitude* ». À propos de l'emploi du terme « monstre », v. F. NIETZSCHE, Ainsi parlait Zarathoustra, Le livre de poche, 1972 : « *l'État est le plus froid de tous les monstres. Il ment froidement et voici le mensonge qui rampe dans sa bouche : Moi, l'État, je suis le Peuple* ».

657 « *La crise sanitaire révèle un nouveau paradigme pour la santé* », *op. cit.*

A – L'exclusion en première intention

À ses prémices, la gestion de la crise Covid-19 est apparue essentiellement hospitalo-centrée, reposant sur une prise en charge des patients par les établissements publics de santé et une centralisation des appels par le 15 exclusivement. Ce plan de départ laissait alors entrevoir le début d'une mise en retrait des professionnels libéraux, bien que décriée par ceux-ci dans l'incompréhension la plus totale.
Parallèlement, les hôpitaux ont très vite été saturés, là où les cabinets de ville des professionnels libéraux étaient déserts et désertés. Ils n'ont alors pu que s'insurger face à leur exclusion organisée de la prise en charge des patients durant cette première vague de l'épidémie de Covid-19.

169. Les professionnels libéraux, et plus particulièrement les médecins, ont alors été pris au dépourvu face à des situations inédites telles que la réorganisation de leur façon de travailler, la téléconsultation, la fermeture de certains cabinets[658]. Sur le terrain, ces professionnels n'ont également pas eu les équipements de protection nécessaires (masques, gants, gel), l'approvisionnement n'étant arrivé que bien plus tardivement.

170. **Absence d'équipements.** Ces mêmes équipements étaient pourtant recommandés par le ministère des Solidarités et de la Santé lui-même qui en avait dressé une liste exhaustive[659] : masques chirurgicaux pour le patient « cas suspect », appareil de protection respiratoire (APR) de type FFP2, solutions hydro-alcooliques, gants non stériles à usage unique, lunettes de protection en plus de l'APR FFP2 pendant un soin exposant, thermomètres sans contact ou à usage unique.

---

[658] V. A. MACRON, « *Covid-19 : de l'impact des mesures de confinement sur l'exercice professionnel de certaines professions règlementées* », RDS, n°96, juillet 2020, p.679-684 : « *À la suite des mesures drastiques de restriction de déplacement imposées par l'état d'urgence sanitaire, les différents ordres des professions de santé se positionnèrent différemment en matière de poursuite des soins. Ainsi, les uns furent dans l'obligation de fermer leur cabinet, les autres de restreindre simplement leur activité et pour certains de poursuivre leur activité professionnelle* ». Par exemple, la fermeture des cabinets de masseurs-kinésithérapeutes et des chirurgiens-dentistes fut imposée par leur institution ordinale respective entrainant une perte de chance d'accès aux soins pour les patients ayant besoin d'une prise en charge.

[659] Ministère des solidarités et de la santé, Guide méthodologique, « *Préparation au risque épidémique Covid-19 : établissements de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux* », 20 février 2020.

171. **Initiatives locales.** C'est dans ce contexte que certains médecins ont décidé d'adresser un livre blanc aux autorités sanitaires[660] et l'initiative a alors primé pour ces « oubliés » du début de la crise Covid. À titre d'exemple, dans les Bouches-du-Rhône, « *un centre Covid a été créé grâce à la mobilisation extrêmement rapide d'une soixantaine de médecins et infirmières et d'une vingtaine de bénévoles* »[661] ; les actions locales se sont multipliées un peu partout sur le territoire français afin de répondre à de réels besoins de terrain.

Ces professionnels estiment avoir manqué de considération et de reconnaissance dans un contexte où leur savoir-faire, leurs connaissances et leur expérience apparaissaient pourtant comme un véritable atout dans la lutte que tout le pays s'apprêtait à mener. En effet, il est des cas où la prise en charge par un établissement de santé public n'était pas nécessaire et où le rôle de la médecine de ville aurait dû être mis en avant et favorisé.

172. **Déprogrammation.** Au-delà de l'éviction de la médecine de ville en première intention, cet hospitalo-centrisme majeur s'est également répercuté sur les professionnels libéraux exerçant au sein d'un établissement de santé privé du fait de l'effet de la déprogrammation de masse. Face à l'ampleur du mécontentement et à l'inédit de la situation, le ministère des Solidarités et de la Santé avait annoncé des mesures d'indemnisation gérées par l'Assurance maladie comme le « *dispositif exceptionnel d'accompagnement économique* » mis en place du 1er mars au 30 juin 2021.

Toutefois, il est important de souligner que ces aides ont été attribuées *a posteriori* de cette troisième vague, car tout comme pour les deux premiers confinements ces dispositifs d'aide seront calculés en aval[662]. Face au constat d'une telle désorganisation de l'offre de soins dans ce contexte si particulier, et surtout aux choix lourds de conséquences qui ont été faits,

---

660 URPSML PACA, « *Livre blanc PACA : les médecins libéraux face à la Covid-19* », juillet 2020.

661 France info, « *Coronavirus : le rapport sans concession des médecins libéraux sur la gestion de la crise sanitaire* », 23 juillet 2020 ; france3-regions.francetvinfo.fr.

662 V. Ordonnance n°2020-505 du 2 mai 2020 instituant une aide aux acteurs de santé, JORF n°0108 du 3 mai 2020 ; décret n°2020-1807 du 30 décembre 2020 relatif à la mise en œuvre de l'aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de Covid-19, JORF n°0316 du 31 décembre 2020.

les professionnels et les pouvoirs publics n'ont eu d'autres solutions que de réagir afin de permettre une prise en charge bien plus large dans la suite de la gestion de cette crise sanitaire.

B - La participation comme solution

173. **Reconsidération de la place des professionnels libéraux.** Depuis le début de la crise sanitaire, les cliniques privées et les professionnels de santé libéraux n'ont eu de cesse de clamer leur volonté d'être entièrement sollicités et impliqués afin d'apporter leur concours à l'enraiement de cette pandémie et au désengorgement des hôpitaux.
Ces revendications n'ont pas été vaines, puisque, dès l'apparition de la seconde vague de l'épidémie, puis de la troisième, la participation de ces professionnels, et notamment des médecins, a joué et joue un rôle prépondérant.

Ainsi, l'Assurance Maladie rappelle leur place dans la lutte contre cette épidémie et insiste sur le fait qu'ils « *constituent le premier maillon de ce dispositif (…) ; ils ont la responsabilité de prendre en charge leurs patients atteints de la Covid-19, de leur faire réaliser un test et d'assurer leur suivi tout au long de la maladie. Mais ils sont aussi invités à s'engager fortement dans la recherche des personnes qui ont été en contact rapproché avec leurs patients malades, pour jouer pleinement leur rôle dans la remontée des chaînes de transmission et la lutte contre l'épidémie* »[663].

174. **Vaccination.** Ce rôle s'est encore accru avec l'ouverture et la tenue du calendrier vaccinal ; étaient d'abord concernés les médecins, puis les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes ou encore désormais les infirmiers libéraux[664]. Cette volonté de mobiliser et d'impliquer dans la vaccination d'autant plus de professionnels exerçant en libéral intervient à la suite de la publication de recommandations de la Haute Autorité de Santé préconisant

[663] « *Tester, alerter, protéger : comprendre la stratégie pour stopper l'épidémie – Covid-19 : les médecins appelés à jouer un rôle majeur dans la stratégie pour enrayer l'épidémie* », mis en ligne le 11 février 2021 ; www.ameli.fr.

[664] Décret n°2021-325 du 26 mars 2021 modifiant les décrets n°2020-1262 du 16 octobre 2020 et n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JORF n°0074 du 27 mars 2020.

de « *diversifier les profils de vaccinateurs, mais aussi des prescripteurs* »[665] afin de vacciner à plus grande échelle.

Parallèlement, le président de la Fédération de l'hospitalisation privée, Monsieur Lamine GHARBI, a très souvent rappelé le nombre de lits de réanimation disponibles dans les établissements du groupe et prêts à accueillir des patients malades ; tout en insistant sur la complémentarité des deux secteurs de santé. A l'aube de la deuxième vague, le président de la FHP avait souligné que ces différents secteurs travaillaient désormais conjointement.
Cette complémentarité apparait de toute façon nécessaire pour mener ce combat contre le virus et si, force est de constater que cette coopération n'a pas été évidente au début de l'épidémie, les établissements privés et les professionnels libéraux répondent conjointement à la prise en charge des patients atteints de Covid-19.

175. Cette dynamique avait été, entre autres, exprimée par Roselyne Bachelot, auditionnée au mois de septembre 2020 par le Sénat, à l'aube de la deuxième vague. Elle avait insisté sur la nécessité de « *régionaliser, décentraliser au maximum pour mieux gérer l'éventuelle prochaine crise. La création des ARS n'était qu'une première étape vers une territorialisation beaucoup intense* » ; elle avait ensuite rappelé l'importance de « *mettre la médecine de ville au premier rang de la vaccination en équipant les cabinets médicaux référents de groupe électrogène et de système de réfrigération pour accueillir sereinement les patients* »[666].

Les recommandations émises notamment par le ministère des Solidarités et de la Santé ont d'ailleurs été revues, puisque désormais il est prévu que *« les patients Covid-19 présentant une forme simple ou modérée sont pris en charge en ville. Cette prise en charge ambulatoire est organisée par les professionnels de santé habituels des patients. […] Les médecins généralistes sont en première ligne pour la prise en charge des patients présentant des symptômes évocateurs de Covid-19* »[667].

---

665 Communiqué de presse de la HAS, « *Vaccination contre la Covid-19 : impliquer davantage de professionnels pour accélérer la campagne* », mis en ligne le 26 mars 2021.

666 Auditions de Roselyne Bachelot par la Commission d'évaluation des politiques publiques face aux pandémies, Sénat, jeudi 17 septembre 2020.

667 Fiche professionnels de santé, « *Prise en charge par les médecins de ville des patients atteints de Covid-19 en phase de déconfinement* », 13 mai 2020 ; www.solidarites-sante.gouv.fr.

176. **Rôle pivot de la médecine de ville.** Le recours à une prise en charge hospitalière n'a donc plus lieu en première intention, et le médecin de ville peut décider d'orientations différentes en fonction de son appréciation de l'état du patient.
Cette évolution de la prise en charge des patients atteints de Covid-19 s'est accompagnée, comme évoqué précédemment, de modalités de rémunérations dérogatoires mises en place pour les médecins libéraux mobilisés pour la crise sanitaire[668] et prenant en charge des patients Covid-19 dans des établissements de santé privés et dans le cadre d'une pratique différente de leur spécialité d'origine pendant toute la durée de l'épidémie.

En effet, la gestion et la lutte contre ce virus a conduit les établissements de santé (privés, publics et privés à but non lucratif) à réorganiser leurs activités et leur offre de soins afin d'être à même de prendre en charge de nombreux patients touchés par ce virus. Cette réorganisation temporaire s'est traduite par la mobilisation des professionnels libéraux, la déprogrammation de nombreuses interventions[669] et donc une baisse d'activité pour les professionnels concernés.

177. Par conséquent, l'une des leçons qui doit être tirée de cette crise sanitaire et de la réorganisation impromptue de notre système de santé est inévitablement la nécessité d'une meilleure coopération entre les acteurs de notre système de santé, mais également l'obligation « *de consolider les organisations territoriales construites avec les libéraux leur permettant à la fois de s'organiser entre eux et de dialoguer avec les pouvoirs publics* »[670].
Il apparaît alors fondamental, si ce n'est de réinventer cette forme d'exercice, au moins de la réaménager ; en l'état actuel des choses, l'exercice libéral isolé se veut voué à une disparition progressive, qui plus est dans un contexte inédit tel que la crise sanitaire traversée.

---

668 Instruction n°DSS/SD1A/2020 du 29 mai 2020 relative aux modalités de rémunération des médecins libéraux exerçant dans les unités de réanimation et de médecine Covid-19 dans les établissements de santé privés.

669 Décret n°2021-431 du 12 avril 2021 portant modification du décret n°2020-1807 du 30 décembre 2020 relatif à la mise en œuvre de l'aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de Covid-19, JORF n°0087 du 13 avril 2021.

670 Discours de Thomas FATÔME, Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie, journée de rentrée du Centre national des professions libérales de santé, 8 octobre 2020.

Soulignons que ces dernières années, un dispositif s'est néanmoins dégagé dans cette superposition de réformes et de mécanismes plus ou moins innovants, les communautés professionnelles territoriales de santé. Elles ont ainsi joué un rôle primordial et témoigné de leur efficacité dans la gestion de cette crise « *proposant un parcours fléché aux patients symptomatiques du Covid-19 dans leur département* »[671] et ont « *démontré leur appétence à gérer la crise sanitaire ; des leviers territoriaux que la DGOS relève dans un retour d'expérience* »[672].

Du point de vue des différents acteurs de santé en France, il est nécessaire de sortir grandi de la gestion de cette crise sanitaire, coopération multisectorielle ne devant plus rimer avec exception. L'ouverture et la coopération entre ces différents secteurs pourraient alors être la règle et l'imperméabilité pourrait être l'exception afin de rendre ses lettres de noblesse à notre système de santé décrit, il y a quelques années déjà, comme à bout de souffle[673] par le Dr BOUET, alors Président du CNOM.

Dans un contexte où il apparait inévitable de repenser notre système de santé et d'enfouir une bonne fois pour toute le clivage public/privé, les prochaines mesures de santé ne doivent pas être une énième réforme axée sur l'hôpital mais bien de réels dispositifs de coopération à accentuer, un décloisonnement entre les structures de notre système de santé à renforcer, et ce pour permettre de trouver un équilibre dans cette approche hospitalo-centrée de notre système et une complémentarité pérenne entre ses différents acteurs.

---

671 L. TRANTHIMY, « *Face au Covid-19, les nouvelles CPTS à la manœuvre pour désengorger les hôpitaux* », Le Quotidien du médecin, 27 mars 2020.

672 G. TRIBAULT « *La souplesse a fait la force des CPTS durant la crise du Covid-19* », Hospimédia, 20 juillet 2020.

673 CNOM, livre blanc « *Pour l'avenir de la santé : de la grande consultation aux propositions* », *op. cit.*

## 2§ -Le renforcement législatif attendu

Soumis à des contraintes de réorganisation, l'exercice libéral tend à se réinventer et « *le temps de travail du médecin, qu'il s'agisse de le réduire ou de l'optimiser, est au cœur de ces transformations et constitue à ce titre un enjeu en termes de mesure et d'évaluation* »[674]. Encore faut-il trouver le juste équilibre entre les outils déjà mis à disposition des professionnels libéraux (**A**) et d'éventuelles nouvelles réformes[675], la nécessité première pour ces praticiens étant d'appréhender leur exercice différemment en apprenant à se structurer (**B**).

### A - Le constat de l'existant

178. À l'aune d'un ajustement attendu de notre système de santé, « *la précipitation et l'agitation ne doivent pas l'emporter afin de ne pas basculer à nouveau dans cette tendance du système français 'à multiplier les dispositifs par différentes réformes sans vision d'ensemble, donnant lieu à de véritables mosaïques'*[676] *conduisant à un 'manque de lisibilité tant pour les collectivités locales que pour les acteurs eux-mêmes', ce qui rendait complexe la conduite d'actions en faveur de l'accès aux soins et renforçait le risque de doublons* »[677].

Même s'il y a effectivement urgence à appliquer les dispositifs existants et à en améliorer la mise en pratique, il n'apparait cependant pas nécessaire d'entreprendre une énième réforme de santé. En effet, pour certains acteurs du système de santé, il conviendrait de ne pas

---

[674] P. LE FUR, en collaboration avec Y. BOURGUEIL et C. CASES, IRDES « *Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles* », *op. cit.*

[675] F. GALLETTI, « *Existe-t-il une obligation de bien légiférer ? Propos sur 'l'incompétence négative du législateur' dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel* », Revue française de droit constitutionnel, n°2, 2004, p.387-417 : « *Il faudrait rechercher les raisons de l'affaiblissement d'un Parlement-législateur qui légifére(rait) trop, peu, ou mal* ».

[676] A. CAPPELLARI, « *Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins* », *op. cit.*

[677] Étude d'impact, projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 13 février 2019, p.57.

tomber dans une dynamique du « *tout légiférer* »[678], la loi n'étant pas « *assez souple et trop immuable mais plutôt d'adopter la souplesse du droit règlementaire* »[679].

Une fois la mobilisation exceptionnelle des professionnels de santé constatée durant la crise sanitaire, tel un inventaire à la Prévert[680], les failles ressurgissent : déserts médicaux, manque de coordination, liberté d'installation, répartition géographique, difficulté de délégation des tâches ou encore manque d'intérêt pour l'exercice libéral. Se pose désormais la question de « l'après » et de la réorganisation de ce système de santé fortement éprouvé.

En effet, si l'organisation hospitalo-centrée a « *permis de construire un système de santé relativement performant, elle a aussi fortement contribué à délaisser les soins de proximité et à concentrer sur le secteur hospitalier des activités qui n'avaient rien à y faire* »[681]. Les politiques publiques cherchent alors à inverser le balancier et à instiller de l'activité libérale dans les structures d'exercice les plus récentes[682].

179. **Réorganisation des soins.** Cette réorganisation des soins permettrait à l'offre libérale de se recentrer et de contrebalancer un secteur hospitalier bien plus structuré. C'est ainsi qu'aux prémices des CPTS, ces dernières étaient essentiellement tournées vers les praticiens libéraux[683] au détriment bien souvent des établissements de santé par exemple[684]. Améliorer le système de santé et l'offre de soins sur le territoire n'est pour autant pas synonyme d'une énième réforme dont les conséquences auraient à moyen et long terme

---

678 V. définition du Littré : néologisme. « *Faire des lois. Ils ont tous la manie de légiférer* ». Du latin *legifer*, « *qui donne des lois, de lex, legis, loi, et ferre, porter* ».

679 S. MAUBORGNE, « *Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.29-30.

680 J. PRÉVERT, Inventaire, Paroles 1946.

681 La santé à voix haute, « *Coordination des soins : les ARS vont-elles s'attaquer au mille-feuilles ?* », *op. cit.*

682 V. maisons de santé, hôpitaux de proximité ou encore CPTS.

683 M. CORMIER, « *Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ?* », RDSS, janvier/février 2019, p.67.

684 CSP, art.L.6112-2, III, 1°. V. C. EVIN, « *Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence* », RDSS, 2017, p.115.

l'effet inverse du résultat escompté[685] et dont le conditionnement annoncerait son échec avant même son réel déploiement[686].

Il convient alors de se confronter à la réalité des mesures prises et du terrain afin d'en tirer les avantages et les inconvénients avant de légiférer à nouveau et d'imposer à un système de santé fatigué, et à ces professionnels notamment libéraux, de nouveaux dispositifs à s'approprier. Le nombre important d'outils proposés entraine seulement un manque de lisibilité pour les acteurs du système de santé déjà éprouvés par les crises traversées. La multiplicité des réformes n'apparait donc pas comme la solution la mieux adaptée bien qu'au cours des cinq dernières années[687] trois lois ont été adoptées[688].

---

[685] J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.* : le Dr ORTIZ rappelle que la crise extraordinaire qu'est en train de subir la médecine de ville peut s'expliquer notamment par un fort problème de démographie médicale expliqué, entre autres, par « *l'erreur funeste d'avoir dans les années 90 appauvri de nombre de médecins pour faire face au déficit de la sécurité sociale* ».

[686] V. en ce sens, la mise en place du service d'accès aux soins (SAS) « *indispensable sur tout le pays, les médecins en sont conscients mais des moyens supplémentaires doivent être déployés pour les tâches qu'on leur demande d'accomplir, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. À titre d'exemple, un acte non programmé par le SAS est valorisé à +15 euros pour les praticiens libéraux contre 60 euros à l'hôpital pour que les patients soient ensuite réorientés vers la médecine de ville* ».

[687] Sous le premier quinquennat du Président Macron (2017-2022).

[688] Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dont les principales orientations sont le développement d'une offre hospitalière de proximité, la création des CPTS, la création du projet territorial de santé (PTS) et le renforcement des GHT avec obligation des commissions médicales de groupement ; le Ségur de la santé avec les accords du 13 juillet 2020 relatifs à la transformation des métiers et à la valorisation des soignants, la nouvelle politique d'investissement et de financement ou encore la réorganisation de la gouvernance ; Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, *op. cit.* dont les principaux objectifs sont la lutte contre l'intérim à l'hôpital, la simplification de la gouvernance, la réhabilitation des services hospitaliers et des chefs de service, une meilleure association des soignants et usagers dans la décision ou encore la création du SAS. V. M-O. SAFON, « *Les réformes hospitalières en France – Aspects historiques et règlementaires* », synthèse documentaire IRDES, juin 2021. V. également G. CHAMPENOIS, « *Loi Rist, le législateur va-t-il assez loin ?* », Houdart&Associés, 30 avril 2021 ; M. KRKAC, « *La loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification est adoptée* », RDS, n°102, juillet 2021, p.628-629.

B – La nécessité de se structurer

180. **Inapplicabilité constatée.** Il ressort de ces nombreuses réformes que les mesures prises ont été insuffisantes car assorties de trop de conditions les rendant, pour la plupart, inapplicables de manière rapide et efficace par les praticiens libéraux. Il s'agit désormais de se canaliser sur les réformes qui portent, ou qui porteront leurs fruits, dans les années à venir telle que la réforme des études médicales[689], les compétences des professionnels de santé ou encore leur restructuration.

Face à ce constat, les pouvoirs publics avaient alors fait le choix de miser sur la création d'un millier de CPTS d'ici l'année 2022[690] afin « *d'inciter les professionnels de santé de tous les métiers, les hôpitaux, les professionnels de ville et du secteur médico-social à rassembler leurs compétences, leurs moyens et leur énergies* »[691] et d'aboutir à « *un véritable changement de paradigme en faisant de l'exercice isolé une exception* »[692].

181. **Exercice coordonné.** Érigées par la loi de modernisation de notre système de santé, les CPTS constituent alors un véritable réseau local de professionnels de santé libéraux permettant le passage tant attendu, voire tant souhaité, du praticien libéral isolé à une équipe de soins constituée autour du patient (ville, hôpital, public, privé, sanitaire, social et médico-social) et s'appuyant sur des structures d'exercice coordonné.

Pour Dominique POLTON[693], la clé de cette restructuration réside dans les coopérations[694] à condition que dorénavant les professionnels de santé libéraux acceptent de travailler de manière non isolée. Elle ajoute qu'il faut « *travailler en équipe, aller vers des formes plus structurées* »

---

689 S. RIST, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.* : 19% d'étudiants en médecine de plus en 2021.

690 Pour ce faire, « *Les CPTS peuvent trouver appui dans leur développement sur la coordination des autres dynamiques territoriales en santé : contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale et ateliers santé ville* » ; v. P. HÉMERY, « *La coordination des dynamiques territoriales en santé facilite la création des CPTS* », Hospimédia, 24 août 2022.

691 Ma santé 2022 un engagement collectif, *op. cit.*

692 *Ibid.*

693 Présidente du conseil scientifique de l'École des hautes études en santé publique.

694 D. POLTON, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

mais que « *cela peut se faire par étape* ». C'est dans cette dynamique de représentation et de restructuration de l'offre de soins libérale que les unions régionales de professionnels de santé libéraux[695] apportent leur concours et participent activement à la restructuration du système de santé puisque « *il est spécifiquement requis que l'initiative de cette élaboration revienne à au moins une CPTS dont le projet de santé a été validé, avec le concours éventuel de l'URPS […], et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social* »[696].

En pratique, ces essais de réformes attestent néanmoins d'une évolution certaine des différents modes d'exercice et de la manière dont les pouvoirs publics appréhendent leur articulation. Quoiqu'il en soit, la transformation du système de santé ne pourra s'opérer qu'à travers certaines pistes incontournables que sont « *des innovations organisationnelles portées par les acteurs sur le terrain, facilitées par une simplification règlementaire et administrative ; et la mise en responsabilité territoriale/ populationnelle des professionnels et des acteurs du système de santé* »[697].

182. La réussite de la restructuration du système de santé ne réside alors pas nécessairement dans un incontournable renforcement législatif mais plutôt dans la compréhension et le déploiement des outils existants afin d'en optimiser leur utilisation ; et ce notamment grâce au rôle de relai des ARS, en faisant évoluer ce dernier[698], leur

---

695 V. Définition URPS *in* Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale, sous la direction de F. TUFFREAU, Presses de l'EHESP, Hors collection, 2013 : « *Suite à la loi HPST, des URPS ont été créées dans chaque région et pour chaque profession. L'adhésion à ces unions est obligatoire. Les URPS de médecins libéraux, créées à partir de 1994 dans toutes les régions, se sont fondues dans les nouvelles unions professionnelles* ». Les URPS ont été créées par l'art.123 de la loi HPST codifié aux articles L.4031-1 et s. CSP (Titre III – Représentation des professions de santé libérales) : « *Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé libéraux* » (article depuis modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art.231). Sont ainsi représentés, les médecins libéraux, les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les pédicures-podologues, les orthophonistes, les orthoptistes, les sage-femmes et les biologistes. V. également le décret n°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé, JORF n°0126 du 3 juin 2010.

696 A. CAPPELLARI, « *Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins* », *op. cit.* V. également art.L.1434-10, III CSP modifié par l'art.22-I, 1°, d) de la loi du 24 juillet 2019.

697 N. NABET et P. PRIBILE, « *Repenser l'organisation territoriale des soins* », *op. cit.*

698 À la création des CPTS, leur rôle était somme toute assez modeste puisque les ARS ne disposaient pas d'outils permettant de vérifier la cohérence des CPTS sur leurs territoires et le projet de création de ce

permettant alors de « *mieux structurer l'offre de soins dans les territoires* »[699]. Qui plus est, un encadrement législatif trop strict viendrait ternir la logique relativement souple des CPTS qui, rappelons-le, est « *fondée sur l'existence d'une marge de liberté accordée aux acteurs de terrain* »[700].

Un renforcement législatif est alors attendu mais n'était pas forcément souhaitable. Dans un système lourdement affaibli par la crise sanitaire traversée, de nouvelles perspectives sont inévitables afin d'essayer d'affronter plus sereinement les enjeux à venir. L'exercice libéral de demain sera alors forcément regroupé et/ ou multisite[701] et il s'agirait tout d'abord de se servir des outils existants en proposant un accompagnement adapté aux professionnels concernés.

dispositif formalisé par les membres devait juste leur être transmis (v. CSP, art.L.1434-12 al.3). Dans le meilleur des cas, même lorsqu'elles accompagnaient les acteurs du projet et validaient le projet de santé, cette action n'en demeurait pas moins dépourvue de valeur.

C'est alors que l'article 7 du projet de loi, devenu l'art.22 de la loi du 24 juillet 2019, a envisagé de renforcer ce rôle et donner de nouvelles prérogatives aux ARS. Désormais le projet de santé d'une CPTS devra « *s'appuyer sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent* » (v. CSP, art.L.1434-10, III modifié par l'art.22.I, 1°, d) de la loi du 24 juillet 2019) et « *sera réputé validé, sauf si le directeur général de l'ARS s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du PRS […] ou sur la pertinence du territoire d'action de la CPTS* » (v. CSP, art.L.1434-12 modifié par l'art.22- I, 2°, a) de la loi du 24 juillet 2019).

[699] Étude d'impact, « *Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé* », *op. cit.*

[700] A. CAPPELLARI, « *Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins* », *op. cit.*

[701] J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.* : « *La pluriprofessionnalité pourra se développer dans des équipes adaptées sous la responsabilité du médecin qui coordonnera l'ensemble de l'équipe des professionnels non médicaux concourant à la prise en charge du patient* ».

## Conclusion de chapitre

Face à cette difficile articulation des différents modes d'activité, et notamment en temps de crise, il apparait pourtant primordial de faire de la coopération et de la coordination des prises en charge un élément majeur dans une organisation des soins repensée. À ce titre, la coordination des soins de premier recours doit se renforcer entre les praticiens libéraux et les services d'urgence et devrait alors reposer sur une logique de réciprocité primordiale.

S'agissant par exemple des relations entre les CPTS et les services d'urgence, « *l'élément déterminant en la matière sera la capacité des acteurs à contractualiser sur la base d'une réciprocité des engagements. Par exemple, l'engagement du libéral à ne pas orienter le patient aux urgences pour un patient ayant besoin d'une prise en charge hospitalière, en contrepartie de l'engagement de l'établissement à proposer une hospitalisation à très bref délai* »[702]. La voie est ainsi ouverte à la mise en place pérenne de différents protocoles de coopération permettant aux professionnels de santé de dépasser cet ineffectif décloisonnement constaté de manière récurrente lors des dernières réformes de santé entreprises.

[702] B. DE LARD-HUCHET, « *Crise des urgences : le cadre juridique de la coopération avec la médecine de ville est-il suffisant ?* », *op. cit.* : À ce titre, « *de nombreux établissements l'ignorent, mais parmi les missions obligatoires des CPTS (dites missions socles) figure celle de l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville* ».

## Conclusion de titre

Pour perdurer, l'exercice libéral doit se réinventer du fait notamment des difficultés rencontrées dans l'accès aux soins sur le territoire, mais également d'un manque certain de coordination entre les différents acteurs du système de santé. La réhabilitation de l'organisation des soins de premier recours apparait alors comme la pierre angulaire dela modernisation attendue de notre système de santé.

En effet, pour rappel « *l'exercice isolé doit devenir l'exception […] ; les soins de proximité de demain appellent à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé. Cet exercice coordonné signifie qu'à l'échelle d'un territoire […], l'ensemble des professionnels de santé doit s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville. […] La réalisation de toutes ces missions […] sera confiée aux CPTS et sera au cœur d'un contrat entre les professionnels de santé et la population du territoire* »[703]. L'avenir de l'exercice libéral des praticiens repose donc sur cette nouvelle organisation des soins de premier recours ainsi que sur le développement des « *protocoles de coopération* »[704] conduisant à la valorisation du travail d'équipe et des autres professionnels de santé.

[703] « *Ma santé 2022, un engagement collectif* », *op. cit.*

[704] Ces protocoles de coopération entre les différents professionnels de santé ont été instaurés par la loi HPST de 2009 puis modernisés par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

## Conclusion de partie

La notion de profession libérale, telle que classiquement admise, ne correspond plus à l'approche contemporaine de l'organisation des soins. Le terme d'exercice libéral de ces professions de santé a donc été privilégié dans ce travail de recherche afin de le confronter aux problématiques existantes de notre système de santé.

Face au désintérêt constaté des jeunes praticiens pour ce mode d'exercice, des aménagements doivent alors se profiler afin de redynamiser la place occupée par ces professionnels dans l'offre de soins de premier recours notamment. Plutôt que maintenir une construction bicéphale d'un système de santé marqué par un important hospitalo-centrisme, l'heure est au décloisonnement des modes d'activité et à la consolidation de l'exercice coordonné.

Seule une véritable restructuration de ce système permettra de pallier un maillage territorial déficient en offre de soins et de renforcer la place des professionnels libéraux de santé mais surtout d'en assurer la longévité.

# Partie II - L'approche rénovée de l'exercice libéral

« *Il fallait un local commun où recevoir nos malades et installer une secrétaire : une maison médicale* »[705]

L'approche classique de l'offre de soins libérale semble désormais condamnée et ne plus pouvoir perdurer dans notre organisation des soins en perpétuelle évolution. L'exercice libéral isolé semble même aujourd'hui condamné et inadapté au système de santé actuel tant et si bien qu'une approche rénovée de cet exercice est inévitable.

184. **Exercice à rénover.** En effet, pour perdurer l'exercice libéral est dans la nécessité de s'adapter afin de conserver sa place prépondérante dans un système de santé décrit actuellement comme à bout de souffle ; cette adaptation ne sera pas sans mal car le ministre de la santé tient à fixer un cap qu'il faudra garder notamment pour « *relever le défi de l'accès aux soins et des besoins de santé* »[706] et ajoute « *qu'il faudra des résultats* »[707] (**titre I**).

Cette rénovation de l'exercice libéral ne pourra cependant pas se faire au détriment de sa nature qu'il est primordial de préserver, faisant de lui une « *réalité distinctive* » pour échapper « *à un modèle libéral devenu une réelle fiction* » [708]. Même si les différentes évolutions de l'organisation des soins conduisent inévitablement à s'éloigner du « tout libéral », il convient d'être attentif aux « *mutations qui entraînent des modifications substantielles de l'exercice même* »[709] afin de garantir l'originalité de l'exercice libéral (**titre II**).

---

[705] V. GUIHENEUF, Mémoires d'un médecin de campagne, éd. De Borée, 2013.

[706] M. FOULT, « *Devant les cadres de la CSMF, François BRAUN donne des gages aux médecins libéraux mais fixe l'objectif non négociable de la réponse aux besoins de santé* », Le Quotidien du médecin, 23 septembre 2022 : À l'occasion de la 28ème Université d'été de la CSMF, le ministre de la santé a plusieurs fois interpellé les praticiens libéraux en affirmant que « sa démarche c'est de parier sur eux ».

[707] *Ibid.*

[708] M. BORGETTO, « *L'exercice de la médecine face aux mutations du monde libéral* », RDSS, n°4, juillet-août 2013, p.573

[709] *Ibid.*, p.574.

# Titre I - La nécessaire adaptation de l'exercice libéral

Dans cette approche contemporaine de l'exercice libéral, il apparaît fondamental de s'interroger sur le devenir, disparition ou survie, de cette forme d'exercice particulier dans un système de santé dont les dernières réformes ont accentué l'hospitalo-centrisme[710] et ont renforcé le rôle du secteur public[711], au détriment peut-être de l'exercice libéral par manque, notamment, de contrepouvoirs face à une montée de l'étatisme dans le système de santé (**chapitre I**).

185. **Interrogation.** L'exercice libéral peut-il alors subsister sans se réinventer ? L'ancrage dans une approche classique semble désormais condamner ce mode d'exercice, et ce pour des raisons tout à la fois politiques, économiques mais aussi sociologiques.

Il s'agit sinon de réinventer l'exercice libéral du moins en proposer les voies d'adaptation afin d'en envisager son maintien (**chapitre II**). Des solutions existent-elles alors pour pallier la perte d'intérêt des professionnels de santé pour l'exercice libéral ?

L'enjeu serait de mieux encadrer cette pratique afin de perpétrer l'originalité de l'exercice libéral à savoir une profession intellectuelle, indépendante et désintéressée comme l'avait démontré le Professeur Jean SAVATIER à l'occasion de ses travaux de recherche datant

---

710 V. en ce sens F. BIZARD, « *Un gosplan pour la santé !* », le blog santé, 18 septembre 2018 : l'auteur dénonce cet hospitalo-centrisme latent et argue que « *l'État et sa technostructure ont progressivement envahi ces vingt dernières années toutes les sphères de la santé* ».

711 Face à la crise majeure à laquelle est confronté le système de santé actuel, des initiatives de terrain apparaissent, dépassant même le clivage historique exercice libéral/ hôpital. C'est ainsi que des médecins libéraux et des hospitaliers, afin d'éviter l'engorgement des urgences, ont présenté « *six propositions pour une application immédiate dès cet été, basées sur le principe de responsabilité et solidarité partagées de tous les professionnels de santé* » et réclament « *une régulation médicale préalable à l'entrée des urgences* ». V. L. TRANTHIMY, « *Union sacrée des médecins libéraux et hospitaliers pour une régulation de l'accès aux urgences* », Le quotidien du médecin, 27 juin 2022. Le nouveau Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, Dr F. ARNAULT, a d'ailleurs d'ores et déjà annoncé les priorités de son mandat dans « *un contexte de crise aux urgences et, plus généralement, de l'accès aux soins* ». V. L. GALANOPOULO, « *Régulation de l'accès aux urgences, délégations de tâches et équipes interpro : 'face au mur', le Président de l'Ordre fixe le cap* », Le quotidien du médecin, 29 juin 2022.

de 1946[712], critères repris dans la définition légale de la profession libérale[713]. La pratique privée doit alors nécessairement être adaptée afin de mieux en définir le rôle, le statut et la place dans l'offre de soins globale présente sur le territoire et surtout la cohabitation entre l'offre de soins publique et privée.

[712] J. SAVATIER, « *Étude juridique de la profession libérale* », *op. cit.* V. également en ce sens F. VIALLA, « *L'introduction du fonds libéral en droit positif français* », *op cit* ; A. LAMBOLEY, « *Un nouveau statut de la profession libérale : la société civile professionnelle* », thèse, Montpellier, 1973 ; F. ALCADE, « *La qualification fiscale de la profession libérale* », thèse, Montpellier, 1978.

[713] Loi n°2012-387 du 22 mars 2012, *op. cit.*, article 29.

# Chapitre I – L'inapplication des mécanismes existants

« *Le monde de la santé traverse aujourd'hui une crise qui affecte toutes ses composantes : établissements de santé, professionnels de ville et des établissements, structures publiques et privées, secteur sanitaire et médicosocial* »[714]

Face à une succession de réformes de santé proposant chacune de nouveaux mécanismes à appliquer, l'intérêt premier perd en force et ces dispositifs manquent alors cruellement de lisibilité pour les professionnels de santé concernés (**section I**). Les légers ajustements entérinés sont vains, car malgré des efforts constants, « *notre système a peu bougé dans ses grandes caractéristiques héritées des réformes des années 1960-1970. Ce modèle, orienté vers une approche curative et individuelle de la santé, ne parvient pas à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population* »[715].

186. **Changement de paradigme.** En tout état de cause, l'exercice libéral n'a pas échappé à ce constat et peine actuellement à se maintenir tel qu'il a toujours existé ; un aménagement de ce cadre est aujourd'hui nécessaire afin qu'il puisse se moderniser et se réinventer (**section II**). D'une manière plus globale, il est désormais temps d'oser « *changer de paradigme et répondre par une réforme d'ensemble aux difficultés que l'on voit s'amplifier chaque jour* »[716]. C'est seulement cette approche d'ensemble qui permettra la synchronisation indispensable des dispositifs et actions à mener.

[714] Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, « *Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé* », Avis, 24 mai 2018.

[715] Ibid. En effet le médecin libéral, dans sa conception traditionnelle, n'était pas seulement un technicien de la maladie. Désormais, l'évolution tend vers une médecine de performance curative à plus de moyens mais peut-être moins d'approche humaniste ; le praticien libéral est moins autonome et isolé dans son exercice excluant alors de sa pratique, la petite chirurgie, les accouchements etc. puisqu'il adresse désormais ses patients vers d'autres confrères ou vers les services d'urgence.

[716] *Ibid.*

## Section I - Les lacunes de ces outils

187. **Sécurité juridique.** En pleine mutation et restructuration du système de santé français existant, un exercice isolé ne peut alors plus perdurer. Toutefois, la superposition des dispositifs[717], et donc des règlementations attenantes, constitue une atteinte à l'un des principes fondamentaux même du droit, la sécurité juridique[718], et favorise des mécanismes sporadiques au détriment d'une vision plus globale de notre système de santé.

Le secteur privé doit alors réussir à élaborer des incitations sur des critères sanitaires et de santé publique tout en prenant la responsabilité de ces évolutions et de concevoir une ligne stratégique sectorielle et cohérente avec la mixité public-privé du modèle hospitalier français et la pluralité des types d'acteurs au sein du secteur privé.

Cette hétérogénéité latente n'est cependant pas un fléau récent puisqu'elle traverse les années et les différents gouvernements (**§1**) entrainant des difficultés d'appréhension et d'application de ces outils (**§2**).

---

[717] Sur ces questions, v. notamment G. FAURÉ (dir.), La loi du 4 mars 2002 : continuité ou nouveauté en droit médical ?, *op. cit.*

[718] M. DE SALVIA, « *La sécurité juridique en droit constitutionnel français* », Cahiers du Conseil constitutionnel, n°11, décembre 2001 : « *La sécurité juridique est un élément de sûreté. À ce titre, elle a son fondement dans l'article 2 de la Déclaration de 1789 qui place la sûreté parmi les droits naturels et imprescriptibles de l'Homme au même titre que la liberté, la propriété et la résistance à l'oppression* ». Elle vise à assurer la stabilité des situations juridiques et suppose donc que le droit soit prévisible ; v. Dalloz, fiche d'orientation, « *Sécurité juridique* », décembre 2021. Ce principe fut consacré principe général du droit par l'arrêt CE Ass., 24 mars 2006, Société KPMG et autres, n°288460. Pour d'autres auteurs, la sécurité juridique est une tautologie. En effet, « *la formule sonne comme une sorte de redondance, tant il paraît évident qu'un droit qui n'assurerait pas la sécurité juridique des relations qu'il régit cesserait d'en être un. Imagine-t-on un droit qui organiserait l'insécurité, ou même qui la rendrait possible ?* » (v. J-G. HUGLO, « *La Cour de cassation et le principe de sécurité juridique* », Cahiers du Conseil constitutionnel, n°11, décembre 2001).

## §1- L'hétérogénéité historique de ces mécanismes

L'une des principales difficultés rencontrées dans notre système de santé actuel réside non pas en l'absence de mécanismes mais plutôt en leur inapplicabilité. Comme évoqué précédemment[719], de nombreux dispositifs ont été instaurés par les réformes successives ; pour autant seulement quelques-uns trouvent à réellement s'implanter dans une dynamique pérenne du fait de la pluralité des institutions (**A**) mais également, et surtout, de la pluralité des outils (**B**).

### A – La disparité institutionnelle

186. **Hétérogénéité préjudiciable.** « *--- - --- - --- ARS – CRSA – CNS – HCSP – HAS – CEPS – IVS – INPES – ANSM – INERIS – ABM – ASN – IRSN – EFS – INCA – EPRUS – ATIH – ADS – ANAP – CNG – CPAM – UNCAM – UNOCAM – UNPS – URPS – CNSA - --- - -- --. […] Il s'agit de la simple liste des principales institutions intervenant dans le pilotage ou la régulation du système de santé en France ?! Encore cette liste ne comprend-elle pas les innombrables sigles internes des structures hospitalières, des organismes d'assurance maladie ou des instances ordinales ou syndicales. Ni les acronymes des instances qui se sont transformées ou ont disparu…* »[720].

L'hétérogénéité des outils proposés s'explique de prime abord par la multitude d'institutions compétentes en la matière[721] entrainant une « *surenchère institutionnelle sur le secteur de la santé* »[722] ; en effet, plusieurs dizaines d'entités ont vu le jour depuis la fin des années 1980 dans le secteur de la santé. C'est ainsi que sont apparues les agences, le « *graal régional de*

[719] V. Partie I, Titre II, Chapitre I, Section I, §2 : Le bilan en demi-teinte des mécanismes incitatifs.

[720] D. TABUTEAU, « *Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation* », Les Tribunes de la santé, vol. 41, n°4, 2013, p.37-55.

[721] La multiplicité de ces institutions n'est pas un facteur récent et se retrouvait déjà au début du siècle dernier ; v. P. APPLETON, Droit médical, 2ème éd., Librairie du monde médical, 1939 : chap. II – L'administration sanitaire et notamment la loi du 15 février 1902 créant les conseils départementaux d'hygiène, p.193.

[722] D. TABUTEAU, « *Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation* », *op. cit.*

*l'État* »[723], premièrement sous la forme d'Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)[724] puis d'Agences régionales de santé[725]. La complexité de l'organisation institutionnelle de la santé en France est somme toute assez nébuleuse, du fait notamment de la multiplicité des autorités administratives ayant compétence dans ce système[726].

Toutefois cette hétérogénéité est à nuancer par « *la nécessité de prendre la mesure de la diversité des questions accueillies par les ministères sanitaires et sociaux, et l'hétérogénéité des fonctions des dispositifs à partir desquels ces administrations interviennent* »[727] et par une certaine volonté de restructurer les acteurs sanitaires surtout depuis l'avènement des ARS ; le cloisonnement institutionnel était jusqu'alors responsable de nombreux dysfonctionnements du système.

187. Le secteur libéral peut cependant encore échapper à la coupe des ARS selon la thématique concernée, « *la médecine de ville, à dominance libérale, représentant un des derniers ilots d'autonomie des professions de santé* »[728]. En effet, si le législateur a confié le soin à ces

---

[723] D. TABUTEAU, « *Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation* », *op. cit.* : « *L'État s'est en effet engouffré dans les couloirs régionaux pour déployer de nouvelles compétences sanitaires, sans donner l'impression d'empiéter sur les prérogatives des partenaires sociaux et des syndicats professionnels de santé, gestionnaires de la médecine de ville par le biais des conventions d'exercice des professions libérales* ».

[724] Ordonnance n°96-346 du 14 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996.

[725] Les ARS ont alors sonné le glas des anciennes ARH, des URCAM, des CRAM, des Missions régionales de santé (MRS), des Unions Régionales des médecins libéraux (URML) ou encore des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) : v. article 129 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, *op. cit.*

[726] Il convient en effet de distinguer les institutions nationales (le ministère de la santé, la direction générale de la santé, la direction générale de l'offre de soins, la direction générale de l'action sociale, l'inspection générale des affaires sociales, la haute autorité de santé, l'ANESM), les institutions décentralisées (les ARS, les départements), l'Assurance maladie, les agences et instituts (l'Institut de veille sanitaire, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Institut national du cancer, le Comité consultatif national d'éthique, l'Agence de la biomédecine, l'Établissement français du sang). V. H. DEBIEVE, E. LAJARGE et Z. NICOLLET, Les principaux acteurs et institutions en santé publique, Santé publique en douze notions, Dunod, 2013, p.55-76.

[727] M. BURDILLAT, « *L'administration sanitaire et sociale dans le champ du débat politique et social* », Revue française des affaires sociales, n°4, 2001, p.13-31.

[728] F. BIZARD, « *Un gosplan pour la santé* », *op. cit.*

établissements publics administratifs de « *réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé* »[729], l'imputabilité de cette responsabilité est amoindrie à l'égard de l'exercice libéral.

188. **Rôle des ARS.** Comment imposer ces prérogatives et encadrements « *lorsque les leviers de régulation de la médecine de ville échappent aux agences puisqu'ils relèvent pour l'essentiel des partenaires conventionnels nationaux* »[730]. À titre d'exemple, l'installation des médecins en secteur libéral ne requiert pas l'aval de l'ARS même si elle peut apporter son concours notamment sur les dynamiques de regroupement pluriprofessionnel en cours, les aides à l'installation ou encore les réseaux de santé[731].

La loi HPST[732] a néanmoins bouleversé les relations entre les praticiens libéraux et les administrations de la santé puisqu'ils sont depuis associés au diagnostic des besoins recensés dans les territoires de santé afin d'élaborer un diagnostic territorial puis un projet régional de santé (PRS) et ce dans un but d'instauration de la démocratie sanitaire[733] et de promotion

[729] D. TABUTEAU, « *Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation* », *op. cit.*

[730] *Ibid.*

[731] Cette liberté totale d'installation dont jouissent les médecins libéraux est à nuancer par les critères d'installation d'autres professions libérales telles que les infirmiers soumis à un encadrement d'exercice de leur profession en libéral depuis 2009 et l'avenant n°3 à la convention nationale des infirmiers libéraux.

[732] CSP, art. L.1434-1 : « *Le PRS définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il tient compte notamment des contrats locaux existant sur le territoire régional* ».

[733] J-P. ARVEILLER, P. TIZON, « *Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire* ? », Pratiques en santé mentale, vol.62, n°2, 2016, p.2 : « *Derrière ce mot qui fait savant se cache un concept en fait très simple, celui de la participation citoyenne aux politiques de santé. La définition qu'en donnent les ARS est même particulièrement concise et pragmatique : 'La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation'* ».

des soins de premier recours[734]. Toutefois, on ne régule vraiment « *que ce sur quoi on a la main, aujourd'hui l'ARS ne l'a pas sur les médecins généralistes libéraux* »[735].

Néanmoins, l'intervention de l'État, au travers de ses institutions, se justifierait également par un lourd contexte de diverses crises sanitaires impactant inévitablement la santé publique[736] mais aussi par un « *élargissement du champ de la santé publique attirant l'attention des pouvoirs publics envers des sujets auparavant non traités dans ce domaine (les facteurs environnementaux par exemple)* »[737] ; et enfin par une volonté d'échapper à une « pleine » gouvernance professionnelle[738], ces institutions servant alors de fusibles entre les acteurs de terrain et les pouvoirs publics.

B – La disparité structurelle

Au-delà d'un paysage sanitaire institutionnel dense, l'hétérogénéité de ces différents mécanismes s'explique également par le pluralisme des missions de ces entités (**1**) ainsi que par un manque de lisibilité dans les aides proposées, notamment aux praticiens libéraux au moment de leur installation (**2**).

[734] À titre d'illustration, on peut citer la révision du PRS en Occitanie et l'implication de l'URPS Médecins libéraux. En effet, « *le projet régional de santé doit être révisé avant le 1er novembre 2023, a minima concernant le Schéma Régional de Santé (SRS) et le programme Régional d'Accès à la prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS)* ». L'URPS Médecins libéraux en Occitanie a alors élaboré un document permettant de « *comprendre l'utilité de cet instrument de pilotage régional, la méthodologie proposée par l'ARS et l'implication de l'URPS Médecins Libéraux* » et rappelle que des représentants de chaque URPS sont désignés pour y participer. V. mémo « *Révision du Projet Régional de Santé* », juin 2022.

[735] A. THIBORD, Les relations de proximité entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux : état des lieux et perspectives, mémoire EHESP, mars 2016.

[736] Parmi certains de ces scandales de santé publique, l'on peut évoquer l'affaire du sang contaminé (1992), celle des hormones de croissance ou encore de la vache folle (1996).

[737] H. DEBIEVE, E. LAFARGE, Z. NICOLLET et S. PIOU, Santé publique en treize notions, *op. cit.*

[738] Terme emprunté à D. TABUTEAU in « *Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation* », *op. cit.*

*1 - Les services de santé*

Face à la multitude de structures sanitaires présentes dans le système de santé français, répondent-elles toutes toujours à un réel besoin sanitaire[739] ou se perdent-elles dans un manque de lisibilité et de complémentarité réciproque ?

189. **Finalité similaire.** Il est vrai que la plupart d'entre elles poursuivent des objectifs pour le moins similaires conduisant les professionnels de santé, notamment libéraux, à se retrouver quelque peu désarçonnés au moment d'y recourir et de se les approprier[740].

Ces services sont en effet essentiellement chargés « *d'assurer ou de contribuer à assurer des soins de premiers recours, comprenant selon l'article L.1411-11 du Code de la santé publique, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et l'éducation pour la santé ainsi que des soins de deuxième recours, définis par l'article L.1411-12 du même code comme les soins non couverts par l'offre de premier recours, et qui sont organisés dans les mêmes conditions* »[741].

La plupart de ces structures est fédérée autour de médecins généralistes libéraux assurant leurs activités de soins de premiers recours basées sur un projet commun construit et élaboré dans le but de contribuer à la structuration des parcours de santé. Parallèlement à ces services de santé, d'autres mécanismes se superposent et visent à inciter et promouvoir l'installation en libéral des jeunes praticiens.

---

[739] V. définition du terme « *besoin sanitaire* » in Dictionnaire médical de l'Académie de médecine, version 2022 : « *Exigence éprouvée par une population qui, dans l'état de ses connaissances, souhaite maintenir ou améliorer son état de santé, prévenir une maladie ou la soigner* ». Autrement dit, les besoins de santé peuvent être définis comme « *l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou les pouvoirs publics* », *in* D. BAUBEAU et C. CASES, « *Peut-on quantifier les besoins de santé ?* », Solidarité et Santé, n°1, 2004, p.17-22.

[740] Les plus répandues sont les services de santé de proximité tels que les centres de santé (CSP, art.L.6323-1 à L.6323-1-15), les maisons de santé (CSP, art.L.6323-3), les communautés professionnelles territoriales de santé (CSP, art.L.1434-12) ou encore les réseaux de santé (CSP, art.L.6321-1 et L.6321-2).

[741] D. DUVAL-ARNOULD, « *Droit de la santé – prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins* », Dalloz référence, 2019/2020, p.64.

*2 - Les aides à l'installation*

190. **Aides à l'installation.** Au milieu de ces différentes structures d'exercice, le professionnel de santé libéral peut également s'appuyer sur des aides à l'installation à condition d'être clairvoyant. En effet, lors de cette installation, plusieurs points de contact tels que les Agences Régionales de Santé (ARS) ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) peuvent servir d'appui.

191. **Guichets uniques.** Ainsi, les ARS ont par exemple mis en place l'ouverture de guichets uniques d'installation des professionnels de santé[742] permettant d'accompagner et de faciliter les démarches administratives de ces professionnels (la plupart du temps des médecins et des infirmiers) souvent perdus au milieu de cette accumulation de dispositifs. Ces guichets permettent alors aux professionnels de santé de bénéficier d'un interlocuteur unique pour les orienter et les accompagner dans leurs démarches administratives[743].

Il n'est en effet pas évident pour de jeunes praticiens libéraux qui s'installent de savoir quelles aides peuvent leur être proposées et octroyées d'autant plus en fonction du territoire concerné puisque l'attribution d'aides est grandement influencée par la situation géographique d'ouverture d'un cabinet. En effet, les aides au financement sont, en première intention, versées aux installations en zone déficitaire. À ce moment-là, les collectivités locales peuvent également apporter leur concours en prenant notamment en charge les frais

---

[742] L'ARS Provence-Alpes Côte d'Azur rappelle à cet effet que le guichet unique c'est « *un point d'entrée unique qui offre des informations et permet un accompagnement aux étapes clés du projet professionnel et personnel, du professionnel de santé, de ses études, à son installation jusqu'à sa retraite ; un nouveau service dédié à tout professionnel de santé : étudiant, libéral, salarié pour un accompagnement personnalité, des réponses rapides et fiables, des démarches administratives simplifiées ; une réponse inter-institutionnelle qui facilite les démarches administratives et qui coordonne les différents organismes pour libérer du temps médical et recentrer le professionnel de santé sur les soins* » ; v. www.paca.ars.sante.fr, mis en ligne le 27 mai 2021.

[743] Des entreprises privées proposent également leurs services et accompagnent les praticiens libéraux dans leur installation. C'est par exemple le cas de Docinstall qui a été créé en 2016 afin « *répondre aux besoins des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, dans leurs démarches d'installation en libéral* » et dont les missions sont de « *réaliser les démarches administratives et professionnelles, réaliser les dossiers de demandes d'aides financières, sélectionner et négocier auprès des partenaires, développer la patientèle et le réseau professionnel et enfin, optimiser l'exercice professionnel* » ; www.docinstall.fr.

d'investissement ou de fonctionnement, et en concédant une prime d'installation par exemple[744].

Il existe un nombre important d'aides dans les zones concernées telles que le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), le contrat de stabilisation et coordination des médecins (COSCOM) ou encore le contrat de transition (COTRAM)[745] ; le contrat d'engagement de service public (CEPS), le contrat de début d'exercice médecin installé (CDE) ou le contrat de début d'exercice médecin remplaçant[746] ; ou enfin les exonérations d'impôts sur le revenu pour l'activité de permanence des soins ambulatoires, les exonérations d'impôts sur les sociétés et les exonérations de cotisations foncières des entreprises (CFE).

De leur côté, les ARS proposent également le contrat local de santé (CLS) mis en place par la loi HPST en 2009 puis réaffirmé par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 et qui « *participent à la construction des dynamiques territoriales de santé* »[747]. Mais ce dispositif souffre des mêmes maux que ses semblables ; « *si la loi avait en effet fourni la formule (un contrat), le mode d'emploi (le kit de montage), elle n'a pas pour autant livré toutes les clés […]. Malgré ce cadre commun, les représentations du CLS sont loin d'être homogènes. Si pour les uns, il constitue un outil de partenariat voué à fédérer un ensemble d'acteurs sur les enjeux de santé d'un territoire, pour d'autres, c'est un instrument de programmation dont les finalités mériteraient d'être davantage clarifiées* »[748].

[744] CSP, article L.1434-4.

[745] Aides conventionnelles dont l'Assurance maladie est gestionnaire.

[746] Aides financières dont l'État est gestionnaire.

[747] Plaquette ARS, « *Contrats locaux de santé – agir ensemble pour la santé des citoyens au cœurs des territoires* », octobre 2012.

[748] F. JABOT et A. LAURENT, « *Les contrats locaux de santé en quête de sens* », Santé publique, vol.30. n°2, 2018, p.155-156.

192. Il semble alors possible d'établir un constat mitigé de tous ces dispositifs souvent fragilisés par un certain nombre d'éléments extérieurs qui dépendent d'une interprétation divergente selon les acteurs, les territoires ou encore les mécanismes concernés[749].

### §2- L'hétérogénéité préjudiciable de ces mécanismes

Dans un mouvement de regroupement des professionnels de santé et de reconstruction de l'offre de soins libérale à travers des mécanismes innovants tels que les MSP ou encore les CPTS, les libéraux se doivent de ne pas perdre de vue ce qui est l'essence même de leur exercice (**A**) dans le but de clarifier et pérenniser leur implication (**B**)[750].

#### A - La pluralité des mécanismes : rafraîchir sans déconstruire

Les dernières réformes, et notamment depuis la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, ont clairement exprimé le souhait[751] « d'abandonner » l'exercice libéral isolé pour faire place à un exercice partagé et coordonné. C'est en ce sens qu'un nouveau corpus de textes a alors vu le jour[752] afin de reconstituer l'encadrement de l'exercice médical libéral repensé et notamment des CPTS (**1**) et maisons de santé pluridisciplinaires (**2**).

---

[749] À propos de ce bilan mitigé, v. Rapport du Dr Sophie AUGROS alors déléguée nationale à l'accès aux soins, « *Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins* », septembre 2019 ; solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf. En effet, « *depuis leur création, ce sont 1200 PTMG, 70 contrats PTMA, 19 contrats PTMR et 9 contrats PIAS qui ont été signés* ». L'enjeu pour le Dr AUROS est alors « *de rendre ces contrats plus lisibles et plus simples pour être plus efficaces et efficients* ». Le rapport révèle également que « *le taux de recours aux aides à l'installation d'État est plus faible que celui aux aides conventionnelles avec, par exemple, 7-8% de recours au PTMG versus 68% de recours au CAIM* » car les aides conventionnelles sont plus connues.

[750] Dans un souci d'une approche plus contemporaine de la restructuration de l'offre de soins libérale, l'étude des centres de santé sera exclue de ce paragraphe tant pour le statut salarié de ses professionnels de santé que pour son aspect plus contraignant puisque rappelons qu'ils sont monoprofessionnels à l'heure où l'exercice pluriprofessionnel permet une prise en charge plus globale du patient. V. CSP, art.L.6323-1 à L.6323-1-15.

[751] Ambition de conduire à un exercice moins libéral et plus administré.

[752] Notamment décret n°2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins, *op. cit.*

*1– Les communautés professionnelles territoriales de santé*

193. **Coopération renforcée.** Cet exercice libéral rénové et assoupli[753] s'appuie désormais sur des structures de coopération, d'exercice partagé. Les CPTS ont alors vocation à assurer une meilleure coordination de l'action des professionnels de santé et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé[754] et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé[755]. Elles sont composées de « *professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires[756], d'acteurs assurant des soins de premier recours ou de deuxième recours[757] et d'acteurs médico-sociaux et sociaux ainsi que de services de prévention au travail, concourant à la réalisation du projet régional de santé* »[758].

En effet, même si la plupart des mesures, et notamment le déploiement des CPTS, sont soutenues par les professionnels dans un souci de structuration des soins de proximité, ils attirent néanmoins l'attention des pouvoirs publics sur certaines lignes à ne pas franchir.

194. À titre d'exemple, le Syndicat des médecins libéraux (SML) a pu rappeler, à l'occasion de proposition de nouveaux financements (forfaitaires, à la qualité), que la

[753] Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, JORF n°0111 du 13 mai 2021. V. en ce sens, C. NAYRAC, « *Une ordonnance assouplit l'encadrement de l'exercice coordonné dans les CPTS et les MSP* », Hospimédia, 14 mai 2021 : « *cette ordonnance a pour objet de favoriser le développement de l'exercice coordonné et prévoit en ce sens un assouplissement de l'encadrement de cet exercice, tant du point de vue juridique que fiscal* ». À compter de la publication de ce texte, les CPTS avaient en effet un an pour se constituer sous une forme associative répondant à une obligation de gestion désintéressée qui présente une gestion plus souple et la facilitation de l'adhésion des membres. V. également, M. HUET, « *Réforme du cadre juridique et fiscal des CPTS et maisons de santé* », Huet avocat, 20 mai 2021. Cette obligation prévue par l'article L.1434-12-1 CSP prévoit que « *la CPTS mentionnée à l'article L.1434-12 est constituée sous la forme associative régie par la loi du 1er juillet 1901* ».

[754] CSP, article L.1411-1.

[755] CSP, article L.1434-1.

[756] CSP, article L.1411-11.

[757] CSP, article L.1411-12.

[758] CSP, article.L.1434-12.

rémunération à l'acte est une priorité absolue à laquelle on ne peut point déroger[759]. Si sur le principe le déploiement de ces communautés est jugé positif afin de favoriser l'exercice collectif, les praticiens libéraux craignaient un risque de « *dérive forfaitaire* ». Le syndicat préconisait alors que la part forfaitaire ne dépasse pas les 20% de la rémunération totale des médecins[760].

Certains acteurs du système de santé, comme le Syndicat des Managers Publics de santé, ont même comparé les CPTS à un « *bidule à la main de l'Assurance maladie* », le scepticisme prévalant souvent au lendemain de grandes réformes de santé[761]. En tout état de cause, les espoirs placés dans les CPTS ne seront pas vains si certaines limites ne sont pas franchies.

195. La décentralisation de la gouvernance des soins au niveau des territoires est une idée à développer et à répandre, à la condition *sine qua non* de « *conférer une véritable responsabilisation (droits et devoirs), autonomie et confiance aux acteurs de santé* ». Il ne doit en aucun s'agir de rattacher ces structures au secteur hospitalier mettant ainsi la médecine de ville sous la tutelle des GHT[762].

*2 – Les maisons de santé pluridisciplinaires*

196. **Exercice professionnel collectif.** Outre les CPTS, les maisons de santé pluridisciplinaires apparaissent également comme un outil adapté à ce renouveau de l'offre de soins libérale. Apparues en 2008[763], ces structures sont devenues familières dans le

[759] L.TRANTHIMY, « *Paiement à l'acte, liberté, autonomie : le SML fixe les lignes rouges après le plan Macron* », Le quotidien du médecin, Septembre 2018.

[760] En 2018, selon la CNAM, la rémunération moyenne des médecins généralistes était de 86,6% de rémunération à l'acte, 9% de paiement forfaitaire et 4,4% de rémunération sur objectif de santé publique.

[761] Ici à la suite de la présentation de la stratégie de transformation du système de santé - ma santé 2022, septembre 2018.

[762] F. BIZARD, « *Un gosplan pour la santé !* », *op. cit.*

[763] Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, JORF n°0296 du 21 décembre 2007, article 44.

paysage français de l'exercice regroupé et coordonné et ont permis une première ouverture des professionnels libéraux à un mode d'exercice collectif.

Le ministère des solidarités et de la santé rappelle que ces maisons de santé sont « *des structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent, là aussi, élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Elles sont appelées à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence* »[764]. Une MSP est donc une équipe de professionnels de santé de proximité partageant, là aussi, un projet de santé commun et exerçant leurs activités de façon coordonnée et pluriprofessionnelle au bénéfice des patients d'un même territoire.

197. Certes les MSP favorisent l'exercice coordonné des soins de premier recours au sein de structures intégrées et offrent *« un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, notamment dans les territoires caractérisés par une démographie médicale insuffisante, tout en favorisant une meilleure accessibilité aux soins pour les patients* » ; il n'en demeure pas moins qu'au milieu de ces différents dispositifs, il est parfois difficile pour les professionnels de santé concernés de savoir comment coordonner leur exercice, en s'appuyant sur quelle structure et par quel moyen. Cette accumulation de dispositifs, poursuivant un objectif semblable, a en effet pu déconcerter et effrayer les professionnels. Il convient alors de continuer la démarche de clarification entreprise par les récents textes afin de faciliter leur lisibilité pour les praticiens concernés.

[764] « *Les maisons de santé* », 3 mars 2022 ; www.solidarites-sante.gouv.fr : En juin 2021, 1889 MSP étaient en fonctionnement et 366 en cours d'élaboration.

B – La pérennisation attendue

Cette pérennisation souhaitée des mécanismes existants poursuit un double enjeu : une pérennisation structurelle (**1**) mais également financière (**2**) au regard des récents textes parus qui favorisent une organisation plus souple du travail et une mutualisation simplifiée des moyens tout en diversifiant l'exercice à travers des missions de santé variées.

*1 – La pérennisation structurelle*

198. **Rémunération au sein des CPTS.** Face à l'inquiétude exprimée par les médecins libéraux quant à leur rémunération au sein des CPTS, un décret très attendu par ces professionnels est paru[765] fixant « *les modalités de fonctionnement des CPTS, notamment les conditions de versements d'indemnités ou de rémunérations au profit de leurs membres ainsi que leur montant annuel maximum* ».

Le texte, apprécié des professionnels et notamment du Vice-Président de la Fédération nationale des CPTS, fixe les conditions de versements d'indemnités ou de rémunérations que les communautés peuvent verser à leurs membres et prévoit que « *les indemnités doivent permettre de compenser la perte de revenus subie par les membres en raison des fonctions qu'ils exercent au sein de la CPTS ; les rémunérations constituent la contrepartie de la participation des membres à la réalisation des missions de service public de la CPTS ; et le montant annuel maximum de la totalité des indemnités ou rémunérations perçues par chaque professionnel membre de la CPTS ou exerçant dans une structure adhérente ne peut excéder la valeur du plafond annuel de sécurité sociale* »[766]. Cet assouplissement accorde en outre une exonération d'impôts sur les sociétés et de cotisations

[765] Décret n°2022-375 du 16 mars 2022 fixant les modalités de fonctionnement des communautés professionnelles territoriales de santé, JORF n°0064 du 17 mars 2022. Ce décret précise la possibilité introduite par l'ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux CPTS de rémunérer ou indemniser les membres des CPTS dont le projet de santé est validé. V. A. VÉRAN, « *Indemnités de pertes de revenus : doit-on tenir compte des horaires d'activités de chaque professionnel de santé ?* », Houdart&Associés, mars 2022 ;

[766] A. AGARD, « *Professionnels de santé membres des CPTS : une rémunération très attendue* », Houdart&Associés, mars 2022.

foncières des entreprises pour les CPTS dont le projet de santé a été validé par le DG ARS et ce en raison de leurs missions de service public[767].

199. **Rémunération au sein des MSP.** S'agissant des MSP, des évolutions textuelles étaient également attendues afin d'être en adéquation avec de nouveaux besoins de ces structures tels que le salariat de professionnels de santé en SISA. Est alors rapidement apparue la nécessité de favoriser le déploiement de l'exercice coordonné au sein de ces structures « *en adaptant leurs objets, leurs statuts et leurs régimes fiscaux respectifs ou en créant de nouveaux cadres juridiques* »[768]. Paradoxalement la facilitation de l'exercice salarié dans les MSP, et donc le recours à des assistants médicaux pour le praticien, est à manier avec précaution, cette réforme pouvant également mettre à mal l'exercice libéral au sein de ces structures au profit du salariat.

200. Si la distinction fondamentale entre les MSP et les centres de santé était jusqu'à présent actée[769], l'exercice libéral des praticiens doit rester l'une des caractéristiques principales des MSP[770] et ne pas basculer dans un système de salariat intégral comme pour les centres de santé. En pratique, « *la mise en œuvre de projet de santé porté par une MSP pourrait se heurter à des difficultés de démographie médicale, dans des zones particulièrement sous dotées en professionnels libéraux et à l'heure où le salariat apparaît très prisé par la jeune génération* »[771]. Il

---

[767] Amélioration de l'accès aux soins, organisation des parcours de soins associant une pluralité de professionnels de santé, participation à la réponse aux crises sanitaires ou encore développement des actions territoriales des soins.

[768] Ministère des solidarités et de la santé, Guide relatif aux évolutions des SISA, « *Maisons de santé pluriprofessionnelles : évolution du statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires – ce qu'il faut retenir de l'ordonnance du 12 mai 2021* », mai 2021.

[769] En effet, les professionnels de santé exerçant dans un centre de santé sont salariés de la structure gestionnaire ; alors que dans le cadre d'une MSP les professionnels de santé sont des professionnels libéraux.

[770] M. HUET, « *Réforme du cadre juridique et fiscal des CPTS et maisons de santé* », op. cit. À cet effet, l'ordonnance prévoit que « *les SISA, si elles l'inscrivent dans leurs statuts, peuvent exercer une activité de soins ou toute autre activité contribuant à la mise en œuvre du projet de santé de la MSP au travers de ses salariés, ce qui justifie qu'elles s'inscrivent auprès des ordres dont les professionnels salariés dépendent, tout en permettant aux professionnels libéraux de continuer à exercer pour leur propre compte* ».

[771] *Ibid.* : « *Enfin, le nombre de médecins salariés exerçant des activités de soins doit toujours être inférieur à celui des professionnels libéraux associés à l'activité de la SISA* ».

convient alors, tout en ouvrant le recrutement de personnels salariés, de ne pas remettre en cause l'exercice libéral en maison de santé ; l'ordonnance prévoit à cet effet que le nombre de personnels de santé salariés exerçant des activités de soin soit toujours inférieur à celui des professionnels libéraux associés.

*2 – La pérennisation financière*

Dans la continuité des réformes entreprises à l'occasion de « Ma santé 2022 », un avenant portant sur la création de la fonction d'assistant médical et sur un accord interprofessionnel en faveur du développement du déploiement des CPTS et de l'exercice coordonné a été signé ; ces textes ont notamment eu pour objectif de « *déployer un système de financement pérenne* »[772]. En effet, l'accès aux soins revêt de multiples dimensions ; « *Il s'agit bien sûr d'avoir les moyens financiers pour payer les soins reçus, mais également de pouvoir accéder géographiquement à ces soins, ou de bien comprendre l'organisation du système de santé pour savoir comment s'orienter, vers quels professionnels de santé se tourner* »[773].

201. **Financement stabilisé.** Cette recherche de financements stables a conduit à une modification des règles sur le contenu des conventions nationales des médecins[774] et des accords conventionnels interprofessionnels[775] ; le développement des modes d'exercice pluriprofessionnels et des coopérations implique inévitablement de développer de nouveaux types de financements[776]. Pour les CPTS par exemple, le financement se découpe désormais en deux volets « *au sein desquels les sommes octroyées varient en fonction de la taille de la*

[772] A. CAPPELLARI, « *Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins* », RGDM, n°72, septembre 2019, p. 65-86.

[773] D. CHAMPETIER DE RIBES, « *Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance Maladie et son réseau* », Regards, 2018/1, n°53, p.57.

[774] CSS, art.L.162-5, 27°.

[775] CSS, art.L.162-14-1, 7° et L.162-14-1, II.

[776] « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019* », 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 2019, juillet 2018, p. 182 : « *La volonté de développer les modes d'exercice pluriprofessionnels et des coopérations fondées sur une approche populationnelle implique de développer des modes de financement renouvelés, collectifs et mixtes* ».

*population couverte par la CPTS* »[777] : un volet servant à financer le fonctionnement de la CPTS et un second dédié au financement des missions.

202. Au-delà de ces structures d'exercice, la pérennisation du financement de l'exercice libéral passe également par son aménagement. En effet, depuis la convention médicale de 2016, entrée en vigueur le 1er janvier 2017, certains praticiens peuvent bénéficier d'un forfait structure permettant de faciliter la gestion du cabinet au quotidien et destiné à l'organisation et à l'informatisation de leur cabinet.

De plus, les médecins conventionnés exerçant en secteur 2 ont la possibilité de signer l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)[778] ayant remplacé l'ancien contrat d'accès aux soins (CAS)[779]. Le but premier est de limiter les dépassements d'honoraires, favoriser l'accès aux soins pour tous et réduire le reste à charge des assurés.
Les praticiens ayant souscrit à l'OPTAM s'engagent à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturé sans dépassement.

Mais quelle est alors la plus-value pour les praticiens adhérant à l'OPTAM[780] ? Le médecin conventionné secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM peut, en contrepartie, bénéficier de certains avantages comme un allègement de ses charges sociales, une valorisation de l'activité réalisée aux tarifs conventionnés par prime calculée et donc le versement d'une prime annuelle.

---

[777] Art.7.1 de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé du 20 juin 2019.

[778] Contrat signé entre l'Assurance maladie et les médecins conventionnés exerçant en secteur 2.

[779] Le Contrat d'accès aux soins (CAS) a été remplacé par deux nouvelles options proposées à la signature des praticiens :

- OPTAM destinée aux médecins spécialistes de secteur 2,
- OPTAM-CO applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique de secteur 2.

[780] Adhésion valable pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

203. Cette pérennisation financière de l'exercice libéral se traduit enfin par l'existence de dispositifs d'aide à l'installation dont le contrat début d'exercice[781] (CDE) qui pourrait s'avérer être le plus incitatif et donc permettre de contourner le conventionnement sélectif qui revient de manière récurrente dans le débat public[782]. Le CDE garantit en effet « *un revenu dont le montant est calculé en fonction des honoraires perçus et du plafond d'aide mensuel (ou trimestriels pour les remplaçants) pendant la 1ère année d'exercice* »[783].

204. Outre le fait de proposer une offre de soins accessible au plus grand nombre, ces encadrements visent à pallier la crainte de certaines dérives forfaitaires des praticiens libéraux et ainsi mieux accompagner ces nouveaux aménagements de l'exercice libéral. En effet, ce contrat pourrait être également bénéfique pour la répartition territoriale des professionnels de santé car il favorise l'exercice coordonné. Pour D. AUGROS, conseillère

---

781 Le CDE fusionne les dispositifs précédents d'incitation à l'installation des jeunes médecins ; il simplifie et homogénéise des contrats déjà existants tels que le praticien territorial de médecine générale (PTMG), le praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), le praticien territorial médical de remplacement (PTMR) et le praticien isolé à activité saisonnière (PIAS) et les regroupe en un contrat unique d'une durée de trois ans. À ce sujet, le PLFSS 2023 entend simplifier et renforcer la coordination de la politique de l'installation. En effet, « *de nombreux contrats sont aujourd'hui proposés par l'Assurance maladie et l'État pour inciter les médecins libéraux à s'installer ou à maintenir leur activité dans les zones les plus fragiles en matière d'offre de soins. En parallèle, certaines collectivités territoriales proposent des aides afin de soutenir les primo installations et installations dans leurs territoires. Cette diversité des aides constitue un paysage peu lisible, ce qui peut limiter leur portée* ». Pour ce faire, le Gouvernement souhaite « *harmoniser les dispositifs d'aide à l'installation en renvoyant l'ensemble des dispositifs portés par l'État (en particulier le CDE) au champ conventionnel, sauf pour les étudiants et les remplaçants* » ; v. PLFSS 2023 – dossier de presse, *op. cit.*, p.16.

782 Le conventionnement sélectif des praticiens libéraux fait en effet régulièrement l'objet de propositions de loi telles que la proposition n°1542 du 19 décembre 2018 « *pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale* », la proposition n°3622 du 1er décembre 2020 « *visant à instaurer un mécanisme de conventionnement sélectif des médecins libéraux en zones sur-dotées* » ou encore la proposition n°4735 du 30 novembre 2021 « *visant à lutter contre la désertification médicale* » à l'heure de difficultés majeures d'accès aux soins. « *Imposer des installations dans des territoires où les services ont disparu (écoles, crèche, commerces) est une illusion qui ne ferait que réduire encore l'attractivité d'un secteur qui en manque cruellement* » (v. Syndicats des médecins libéraux, « *Lettre ouverte aux Français* », 14 juin 2022).

783 « *Contrat de début d'exercice* », 22 mars 2021 ; www.solidarites-sante.gouv. V. décret n°2020-1666 du 22 décembre 2020 relatif au contrat de début d'exercice prévu à l'article L.1435-4-2 du Code de la santé publique, JORF n°0311 du 24 décembre 2020. Ce décret fixe « *l'objet du contrat de début d'exercice, les critères d'éligibilité du professionnel de santé à ce contrat, ainsi que les engagements de chacune des parties signataires. Il définit également les conditions et les modalités de calcul de la rémunération complémentaire prévue par le contrat et des aides financières versées en cas d'arrêts liés à la maladie, maternité, paternité ou adoption* ». Il est complété par l'arrêté du 2 février 2021 relatif au contrat type du contrat de début d'exercice, JORF n°0038 du 13 février 2021.

médicale soins primaires et professions libérales à la DGOS, « *le conditionnement du contrat de début d'exercice à un exercice coordonné évite les médecins mercenaires qui voudraient uniquement une aide* »[784].

[784] P. HEMERY, « *Le contrat de début d'exercice favorisera l'exercice coordonné* », Hospimédia, 22 mars 2021.

## Section II - L'aménagement primordial du cadre libéral

Afin de perdurer, le cadre de l'exercice libéral doit se moderniser, si ce n'est se réinventer. Les pouvoirs publics incitent alors les professionnels concernés à mettre en pratique l'exercice coordonné et à renforcer l'attractivité de l'exercice en cabinet de ville[785]. Les professionnels de santé souhaitant exercer en libéral montreraient alors plus d'intérêt pour de nouvelles formes d'exercice[786] que pour une pratique jugée archaïque.

205. **Modernisation des conditions d'exercice.** En effet, « *la médecine libérale est malade. Le terme même de libéral ne signifie plus grand-chose* »[787]. Certains auteurs affirment même que ce terme mériterait d'être repensé, voire lui préférer le terme « *de médecine de proximité* »[788]. L'aménagement du cadre libéral est alors nécessaire pour envisager un avenir plus durable, tout en renonçant aux marqueurs traditionnels de cette forme d'exercice.

Plus sécurisants et moins contraignants de prime abord, les exercices coordonnés et regroupés attirent désormais bon nombre de jeunes médecins, délaissant alors l'exercice isolé traditionnel (**§1**).
En effet, cet engouement peut s'expliquer par des conditions d'exercice modernisées, et peut-être plus adaptées aux attentes et aux besoins des professionnels mais également des patients.

206. Véritable élément central d'une offre de soins repensée et rénovée, la coopération est au cœur de ces nouveaux modes d'exercice offrant notamment aux patients un accès plus rapide et plus concentré de différentes spécialités de professionnels de santé ; et aux

---

[785] Dossier de presse, « *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?* », Ministre des solidarités et de la santé, 3 mai 2019.

[786] 3% des futurs professionnels sont attirés par un exercice libéral isolé, là où 45% veulent un exercice regroupé (maisons de santé, cabinets de groupe etc) et 27% privilégieraient un exercice mixte, c'est-à-dire libéral et salarié. Sur ces questions d'attrait des praticiens pour l'exercice salarié, v. A. VÉRAN, « *Lutte contre les déserts médicaux et collaboration salariée* », Houdart&Associés, 13 septembre 2022.

[787] J-L. DUROUSSET, Le privé peut-il guérir l'hôpital ?, *op. cit.*

[788] *Ibid.*

praticiens libéraux des facilitations d'exercice et une adaptabilité du système de soins français à ce renouveau dont l'ensemble des acteurs de ce système, et notamment libéraux, serait dans une démarche coopérationnelle (**§2**).

## §1 - L'essai d'une nouvelle définition de l'exercice libéral[789]

« *En France la profession médicale se caractérise par une identité libérale forte construite au gré d'un processus de segmentation successives* »[790]

Pour J-P DEWITTE, « *Réformer la santé. Ces deux termes sont presque inconciliables en France. Or, réformer est un changement de caractère radical. Nous avons connu beaucoup de changements, mais pas forcément à caractère radical* »[791]. S'il semble évident qu'une nouvelle définition de l'exercice libéral passe par une amélioration de ses conditions d'exercice (**B**), cela ne semble à ce jour pas suffisant et il conviendrait de renforcer tout autant la connaissance du secteur, d'en assurer sa promotion auprès des jeunes générations concernées et de redonner ses lettres de noblesse à un exercice autrefois grandement plébiscité (**A**).

### A – La reconsidération essentielle de cet exercice

207. **Abandon de l'exercice libéral.** Les nouvelles générations de praticiens ont exprimé, particulièrement à travers leur choix de carrière, un désintérêt certain pour ce mode d'exercice ; même si ce dernier correspond pourtant à un important besoin d'autonomie, caractéristique intrinsèque de ces générations qui pourraient être accompagnées dans une éventuelle installation en libéral, ces professionnels sont en effet rarement préparés à la réalité de gestion d'une société[792] et expriment plutôt de vives réticences[793].

---

[789] Cet aspect immuable, mais à rénover, de l'exercice libéral pourrait alors s'expliquer par la formule de Tancrèdi dans Le Guépard, « *se vogliamo che tutto rimanga com'è, bisogna che tutto cambi* » : « *Si nous voulons que tout reste comme il est, il faut que tout change* », G. TOMASI DI LAMPEDUSA, Le Guépard, éd. Du Seuil, 2007, p.35.

[790] A. THIBORD, « *Les relations de proximité entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux : état des lieux et perspectives* », *op. cit.*

[791] J-P DEWITTE, ancien Président de la conférence des DG de CHU, discours introductif, 2018.

[792] Actuellement, l'âge moyen d'installation d'un professionnel libéral est de 35 ans : v. Recueil statistique de l'assurance vieillesse des professions libérales, CNAVPL, 2018, Rapport d'activité 2019.

[793] V. Syndicats des médecins libéraux, « *Lettre ouverte aux Français* », *op. cit.* : Ces réticences peuvent s'expliquer par les contraintes inhérentes à la pratique de l'exercice libéral soit travailler en moyenne 54h par

La sensibilisation de ces jeunes praticiens à des formes plus intégrées et plus structurées d'exercice est alors nécessaire pour permettre une évolution réelle de l'offre de soins libérale. À ce jour, l'ouverture sur l'exercice libéral pendant leurs études doit être renforcée et appréhendée autrement que dans un cursus universitaire jusqu'à présent largement hospitalo-centré[794] ; une nouvelle adaptation de la formation des carabins devrait être grandement envisagée et dépoussiérée, et ce dans une approche plus collaborative.

208. **Intégration de la médecine libérale.** À ce propos les médecins libéraux soutiennent également l'ouverture du cursus de formation et demandent à élargir leur possibilité à devenir maître de stage universitaire, « *pour permettre un développement des terrains de stage dans toutes les modalités de l'exercice libéral* »[795] répondant ainsi à l'une des sept propositions du CNOM qui a formulé des axes « *pour une transformation de notre système de santé* »[796] dont « *optimiser la formation initiale au regard de l'exercice professionnel et de la société* ».

La rénovation de l'exercice libéral doit en conséquence composer avec des facteurs récents mais pourtant clés dans l'installation des jeunes médecins notamment sur certains

---

semaine dont 44h sont consacrées aux soins ; participer à la permanence des soins en ambulatoire (les périodes de nuit de 20h à minuit sont assurées dans 95% des territoires et le week-end pour 96% d'entre eux) ; reprendre son activité habituelle au lendemain de sa garde de régulation ou de son astreinte sans repos compensateur ; assurer plus de 85% des consultations quotidiennes, 60% de l'activité chirurgicale, 80% de la radiologie ; assurer plus des 2/3 des activités médico-techniques.

794 W. MEKEDDEM, « *La place donnée à la pratique libérale au sein des études de médecine* », Colloque SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé, *op. cit.* L'intervenant souligne ici le manque de stages en secteur libéral et déplore que, bien trop souvent, le premier vrai contact avec cette forme d'exercice ne se fasse que lors de remplacements par exemple engendrant inévitablement quelques difficultés dans la pratique comme la cotation des actes. Pour les étudiants n'ayant pas choisi médecine générale à l'internat, « *un stage sur douze sera effectué en dehors du monde hospitalier* » ; et pendant l'internat, selon la spécialité choisie, certains ne seront même pas confronté à l'exercice libéral.

795 C. NAYRAC, « *Les médecins libéraux prônent la 'solidarité intergénérationnelle' pour améliorer l'accès aux soins* », Hospimédia, 5 février 2018. Le but serait de développer et faciliter « *l'obtention du titre de maître de stage universitaire dans toutes les spécialités, et revaloriser cette fonction* ».

796 CNOM, « *Soigner demain* », février 2022. L'ordre préconise notamment de « *dynamiser la réforme du 3ème cycle des études médicales en favorisant les lieux de stage en ville et en établissements hospitaliers privés, en les répartissant sur l'ensemble du territoire, et quelle que soit la spécialité, dans une perspective de professionnalisation plus près du territoire* » mais aussi de « *favoriser les lieux de stage de 2ème cycle des études médicales dans les secteurs sanitaires d'activité en établissements publics et privés, et en ambulatoire* ».

territoires : le cadre de vie, les conditions d'exercice et le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé[797] ainsi qu'une nouvelle forme d'exercice libéral car « *le médecin, seul maître à bord, est mort* »[798] ; il est primordial de sortir de cette vision passéiste, « *une indispensable et urgente remise en question du rôle et place des praticiens libéraux dans le monde sanitaire de demain devrait les inciter à dessiner le profil du nouveau médecin du XXIe siècle* »[799].

209. Cette nouvelle approche de l'exercice libéral doit en outre être le résultat d'un juste équilibre entre les deux pans identitaires des praticiens libéraux actuels résultant de « *deux modes de fonctionnement, en apparence contradictoires, basés sur un exercice très encadré par des institutions publiques (HAS, organismes de protection sociale…) et la préservation d'un caractère individuel libéral dans leur relation avec leurs patients* »[800].

Unanimement, pour les représentants de tous les syndicats de médecins libéraux, des réformes importantes doivent être engagées afin de redonner à la médecine française son agilité « *permettant à chacune et à chacun d'entre nous une prise en charge médicale basée sur la liberté de choix du médecin, une meilleure accessibilité, une qualité des soins et une politique de prévention beaucoup plus active* »[801].

210. L'issue idéale d'un exercice libéral rénové réside donc dans une approche complémentaire et coopérative de la part des praticiens libéraux. En effet, « *en se regroupant pour exercer, les professionnels de santé, grâce au partage de leurs compétence, amélioreront la qualité des résultats de leurs divers actes. […] La mutualisation des moyens humains et matériels favorise l'émergence d'une qualité accrue des résultats* »[802].

---

[797] C. MARECHAL, « *Les déserts médicaux, problématiques majeures de notre système de santé* », Colloque SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé », *op. cit.* V. CNOM, « *Étude sur l'installation des jeunes médecins – enquêtes sur les déterminants à l'installation* », avril 2019. Cette enquête du CNOM a été réalisée auprès de 13 000 médecins et 2 400 internes.

[798] G. VALLENCIEN, « *Être médecin au XXIe siècle* », Les Échos, 3 septembre 2019.

[799] *Ibid.*

[800] Dr M. LEGMANN, « *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* », *op. cit.*

[801] Syndicats des médecins libéraux, « *Lettre ouverte aux Français* », *op. cit.*

[802] G. VALLENCIEN, « *Être médecin au XXIe siècle* », *op. cit.*

211. Cette nouvelle définition de l'exercice libéral peut ainsi s'orienter autour de trois axes principaux que sont « *la formation, initiale et continue, l'installation et les conditions d'exercice* »[803]. Ces axes, dégagés en 2010 par le Docteur LEGMANN alors Président du CNOM, sont, des années plus tard, toujours en cours de rénovation et des solutions pérennes doivent être trouvées et déployées.
Au vu de la situation, il y a réelle urgence à adopter des mesures concrètes et durables permettant d'améliorer les conditions d'exercice de ces praticiens et d'alléger les dispositions prises mais assorties de trop de conditions.

B - L'amélioration nécessaire des conditions d'exercice

212. **Constat.** Alors que six millions de français n'ont plus de médecin traitant et que cent-vingt services d'urgences sont affaiblis[804], il n'est plus possible de faire perdurer une vision autocentrée de l'exercice libéral sans se soucier d'une nouvelle répartition des tâches ou des collaborations étroites entre professionnels de santé car « *c'est à cette transformation radicale de notre métier à laquelle il faut s'atteler* »[805].

CPTS, MSP, tout incite pour autant les praticiens libéraux à se regrouper. Il revient aux praticiens d'être désormais dans une démarche inclusive telle que portée par les CPTS puisque tous les acteurs de santé[806] volontaires, libéraux, salariés ainsi que les structures publiques et privées peuvent intégrer ce dispositif. De plus, les CPTS font preuve d'une

[803] Dr M. LEGMANN, « *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* », *op. cit.*: « *Par lettre en date du 1er février 2010, Monsieur le Président de la République a demandé au Docteur Michel LEGMANN de mener une réflexion concernant la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale qui prenne en compte les aspirations des futurs médecins et permette de répondre de façon plus efficiente à la demande de soins de la population* ».

[804] L. GALANOPOULO, « *Régulation de l'accès aux urgences, délégations de tâches et équipes interpro : 'face au mur', le Président de l'Ordre fixe le cap* », *op. cit.*

[805] G. VALLENCIEN, « *Être médecin au XXIe siècle* », *op. cit.*

[806] URPS – Médecins Libéraux d'Occitanie, « *Qui peut intégrer une CPTS ?* », FAQ n°2, le guichet CPTS : Les professions médicales (médecins, sage-femmes, odontologistes), les professions paramédicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes, ergothérapeutes et psychomotriciens, diététiciens, aides-soignants, ambulanciers etc.), les professions de la pharmacie et de la physique médicale (pharmaciens, biologistes, préparateurs en pharmacie etc.) mais encore les autres professions telles que les psychologues, les assistantes sociales, les ostéopathes.

grande capacité d'adaptation selon les besoins et les bassins concernés du fait de l'adaptabilité de leur forme selon les territoires (entre 20 000 et 100 000 patients). Il convient donc de « *penser l'accès direct dans la perspective d'équipe et ne plus travailler de manière isolée* »[807].
Par exemple, dix-neuf nouvelles maisons de santé sont recensées en Occitanie et réparties sur huit départements, illustrant une forte dynamique régionale qui se poursuit en faveur d'un exercice coordonné et non plus isolé. L'Occitanie compte à ce jour 248 MSP[808].

213. **Assouplissement de l'encadrement.** Cet engouement ne peut être que renforcé car l'ordonnance du 12 mai 2021 relative aux CPTS et aux MSP a nettement assoupli l'encadrement de cet exercice coordonné ; dorénavant les MSP constituées sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)[809] pourront « *fonctionner avec des professionnels de santé ou non, internes ou externes à la structure, salariés ou intervenant en tant que libéral, exerçant au bénéfice de tous les associés ou de certains d'entre eux (comme les assistants médicaux)* »[810].

Ainsi, l'extension de l'objet même de la SISA permet de s'ouvrir au salariat, à travers notamment des assistants médicaux, afin de faciliter l'accès aux soins et de redonner du temps médical aux praticiens[811]. L'ordonnance prévoit à cette fin le recours à des assistants médicaux employés par la SISA pour le compte des médecins[812].

---

807 D. POLTON, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

808 ARS Occitanie, Communiqué de presse, « *19 nouvelles maisons de santé en Occitanie* », 25 mars 2021. En 2010, la région Occitanie comptait moins de 10 MSP.

809 Forme juridique d'une MSP. Créée en 2011, la SISA permet aux structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique sécurisé ; ces rémunérations forfaitaires peuvent s'élever jusqu'à 76 000 euros par an.

810 Ministère des solidarités et de la santé, Guide relatif aux évolutions des SISA, « *Maisons de santé pluriprofessionnelles : évolution du statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires – ce qu'il faut retenir de l'ordonnance du 12 mai 2021* », *op. cit.*

811 *Ibid.* : Ce nouvel objet de la SISA permet en effet de « *faciliter l'emploi des assistants médicaux via la constitution d'un groupement d'employeurs en son sein, pour autoriser l'encaissement et la redistribution entre les intervenants réalisant des activités contribuant à la mise en œuvre du projet des maisons de santé pluriprofessionnelles* ». Cette ouverture au salariat se traduit également par un durcissement des modalités de dissolution de la SISA afin de favoriser la pérennité du recours au salariat. S'agissant du groupement d'employeurs, voir les dispositions applicables aux articles L.1253-1 et suivants du Code du travail.

812 Il est toutefois important de souligner que cette facilitation de l'embauche d'assistants médicaux par la SISA ne remet pas en cause celle des assistants médicaux directement par les praticiens libéraux.

Malgré tout, dans cette nouvelle définition de l'exercice libéral, du chemin reste encore à parcourir puisqu'actuellement seulement 15% de la population sont concernés par les CPTS[813]. Pour le Dr J-P. ORTIZ, toutes les pistes n'ont pas été envisagées et il serait bienvenu « *d'organiser une conférence de consensus entre tous les professionnels de santé pour réfléchir à comment structurer les parcours et la coordination* »[814].

214. **SAS.** L'amélioration des conditions d'exercice des praticiens libéraux pourrait également s'appuyer sur la mise en place solide d'une chaîne de régulation médicale. Le Service d'accès aux soins (SAS)[815] est « *un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des*

---

[813] Pour autant, des mécanismes sont mis en place pour favoriser le développement de ces CPTS et notamment par exemple en Nouvelle-Aquitaine où « *les acteurs de santé ont développé Agora'Lib, un outil porté par les dix unions régionales des professionnels de santé. […]. Il s'agit d'un dispositif d'appui aux porteurs de projets CPTS, à leur développement et qui assure l'interface au niveau régional avec les ARS, l'Assurance Maladie et les autres institutions* » : v. E. DELEPLACE, « *Les CPTS sont dynamisées par un dispositif d'appui des libéraux en Nouvelle-Aquitaine* », Hospimédia, 28 janvier 2022.

[814] J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

[815] Proposé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé. V. Ministère des solidarités et de la santé, communiqué de presse d'O. VERAN, « *Ségur de la santé : 22 sites pilotes pour préfigurer le service d'accès aux soins (SAS)* », 23 novembre 2020. S'agissant de la réorganisation des urgences et de la gestion des soins non programmés, Élisabeth BORNE a décidé de retenir toutes les propositions de la « mission Braun » ayant débouché sur l'élaboration d'une boîte à outils avec des dispositifs applicables dès l'été 2022 : « *éduquer les patients avec le lancement d'une campagne nationale de communication dès juillet, +15 euros par consultation non programmée régulée, valoriser les contraintes du travail de nuit à l'hôpital* ».Cette majoration de 15 euros est une mesure incitative à l'intention des médecins généralistes libéraux afin de les encourager à accueillir davantage de soins non programmés. V. M. FOULT, V. HUNSIGER et L. TRANTHIMY, « *Urgences, soins non programmés : Élisabeth Borne retient 'toutes les propositions' de la mission Braun* », Le quotidien du médecin, 1er juillet 2022. Demandée fin mai 2022, par le Président MACRON, cette « mission Braun » a été conduite par le Dr BRAUN sur les urgences et les soins non programmés ; à l'issue de sa mission, l'urgentiste, désormais ministre de la Santé et de la Prévention, a alors proposé une boîte à outils comportant 41 recommandations en amont, aux urgences et en aval. Ces mesures, adoptées pour l'instant pour une durée de trois mois, feront par la suite l'objet d'une évaluation afin d'envisager leur devenir et leur efficacité sur le long terme. Le SAS est défini à l'article L.6311-3 du Code de la santé publique dans sa rédaction issue de l'article 28 de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, *op. cit.*

Sur ces questions, v. également B. DE LARD-HUCHET, « *Crise des urgences : le cadre juridique de la coopération avec la médecine de ville est-il suffisant ?* », Gestions hospitalières, n°617, juin 2022 : « *Le devenir de la CPTS dépend aussi du fonctionnement des urgences. […]. Certes, les services d'urgence n'ont pas la personnalité morale pour siéger en tant que tels dans les CPTS, c'est donc une représentation institutionnelle des établissements de santé qui est proposé aux CPTS, en conformité au modèle juridique. […] La contractualisation des centres hospitaliers et de leurs services d'urgence avec les CPTS sur les soins non programmés ne saurait se contenter de vœux pieux. Elle doit porter sur des engagements concrets qui*

*patients dont l'objectif est de répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire* »[816], favorisant ainsi le toilettage de la régulation des soins non programmés[817] dans le but de désengorger les services d'urgence et « *d'organiser une réponse populationnelle aux demandes de soins non programmés* »[818].

En lien avec les services de secours, le SAS est basé sur une collaboration étroite entre les médecins de ville et les professionnels du SAMU[819]. Pour les praticiens, bien que le SAS apparaisse comme indispensable sur tout le pays, des moyens supplémentaires doivent être déployés pour les tâches à accomplir ce qui n'est, à ce jour, pas le cas[820]. Il conviendrait également d'envisager un déploiement rapide à l'échelle nationale, le dispositif étant pour l'instant dans sa phase pilote.

En effet, cette dernière a été menée par vingt-deux SAS dans treize régions différentes ; une généralisation progressive du dispositif est prévue d'ici mi-2023 et viendrait assoir davantage l'étroite collaboration entre les professionnels de santé d'un même territoire,

---

*permettant aux libéraux d'accéder à une solution de prise en charge non programmée et aux établissements de santé de fluidifier et désengorger leurs services d'urgence* ».

816 Ministère des solidarités et de la santé, « *Service d'accès aux soins : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure* », 24 novembre 2020.

817Il avait déjà été proposé « *d'adopter un statut protégeant les médecins régulateurs libéraux qui participent au SAS, d'inciter le développement de centres de consultations non programmés sur les sites hospitaliers ou encore d'ajouter un acte 'consultation non-programmée' à la CCAM* » : v. A. VERAN, « *Favoriser la rénovation de la régulation des soins non programmés* », Houdart&Associés.

818 A. VERAN, « *Service d'accès aux soins : vers une régulation territoriale des soins non programmés ?* », Houdart&Associés, 20 septembre 2021. En effet, « *l'activité des urgences n'a cessé d'augmenter en France à tel point que le nombre de passages annuels a doublé en vingt ans et le nombre d'appels reçus par les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) avoisine les 29 millions* ». V. également P. CARLI et T. MESNIER, Rapport, « *Pour un pacte de refondation des urgences* », décembre 2019.

819 Sur ces questions, v. C. ÉVIN, « *Vers la généralisation du service d'accès aux soins* », Claude Évin Avocat, 2 septembre 2022 : « *La réponse à la demande de soins non programmés passe par une meilleure organisation entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers. La généralisation du SAS devrait favoriser cette coopération indispensable* ».

820 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », op. cit. Il dénonce le fait « *qu'un acte non programmé par un SAS soit valorisé à +15 euros contre 60 euros à l'hôpital pour une réorientation vers la médecine de ville* ».

qu'ils exercent dans la filière de médecine d'urgence ou celle de médecine générale. Grâce à la plateforme numérique nationale SAS, les professionnels du plateau de régulation peuvent « *visualiser les créneaux disponibles des effecteurs de soins participant au SAS* » mais également « *réserver pour le patient une consultation de soins non programmés, au plus proche de ses besoins (localisation, horaire, spécialité)* »[821]. Il s'agit de « *fournir un service distant universel visant à répondre 24/7/365 à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés du bassin de santé et repose sur la prise en charge unique des appels pour toute situation d'urgence ou tout besoin de soins non programmés, lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible en première intention* »[822].

215. Toutefois, cette solution est à nuancer car « *même avec une priorisation mieux organisée et une coordination améliorée entre ville et hôpital, le manque de soignants demeure* »[823] ; de plus, pour une efficience renforcée de ce dispositif, les praticiens libéraux doivent proposer des plages horaires pour les soins non programmés dans un agenda déjà surchargé. Enfin, ce nouveau service ne constitue en aucun cas une offre de soins et n'est pas mis en place pour se substituer aux dispositifs déjà existants (tel que les MSP, SOS médecins etc)[824].

Malgré tout, les praticiens libéraux sont vivement encouragés à participer au Samu-SAS au-delà des vingt-deux territoires pilotes. Pour ce faire, l'article 9 du PLFSS 2023 prévoit que les praticiens qui exercent « *une activité de régulation à l'exclusion de toute autre activité libérale vont désormais être pleinement éligibles au dispositif de déclaration et de paiement simplifié des cotisations et contributions sociales* »[825]

---

[821] Ministère des solidarités et de la santé, « *Service d'accès aux soins : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure* », *op. cit.*

[822] A. VERAN, « *Service d'accès aux soins : vers une régulation territoriale des soins non programmés ?* », *op. cit.*

[823] O. GABRIEL, « *Hôpital : Le Service d'Accès aux Soins (SAS), une solution à la crise des urgences ?* », 20 minutes Santé, 9 juin 2022.

[824] A. VERAN, « *Service d'accès aux soins : vers une régulation territoriale des soins non programmés ?* », *op. cit.* : Le SAS a pour sa part vocation à « *proposer une orientation, un conseil médical ou paramédical, la prise de rdv pour une consultation avec un médecin généralistes dans les 48 heures, l'accès à la téléconsultation, l'orientation vers un établissement de santé etc.* ».

[825] Sur ces questions, v. T. QUÉGUINER, « *Libéraux et transporteurs sanitaires sont encouragés à participer au Samu-SAS* », Hospimédia, 27 septembre 2022.

L'optique d'une facilitation de l'exercice libéral semble alors trouver l'une de ses réponses dans l'appui de nouveaux professionnels de santé apportant leur concours et des moyens humains à cette nécessaire adaptation de l'exercice libéral.

## §2 - Les propositions de facilitation de l'exercice libéral

« *L'exercice libéral est mort, vive l'exercice libéral !* »[826]

Par-delà le nerf de la guerre de la répartition géographique des professionnels de santé libéraux (**A**), il ne faudrait pas en oublier la nécessaire modernisation d'une offre de soins libérale « *centrale pour l'accès aux soins de proximité et pour l'efficience du système de santé* »[827] alors même que les mesures entreprises jusqu'alors ne répondent pas aux caractéristiques de lieu mais également du mode d'exercice (**B**).

### A – Les propositions inhérentes au professionnel

216. **Médecin de demain.** « *Le médecin de demain assumera une responsabilité populationnelle en pluriprofessionnalité et en coordination pour prendre en charge l'ensemble de la population* »[828]. En effet, le praticien libéral, et notamment le médecin de ville de demain, ne sera plus le « *modèle balzacien* »[829] exerçant dans son cabinet de manière isolée. Il faut en effet redonner aux praticiens l'envie d'exercer en libéral et des études démontrent à ce propos que « *les conditions de travails sont plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe* »[830].

---

826 Formule empruntée à l'adage « *le roi est mort, vive le roi !* » : « *Ancienne acclamation devenue familière : dès que le roi meurt, il lui est aussi tôt succédé. Ainsi, d'une certaine façon, le roi ne meurt jamais : le corps naturel meurt mais la fonction demeure* » ; v. E. KANTOROWICZ, Les deux corps du roi, Paris, Éditions Gallimard, 1ère édition, 1960.

827 Dr M. LEGMANN, « *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* », *op. cit.*

828 Think tank CRAPS, participation du Dr J-P. ORTIZ, « *Quel sera le médecin de ville de demain ?* », épisode 38, penser le social, 25 avril 2022.

829 Ibid. V. en ce sens H. de BALZAC, Le médecin de campagne, Scènes de la vie de campagne, 1888. V. également F. TONNELLIER, « *Le médecin de campagne, ou l'ambiguïté des symboles* », Les Tribunes de la santé, vol.23, n°2, 2009, p.57-63 : « *Le médecin de campagne, avec une vision traditionnelle de la médecine, évoque des valeurs fondatrices de la société : le bon médecin, humaniste, héroïque, qui exerce dans une campagne paisible, fertile, loin des bruits et de l'agitation des villes* ».

830 DREES, Études et résultats, « *Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe* », n°1229, mai 2022. En 2019, 61% des médecins généralistes libéraux exercent en groupe : 32% en groupes monodisciplinaires et 29% en groupes pluriprofessionnels.

Dès lors, les professionnels ayant fait le choix de l'exercice en groupe disposent d'un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, tout comme plus de jours de congés ; enfin, le volume horaire de travail de ces praticiens reste inférieur à celui de leurs confrères exerçant seuls, privilégiant alors un aspect désormais incontournable : la qualité de vie au travail des praticiens libéraux[831].

L'exercice libéral de demain doit être tourné vers la coordination tout en replaçant l'humain au cœur de l'organisation des soins ; le praticien libéral travaillera de plus en plus de façon coordonnée avec une formalisation de cette coordination sans modèle unique[832]. L'inverse ne serait en effet pas acceptable pour les professionnels concernés qui s'opposeraient à un cadre juridique imposé.

217. Tous les praticiens libéraux n'ont donc pas vocation à exercer dans des MSP ou encore des CPTS comme le souhaiteraient les pouvoirs publics mais ils seront coordonnés[833] et travailleront de façon « *éclatée* » avec « *des statuts mixtes entre l'hôpital et le statut libéral en ville mais aussi avec un exercice multisite* »[834]. En tout état de cause, le renouveau réel de l'exercice libéral ne sera possible que si l'État accompagne « *ce mouvement de la médecine libérale, de la médecine de ville de demain* »[835].

---

831 Le manque d'attrait et de motivation des jeunes praticiens pour l'exercice libéral peut en partie s'expliquer par le rythme de travail que ce mode d'exercice exige. Serait désormais privilégiée une nouvelle philosophie d'exercice et comparable au développement de la qualité de vie au travail (QVT). Elle désigne et regroupe « *sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé* » ; www.solidarites-sante.gouv.fr, « *La qualité de vie au travail* », 2 mars 2022. Pour les professionnels exerçant en ambulatoire, la QVT repose sur plusieurs axes dont l'amélioration des conditions d'exercice, le renforcement de la sécurité de ces professionnels et la prévention et la prise en charge de la souffrance au travail ; v. www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante, « *La qualité de vie au travail des professionnels de santé* », 24 juillet 2019. V. en ce sens E. GALAM, « *Quelles initiatives pour la qualité de vie au travail des professionnels libéraux ?* », ADSP, n°110, mars 2020 ; HAS, « *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins – expérimenter, c'est imaginer* », septembre 2017.

832 Ici la notion de coordination s'entend à double sens : vers des praticiens spécialisés mais également vers des auxiliaires médicaux.

833 À l'aide du numérique notamment mais encore des équipes de soins primaires, des équipes de soins spécialisés ou toutes autres formes.

834 Think tank CRAPS, participation du Dr J-P. ORTIZ, « *Quel sera le médecin de ville de demain ?* », *op. cit.*

835 *Ibid.*

218. Après le bilan mitigé des CLS, il faut impliquer davantage les praticiens libéraux en leur conférant notamment un rôle de coordonnateur de ces dispositifs. Le constat aurait en effet pu être différent si une considération plus forte des pouvoirs publics avait permis de « *leur faire une place réelle afin de ne pas être que des opérateurs de la politique régionale de santé en charge de sa déclinaison au niveau local, et non des professionnels d'interface, en charge de construire une politique locale singulière mais néanmoins cohérente avec les priorités régionales* »[836]. L'exercice libéral de proximité de demain doit ainsi être forcément regroupé et multi-sites en s'appuyant sur des outils existants et en étant accompagné par les collectivités locales.

219. **Rôle central.** Le praticien libéral a alors ici un rôle majeur à jouer car « *la pluridisciplinarité pourra se développer au sein des équipes sous la responsabilité d'un médecin qui coordonnera l'ensemble de l'équipe des professionnels non médicaux qui concourent à la prise en charge du patient* »[837]. Véritable chef d'orchestre de la prise en charge des patients, « *le médecin généraliste retrouvera sa légitimité de guide et de conseiller. […] La création de nouveaux métiers de la santé comme les assistants médicaux lui permettra de se concentrer sur son métier premier* »[838].

Cela s'explique par l'importance de redonner une capacité d'initiative aux praticiens libéraux et d'assumer les besoins de la population. À ce propos, plusieurs illustrations récentes traduisent cette volonté des acteurs de terrain de se réapproprier certains domaines du secteur tels que la continuité des soins notamment.

Enfin, la facilitation de l'exercice libéral doit se faire durant toute la durée de celui-ci, y compris jusqu'à la retraite du praticien. C'est pourquoi ils peuvent bénéficier du cumul emploi-retraite[839] leur octroyant la possibilité de poursuivre leur activité de praticien libéral tout en percevant la pension de retraite. Toutefois, pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral, ils resteront soumis, à perte, aux cotisations dues à la CARMF. Cette option

836 F. JABOT et A. LAURENT, « *Les contrats locaux de santé en quête de sens* », *op. cit.*

837 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

838 G. VALLENCIEN, « *Être médecin au XXIe siècle* », *op. cit.*

839 Loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, JORF n°0017 du 21 janvier 2014.

ouverte aux praticiens libéraux leur permet de continuer leur exercice tout en allégeant leur activité[840].

B - Les propositions inhérentes à l'exercice

220. **Cursus universitaire.** Cet assouplissement de l'exercice libéral passe également par la réforme des études en santé et notamment la formation des professions médicales dans le but de « *mieux les adapter aux évolutions du système de santé* »[841]. Cette réforme vise à faciliter l'accès à ces professions en « *supprimant dans le même mouvement le concours de la PACES et les ECN pour les remplacer par des dispositifs plus ouverts et moins rigides* » et donc en appliquant la même logique de décloisonnement que celle appliquée dans les modes d'exercice décloisonnant *« à tous niveaux : en particulier, la transformation des voies et des méthodes de recrutement comme des modalités de la spécialisation, permettant de diversifier les profils en santé, de contrer les effets pervers des réformes précédentes, de limiter aussi la désaffection pour la médecine générale ou les choix par défaut, à l'issue de la PACES ou des ECN* » [842].

221. De plus, il est temps de proposer de réels outils et des stratégies opérationnelles aux acteurs pour que l'incidence perdure au-delà des diagnostics ; mais également d'attirer une nouvelle génération de praticiens en corrigeant les conditions d'exercice en libéral, et notamment en secteur 2[843], tout en privilégiant les regroupements et les intégrations dans

[840] Cette option n'est envisageable qu'au respect de deux conditions cumulatives : avoir liquidé l'ensemble des pensions de retraite obligatoires et avoir atteint l'âge légal de départ en retraite. Ce dispositif, libéralisé depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, permet donc aux praticiens intéressés de cumuler leur retraite et un revenu d'activité médicale libérale sans restriction. Pour en bénéficier, ils doivent en informer l'Ordre départemental et la CARMF. V. CARMF, Guide « *cumul retraite/ activité libérale* », 2019. Au 1er janvier 2018, près de 10% des médecins libéraux ou ayant une activité mixte exerçaient dans le cadre du dispositif cumul emploi-retraite, soit un peu plus de 12 000 médecins ; v. www.dress.solidarites-sante.gouv.fr.

[841] I. POIROT-MAZÈRES, « *La réforme des études en santé* », RGDM, n°72, septembre 2019, p.23-42.

[842] *Ibid.*

[843] V. Gazette du Palais, mai 2022, n°15 – note sous Civ.2ème, 7 avril 2022, n°20-20.498 : note relative à l'appréciation des conditions d'exercice libéral en secteur 2 d'un médecin. Dans cette décision, la Cour de cassation rappel que le médecin doit « *justifier avoir accompli deux années de fonctions effectives à temps plein pour acquérir un titre équivalent à celui d'assistant spécialiste des hôpitaux afin de pouvoir être autorisé à exercer en secteur 2* ».

une organisation territoriale de santé et ainsi ouvrir un nouveau profil de carrière pour ces professionnels.

222. **Indispensable clarté.** L'objectif est de rendre les mécanismes plus lisibles[844] (ESP, CPTS, MSP) afin de s'affranchir d'un nombre certain de limites qui pouvaient s'expliquer par « *la tendance du système français à multiplier les dispositifs par différentes réformes sans vision d'ensemble, donnant lieu à de véritables mosaïques* »[845]. En effet, bien que l'exercice coordonné puisse apparaitre comme l'un des éléments centraux, si ce n'est l'élément central, d'un « *service public de santé* »[846], il ne se matérialisait qu'à travers une multiplicité de structures que sont les CPTS, les PTA, les MSP ou encore les équipes de soins primaires au milieu desquelles les acteurs de terrain peinaient à se retrouver[847].

Dans cet objectif de clarification, de nouveaux outils sont alors mis à la disposition des professionnels dont l'outil Rézone qui vise à « *aider les médecins dans le choix de leur lieu d'installation. Il leur permet de visualiser les caractéristiques d'un territoire et les aides à l'installation ou au maintien dans les zones sous-denses qui y sont disponibles. Grâce aux données qu'il contient, les médecins peuvent apprécier le potentiel de développement d'une activité et d'une patientèle* »[848].

223. En conclusion, ces nouvelles structures, et la dynamique qu'elles impulsent, illustrent bien la volonté omniprésente de décloisonner et de coordonner le système de soins français ainsi que ses acteurs. Même si « Ma santé 2022 » arguait la fin de l'exercice libéral isolé d'ici 2022, ce qui apparaissait quelque peu présomptueux, la rénovation de notre système de santé est bel et bien lancée et justifie « *la mise en place de réformes audacieuses, auxquelles tous les*

---

844 Et ainsi éviter les risques de doublons : v. Étude d'impact, « *projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé* », *op. cit.*, p.58.

845 A. CAPPELLARI, « *Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins* », *op. cit.*

846 J. SAISON-DEMARS, « *'Ma santé 2022' : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé ?* », RDSS, 2019, p.31.

847 E. FAUCHIER-MAGNAN et V. WALLON, « *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé* », *op. cit.*

848 Est également proposé Rézone CPTS qui vise à aider les porteurs de projets de CPTS afin d'élaborer un diagnostic territorial ; www.ameli.fr/votreexercicelibéral/entrevousetnous.

*acteurs de la politique de santé doivent contribuer, qu'il s'agisse des praticiens eux-mêmes, de leur représentation ordinale, des organismes d'assurance maladie, de l'État et de ses opérateurs en régions, les ARS* »[849]. D'autant plus que les praticiens libéraux souhaitent y apporter leur concours y compris dans des domaines plus occasionnels[850].

Il faudra toutefois veiller à ce que « *les objectifs poursuivis – notamment en termes de coordination et de clarification – soient atteints ou si les projets territoriaux de santé constitueront une strate de complexification supplémentaire comme cela a pu être craint* »[851]. Il est alors opportun de s'assurer du bon déploiement et fonctionnement de ces structures, différentes évaluations devront par la suite être mises en place pour permettre de « *mesurer l'utilité des dispositifs et d'augmenter les financements alloués* »[852] tout en redonnant un attrait nécessaire à l'exercice libéral.

[849] Dr M. LEGMANN, « *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* », *op. cit.*

[850] V. C. NAYRAC, « *Les médecins libéraux se sont plus investis sur les objectifs de santé publique en 2021* », Hospimédia, 27 avril 2022 : L'Assurance maladie constate en effet « *qu'une grande majorité d'indicateurs se sont orientés à la hausse et salue un investissement renforcé des médecins libéraux sur les objectifs de santé publique* ».

[851] S. AUGROS, E. DOINEAU et T. MESNIER, Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins, octobre 2018, p.32 ; CE, Avis sur un projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 7 février 2019, p.7.

[852] A. CAPPELLARI, « *Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins* », *op. cit.*

## Conclusion de chapitre

Comme annoncé précédemment, l'exercice libéral tel qu'il existait jusqu'alors doit être redéfini. Il s'agirait donc d'oser entreprendre de véritables réformes en profondeur et non en demi-teinte, comme ce fut par exemple le cas avec la suppression du *numerus clausus*, pour pouvoir redonner du sens au mot libéral, à l'économie libérale et ainsi former plus de praticiens.

Pour cela il est toutefois nécessaire de se détacher de la conception première de l'exercice libéral et ne plus se contenter seulement d'un encadrement technique et juridique comme les CPTS ou encore les MSP mais également de « délocaliser » certaines attentes relatives à cet exercice. Les patients pourraient alors eux-mêmes être acteurs de cette rénovation et renoncer à une politique attentiste face aux instances telles que les Ordres ou encore les ARS[853].

Malgré tout, l'apparition des nouvelles formes groupées d'exercice « *représente un outil supplémentaire à disposition* »[854] pour réorganiser et adapter l'offre de soins libérale. C'est en effet une évolution souhaitable pour « *faire face aux enjeux de complexité croissante de la médecine, du développement numérique médical et de l'équilibre de vie personnelle et professionnelle* »[855]; l'heure est donc à l'exercice coordonné[856]. Il faudra néanmoins veiller à pérenniser le recours à ces

---

[853] Sur ces questions, v. la théorie du « Laissez-faire » d'A. SMITH qui s'oppose à toute intervention des pouvoirs publics dans les affaires commerciales ; www.blog.nalo.fr/lexique/laissez-faire : « *Théorie économique du XVIIIe siècle qui s'opposait à toute intervention gouvernementale dans les affaires commerciales. Le principe directeur du laissez-faire est que moins le gouvernement est impliqué dans l'économie, mieux les affaires s'en porteront – et par extension, la société dans son ensemble* ».

[854] F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.*

[855] *Ibid.*

[856] Ces nouvelles formes groupées d'exercice comprennent la proposition d'un exercice salarié rénové à travers des groupes tels que Filieris qui offre « *le choix d'exercer en salariat au sein d'un groupe de santé proposant une offre de soins diversifiées : centres de santé, établissements, services. […] Filieris est organisé en filière autour des centres de santé qui permettent un exercice regroupé et coordonné de la médecine et une prise en charge globale des patients. […] Filieris propose une approche globale des besoins de santé insuffisamment satisfaits sur les territoires de vie où ses structures sont implantées* ». Avec la promesse d'avantages inhérents au régime salarié, cette forme d'exercice propose un salaire fixe (avec une part variable en fonction de l'activité) ainsi que des indemnités telles que les frais de

structures afin « *de consolider leur présence sur les territoires et que leur accompagnement ne s'essouffle pas* »[857].

déplacements et de logements notamment, ou encore des prestations proposées par le comité d'entreprise (chèques-vacances, voyages…). Face au manque d'attrait des professionnels de santé pour l'exercice libéral, ces structures d'exercice coordonné pourraient être le compromis recherché par les jeunes praticiens en quête d'un exercice moins contraignant notamment d'un point de vue administratif. V. www.filieris.fr. Sur ces questions, v. également Concours pluripro, « *Centres de santé – nouveaux modèles, nouvelles pratiques ?* », n°18, octobre 2022.

[857] M. TCHERNOUKHA et A. VÉRAN, « *Gestion de 2000 maisons de santé d'ici 2022 : et après ?* », Houdart&Associés, 20 septembre 2022 : Les structures d'exercice coordonné telles que les MSP ont vocation à favoriser le travail en équipe et ainsi redonner du temps médical aux médecins ; pour autant il faudra veiller « *aux risques financiers et juridiques, à sa gestion chronophage et au recrutement insuffisant* ». En effet, « *les professionnels de santé et a fortiori les gérants de SISA, souvent médecins, sont érigés en véritables chef d'entreprise, impactant, lorsqu'ils ne disposent pas de moyens financiers leur permettant de salarier un coordonnateur, de fait le temps médical consacré à la prise en charge de leurs patients ; un résultat in fine assez loin de l'objectif poursuivi* ».

## Chapitre II - La réalisation de mécanismes innovants

Face au constat d'une multitude de mécanismes existants mais non - ou mal - appliqués, certains méritent toutefois d'être considérés afin d'essayer de reconstruire un système de santé, et une offre de soins libérale, pérennes. Cette approche contemporaine ne peut s'envisager qu'en trouvant le juste équilibre tout à la fois entre secteur public et secteur privé mais également entre les différents professionnels du système de santé.

225. Inévitablement cette tendance à l'hospitalo-centrisme ne peut s'en trouver qu'amoindrie ; il s'agirait de « déconstruire » l'hôpital public pour imaginer une nouvelle distribution des espaces médicaux[858] permettant une « *déshospitalisation du système* » et donc un modèle plus libéral, plus pondéré. Cette recherche perpétuelle d'une adaptation de l'exercice libéral à l'organisation actuelle des soins conduit à l'émergence de nouveaux statuts de professionnels de santé et de nouvelles aides visant à simplifier et alléger l'organisation des praticiens (**section I**) reposant avant tout sur une répartition différente des compétences et des tâches entre les acteurs du système de santé, et sur le renforcement de l'exercice partagé et de la coordination (**section II**).

858 L. VERCOUSTRE, Faut-il supprimer les hôpitaux ? L'hôpital au feu de Michel Foucault, éd. L'harmattan, février 2009.

## Section I - Le rôle des nouveaux professionnels de santé

« *La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat* »[859]

228. **Infirmiers en pratique avancée.** Redonner du temps médical aux praticiens libéraux en formant des nouveaux professionnels de santé, telle est la promesse faite lors de la création du statut d'infirmier en pratique avancée. Les IPA ont alors vocation à travailler de façon coordonnée avec les médecins qui pourront leur confier la prise en charge de certains patients. La pratique avancée permettrait ainsi de réduire la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

Cinq domaines d'intervention ont pour le moment été définis pour les IPA : les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale ; la psychiatrie et la santé mentale ; les urgences (**§1**).

Cette volonté de redonner du temps médical aux praticiens repose également sur une nouvelle façon de travailler, plus harmonisée, et qui favorise la coordination et l'interdisciplinarité pluriprofessionnelle (**§2**).

[859] K. ANNAN, Discours à l'Assemblée générale de l'ONU, 24 septembre 2001.

## §1 - La création de nouveaux statuts professionnels

« *Nous développerons également les 'pratiques avancées' en soins infirmiers, pour renforcer encore les coopérations entre professionnels et leur donner un rôle plus central dans la prise en charge des patients, notamment dans le suivi des maladies chroniques comme le risque cardiovasculaire par exemple* »[860]

229. **Auxiliaires médicaux.** La loi de modernisation de notre système de santé a posé le cadre juridique de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux[861] en diversifiant l'activité des soignants dans une volonté d'améliorer l'accès aux soins[862]. Cet exercice qui existait déjà dans plusieurs autres pays[863] a ainsi été déployé en France en commençant par

---

860 « *Stratégie de transformation du système de santé* », Extrait du discours d'Edouard PHILIPPE alors Premier ministre, prononcé le 13 février 2018 à Eaubonne.

861 CSP, quatrième partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. V. art.L.4301-1 dudit Code : « *Les auxiliaires médicaux relavant des titres I à VII peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire* ».

Du fait de la nature de leur exercice, sont exclus de ce développement, les auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière, v. décret n°2020-244 du 12 mars 2020 portant statut particulier du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière, JORF n°0063 du 14 mars 2020. Ce corps comporte les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste, orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier et assistant dentaire. Pour autant, actuellement seuls les infirmiers peuvent exercer en pratique avancée.

862 V. article 119 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *op. cit.* : « *Les auxiliaires médicaux […] peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire* ». V. également M. MAZZUCOTELLI, « *Exercice en pratique avancée : un nouveau statut pour la profession* », RDS, n°86, 2018, p.925-926.

863 B. PY, « *Les auxiliaires médicaux en pratique avancée : qui sont-ils ? Quelles sont leurs compétences ? Quel est leur statut ?* », RDS, n°97, septembre 2020, p.932-934 : « *Les infirmiers en pratique avancée existent depuis plusieurs décennies dans le nombre pays. L'étude de l'OCDE (M-L. DELAMAIRE et G. LAFORTUNE, « Les pratiques avancées : une description et évaluation des expériences dans douze pays développés », document de travail de l'OCDE sur la santé, n°54, 2010) précise que la mise en œuvre des pratiques avancées a eu des effets globalement positifs sur la qualité des soins : amélioration de l'accès aux soins de la population, notamment aux soins primaires, et qualité des soins identiques, taux élevé de satisfaction des patients, réponse à l'évolution des besoins de santé, stabilisation des dépenses de santé, attractivité des carrières,*

la profession d'infirmier[864] (**A**) et continue de se renforcer en ouvrant de nouveaux champs de compétences et en développant d'autres domaines (**B**) toujours dans un objectif d'améliorer l'accès et la qualité des soins dispensés.

A – La consécration de la pratique avancée

228. **Définition internationale.** Le Conseil international des Infirmières définit les infirmiers en pratique avancée comme « *une infirmière diplômée certifiée qui a acquis la base de connaissance d'un expert, la capacité à prendre des décisions complexes et à démontrer des compétences adéquates pour la pratique avancée, pratique qui est déterminée par le contexte dans lequel elle s'exerce. Un Master est recommandé pour entrer dans la profession* »[865].

229. **Définition interne.** Ainsi, ce Conseil a listé certains critères permettant d'identifier les infirmiers en pratique avancée et surtout aider les différents États, comme la France, à transposer ce mode d'exercice de la profession : « *La formation : formation académique de haut niveau. Reconnaissance formelle des programmes de formation aux fonctions d'infirmières expertes / spécialisées, fonctions accréditées ou approuvées. Procédure formelle de reconnaissance des diplômes, d'inscription à un registre professionnel, de certification et d'accréditation ; Le niveau de la pratique : intègre*

*réduction de l'émigration des infirmières* » (v. N. DESCOURS-ALFANDARI, *« Vers une modernisation des métiers de demain des professionnels de santé* », RDS, Hors-série 2016 : « Loi de modernisation de notre système de santé », septembre 2016, p.115-123).

[864] DGOS, « *L'infirmier en pratique avancée* », mai 2018. Sur ces questions, v. également B. PY, « *Les auxiliaires médicaux en pratique avancée : qui sont-ils ? Quelles sont leurs compétences ? Quel est leur statut ?* », *op. cit.* et P. FRAISSE, « *Vers une reconnaissance des infirmières en pratique avancée* », Elsevier Masson SAS, Soins cadres, Vol. 26, Issue 102, mai 2017, p.22-25.

[865] Le Conseil International des Infirmières (CII) a apporté sa définition des IPA en 2008 : « *L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer* ». Par la suite, l'Ordre national des infirmiers avait proposé la définition suivante : « *L'infirmière de pratique avancée, est une infirmière experte, titulaire du master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ces actes. L'infirmière de pratique avancée mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics permettant l'orientation thérapeutique et la réalisation des prescriptions adaptées aux patients. Elle développe son expertise fondée sur la recherche et les données probantes* » (v. CNOI, « *Infirmière de pratique avancée en France – Position du conseil national de l'ordre des infirmiers* », 6 février 2017).

*la recherche, la formation et la gestion. Degré élevé d'autonomie professionnelle, exercice indépendant de la profession, gestion du travail / de sa propre charge de travail, grandes aptitudes à l'évaluation des situations de santé et à l'établissement de diagnostics, capacités décisionnelles, compétences cliniques étendues et reconnues comme telles, services consultatifs à d'autres fournisseurs de soins de santé, planification, mise en place et évaluation de programmes. L'infirmière s'est imposée comme interlocutrice de premier recours auprès des clients ; Les mécanismes régulatoires : la pratique des infirmières expertes / spécialisées est tributaire de normes nationales. Droit d'établir un diagnostic, autorité pour la prescription de médicaments, autorité pour la prescription de traitements, autorité pour diriger les patients vers d'autres praticiens, autorité pour faire admettre des patients à l'hôpital. Une législation ad hoc décerne et protège les titres d'infirmière experte / spécialiste. Des titres officiels sont décernés aux infirmières qui assument des fonctions avancées* ».

230. **Reconnaissance de nouvelles compétences.** Ce récent statut de la profession d'infirmier leur permet l'attribution de nouvelles missions avec un transfert de compétences des professionnels de la médecine, en plus de la qualification d'IPA ; « *sur le plan juridique, contrairement à la tâche qui n'est qu'un travail à accomplir, la compétence est 'l'ensemble des pouvoirs et devoirs attribués et imposés à un agent pour lui permettre de remplir sa fonction'*[866] *ou encore 'l'aptitude à agir dans un certain domaine'*[867] ». La pratique avancée va alors favoriser le développement et la diversification de l'exercice de ces professionnels paramédicaux vers un niveau de maîtrise supérieur.

231. **Délégation.** Ce transfert de compétences donne une certaine liberté d'entreprendre et de décider, ce qui pose la question en France d'un partage du pouvoir d'agir, de la répartition des savoirs, d'une reconnaissance mutuelle et de la capacité reconnue à acquérir des connaissances pour assurer la mission ; « *Ce serait aller au-delà des clivages et des oppositions actuels entre profession médicale et professions paramédicales, notamment infirmière* »[868]. C'est dans ce contexte qu'après plusieurs annonces infructueuses, les textes relatifs à l'exercice infirmier en pratique avancée sont parus au Journal Officiel du 19 juillet 2018[869].

---

866 G. CORNU, Vocabulaire juridique, 13ème édition, PUF, 8 janvier 2020.

867 *Ibid.*

868 http://infirmiers.com/votre-carriere/cadre/pratiques-avancees-de-quoi-parlons-nous.htlm.

869 L'encadrement de la pratique avancée a même été élargie à l'échelle de l'Union européenne puisqu'un professionnel de santé infirmier de pratique avancée d'un État membre de l'UE ou d'un État partie à

Le cadre est posé par le décret n°2018-629[870] qui définit l'IPA comme « *l'infirmier disposant de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivrée par les universités* ». Il revient désormais à cette nouvelle profession de participer à la prise en charge globale des patients dont le suivi est confié par un médecin. Elle apportera de fait son expertise et participera, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premiers recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

Ainsi, pour certains domaines d'intervention[871], l'IPA dispose de compétences dépassant celles d'un infirmier diplômé d'État et peut notamment conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, effectuer des actes techniques et demander des actes de suivi et de prévention ou encore prescrire des médicaments et des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire et certains examens de biologie médicale.

232. **Déléguer mais encadrer.** Visant à épauler les médecins et à faciliter la prise en charge du patient notamment dans l'accès aux soins, l'exercice d'infirmier en pratique avancée n'en reste pas moins encadré par les praticiens puisque la contribution de l'IPA au sein d'une équipe doit être précisée au sein d'un protocole d'organisation devant être signé par le ou les médecins et par le ou les IPA. Tout comme il revient également au médecin, après concertation avec le ou les IPA, de déterminer quels patients ils peuvent suivre. Cette décision sera arrêtée après examen du dossier médical du patient, lui-même devant être

---

l'Espace économique européen, et titulaire d'un titre de formation de pratique avancée de l'un de ces États, peut faire reconnaitre ses qualifications professionnelles en vue d'un exercice en pratique avancée en France : V. décret n°2019-510 du 23 mai 2019 relatif aux modalités de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens concernant le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, JORF n°0121 du 25 mai 2019.

870 Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19 juillet 2018.

871 Au départ : les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

informé par le médecin des modalités de sa prise en charge par un IPA, et en référence aux compétences attestées par le diplôme d'État de l'IPA délivré par l'Université[872].

233. **Diplôme.** À ce propos, l'arrêté relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée[873] précise que l'accès à ce nouveau statut de la profession d'infirmier est conditionné par l'obtention d'un diplôme[874] délivré par l'Université et reconnu au grade de Master puisque cette formation est structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Disponible depuis la rentrée 2018/2019, et seulement dans certaines universités[875], la formation d'IPA est désormais une réalité offrant « *la possibilité de délégation étendue de tâches relevant de l'exercice médical au profit des infirmiers* »[876] et devrait encore être étoffée avec notamment l'ouverture de cet exercice en pratique avancée à d'autres domaines.

Ces nouveaux professionnels ont donc vocation à exercer *« sous forme innovante de travail interprofessionnel* ». En effet, leurs compétences médicales doivent leur permettre de suivre des patients confiés par un médecin, avec leur accord respectif. L'IPA verra ces patients de manière régulière pour le suivi de leurs pathologies et en fonction des conditions prévues par l'équipe.

Au-delà de ce nouveau cadre posé, le succès de cette réforme résidera dans « *l'appropriation de cette nouvelle forme d'exercice par les équipes qui ressentiront l'intérêt de collaborer ensemble et donner à la pratique avancée sa place au sein du processus de prise en charge des patients* » et de nombreux

---

872 Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du Code de la santé publique, JORF n°0164 du 19 juillet 2018.

873 Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19 juillet 2018.

874 Instauré par le décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19 juillet 2018.

875 V. le recensement des infirmiers et étudiants infirmiers en pratique avancée mis en ligne par l'Union nationale des IPA début avril 2022 : « *À ce jour, 27 universités sont accréditées pour dispenser la formation. Pour la prochaine année universitaire (2022/2023), les territoires ultramarins devraient venir compléter l'offre de formation* ».

876 C. RAJA-ROQUE, « *Les auxiliaires médicaux dans la loi de modernisation de notre système de santé : entre stabilisation et évolution* », RGDM, n°66, 2018, p.37-56.

bénéfices sont attendus. Pour la profession d'infirmière, les pouvoirs publics espèrent « *de nouvelles perspectives de carrière, avec l'opportunité d'un mode d'exercice plus autonome et d'une reconnaissance renforcée* » ; pour les médecins, « *une décharge de temps et de nouvelles possibilités de coopération* » ; pour les patients, « *une amélioration de l'accès aux soins, une prise en charge diversifiée et une fluidification des parcours entre la ville et l'hôpital* » ; et enfin pour le système de santé, « *un renforcement des structures d'exercice coordonnées en soins primaires et une coopération renforcée entre professionnels au niveau des territoires de santé* »[877].

B – L'avenir de la pratique avancée

234. Actuellement en retrait par rapport aux ambitions initiales[878], la pratique avancée poursuit toutefois son développement et intègre de nouveaux domaines d'intervention tels que la psychiatrie ou encore les urgences (**1**) ; malgré tout, cela demeure insuffisant pour les acteurs de terrain qui préconisent d'élargir encore leur organisation et leurs compétences (**2**) afin de répondre aux « *nouveaux enjeux d'un système de santé en mutation* »[879].

*1 - La psychiatrie et les urgences*

235. **Domaines d'intervention limités.** Sont parus au Journal Officiel du 13 août 2019, plusieurs autres textes relatifs à l'exercice infirmier en pratique avancée[880]. Jusqu'alors ils dressaient une liste limitative des domaines d'intervention concernés par cet exercice, à savoir les pathologies chroniques stabilisées, la prévention et les polypathologies courantes

[877] DGOS, « *Reconnaissance de la pratique avancée infirmière – présentation* », décembre 2018.

[878] V. « *Pratique avancée : trois ans après sa création, une formation en baisse d'attractivité* », 27 avril 2022 ; www.infirmiers.com/profession-infirmiere.

[879] *Ibid.*

[880] Décret n°2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie, JORF n°0187 du 13 août 2019 ; Décret n°2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, *op. cit.* ; Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers, JORF n°0187 du 13 août 2019. Sur ces questions, v. M. MAZZUCOTELLI, « *Pratique avancée : la psychiatrie fait son entrée* », RDS, n°93, janvier 2020, p.58-59 et M. MAZZUCOTELLI, « *Les urgences font leur entrée en pratique avancée* », RDS, n°105, janvier 2022, p.74-75.

en soins primaires, l'oncologie et l'hémato-oncologie et les maladies rénales chroniques, la dialyse et la transplantation rénale[881].

236. **Domaines d'intervention élargis.** Désormais, dans un contexte de crise du secteur de la psychiatrie, une mention psychiatrie et santé mentale s'ajoute aux domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, le décret du 12 août 2019 insérant à l'article R.4301-2 du Code de la santé publique cette nouvelle mention pour les infirmiers titulaires du diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique qui ne sont pas titulaires du diplôme d'État d'infirmier. Le texte prévoit à cet effet d'inscrire dans le diplôme d'État d'IPA la mention correspondante.

L'article D.636-77 du Code de l'éducation dispose donc que « *peuvent prétendre à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, et exclusivement en vue de l'obtention de la mention psychiatrie et santé mentale, les titulaires du diplôme d'État d'infirmier du secteur psychiatrique tel que défini par l'article L.4311-5 du Code de la santé publique* »[882].

Pour ce nouveau domaine d'intervention, l'IPA disposera ainsi de compétences outrepassant celles d'un infirmier diplômé d'État. Outre l'extension du champ d'exercice de l'IPA dans le domaine d'intervention « psychiatrie et santé mentale », le décret n°2019-835 du même jour permet l'exécution des prescriptions émanant d'un IPA par une infirmière, un technicien de laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie d'officine ou un service de soins infirmiers à domicile, la prise en charge par l'assurance maladie d'une prescription de produit de santé émanant d'un IPA et la non-majoration de la participation de l'assuré lorsque l'IPA est amené à demander une consultation d'un médecin spécialiste correspondant dans le cadre du parcours de soins coordonné par le médecin traitant.

---

881 V. en ce sens le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19 juillet 2018.

882 « *Un diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique est attribué de droit aux infirmiers titulaires du diplôme de secteur psychiatrique. Le diplôme d'État d'infirmier est délivré par l'autorité administrative, sur proposition d'une commission composée en nombre égal de médecins, d'infirmiers diplômés d'État et d'infirmiers de secteur psychiatrique titulaires d'un diplôme de cadre de santé, aux candidats qui ont suivi un complément de formation* ».

Ces nouvelles dispositions relatives aux IPA ne sont possibles qu'en application de l'article D.4301-8 du Code de la santé publique puisque, pour rappel, « *l'IPA est autorisé à exercer dans l'un des domaines d'intervention cités ci-dessus, s'il remplit les conditions suivantes : obtenir le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivrée par les universités dans les conditions définies à l'article D. 636-81 du Code de l'éducation, dans la mention correspondant au domaine d'intervention*[883]*, justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier, être enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par un arrêté du ministre chargé de la santé* ».

L'arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers précise alors que l'IPA devra s'enregistrer auprès du Conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre des infirmiers de sa résidence professionnelle[884]. Les informations à déclarer sont fixées par le Conseil national de l'ordre des infirmiers.

237. Après les pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et l'hémato-oncologie, les maladies rénales chroniques, la dialyse et la transplantation rénale[885] puis la psychiatrie[886], l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmier élargit encore son domaine d'intervention avec l'intégration des urgences.

Le décret du 25 octobre 2021 ouvre en effet les modalités relatives à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmier au domaine des urgences et crée un parcours paramédical en leur sein, modifiant ainsi l'article R.4301-3-1 du Code de la santé publique.

---

883 V. arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19 juillet 2018.

884 Pour l'heure, plusieurs IPA ont témoigné de la difficulté rencontrée à s'installer en libéral du fait par exemple de l'absence de signature de protocoles avec les médecins ou d'établir un modèle économique pérenne. Il s'agirait alors de mettre en place des protocoles d'organisation notamment pour encadrer les relations médecins/ IPA et l'orientation des patients. Pour les professionnels concernés l'avenant 7 à la convention nationale des infirmiers libéraux, publiée le 3 janvier AU JO, est encore insuffisant et inadapté notamment sur le modèle économique des IPA libéraux.

885 M. MAZZUCOTELLI, « *Exercice infirmier en pratique avancée : un nouveau statut pour la profession* », RDS, n°86, 2018, p.925-916.

886 M. MAZZUCOTELLI, « *Pratique avancée : la psychiatrie fait son entrée* », *op. cit.*

La liste des domaines d'intervention ouverts à l'infirmier en pratique avancée est fixée par l'article R.4301-2 du même code et donc complétée avec une cinquième mention *« urgences, à la condition que cette activité soit exercée par un établissement de santé disposant d'une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence donnée en application de l'article R.6123-1* ».

Ce décret est accompagné de l'arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnées à l'article R.4301-3-1 du Code de la santé publique[887]. En effet, ce texte précise que l'IPA du domaine d'intervention « urgences » participe à la prise en charge des patients, soit après décision du médecin de structure de médecine d'urgence et sous sa conduite diagnostique, à la prise en charge des urgences vitales ou complexes pour les motifs de recours et les situations cliniques les plus graves ou complexes tels que les motifs « *abdominaux, cardio-circulatoires, génito-urinaires, gynéco-obstétriques, intoxications, neurologiques, ophtalmologiques, ORL/ stomatologique, peau, pédiatriques, psychiatriques, respiratoires, traumatologiques* »[888] ; soit en établissant des conclusions cliniques dès lors qu'un médecin de la structure de médecine d'urgence intervient au cours de la prise en charge pour les motifs de recours et les situations cliniques présentant un moindre degré de gravité ou de complexité[889].

L'IPA qui intervient dans le domaine des urgences participe alors à la prise en charge des patients selon deux parcours bien distincts : les motifs de recours et les situations cliniques les plus graves ou complexes et les motifs de recours et les situations cliniques présentant un moindre degré de gravité ou de complexité.

Enfin le décret rappelle les modalités d'information du patient relatives à sa prise en charge. Il lui incombera de remplir, signer et remettre le document, prévu en annexe du protocole

887 Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnées à l'article R.4301-3-1 du Code de la santé publique, JORF n°0251 du 27 octobre 2021.

888 *Ibid.*, article 1er.

889 *Ibid.*, article 2.

d'organisation, au patient ou, le cas échéant, à sa personne de confiance, à son représentant légal ou aux parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure[890].

*2 – L'extension attendue de ce modèle*

238. Cette ouverture de la pratique avancée à d'autres domaines d'intervention est sans doute amenée à se poursuivre dans les mois et années à venir[891] ; tout comme la différenciation de deux types de pratique avancée : « *les infirmiers en pratique avancée 'spécialisés' d'une part et les infirmiers en pratique avancée 'praticiens » d'autre part* »[892]. Cette distinction permettrait de répondre « *à des champs de compétences et d'intervention différents* ».

En effet, la création d'un statut d'IPA praticiens pourrait permettre leur intervention « *en soins primaires et en population générale sur des pathologies courantes et bénignes* » et ainsi améliorer l'offre de soins territoriale tout en libérerant du temps médical aux praticiens libéraux[893]. Les patients pourraient ainsi consulter directement, et à leur initiative, un IPA[894] qui aurait

---

[890] À ce jour, seule l'Université de Marseille s'est engagée à proposer cette formation. V. « *Pratique avancée : trois ans après sa création, une formation en baisse d'attractivité* », *op. cit.* : « *Six ou sept universités se sont positionnées pour la rentrée prochaine (22/23)* ».

[891] A. PASQUELIN, « *Vers la création du statut d'IPA en prévention et contrôle de l'infection ?* », Hospitalia, 13 juin 2022 : « *Depuis plusieurs mois, la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) œuvre à la création d'une nouvelle spécialité, l'IPA en prévention et contrôle de l'infection (PCI). Né en 2018, le statut d'IPA serait en effet une chance de faire monter en compétence les infirmiers hygiénistes tout en valorisant leurs actions explique Pascale Chaize, vice-présidente de la SF2H et membre du comité de pilotage travaillant en faveur de cette évolution* ».

[892] Rapport IGAS, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », n°2021-051R, novembre 2021, recommandation n°30.

[893] Toutefois, « *l'émergence d'un tel niveau d'exercice emporte des conséquences sur l'ensemble des professions déjà existantes et sur la conception des parcours de soin* ». C'est pourquoi le rapport de l'IGAS préconise une « *réflexion globale sur le positionnement des différentes professions, sur leurs périmètres d'intervention et l'adaptation de leurs formations, afin d'intégrer pleinement les partages de compétences, tout en réaffirmant le rôle de coordination du médecin traitant* » ; v. Rapport IGAS n°2021-051R, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », *op. cit.*.

[894] D'autant que les patients se disent satisfaits de la prise en charge par les IPA ; v. L. TRANTHIMY, « *Les patients voient les IPA d'un bon œil* », Le Quotidien du médecin, 1er juillet 2022 : « *L'intervention de l'IPA a été bien appréciée des patients orientés par leur généraliste. En effet, le délai de prise de rendez-vous avec l'infirmière est raccourci par rapport à celui avec le généraliste : entre 2 et 5 jours contre 15 jours voire trois semaines pour le médecin en zone déficitaire. La possibilité d'être reçu plus rapidement est selon la CNAM un facteur assurant pour le patient. Par ailleurs, les patients interrogés apprécient le fait d'être écoutés, de se voir consacrer du temps pour être davantage conseillés sur les pathologies*

également la possibilité de leur primo-prescrire certains traitements et prestations[895] entrainant alors inévitablement un glissement des tâches[896].

239. **Accès direct.** Pour S. RIST, cette mise en place d'IPA avec accès direct donnerait lieu à un travail différent des médecins généralistes qui verraient sans doute leurs consultations augmenter « *tout en acceptant d'être en coopération et d'avoir une responsabilité territoriale et multisite* »[897]. Le CCI avait d'ailleurs déjà publié de nouvelles directives sur la

*chroniques. Concernant les patients adressés par leur spécialiste, la prise en charge par l'IPA est aussi saluée, car perçue comme un soutien psychologique indispensable notamment pour garder un bon moral* ».

[895] Pour ce faire, le rapport préconise de fixer la liste par voie règlementaire et conventionnelle.

[896] Il faudrait alors modifier les textes existants qui comportent nécessairement la notion de « *patient confié par le médecin* » traduisant « *une dépendance organisée compromettant le développement de l'exercice en accès direct de l'IPA et contrevenant au libre choix du patient* ». À ce propos, le rapport souligne que pour « *nulle autre profession, le Code de la santé publique n'impose en droit la désignation intuitu personae d'un professionnel choisi par le médecin, pour que le professionnel en question puisse avoir la possibilité de recevoir un patient qui souhaiterait le consulter* » (v. Rapport IGAS n°2021-051R, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », *op. cit.*, p.57). Un premier pas a toutefois été fait, le 27 juillet 2022, avec la signature de l'avenant 9 à leur convention nationale. Ce texte prévoit notamment « *une revalorisation de plus de 20% des forfaits de prise en charge existants pour les patients confiés par le médecin au titre d'un suivi régulier* » mais également l'instauration d'une prise en charge ponctuelle de nouveaux patients et à la demande du médecin. Ce bilan ponctuel, rémunéré 30 euros et limité à une fois par an et par patient, pourra comprendre « *un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, des mesures d'éducation thérapeutique, et si besoin la réalisation de prescriptions* » (v. L. GALANOPOULO, « *Accès ponctuel aux IPA, revalo de 20% des forfaits de suivi… Les infirmières libérales signent un nouvel avenant avec la Cnam* », Le Quotidien du médecin, 28 juillet 2022).

[897] S. RIST, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.* À l'occasion de son audition dans le cadre du PLFSS 2023, la député a ajouté qu'elle « *réitère la conviction que le partage d'activité entre les médecins et les autres professionnels de santé est indispensable pour améliorer l'accès aux soins des français. Je souhaite que nous puissions accélérer et permettre l'accès direct aux IPA. Je suis aussi convaincue que nous pouvons étendre les prérogatives des IDE à la signature des certificats de décès et à la prescription d'arrêts de travail de très courte durée dans le cadre des soins coordonnés avec les médecins* ». C'est ainsi que, le 11 octobre 2022, un amendement n°AS1249 a été inséré au PLFSS 2023 prévoyant, à titre expérimental, l'accès direct aux IPA : « *Pour une durée de trois ans et à titre expérimental, l'État peut autoriser les infirmiers en pratique avancée à exercer leur activité sans prescription médicale dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L.1411-11-1, L.1434-12, L.6323-1 et L.6323-3 du Code de la santé publique. Un compte rendu des soins réalisés par l'infirmier en pratique avancée est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé* ».

V. en ce sens loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, JORF n°0298 du 24 décembre 2022 qui encadre une expérimentation pendant trois ans de l'accès direct des patients aux IPA dans le cadre de structures d'exercice coordonné (art.40).

pratique avancée des infirmiers appelant « *à davantage de reconnaissance et de soutien à ces fonctions pour contribuer à redresser des systèmes de santé fragiles* »[898].

En tout état de cause, la pratique avancée, fondatrice d'une nouvelle forme d'exercice, a vocation à se renforcer afin d'établir une véritable « *approche complémentaire et non substitutive* » telle que voulue dans la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 et s'inscrit dans le cadre « *d'une première étape qui appellera des prolongements : dans le domaine de la pratique avancée infirmière et vis-à-vis d'autres professions de santé* »[899] ; à condition de ne pas manquer de moyens pour véritablement développer l'émergence de cette profession récente et que la profession d'IPA s'ouvre à l'exercice libéral.

240. **Manque de moyens.** Dernièrement l'Union nationale des IPA (Unipa) a en effet alerté sur le manque de moyens mis en place pour « *installer et pérenniser cette profession innovante et indispensable pour le système de santé* »[900]. En effet, elle constate que les moyens attendus « *n'ont pas été mis en place pour développer et pérenniser de façon satisfaisante cette nouvelle profession* » puisqu'à titre d'exemple « *quand les IPA ont commencé leur nouvelle activité à l'été 2019, l'objectif était d'en former 5000 avant la fin de la mandature en 2022. Cet été, ils seront seulement 1700 diplômés* »[901]. À ce titre, le syndicat demande « *une restructuration cohérente de la profession pour l'ancrer dans le système de santé* »[902] grâce à l'homogénéisation de la formation sur tout le territoire français et une sensibilisation de la population, et des professionnels de santé, au rôle et missions des IPA[903] ; la mise en place d'une représentativité structurée de ces nouveaux auxiliaires médicaux serait alors l'un des axes à développer en priorité.

---

898 International Council of Nurses, « *Guidelines on advanced practice nursing 2020* », 16 avril 2020.

899 DGOS, « *Reconnaissance de la pratique avancée infirmière – présentation* », *op. cit.*

900 C. NAYRAC, « *L'Union nationale des IPA alerte sur le manque de moyens pour pérenniser la profession* », Hospimédia, 26 avril 2022. V. recensement des infirmiers et étudiants infirmiers en pratique avancée, *op. cit.*

901 *Ibid.*

902 *Ibid.*

903 D'une manière générale, « *la formation est peu connue de la profession, des institutions et des établissements* » ; v. « *Pratique avancée : trois ans après sa création, une formation en baisse d'attractivité* », *op. cit.*

241. **Ouverture de la pratique avancée.** Pour le moment circonscrite à la profession d'infirmier, la pratique avancée telle qu'encadrée par la loi est pourtant possible pour tous les auxiliaires médicaux du livre IV du Code de la santé publique à savoir les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes, les orthésistes pour l'appareillage des personnes en situation de handicap et les diététiciens et permettrait d'opérer un glissement de tâches conséquents au bénéfice des professions paramédicales, libérant ainsi du temps pour les praticiens libéraux.

## §2 - L'émergence de l'intercomplémentarité professionnelle

Perpétuellement, le système de santé doit s'adapter à la « *réinterrogation sur la répartition des tâches et des compétences à travers des propositions concrètes, dans l'intérêt des patients et des soignants et dans un contexte de tensions accrues sur le temps médical* »[904] et ce d'autant plus quand le nombre de praticiens et l'accès aux soins font défaut dans certaines zones du territoire. Afin d'essayer de s'accorder et de pallier ces difficultés rencontrées, des glissements de tâches s'opèrent de plus en plus entre les professionnels de santé, notamment libéraux, par l'évolution de l'encadrement juridique (**A**) mais également par une nécessité de terrain (**B**).

### A – Le fondement juridique du glissement des tâches

244. **Origine de la délégation des compétences.** La délégation des compétences aux professions de santé est un processus ancien et continu, rencontré dans de nombreux pays comme le Royaume-Uni, la Finlande ou encore la Suède. Il s'appuie sur « *la complémentarité, l'extension des service rendus et le développement de nouveaux métiers* »[905] et se trouve renforcé par les cadres d'exercice en commun. Impossible de ne pas évoquer « *le spectre du démantèlement du corporatisme qui conduisit la Constituante à ruiner, sans forcément le souhaiter, les structures du monde médical* »[906] et l'avènement des officiers de santé [907]dont la disparition au XIXe siècle « *a permis l'établissement d'une véritable cloison entre la profession médicale d'une part et les autres professions de santé d'autre part* »[908] entrainant inévitablement une certaine frilosité à un glissement avéré des compétences.

---

[904] Rapport IGAS n°2021-051R, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », *op. cit.*

[905] IRDES, « *Glissement des tâches au sein des professions de santé* », juillet 2007.

[906] A. LECA, S. SANCHEZ, Histoire du droit de la santé, LEH Édition, coll. Intempora, 2014, p.156.

[907] Décrets des 28 juin et 8 juillet 1793 relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents : « *Il sera établi, près de chaque agence de secours, un officier de santé chargé du soin de visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation, d'après la liste qui lui sera remise par l'agence* ».

[908] F. VIALLA et M. MAZZUCOTELLI, « *La catégorie des professionnels de santé : des contours redessinés* », RDS, Hors-série 2016, p.110-115. V. également sur ces questions de construction de la profession contre la concurrence des officiers de santé, N. DA SILVA et M. GADREAU, « *La médecine libérale en France* », o*p. cit.*,

Toutefois, cette délégation s'est imposée face aux difficultés rencontrées dans le système de santé français et notamment dans un souci d'accès aux soins sur tout le territoire ; la nécessité a entrainé un glissement des tâches puisque par exemple « *70% des actes courants d'ophtalmologie pourraient être assurés par des opticiens et bon nombre par des rétinographes* »[909] et même la création de nouveaux métiers de la santé[910]. En effet, « *suite au déficit démographique des personnels médicaux, à l'évolution des techniques médicales et chirurgicales, à la spécialisation, voire l'hyperspécialisation des activités médicales, et au vieillissement de la population, les glissements de tâches – la réalisation de certains actes par des acteurs non habilités – sont inévitables* »[911].

243. **Décloisonnement des compétences.** Le praticien libéral, recentré sur le cœur de son métier[912], aurait également « *davantage de disponibilités pour mener certaines consultations*

---

p.4 : « *La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) établit les principes de l'organisation de l'activité de soignant en créant le statut des officiers de santé et en instaurant une hiérarchie entre les docteurs en médecine, les sage-femmes et les officiers de santé. […] Les médecins doivent attendre la loi Chevandier du 30 novembre 1892 pour que soit légalisé le syndicalisme médical. […] Cette loi rétablit le monopole des soins au profit des médecins interdisant l'exercice de la profession aux officiers de santé* ». Ce texte marque la fin de l'histoire des officiers de santé et consacre le monopole d'exercice de la médecine aux docteurs. Sur le monopole d'exercice, v. Conseil d'État, « *Les entretiens du Conseil d'État en droit social, les professions de santé de demain* », *op. cit.*, p.2-3 : « *Durement acquis à la fin du XIXe siècle, le monopole explique que beaucoup d'actes aient été réservés aux médecins alors qu'ils sont aussi pratiqués, ailleurs qu'en France, par des professionnels moins qualifiés ; il explique également que le Code de la santé publique continue de définir 'les autres professions de santé comme des dérogations au monopole des médecins, lui-même protégé par l'infraction d'exercice illégal de la médecine* » ; J. MORET-BAILLY, « *Les modes de définition des professions de santé ; présent et avenir* », *op. cit.*

909 V. Sénat, « *Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire* », n°335, février 2013 ; http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf.

910 A. LECA, C. BERLAND-BENHAIM et J-P. AGRESTI « *Déserts médicaux : réflexions sur un maillage territorial sanitaire irrationnel et incohérent* », *op. cit.*

911 S. MICHAUD, « *Des glissements de tâches à la coopération entre professionnels de santé* », Gestions hospitalières, n°503, février 2011 : « *Face aux évolutions des modes de prise en charge, les professionnels présentent des modalités d'organisation et des innovations adaptées aux besoins et aux demandes des usagers* » et M-P. RODRIGUEZ, C. BARET, « *Les infirmières en pratique avancée dans les services de soins* », Gestions hospitalières, n°528, 2013, p.410-413.

912 V. C. DEBOST, « *Consécration de la dérogation aux conditions légales d'exercice médical ou la confirmation du glissement des tâches dans le secteur sanitaire* », RDS, n°49, 2012, p.623-627 : L'atteinte au dogme du monopole de l'exercice médical peut s'expliquer par « *l'émergence du souhait pour le professionnel de santé de se recentrer sur son cœur de métier en délégant plus de tâches aux professionnels l'assistant dans son exercice* ». En effet, « *l'une de ces mesures est donc de déroger au monopole de l'exercice de la médecine en transférant des compétences à des professionnels qui jusqu'alors n'étaient pas habilités à la pratique des actes strictement réservés aux médecins, comme ordonner un traitement ou encore poser un diagnostic* ». Cette frilosité des praticiens peut également s'illustrer par un arrêt n°465316 rendu le 18 juillet 2022 par le Conseil

*approfondies* »[913]. Seulement, le Code de la santé publique ne permettait pas une réelle perméabilité entre les professionnels car les activités de soins étaient organisées en fonction des différentes catégories de professions de santé ; « *ainsi, les professions de santé se trouvaient restreintes dans leurs initiatives de répartition entre elles de leurs activités par des décrets de compétences rigides qui énumèrent des listes limitatives d'actes* »[914]. C'est pourquoi la loi HPST a amorcé ce décloisonnement des compétences entre les différents professionnels de santé[915], mouvement poursuivi par la loi de modernisation de notre système de santé « *renfermant des dispositions venant faire évoluer la répartition des compétences chez ces derniers* »[916] impactant alors inévitablement en périphérie le secret professionnel devenu secret partagé[917].

244. **Droit de prescription.** La frilosité à l'encontre du glissement des tâches s'explique également par l'aménagement du droit de prescription, principe sacré « *jalousement partagé pendant longtemps entre les médecins, les sage-femmes et les chirurgiens-dentistes* »[918]. Malgré les réticences vivement exprimées, la loi de modernisation de notre système de santé a conduit à l'aménagement de ce droit de prescription notamment en habilitant les infirmières scolaires à « *délivrer toutes mesures de contraception dès lors que l'action de prévention, de dépistage ou de traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure* »[919].

Cet encadrement légal est par ailleurs nécessaire afin de ne pas basculer dans l'exercice illégal de la médecine qui incombe à « *toute personne qui prend part habituellement ou par direction*

---

d'État dans lequel le juge administratif rejette le recours du CNOM qui demandait de suspendre les dispositions du décret n°2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au télétravail et à la télésanté au travail, JORF n°0098 du 27 avril 2022.

913 Sénat, « *Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire* », *op. cit.*

914 *Ibid.*

915 V. RDS, n°33, 2010.

916 F. VIALLA et M. MAZZUCOTELLI, « *La catégorie des professionnels de santé : des contours redessinés* », *op. cit.*

917 V. CSP, art.L.1110-4. Sur ces questions, v. F. VIALLA, « *Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé* », RGDM, n°82, 2022, p.65-90 ; B. PY, « *Cent ans de secret professionnel* », RDS, n°100, 2022, p.230-250.

918 F. VIALLA et M. MAZZUCOTELLI, « *La catégorie des professionnels de santé : des contours redessinés* », *op. cit.*

919 CSP, article L.1111-5-1. V. loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.*, article 7.

*suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à* l'article L. 4131-1 *et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux* articles L. 4111-2 *à* L. 4111-4*,* L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 *à* L. 4131-5 »[920].

245. Là n'est pas le seul exemple de glissement de compétences puisque l'article 127 de la même loi a également consacré la pratique de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse au bénéfice des sage-femmes[921]. Cependant, cette atteinte au monopole médical par le glissement des compétences conduit alors inévitablement à une atteinte au colloque singulier puisque « *transférer des tâches revient à accepter que des tierces personnes s'immiscent dans la relation entre le médecin et son patient* »[922]. Par conséquent, le passage à un colloque pluriel devient inévitable.

246. **Responsabilité.** Enfin, impossible de ne pas soulever la question de la responsabilité nouvelle du bénéficiaire de ce glissement des tâches. En effet, il ne pourra que s'accompagner corollairement d'un renforcement de la responsabilité du professionnel concerné[923] ; ainsi, l'article L.4301-1-IV du Code de la santé publique dispose que « *le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre* ».

---

920 CSP, article L.4161-1.

921 CSP, article L.2212-1 : « *La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre sa grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse* ».

922 F. VIALLA et M. MAZZUCOTELLI, « *La catégorie des professionnels de santé : des contours redessinés* », *op. cit.*

923 V. Cour de cassation, Rapport annuel, « *La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation* », troisième partie, 2007 : Ce rapport esquisse les contours de la responsabilité des professionnels jouissant du transfert de compétence en énonçant que « *les sages-femmes disposent d'une compétence propre qui exclut en principe qu'un médecin avec lequel elles concourent aux soins d'une patiente soit responsable de leur acte ; sauf s'il a lui-même commis une faute ou était à même de se rendre compte de celle commise par la sage-femme et qu'il pouvait l'empêcher* ».

B – Le glissement des tâches de fait

« *Prendre soin de ceux qui soignent* »[924]

247. Les exemples de glissements de tâches concrets observés dans les établissements sanitaires et sociaux sont nombreux s'agissant notamment des aides-soignants ou des infirmiers[925]. Il est des cas où le glissement opéré est encadré juridiquement et d'autres où il résulte de l'initiative des professionnels directement. En effet, même si « *le glissement des compétences ne peut s'envisager qu'à la seule condition d'une réelle formation à la pratique et non un simple transfert, sans encadrement des pratiques qui ne serait aucunement acceptable* »[926], il est des exceptions où la situation contextuelle a entrainé des prises de décisions de la part des soignants.

S'agissant du glissement des tâches résultant d'une extension des compétences, il permettrait d'ajuster l'organisation de chacune des professions concernées, d'éviter les dérives conduisant à une insécurité réelle mais également la mise en place d'une véritable interdisciplinarité professionnelle. C'est pourquoi récemment, la Haute autorité de santé s'est prononcée en faveur de l'extension des compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes pour l'ensemble des vaccins (obligatoires ou recommandés)[927]. Cette extension des compétences vaccinales s'inscrit dans le cadre de la

[924] Stratégie nationale de santé 2018-2022, publiée en août 2018.

[925] Concernant les aides-soignants cela peut concerner par exemple l'injection d'insuline, l'administration d'un aérosol médicamenteux, le changement d'un flacon d'une perfusion, la pose de bandes de contention ; et pour les infirmiers, la réalisation de soins ou administration de médicament sans prescription médicale ni écrite ni orale, la pose d'un diagnostic médical, la réalisation de transfusions sanguines sans présence d'un médecin. V. V. LAUTARD, « *Aide-soignant, infirmier, médecin… le fléau des glissements de compétences* », 30 mars 2018 ; www.infirmiers.com. Sur ces questions, v. également le rôle rempli par les « faisant-fonction » malgré les difficultés et les risques que cela peut entraîner ; s'agissant notamment des « faisant-fonction » d'aide-soignant dans le secteur médico-social où l'exception a trop souvent tendance à devenir la norme. Sur la situation des « faisant-fonction » dans la fonction publique hospitalière, v. IGAS et IGÉSR, Rapport, « *La formation continue dans la fonction publique hospitalière* », n°2021-218, décembre 2021 : « *Malgré le faible échantillon (étude statistique de l'ANFH portant sur cinq régions), la part des faisant fonction atteint des proportions importantes : jusqu'à 42% pour les infirmiers puériculteurs, 54% pour les secrétaires médicaux et 40% pour les IBODE et IADE* ».

[926] F. VIALLA et M. MAZZUCOTELLI, « *La catégorie des professionnels de santé : des contours redessinés* », *op. cit.*

[927] HAS, « *Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes – premier volet, personnes de plus de seize ans* », 23 juin 2022. V. en ce sens loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022

stratégie portée par « Ma santé 2022 » afin de proposer des réponses globales aux défis rencontrés par notre système de santé notamment ceux les difficultés d'accès à un médecin mais également afin de faciliter le parcours vaccinal de la population.

248. **Vaccination déléguée.** Les sages-femmes avaient été les premières autorisées à prescrire et à vacciner dans des conditions encadrées chez la femme, les nouveau-nés et chez les personnes de l'entourage de l'enfant ou de la femme enceinte[928] ; puis les pharmaciens[929] et les infirmiers[930] ont été intégrés à la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière. La crise sanitaire a par la suite renforcé l'extension de ces prérogatives puisque ces professionnels ont été autorisés à prescrire et administrer les vaccins contre la Covid-19 à toute personne[931].

249. **Frontière de l'exercice illégal de la médecine.** Outre ces glissements des tâches vivement dictés par un contexte sanitaire ébranlé, d'autres sont opérés à l'initiative des

---

de financement de la sécurité sociale pour 2023, op. cit. qui reconnaît une nouvelle compétence vaccinale pour les pharmaciens, les infirmiers et les sages-femmes (art.33).

928 Arrêté du 10 octobre 2016 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, JORF n°0244 du 19 octobre 2016.

929 Les pharmaciens ont d'abord été autorisés, en 2017, à pratiquer la vaccination contre la grippe saisonnière et sans prescription médicale à titre expérimental pendant deux ans ; puis v. arrêté du 23 avril 2019 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par les pharmaciens d'officine, JORF n°0097 du 25 avril 2019.

930 Décret n°2018-805 du 25 septembre 2018 relatif aux conditions de réalisation de la vaccination antigrippale par un infirmier ou une infirmière, JORF n°0222 du 26 septembre 2018 ; Arrêté du 25 septembre 2018 modifiant l'arrêté du 14 novembre 2017 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal saisonnier pratiquée par un infirmier ou une infirmière, JORF n°0222 du 26 septembre 2018. Ces deux textes font suite à la décision n°2018.0117/DC/SEEP du 25 juillet 2018 du collège de la HAS portant adaptation de la recommandation vaccinale relative à l'extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination contre la grippe. V. CSP, article L.4311-1 et R.4311-5-1. V. également arrêté du 26 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2022 relatif à la vaccination contre le virus Monkeypox, JORF n°0172 du 27 juillet 2022 et l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de la crise sanitaire, JORF n°0126 du 2 juin 2021.

931 Décret n°2021-506 du 27 avril 2021 modifiant les décrets n°2020-1262 du 16 octobre 2020 et n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JORF n°0100 du 28 avril 2021.

professionnels quitte à basculer dans l'exercice illégal de la médecine car rappelons que « *si l'on sait que le contexte législatif semble encourager le glissement des tâches entre professionnels de santé, […] un acte aussi important qu'une modification de prescription médicale mérite d'être strictement encadré* »[932]. Ici, ladite prescription avait été modifiée « *dans l'urgence, pour palier l'indisponibilité du médicament dans l'établissement d'accueil en raison d'une carence d'organisation imputable non à la salariée, mais à l'employeur* »[933].

250. Enfin, d'autres transfert de tâches seraient envisageables afin de dégager du temps médical aux praticiens et de renforcer cette dynamique complémentaire des professionnels de santé. Le système doit alors évoluer car le glissement des tâches ne permet pas réellement une marge de manœuvre efficiente. Par exemple, pour l'établissement d'un certificat de décès, le médecin doit être présent, alors que la formation des infirmiers à constater le décès, et une autonomie avérée, serait de fait souhaitable[934].

---

[932] M. KRKAC, « *On ne peut imputer aux soignants un défaut structurel d'organisation* », RDS, n°77, mai 2017, p.384-386. En l'espèce, si la cour reconnait bien volontiers le monopole de la prescription médicale, elle se montre cependant assez protectrice des professions paramédicales notamment lors d'un glissement des tâches constaté à l'occasion d'un défaut d'organisation de l'établissement ; V. CA Agen, 14 février 2017 : n°15/01594.

[933] *Ibid.*

[934] V. à ce sujet, S. MAUBORGNE, « *Table -ronde 2 : Évolution des professions de santé* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.29-30 : Mme MAUBORGNE préconise en effet de « *se pencher sur la question des constats de décès. Aujourd'hui cela est un vrai problème dans les territoires, il s'agit d'un enjeu sanitaire avec un impact sur les maires, les forces de police et la gendarmerie* ».

C'est dans ce contexte que l'ARS Grand-Est a déclaré avoir conscience de cette problématique, « *les policiers pouvant être mobilisés de longues heures auprès d'un corps faute de trouver un médecin qui accepte de se déplacer pour constater le décès et délivrer un certificat* ». J. ORCIER, délégué territorial de l'ARS ajoute que « *malgré une valorisation à 100 euros l'acte de décès, le médecin ne se déplace plus. C'est à nous d'explorer de nouvelles options pour y remédier avec le renfort d'autres professionnels en capacité de se déplacer pour la réalisation de cet acte ». Pour ce dernier, « le recours aux infirmiers libéraux formés semble l'option la plus intéressante* » (v. A.T, « *Des infirmiers formés pour constater le décès ?* », L'Est républicain, 14 juillet 2022).

C'est dans ce contexte que, le 11 octobre 2022, l'une des mesures portées par l'ONI a été intégrée au PLFSS 2023 par voie d'amendement n°AS1646. Il s'agirait alors de mettre en place l'expérimentation quant à la possibilité pour les infirmiers de réaliser des certificats de décès pour une durée de trois ans et dans la limite de trois régions : « *I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser les infirmiers et infirmières à signer les certificats de décès. Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès, réalisé au domicile*

Il conviendrait d'élargir encore plus cette logique, pour l'instant assez limitée, du transfert de compétences puisque, sauf exception, si la profession concernée n'est pas médicale mais paramédicale le champ d'action en première ligne est dérogatoire[935]. L'un des freins à cette ouverture est sans doute le cadre strict posé par le décret d'actes de la profession d'infirmier[936] empêchant une véritable révision et le passage d'une « *liste d'actes exhaustive limitative à une liste d'actes indicative* »[937]. Olivier VERAN, alors ministre de la santé, s'était engagé à « *confier plus de responsabilités aux infirmiers dans les mois et les années à venir* » et avait annoncé « *la révision du décret de compétences dans les prochaines semaines* »[938]. Pour certains, « *la certification périodique à laquelle les infirmières seront soumises à partir du 1er janvier 2023[939] garantira le maintien des compétences et l'actualisation des connaissances. […] La réalisation d'un acte pourrait dépendre du suivi d'une formation en lieu et place d'un liste d'actes* »[940]. Mais cette « rigidité » imposée par le décret d'actes n'est pas évidente à aménager du fait du fort aspect historique et culturel qu'il revêt, la profession d'infirmier s'étant construite autour de ce dernier.

---

*du patient, sont pris en charge par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L.1435-8 du Code de la santé publique sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale* ».

935 À ce propos, v. S. BRISSY, « *Table -ronde 2 : Évolution des professions de santé* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.21-27.

936 V. CSP, article R. 4311-1 et s.

937 *Ibid.* : « *La fin du décret d'acte pour aller vers un décret de compétences* ». V. en ce sens J. CHEVILLOTTE, « *Pour une suppression du décret de compétences infirmières* », La Revue de l'infirmière, Elsevier, n°281, vol.71, mai 2022, p.1 : « *Alors que les travaux sont en cours, ne faut-il pas s'interroger sur l'utilité de son maintien ? N'est-ce pas une liste limitative - voire obsolète – d'actes à un moment où les coopérations entre professionnels de santé sont encouragées ?* ».

938 O. VERAN, « *Conclusion* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.70-74. À la suite de ces annonces faites par l'ancien premier ministre, « *dans une lettre de mission du 17 mars 2022, il charge conjointement avec Frédérique Vidal à l'IGAS d'émettre des propositions soutenues par une concertation élargie de l'intégralité des acteurs concernés pouvant servir de base à l'élaboration des prochaines règlementations renouvelant l'encadrement de la profession* ». V. également G. CAUMES et B. VIALLA, « *Pour un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable : quels impacts du colloque six mois après ?* », Analyse d'impact, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.75-76.

939 Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé, JORF n°0167 du 21 juillet 2021 suivie du décret n°2022-798 du 11 mai 2022 relatif à la composition et au fonctionnement du conseil national de la certification périodique, JORF n°0110 du 12 mai 2022.

940 J. CHEVILLOTTE, « *Pour une suppression du décret de compétences infirmières* », *op. cit.*

## Section II – L'indispensable partage des compétences

« *Il faut pour tous ces outils, donner aux professionnels de terrain la possibilité de s'organiser eux-mêmes. La médecine de demain sera forcément regroupée et multi-sites* »[941]

251. **Actions à pérenniser.** La crise sanitaire a permis de mettre en exergue un fort élan de solidarité entre les professionnels de santé qu'il serait intéressant de pérenniser. En effet, aux moments difficiles des différentes vagues de Covid-19, des coopérations efficaces se sont mises en place dans l'urgence, sans réelle structuration formelle ; « *Les différents acteurs du système de santé et en particulier les établissements publics ont mis en place des coopérations étroites et efficaces* »[942].

L'objectif serait alors de faire perdurer cette dynamique, de structurer juridiquement ces actions en adaptant les outils existants aux réalités de terrain notamment grâce aux CPTS, aux PTA ou encore aux DAC et aux protocoles de coopération modernisés. Il revient alors de faire persister une coopération pouvant être induite par les acteurs locaux, et même par les pouvoirs publics, sur un modèle similaire à celui des GHT au niveau structurel et grâce aux protocoles de coopération participant à la « *transformation de notre offre de soins en réduisant les délais d'accès aux soins et donc en améliorant les parcours de santé tout en contribuant au développement professionnel et à l'émergence de nouveaux métiers* »[943].

Cette pérennisation des actions de coopération puis des dispositifs le permettant ne peut toutefois s'envisager qu'en les adaptant à l'objet et aux attentes : « *améliorer la rémunération des médecins, faciliter la mise à disposition des personnels, disposer des moyens matériels et financiers, veiller à la question de la gouvernance en recherchant la participation directe des acteurs et un équilibre nécessaire*

---

941 J-P. ORTIZ, « *Quel avenir pour la médecine de ville ?* », *op. cit.*

942 L. JEUNE, « *Post Covid-19 : l'avenir des coopérations entre acteurs de la santé – point de vue* », Houdart&Associés, 25 juin 2020. La crise covid a par exemple permis la coopération de l'URPS et de l'AP-HP pour la prise en charge de plus de 60 000 patients.

943 « *Protocoles de coopérations entre professionnels de santé* », 18 février 2022 ; www.aphp.fr/professionnel-de-sante/cooperations-bonnes-pratiques/protocoles-de-cooperations-entre-professionnels.

*entre eux ou encore la question fiscale car trop de structures sont soumises à l'impôt sur les sociétés conduisant à des surcoûts inutiles* »[944].

En tout état de cause, cette logique de coopération public/privé doit être pérennisée et, avant même d'envisager les outils existants, il convient de démarrer du projet à déployer, c'est-à-dire « *définir clairement un but et s'assurer d'une volonté d'y parvenir en commun. Dans un second temps il faut trouver les véhicules juridiques adéquats* »[945] en s'appuyant sur le partage de moyens (**§1**) et d'exercice (**§2**).

[944] « *Protocoles de coopérations entre professionnels de santé* », *op.cit.*

[945] C. EVIN, H-B. POUILLAUDE, « *Quelles coopérations entre les acteurs de santé post covid-19?* », Webinaire BRL Avocats, 30 juin 2020. Il n'est en effet pas évident de choisir la structure juridique adaptée tant le fonctionnement des deux secteurs diffère sur de nombreux points ; à ce titre, l'Hôpital n'a par exemple pas la liberté de vendre son patrimoine ou encore obéit à un encadrement strict relatif à la domanialité ou aux marchés publics.

## §1 - Le partage de moyens

254. Les protocoles de coopération sont définis au sein du titre 1er du livre préliminaire de la quatrième partie du Code de la santé publique ; « *[…] Les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient* »[946]. Cette mise en commun de moyens s'illustre par des structures communes (**A**) mais aussi par un exercice regroupé entre professionnels libéraux (**B**).

### A - Le partage structurel

253. **Protocoles de coopération.** Institués par la loi HPST, les protocoles de coopération « *autorisant des expérimentations dérogatoires pour permettre à des équipes identifiées travaillant ensemble d'expérimenter de nouvelles organisations dérogeant aux périmètres règlementaires de compétences des professions de santé ; mais également de sécuriser juridiquement les pratiques existantes ; et enfin de préfigurer l'évolution du partage des compétences en faisant évoluer les pratiques à travers la généralisation des protocoles les plus pertinents pour répondre aux enjeux en matière de démographie médicale, d'accès aux soins et de prise en charge des maladies chroniques* »[947] ont récemment été rénovés et simplifiés[948] en étendant des protocoles locaux aux équipes coordonnées et aux établissements médico-sociaux.

Ces protocoles de coopération doivent être validés par la HAS et sont établis à l'initiative des professionnels sur la base du volontariat. Ils concernent tout à la fois les médecins, les pharmaciens, les auxiliaires médicaux et ce, quel que soit leur mode d'exercice ; et peuvent être nationaux ou locaux ; dès lors « *les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager,*

946 CSP, article L.4011-1.

947 Article 51 de la loi HPST.

948 Article 66 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *op. cit.* et article 3 de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, *op. cit.*

*à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou ré-organisent leurs modes d'intervention auprès du patient* »[949].

254. Les protocoles nationaux sont organisés par thématique en fonction des priorités de santé publique et sont déterminés par le Comité national des coopérations interprofessionnelles[950]. À cet effet le comité élabore des appels à manifestation d'intérêt (AMI) qui sont publiés sur le site du ministère des Solidarités et de la santé permettant ainsi à toute équipe composée de professionnels de santé, et directement concernée par l'AMI, d'y répondre.

Parallèlement, « *les professionnels de santé exerçant en établissement de santé public ou privé, au sein d'un GHT, dans une structure d'exercice coordonné, un établissement ou service médico-social peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération* »[951]. Dans un objectif de transversalité, il est possible qu'un même protocole soit signé par « *des professionnels de santé exerçant en milieu hospitalier, en ville et dans le secteur médico-social* »[952].

---

[949] HAS, « *Protocole de coopération entre professionnels de santé* », juin 2021.

[950] CSP, article L.4011-3 : « *Il est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie. Il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés* ». V. décret n°2020-148 du 20 février 2020 relatif au fonctionnement du comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux prévus à l'article L.4011-3 et à leur application au service de santé des armées, JORF n°0045 du 22 février 2020.

[951] CSP, article L.4011-4.

[952] V. « *Système de santé : Les protocoles de coopération entre professionnels de santé* », novembre 2021 ; www.vidal.fr. V. également décret n°2021-804 du 24 juin 2021 relatif aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles locaux de coopération des établissements de santé, des groupements hospitaliers de territoire et du service de santé des armées, JORF n°0146 du 25 juin 2021 et décret n°2021-1512 du 19 novembre 2021 relatif aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles locaux de coopération au sein des dispositifs d'exercice coordonné et des établissements et services médico-sociaux, JORF n°0271 du 21 novembre 2021.

Des protocoles de coopération sont alors publiés afin d'encourager les équipes de professionnels de santé à « *s'en emparer et à les mettre en œuvre sur le terrain* »[953]. Le déploiement de ces protocoles peut désormais s'appuyer sur des structures favorisant la coopération dans le secteur de ville notamment grâce aux maisons et centres de santé[954] par exemple. En effet, ces structures porteuses d'une nouvelle forme d'exercice correspondent mieux à la nouvelle façon d'envisager l'exercice libéral d'une profession et c'est également l'occasion de déployer des dispositifs existants comme les DAC, les PTA et les CPTS qui ont ici un rôle majeur à jouer tout en permettant désormais de répondre à des protocoles poussant encore plus loin cette dynamique de coopération[955] ; malgré leur lourdeur de mise en place qui peut constituer un frein à leur déploiement et qui justifierait un allègement des démarches.

À la portée des professionnels de santé impliqués dans l'exercice coordonné, dont les praticiens libéraux, « *ces leviers majeurs de la stratégie 'ma santé 2022' doivent permettre de faciliter l'accès aux soins pour la population, donner des perspectives attractives aux professionnels de santé et recentrer l'activité médicale sur l'essentiel de la médecine* »[956].

---

953 « *Les protocoles nationaux de coopération* », 12 mai 2022, mis à jour le 2 août 2022 ; www.solidarites-sante.gouv.fr.

954 Dossier de presse, « *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?* », *op. cit.*

Depuis mars 2017, +37% de progression du nombre de maisons de santé pluri-professionnelles et +21% de progression du nombre de centres de santé médicaux ou polyvalents.

955 « *Les protocoles nationaux de coopération* », *op. cit.* : Plusieurs protocoles ont été autorisés en structures pluriprofessionnelles ou en libéral, « mesures urgences été 2022 ». Il s'agit de six protocoles de soins non programmés ouverts aux CPTS. Il faut continuer la démarche entreprise d'ouvrir les protocoles de coopérations aux praticiens libéraux car jusqu'à présent « *près de trois protocoles sur quatre relevaient du secteur hospitalier* » ; v. Rapport IGAS n°2021-051R, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », *op. cit.*

956 C. LESENNE, « *Dix-sept nouveaux protocoles de coopération sont désormais opérationnels* », RDS, n°102, juillet 2021, p.671-673.

B - Le partage humain

« *La crise sanitaire nous a enseigné que quand on se mettait à travailler ensemble, quand on faisait tomber les silos, on était capable de faire des choses extraordinaires* »[957]

255. **Aménagement du monopole médical.** Pourtant nécessaire pour préserver un système de santé déjà grandement éprouvé, le partage des compétences entre professionnels de santé entraine un aménagement du monopole médical, notamment avec la mise en place des infirmiers en pratique avancée ; tout comme le glissement des tâches et des compétences consacrés par les dernières réformes de santé[958] au bénéfice des

[957] F. BRAUN, « *Il faut réformer l'ensemble du système de santé* », Interview par C. SABOURIN, Question d'actu, 5 juillet 2022.

[958] Voir en ce sens la loi de modernisation de notre système de santé et la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *op.cit.*

infirmiers[959], des sages-femmes[960] entre autres. Il est vrai qu'un glissement des tâches, effectif et pérenne, permettrait aux praticiens libéraux de retrouver du temps médical. Toutefois, dans cette logique de coopération interdisciplinaire entre professionnels de

[959] L'article L.4311-1 du Code de la santé publique dispose « *qu'est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.*

*L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.*

*L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé.*

*L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au troisième alinéa du I de l'article* L. 5134-1 *et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article* L. 2112-1 *et à l'article* L. 2311-4.

*Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. La liste de ces pathologies et de ces traitements est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient.*

*Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.*

*L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiniques, des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative* ».

[960] L'article L.4151-1 du Code de la santé publique dispose que « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles* L. 4151-2 *à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article* L. 4127-1.

*La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.*

*L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.*

*Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret* ».

santé, il faudrait alors penser à valoriser le rôle pivot du médecin notamment et rémunérer le temps de coordination de celui-ci avec l'IPA par exemple[961].

Cet esprit fédérateur est intrinsèque à la profession de médecin et était déjà exprimé il y a de ça plusieurs siècles. « *Le médecin est donc un guide et maître, il doit et peut exhorter, réprimander, inciter à un changement, avec comme objectifs des valeurs comme la tempérance, la prudence, l'équilibre* ». Ce rôle central, et la capacité qui en découle de conseiller, d'accompagner, « *le rendent en outre apte à être l'interlocuteur indispensable d'autres experti et probi viri – juges, fonctionnaires urbains, prêtres, inquisiteurs – qui le consultent pour délibérer avec compétence et rectitude dans des situations complexes réclamant des approches multiples : la règlementation des mesures sanitaires de la ville, l'exercice de la justice avec les expertises judiciaires et l'établissement des causes de la mort lors des procès, les procédures de canonisation et les visites pastorales* »[962].

256. **Fonction support.** La place du praticien libéral dans le système de santé français a alors vocation à changer de paradigme et notamment à s'ériger en support du développement de ces nouveaux métiers paramédicaux[963] ; pour ce faire, la place qui lui est accordée doit être réelle et durable. Dans d'autres pays comme le Canada, les États-Unis ou l'Angleterre, cette nouvelle dynamique de travail a fait ses preuves ; les médecins sont même favorables à accentuer cette coopération grâce au transfert de nouvelles compétences comme en radiologie par exemple[964].

En France, la situation est cependant foncièrement différente. Même si une nouvelle approche de l'organisation des soins voit le jour, l'avancée est plus timide. En effet, le

---

961 Rapport IGAS n°2021-051R, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », *op. cit.*, recommandation n°10. En effet, « *l'émergence de ces nouvelles organisations ne peut se faire sans réajustement de la rémunération* » ; v. S. MICHAUD, « *Des glissements de tâches à la coopération entre professionnels de santé* », *op. cit.*

962 C. CRISCIANI, « *Éthique des consilia et de la consultation : à propos de la cohésion morale de la profession médicale (XIIIe – XIVe siècles)* », Médiévales, n°46, Paris, PUV, printemps 2004, p.23-44.

963 Rapport IGAS n°2021-051R, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », *op. cit.*

964 V. V. HAZEBROUCQ, « *Nouvelles coopérations entre professionnels de santé, transfert de compétence et délégation d'activités : historique et éclairage juridique* » ; www. http://vincenthazebroucq.fr/Nouvelles_cooperations.htm.

« *contexte législatif et culturel français* »[965] se montre plus frileux et plus prudent ; « *les spécificités de notre système de santé rendent quasi impossible d'envisager à ce jour une répartition similaire des rôles en France où les médecins ont bloqué le développement des professions intermédiaires (sauf les sages-femmes) et limité le rôle des infirmières. Les spécificités nationales, nées de cultures particulières, doivent donc être prises en compte pour la définition des nouveaux métiers* »[966].

257. Ainsi pour envisager un réel partage entre les professionnels de santé, les réformes entreprises doivent être appliquées et valorisées ; « *des évolutions structurelles sont souhaitables en refondant le cadre juridique de définition des professions sur la base d'un référentiel de missions »*[967]. Le contexte actuel semble favorable à une ouverture sur ces nouvelles professions et à l'instauration d'une *« nouvelle culture de l'exercice partagé* »[968]. De nouvelles pistes de réformes s'esquissent pour continuer d'accompagner les praticiens libéraux tout en opérant un glissement de certaines compétences[969] ; en effet, le nouveau rôle des infirmiers impacte

---

965 S. MICHAUD, « *Des glissements de tâches à la coopération entre professionnels de santé* », *op. cit.*

966 C. BOURRET, G. SAALZANO, J.-P. CALISTE, « *Nouveaux métiers dans le domaine de la santé : maîtrise de l'information, transversalité des compétences et autres exigences* », International of Info & Com Sciences for Decision Making, n°6, mars 2003, p.173-186.

967 S. MICHAUD, « *Des glissements de tâches à la coopération entre professionnels de santé* », *op. cit.*

968 Ibid. : Et ce, bien que « *l'un des obstacles à la coopération soit d'ordre culturel : traditionnellement, l'exercice médical est individuel* ».

969 Par exemple, un projet de décret relatif à l'ouverture d'un exercice libéral pour les aides-soignantes avait été discuté en juin 2021, pour les soins de « la vie courante » même si ce projet a été rejeté par le haut conseil des professions paramédicales (HCPP). Un premier pas a déjà été fait avec la révision des référentiels formation et compétences des aides-soignants ; V. arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF n°0135 du 12 juin 2021. Dans ce texte, la révision des référentiels d'activités et de compétences a eu pour conséquences « *l'introduction de la notion de soins avec deux distinctions pour permettre un niveau d'autonomie jusque-là inexistant pour les soins dits 'de la vie quotidienne'* » : V. C. NAYRAC, « *Un projet de décret ouvre la voie à un exercice libéral pour les aides-soignants* », Hospimédia, 11 juin 2021.

Toutefois, cela alarme grandement les infirmiers dont les inquiétudes ont été relayées par l'ONI ; « *ce texte sort d'on ne sait où, sans concertation, alors que l'ensemble des référentiels aides-soignants viennent d'être publiés, à l'issue de quatre années de discussions. […] Comment tout ça va-t-il s'articuler avec les compétences infirmières ?* » ; Propos de P. CHAMBOREDON, président de l'ONI, relayés in C. NAYRAC, « *Le flou demeure autour du projet de décret esquissant un rôle propre des aides-soignants* », Hospimédia, 18 juin 2021.

inévitablement celui des aides-soignants par exemple puisque « l'autonomisation » de la profession des premiers engendre une revalorisation des compétences des seconds[970].

258. En tout état de cause, « *la refondation du cadre juridique de définition des professions sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes devrait être une prochaine étape afin d'accompagner les futurs professionnels dans une culture du travail en partenariat* »[971]. Pour autant à ce jour, « *80% des médecins consultent en individuel et 20% en groupe, nous sommes donc loin en France d'un exercice pluridisciplinaire* »[972] ; l'attractivité des professionnels de santé et des praticiens libéraux sera certes favorisée par un partage de compétences avéré, mais également par une implication réelle d'autres acteurs tels que les maires et les communes qui doivent alors s'ériger en véritables lanceurs d'alertes sur les situations auxquelles ils sont confrontés et sur le manque de praticiens[973].

[970] DGOS, note d'information n°DGOS/RH1/2021/108 du 26 mai 2021 relative au développement de l'apprentissage dans la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant.

[971] S. MICHAUD, « *Des glissements de tâches à la coopération entre professionnels de santé* », *op. cit.*

[972] F. BOURDILLON, « *Table-ronde 3 : Quels sont les moyens de réussir à déployer une santé publique dynamique ? Quels sont les ressorts et les objectifs prioritaires dans le cadre de l'échéance présidentielle ?* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.45-46.

[973] *Ibid.* : Ils doivent en effet revêtir un « *rôle de relai sur le terrain et porter la parole publique* ». Pour F. BOURDILLON, l'une des clés est sans aucun doute la coopération et les structures pluridisciplinaires car « *si nous arrivons à créer un effet d'entrainement pour accélérer les MSP, cela pourrait améliorer la qualité des soins mais aussi la vie des professionnels de santé et probablement la démocratie sanitaire en permettant la participation des usagers au sein des MSP* ».

## §2 - Le partage d'exercice

« *Laisser l'hôpital exercer en ville et permettre à la ville d'entrer dans l'hôpital* »[974]

« Ma santé 2022 » annonçait que « *400 postes de médecins généralistes à exercice partagé entre la ville et l'hôpital seront installés dans les territoires prioritaires, salariés par l'hôpital de proximité ou un centre de santé pour y proposer des consultations* » instaurant ainsi un exercice mixte des médecins généralistes notamment entre statut libéral et statut hospitalier[975] (**A**) ; parallèlement l'exercice des praticiens libéraux est également facilité par la simplification de la procédure d'autorisation de l'exercice multisite (**B**).

### A – La valorisation de l'exercice mixte

261. **Exercice partagé.** Cet exercice partagé entre la ville et l'hôpital vise à établir une coopération étroite entre les praticiens de ville et les hôpitaux de proximité notamment. La ministre de la santé alors en poste, A. BUZYN, avait expliqué que cette nouvelle mesure consisterait en le « *déploiement de postes de jeunes médecins généralistes à exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière et un exercice ambulatoire en zone sous-dense dans un cadre libéral ou salarié* »[976]. Cet assouplissement des règles de cumul d'activité vise à encourager l'exercice mixte en dehors des murs de l'hôpital[977] et le Ségur de la santé, dans sa huitième mesure[978], précise que cela doit permettre aux praticiens libéraux de pouvoir travailler à l'hôpital, et aux praticiens hospitaliers d'avoir un exercice ambulatoire. Soulignons tout de même que cette

---

974 CNOM, « *Rapport de la commission jeunes médecins : évolution mode d'exercice* », 2009.

975 Sénat, Question écrite n°09610 de M. C. BÉRIT-DÉBAT, publiée dans le JO du Sénat le 21 mars 2019, p.1515.

976 Instruction n°DGOS/DIR/2019/XX du 30 janvier 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « *400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires* ».

977 V. R. MARIÉ, « *À la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé* », *op. cit.*

978 Ségur de la santé, Pilier 1 « *Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent* », dossier de presse, juillet 2020.

mesure ne concernait à première vue qu'un type de professionnel libéral à savoir les médecins généralistes[979].

Ainsi, il s'agit de « *favoriser l'exercice ambulatoire des praticiens hospitaliers dans les zones sous-denses grâce à la prime d'exercice territorial et de promouvoir le recrutement de professionnels libéraux pour les hôpitaux et les établissements du secteur médico-social, en qualité de fonctionnaires à temps non complet* »[980]. Cette nouvelle forme d'exercice se voudrait en plus très attractive pour les jeunes médecins notamment car elle permet une diversification dans l'activité, les conditions de travail mais également dans la possibilité d'exercer d'autres spécialités[981]. De plus, « *ils pourront débuter leur carrière en appréhendant les diverses formes d'exercice, sous un angle différent de celui connu au cours de leurs études et dans un cadre sécurisant, ce qui contribuera à déterminer leur installation quant à leur type d'exercice et à renforcer le lien ville-hôpital* »[982].

260. Ce dispositif d'exercice mixte existait déjà en 1927 lors de l'adoption de la charte de médecine libérale puisque les médecins pouvaient partager leur temps entre leur cabinet de ville, l'hôpital et pouvaient même intervenir de façon ponctuelle à la faculté[983]. Abandonné

---

[979] Ce choix peut notamment s'expliquer par le fait que « *le médecin libéral est probablement l'acteur pivot du système de santé : il constitue souvent le point d'entrée dans ce système et son rôle de prescripteur en fait une étape obligatoire pour accéder aux soins délivrés par d'autres professionnels de santé* » bien qu'il puisse apparaître comme trop restrictif à bien des égards ; v. G. ROUSSET, « *La promotion de l'accès aux soins dans le plan 'Ma santé 2022' : entre innovation et timidité* », *op. cit.*

Sur ces questions, v. également Institut Montaigne, « *Santé : faire le pari des territoires* », *op. cit.* : « *La médecine de ville doit redevenir le pivot du système de santé* » : « *Les médecins de proximité disposeraient ainsi, dans les zones médicalement sous dotées, des moyens logistiques, techniques, technologiques et financiers adaptés pour faciliter leur exercice et assurer une meilleure prise en charge multidisciplinaire* ».

[980] G. ROUSSET, « *La promotion de l'accès aux soins dans le plan 'Ma santé 2022' : entre innovation et timidité* », *op. cit.*

[981] Propos de Y. SCHMITT, ex-président du regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants, « *L'exercice mixte est aujourd'hui très attractif pour les jeunes médecins* », in What's up doc ?, 30 octobre 2019 : En effet, « *les thématiques d'intervention peuvent différer de la médecine générale, qu'il s'agisse de faire de la pédiatrie dans un centre de protection maternelle et infantile, ou de la gynécologie dans un centre de planning familial* ».

[982] ARS Île-de-France, « *Création de postes de médecins spécialistes à temps partagé ville/hôpital* », 17 mars 2022 ; www.iledefrance.ars.sante.fr.

[983] Cet exercice partagé est tombé en désuétude lors de l'adoption des Ordonnances Debré créant les CHU et instaurant l'exercice médical à temps plein dans ces établissements publics de santé ; V. Ordonnances n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, JORF n°0290 du 12 décembre 1958.

en 1958, la rénovation de cet exercice partagé permet aujourd'hui d'associer un exercice dans le secteur hospitalier public et un autre exercice dans le secteur privé pour répondre aux attentes des pouvoirs publics et de la population de développement de nouveaux modes d'exercice et pour favoriser le décloisonnement des parcours et de l'offre de soins dans les territoires. Tel que voulu par la loi de santé de juillet 2019[984], l'exercice partagé pourrait être l'une des clés de sauvegarde de l'exercice libéral, à condition de le développer et ainsi d'accompagner l'émergence de ces nouvelles formes d'exercice.

261. Cette dynamique de coopération public/privé dépasse même le cadre légal, notamment lors de crises sanitaires par exemple ; l'exercice mixte s'instaure alors *de facto* pour répondre au plus vite aux besoins de la population. En effet, outre les mécanismes existants entre le secteur public et le secteur privé de la santé mis en exergue à travers les dernières réformes[985], l'épidémie de Covid-19 a nécessité de rassembler toute l'offre de soins existante sur le territoire français.

Face à la pandémie, l'hôpital public a été en première ligne pour accueillir, prendre en charge et soigner les malades atteints du Covid-19. Finalement, à l'occasion des différentes mesures prises pour essayer d'endiguer le virus, l'effacement du clivage public/privé a primé et des mesures, telles que la réquisition, ont été prévues[986].

262. **Coopération et Covid-19.** Ainsi, la loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 prévoit que « *sur les territoires où l'état d'urgence sanitaire a été déclaré, le Premier ministre peut par décret règlementaire « ordonner la réquisition de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire ainsi que de toute personne nécessaire au fonctionnement*

---

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

985 Voir en ce sens la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *op. cit.*, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *op. cit.*, et la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *op. cit.*

986 Est entendue par réquisition « *un acte des pouvoirs publics qui exige d'une personne qu'elle exécute une prestation de service ou un travail tout en étant placé sous son autorité et donc sa responsabilité* » ; V. G. CHAMPENOIS, « *Réquisition des professionnels libéraux face au coronavirus* », *op. cit.*

*de ces services où à l'usage de ces biens. L'indemnisation de ces réquisitions est régie par le Code de la défense* »[987], ces dispositions étant codifiées à l'article L.3131-15 du Code de la santé publique[988].

Ces modalités de réquisition impliquent donc sans distinction aucune les professionnels de santé libéraux indifféremment. Toutefois, il est important de souligner que la réquisition de ces derniers par les pouvoirs publics engendre une indemnisation régie par un arrêté du 28 mars 2020[989] et certains aménagements en termes de responsabilité puisque l'État est alors responsable des dommages subis par les collaborateurs occasionnels du service public[990], le Conseil d'État consacrant un principe général de protection fonctionnelle aux collaborateurs occasionnels du service public ; si et seulement si le praticien a subi un dommage et que ce dernier est directement imputable à la réquisition.

---

987 G. CHAMPENOIS, « *Réquisition des professionnels libéraux face au coronavirus* », *op. cit.*

988 L'article L.3131-15 du Code de la santé publique dispose que « *dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique :*

*7° Ordonner la réquisition de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire ainsi que de toute personne nécessaire au fonctionnement de ces services ou à l'usage de ces biens. L'indemnisation de ces réquisitions est régie par le Code de la défense* ».

989 Arrêté du 28 mars 2020 portant diverses dispositions relatives à l'indemnisation des professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie covid-19, JORF n°0077 du 29 mars 2020 qui prévoit en son article 1er que « *l'indemnisation forfaitaire brute des médecins réquisitionnés en application de l'article L.3131-15 du Code de la santé publique est fixé comme suit :*

*1° Pour les médecins libéraux conventionnés, lorsqu'ils exercent dans le cadre d'une réquisition en dehors de leur lieu habituel d'exercice, 75 euros entre 8 heures et 20 heures, 112, 50 euros entre 20 heures et 23 heures et de 6 heures à 8 heures et 150 euros entre 23 heures et 6 heures ainsi que les dimanches et jours fériés ;*

*2° Pour les médecins libéraux non conventionnés, dans les mêmes conditions qu'au 1° ;*

*3° Pour les médecins remplaçants, dans les mêmes conditions qu'au 1° ;*

*4° Pour les médecins retraités et les médecins sans activité professionnelle 50 euros entre 8 heures et 20 heures, 75 euros entre 20 heures et 23 heures et de 6 heures à 8 heures et 100 euros entre 23 heures et 6 heures ainsi que les dimanches et jours fériés ;*

*(…)*

*Les médecins libéraux conventionnés, lorsqu'ils exercent dans le cadre d'une réquisition dans leur lieu d'exercice habituel et dans la continuité de cet exercice, sont rémunérés en application des dispositions prévues aux articles L.162-5 et L.162-14-1 du Code de la sécurité sociale* ».

990 Voir en ce sens CE Ass., 22 novembre 1946, n°74725 puis plus récemment CE, 13 janvier 2017, n°386799.

B – La simplification de l'exercice multisite

263. **Lieu d'exercice.** Le site d'exercice s'entend comme la résidence professionnelle[991], c'est-à-dire celle qui conditionne l'inscription du médecin au tableau du conseil départemental dans le ressort duquel se trouve cette résidence. Elle est le lieu où le médecin exerce son activité à titre principal, contrairement aux sites distincts, qui sont également des sites d'exercice, mais dont le volume de temps que le médecin consacre sur ce site importe peu. Dans le cas des médecins, cet exercice multisite est possible depuis un décret du 23 mai 2019[992] modifiant le Code de déontologie médicale (**1**) ; il a également été facilité pour les infirmières et les sage-femmes (**2**).

*1 - Pour les médecins*

Jusqu'à présent, l'ancienne rédaction de l'article R.4127-85 du Code de déontologie prévoyait que le médecin disposait d'un lieu habituel d'exercice à savoir celui de la résidence professionnelle. Sous certaines conditions, et après autorisation, il pouvait exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de son lieu d'exercice principal et ce lorsqu'il existait, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins ou encore lorsque les investigations et les soins entrepris nécessitaient un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

264. **Simplification de la procédure.** Le décret du 23 mai 2019 modifiant le Code de déontologie des médecins et la règlementation des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelles modifie ces dispositions encadrant la liberté d'installation[993] des

[991] CSP, art. L.4112-1.

[992] Décret n°2019-511 du 23 mai 2019 modifiant le Code de déontologie des médecins et la règlementation des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelles, JORF n°0121 du 25 mai 2019.

[993] Sur ces questions, v. C. COLLET, La liberté d'installation des professionnels de santé : entre incitation et contrainte, l'accompagnement, thèse de droit, Nancy, 2022.

professionnels médicaux et prévoit désormais « *qu'un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle, sous réserve d'adresser par tout moyen permettant de donner date certaine à sa réception, au plus tard deux mois avant la date prévisionnelle de début d'activité, une déclaration préalable d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée* »[994].

Le texte allège ainsi les procédures relatives à l'ouverture de cabinets secondaires en passant d'un régime d'autorisation à un régime déclaratif avec droit d'opposition ; désormais une simple déclaration préalable au conseil de l'ordre suffit et le critère de carence de l'offre de soins dans la zone du site distinct n'est plus imposée. C'est alors que « *cet assouplissement des conditions d'exercice multisite des médecins s'est traduit par la disparition des prérequis nécessaires justifiant cet exercice multisite* »[995]

265. Les seuls motifs d'opposition[996] applicables sont strictement définis et ne peuvent être tirés que d'une méconnaissance des obligations de qualité, sécurité et continuité des soins. Les conditions nécessaires à l'éventualité d'un exercice sur plusieurs sites ont alors

---

994 L'exercice multisite des praticiens libéraux est à distinguer de la médecine foraine, qui elle est interdite. V. en ce sens CSP, art.R.4127-74 : « *L'exercice de la médecine foraine est interdit ; toutefois des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre dans l'intérêt de la santé publique.*

*Toutefois, quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance* ». Depuis 2012, la modification du Code de déontologie médicale a en effet établi certaines dérogations à l'interdiction de la médecine foraine dans le but de pallier le manque de médecins. Sur ces questions, v. T. MARTIN, Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale, thèse de médecine, Dumas, Rouen, septembre 2019. V. également la mise en place des « bus santé itinérants » dont l'objectif est de lutter contre les difficultés d'accès aux soins ; www.essentiel-sante-magazine.fr/sante/acces-aux-soins/les-bus-sante-itinerants-luttent-contre-les-deserts-medicaux-et-les-difficultes-dacces-a-la-sante. Ou encore la proposition de « médecins volants » portées par le SML : « *Dans les zones où il n'y a plus du tout de médecins, nous proposons que les cabinets de groupe aux alentours organisent des vacations de leurs praticiens. Ces médecins volants, concept inventé et porté par le SML, iront faire à tour de rôle des consultations avancées défiscalisées. C'est la carotte à la place du bâton* » ; L. TRANTHIMY, « *C à 50 euros, secteur II pour les volontaires dans les déserts médicaux et médecin volant : le Président du SML lance l'offensive conventionnelle* », *op. cit.*

995 P-A. FENELON, « *L'exercice médical multisites* », Houdart&Associés, 8 juillet 2019.

996 CE, 13 juillet 2016, n°387763 : De manière tout à fait prétorienne, le délai de prescription contentieux est fixé au maximum à un an.

complètement disparu laissant place à un assouplissement des conditions d'exercice multisite.

Le décret prévoit en outre que ce nouveau régime déclaratif s'applique aux sociétés d'exercice libéral[997] ainsi qu'aux sociétés civiles professionnelles de médecins[998].
Ces nouvelles dispositions de l'article 85 du Code de déontologie médicale permettent ainsi de faciliter la liberté d'installation des médecins sur un ou plusieurs sites distincts de leur résidence professionnelle habituelle favorisant par conséquent l'ouverture de cabinets médicaux secondaires.

266. **Définition.** Pour rappel le site d'exercice s'entend comme la résidence professionnelle[999], c'est-à-dire celle qui conditionne l'inscription du médecin au tableau du conseil départemental dans le ressort duquel se trouve cette résidence : elle est le lieu où le médecin exerce principalement son activité professionnelle, celui où il consacre la majeure partie de son activité. Les sites distincts sont également des sites d'exercice mais peu importe le volume de temps que le médecin consacre sur ce site.

Toutefois, dans une volonté de diminuer les inégalités d'accès aux soins, la suppression des conditions d'ouverture de cabinets secondaires réaffirme clairement une liberté d'installation quasi-totale des médecins et il est fort à parier que cet assouplissement ne sera pas au bénéficie des zones sous dotées en offre de soins. Ce décret apparait alors comme comportant certaines incohérences vis-à-vis des réformes entreprises ces dernières années notamment s'agissant de la réorganisation de l'accès aux soins dans les territoires[1000]. De leur côté, les médecins font au contraire valoir l'offre d'un meilleur service aux patients et

997 CSP, article R.4113-23, I.

998 CSP, article R.4113-74, I.

999 CSP, article L.4112-1

1000 Initialement, le Conseil d'État avait même validé la limitation de l'ouverture des cabinets secondaires telle que prévue sous l'égide de l'ancien décret : CE, 23 juillet 2010, n°320390, « *d'une part sont justifiées par un motif impérieux d'intérêt général tenant au maintien d'un service de soins de qualité, équilibré et accessible à tous, d'autre part, sont proportionnées à l'objectif ainsi poursuivi et, enfin, s'appliquent sans discrimination tenant à la nationalité des médecins concernés ; que, par suite, et en tout été de cause, le moyen tiré de la violation de ces libertés de circulation communautaire doit être écarté* ».

la possibilité de concilier un double exercice tout à la fois en zone urbaine et en zone rurale. Enfin, cet exercice multisite s'avère avantageux pour les praticiens concernés puisqu'il bénéficie d'un financement de l'Assurance maladie[1001] et d'un cadre juridique et fiscal plus flexible[1002].

*2 – Pour les infirmiers et les sages-femmes*

267. Par principe, un infirmier libéral, ou la société dans laquelle il travaille, ne doit exercer qu'en un seul lieu. Cependant, le Code de déontologie régissant la profession permet une dérogation si les besoins de la population l'exigent[1003]. Ainsi, est reconnue aux conseils départementaux de l'Ordre, la compétence d'accorder l'autorisation de jouir d'un exercice en site distinct (anciennement appelé cabinet secondaire).

268. Quant aux sages-femmes, l'ancienne rédaction de l'article 46 de leur Code de déontologie imposait de solliciter une autorisation au conseil départemental de l'Ordre pour l'ouverture d'un cabinet secondaire ; désormais ces professionnels devront demander une autorisation dès lors qu'ils souhaitent exercer sous statut libéral sur un autre lieu d'exercice

---

[1001] Dossier de presse, « *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?* », Ministre des solidarités et de la santé, 3 mai 2019 : « *Depuis février 2019, les médecins exerçant au moins 10 jours par an dans une zone sous-dense peuvent voir leurs honoraires bonifiés de25% lorsqu'ils sont réalisés dans ces territoires* ».

[1002] En ce sens, d'autres aides financières existent dans le but de faciliter l'exercice des médecins en cabinet. Tel est par exemple le cas du forfait structure, mis en place par la convention médicale de 2016, et permettant de moderniser un cabinet médical. Cette aide est destinée à « *l'organisation et l'informatisation d'un cabinet* » et est ouverte aux professionnels qui exercent en cabinet individuel ou en groupe (quels que soient la spécialité médicale et le secteur d'exercice). À la suite des avenants 7 (en 2019) et 9 (en 2022) de la convention médicale, le forfait structure a évolué et valorise désormais la démarche de la prise en charge coordonnée. Ainsi, cette modification concerne les médecins qui participent à « *une équipe de soins primaires, à une équipe de soins spécialisés, à une MSP, à une CPTS, à des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes ou encore à d'autres formes d'organisation pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients* ».

V. C. DUPUIS, « *ROSP, forfait structure, consultations complexes : qui et combien en 2018 ?* », Le Quotidien du médecin, 15 juillet 2019.

[1003] CSP, article R.4312-72 créé par le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, article 1er, JORF n°0276 du 27 novembre 2016.

et ce, dans l'intérêt des patientes et des nouveau-nés[1004], même si le principe demeure celui du lieu unique d'exercice à savoir celui de sa résidence professionnelle[1005].

L'objectif est ici de permettre aux professionnels libéraux, notamment aux médecins, d'ouvrir un cabinet de consultation secondaire, idéalement dans une zone sous-dotée en offre de soins par exemple, tout en conservant leur cabinet principal le plus souvent en ville.

[1004] CSP, article R.4127-346.

[1005] CSP, article L.4112-1.

## Conclusion de chapitre

Cette dynamique de déploiement d'un exercice coordonné doit se structurer et perdurer afin de devenir l'offre de soins libérale de demain. En effet, même si la volonté des pouvoirs publics d'accompagner cette restructuration est présente, il ne faut surtout pas « *casser cette dynamique en rendant obligatoire leur constitution et en privant les professionnels de santé de leur liberté d'initiative. L'expérience a montré que les coopérations obligatoires ou forcées conduisaient toujours à des échecs* »[1006].

L'aboutissement de ces mécanismes innovants ne doit pour autant pas se faire au détriment du but premier recherché, soit celui de redonner du temps médical aux praticiens libéraux. L'émergence de nouveaux statuts professionnels tel que les IPA par exemple peut-être une réelle chance dans cette organisation des soins rénovée, en s'appuyant sur une intercomplémentarité professionnelle, mais ne doit pas aboutir à l'effet inverse. Le partage des compétences induit inévitablement que le médecin libéral soit érigé en véritable manager de santé, ce rôle demandant alors du temps et une formation adéquate.

Les nouvelles professions ou mécanismes envisagés pour redonner du temps médical aux praticiens libéraux doivent être déployés avec justesse[1007] et accompagnement ne pouvant, à eux-seuls, remplacer une véritable fonction support au sein d'un cabinet d'exercice libéral. L'innovation résiderait alors peut-être dans la recherche d'un meilleur équilibre au sein de ces nouveaux professionnels ainsi qu'un partage de compétences abouti plutôt que l'entreprise d'un changement de paradigme radical.

[1006] M. CORMIER, « *Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ?* », *op. cit.*, p.73.

[1007] À titre d'exemple, des mécanismes comme les plateformes de rendez-vous se sont développées dans un but de gain de temps pour les professionnels libéraux ; or à l'usage, force est de constater que cela ne remplace pas la fonction support qu'occupe une secrétaire médicale dans un cabinet (tenue des dossiers, prise de rendez-vous, premier contact avec la patientèle, traitement des cas d'urgence).

## Conclusion de titre

Pour Monsieur L. GHARBI, Président de la FHP, l'un des axes à développer est la mise en place d'un « *véritable service public de santé territorial qui dépasse l'approche par les statuts pour engager tous les acteurs dans l'amélioration de la pertinence des soins et de la santé des citoyens* »[1008]. À ce propos, l'Institut Montaigne préconise donc de « *faire le pari des territoires* »[1009] et de plus responsabiliser les acteurs de terrain quant à l'organisation du système de santé.

Un réinvestissement en faveur de la médecine de ville permettrait un ajustement de l'exercice libéral qui valoriserait la pluri-professionnalité ; qui plus cela apporterait *« une réponse au défi du vieillissement de la population, de l'explosion des maladies chroniques et de la complexification des parcours de soins* »[1010]. Dans cette nécessaire adaptation de l'exercice libéral, l'échelon local apparaitrait comme le « *relai nécessaire pour donner force et efficience à des politiques globales* »[1011]. Il s'agirait alors d'entreprendre et de pérenniser le déploiement de nouvelles entités, telles que des mécanismes, des structures ou encore des professionnels, dans la rénovation de ce mode d'exercice tout en veillant à conserver ce qui a conduit à la construction et au rayonnement des professions libérales.

[1008] L. GHARBI, Rencontres de la FHP, discours, 2022.

[1009] Institut Montaigne, « *Santé : faire le pari des territoires* », op. cit. : « *Ces évolutions ambitieuses et réalistes conduisent à changer en profondeur la culture du système sanitaire, en plaçant la liberté, la subsidiarité et la responsabilité comme des valeurs cardinales. […] Elles visent à préparer l'avenir du système de santé par une véritable vision stratégique d'ensemble et à refonder le pilotage opérationnel de santé, en faisant des territoires l'échelle privilégiée pour construire l'offre de soins, tout en conservant un cadre règlementaire national* ».

[1010] *Ibid.*, p.39.

[1011] S. RICAN et Z. VAILLANT, « *Territoire et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. Commentaire* », Sciences sociales et santé, vol.27, n°1, 2009, p.33-42.

# Titre II - L'originalité préservée de l'exercice libéral

271. **Libre choix du patient.** L'article L.1110-8 du Code de la santé publique dispose que « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L.1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire* »[1012].

Ainsi l'exercice libéral, et donc le choix du patient de s'orienter vers ce mode de prise en charge serait un témoignage de sa confiance envers le praticien identifié et identifiable et la croyance d'une garantie de la qualité et la sécurité des soins ; ceci en opposition à une prise en charge dans un établissement public où, la plupart du temps, le patient se tourne avant tout vers une institution et non un professionnel choisi (**chapitre I**).

272. Ce principe de libre choix du professionnel par le patient revêt alors un aspect responsabilisant qui est à différencier d'une prise en charge hospitalière où le praticien est salarié et où le régime de responsabilité diffère. Le choix d'une prise en charge par un professionnel exerçant en libéral traduit alors une confiance envers un mode d'exercice et envers des professionnels « sélectionnés » (**chapitre II**).

[1012] Ce droit est également affirmé à l'article R.4127-6 du Code de la santé publique ainsi qu'à l'article L.162-2 du Code de la sécurité sociale.

# Chapitre I - L'exercice libéral garant de la qualité et de la sécurité des soins

« *Aussi peut-on considérer que le Code de déontologie médicale est d'abord un guide de bonnes pratiques, même s'il répond au principe du droit, c'est-à-dire, selon Montaigne, ce qui permet de montrer le droit chemin. Ce n'est que secondairement, et finalement rarement, si l'on considère le nombre de médecins et d'actes médicaux, que le droit et la déontologie interviennent pour sanctionner des comportements qui s'écartent de la règle de la bonne pratique* »[1013]

275. **Étymologie.** Le terme déontologie provient du grec *deon* (le devoir) et de *logos* (le discours) d'où son sens premier de la science des devoirs. De nos jours, la déontologie « *correspond à un ensemble de règles juridiques et éthiques propres à certaines professions, en particulier celles qui sont régies par un ordre professionnel* »[1014].

Ce sens du devoir et de l'éthique s'illustre alors dans le rôle et les missions remplis par le Conseil de l'Ordre. L'institution se révèle alors être garant de la qualité et de la sécurité des soins de tous les praticiens, y compris libéraux, à travers la déontologie (**section 1**). L'évolution de la considération de la déontologie médicale permet désormais « *son assimilation à une règle de droit et la pratique lui confère la possibilité d'interférer avec la règle de droit* » [1015].

274. L'accompagnement de l'exercice des professionnels libéraux de santé s'accomplit également à travers l'encadrement contractuel gage à la fois d'une sécurité juridique dans l'exercice de leurs fonctions au sein d'un établissement de santé privé et dans la prise en charge des patients (**section 2**).

---

[1013] CNOM, « *À quoi sert la déontologie aujourd'hui ?* », 14ème jeudi de l'Ordre, 24 janvier 2002.

[1014] M.-F CALLU, M. GIRER et G. ROUSSET, Dictionnaire de droit de la santé, *op. cit.*

[1015] Sur ces question, v. E. TERRIER, Déontologie médicale et droit, thèse de droit, contribution à la reconnaissance juridique d'une discipline professionnelle, LEH, coll. Thèses, Montpellier, octobre 2002 : « *Les devoirs qu'elle impose sont de plus en plus visés par le juge de droit commun et tout particulièrement judiciaire, pour pallier les carences du droit médical, ou tout simplement préciser celui-ci* ». V. également F. VIALLA, « *La déontologie des professions de santé* », *op. cit.*

## Section I - La régulation à travers la déontologie

« *S'il est des professions où la notion d'éthique est fortement ancrée, ce sont bien celles des professions de santé. Ces règles éthiques sont généralement transposées par l'ordre de la profession dans un code de déontologie*[1016]*, qui prendra une forme règlementaire* »[1017]

275. **Représentation ordinale.** Les Ordres professionnels[1018] se présentent comme des organismes de droit privé et sont chargés d'une mission de service public qui regroupent les membres d'une même profession (ici médicale ou para médicale). Pour exercer, ils doivent obligatoirement s'inscrire au tableau de l'ordre. Ils ont pour mission de veiller à la compétence et à la moralité de leurs membres et sont dotés d'un pouvoir disciplinaire. Ils sont à l'origine de codes de déontologie propres à leur domaine professionnel. Les ordres sont territorialement organisés en plusieurs échelons, départemental, régional et national.

L'ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé[1019] apporte certaines modifications aux ordres des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, pédicures-podologues et masseurs-kinésithérapeutes afin de permettre l'égal accès des femmes et des hommes au sein des différents échelons et aux fonctions de l'ensemble des conseils, mais aussi de tirer les conséquences de la nouvelle délimitation des régions et ses répercussions sur le calendrier électoral à chaque échelon[1020].

---

[1016] A titre d'exemple, Code de déontologie des médecins : décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, JORF n°209 du 8 septembre 1995 ; Code de déontologie pour les chirurgiens-dentistes : décret n°67-671 du 22 juillet 1967 portant Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, JORF du 9 août 1967 ; Code de déontologie pour les sages-femmes : décret n°91-779 du 8 août 1991 portant Code de déontologie des sage-femmes, JORF n°189 du 14 août 1991.

[1017] F. GRAS, « *Communication et déontologie des professions de santé* », *op. cit.*

[1018] V. M. GUIBAL, L'ordre professionnel, thèse de droit, Montpellier, 1970.

[1019]Ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé, JORF n°0041 du 17 février 2017.

[1020] M.F CALLU, M. GIRER et G. ROUSSET, Dictionnaire de droit de la santé, *op. cit.*

276. Ces ordres sont donc des personnes morales de droit privé investies d'une mission de service public et « *disposant de prérogatives de puissance publique tout à fait exceptionnelles* »[1021], et ce depuis la décision Bouguen[1022]. En effet, les juges du Palais Royal avaient mis en exergue le fait que les missions confiées aux ordres constituaient l'exercice de mission de service public puisqu'elles interfèrent dans la réglementation et la discipline de certaines professions.

Leur rôle est alors double. D'une part, ils sont un organe de représentation de la profession vis-à-vis de l'État notamment dans les différents projets de réforme ou d'organisation d'une profession (**§1**). D'autre part ils jouent un rôle disciplinaire dans les règles s'imposant à la profession concernée (**§2**).

[1021] D. TABUTEAU, « *Pouvoirs publics et professions de santé* », *op. cit.*

[1022] CE Ass., 2 avril 1943, n°72210 Bouguen : « *Les actes administratifs unilatéraux que prennent ces ordres dans le cadre de leur mission de service public peuvent être déférées au Conseil d'État, que ces actes soient règlementaires ou individuels* ». V. Conseil d'État, Les grandes décisions depuis 1873, « *Compétence du Conseil d'État à l'égard des ordres professionnels* » ; https://www.conseil-etat.fr/decisions-de-justice/jurisprudence/les-grandes-decisions-depuis-1873/conseil-d-etat-2-avril-1943-bouguen.

## §1 - Le rôle prégnant du Conseil de l'Ordre

« *Par leur rôle, les organismes encadrant les professions libérales se devaient de maintenir leur prestige et la confiance qui s'y attache »*[1023]*, l'un de leur but premier étant « d'assurer la discipline interne et à représenter les intérêts de la profession » et également de « monter la garde autour de l'accès à la profession* »[1024]

Ainsi le rôle du Conseil de l'Ordre est double, tant dans sa fonction règlementaire et déontologique (**A**) que de sa fonction de conseil, faisant de lui une institution fédératrice des professions médicales (**B**).

### A – Le cadre déontologique

278. Instauré par l'ordonnance du 24 septembre 1945[1025], l'Ordre veille au maintien « *des principes de moralité, de probité, et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine […] et à l'observation des règles dictées par le Code de déontologie* »[1026]. En effet, les conseils nationaux des ordres sont « *chargés de préparer les règles déontologiques propres à chacune des professions* »[1027]. Ces obligations déontologiques[1028] peuvent être perçues comme une contrainte morale envers le praticien dans sa relation avec ses patients, voulues gage d'une qualité des soins ; elles

1023 R. SAVATIER, *Les métamorphoses*…, 2ème série, chap.VII, *op. cit.*, p.198.

1024 *Ibid.*

1025 CNOM, « *Histoire de l'ordre national des médecins français* », à partir d'un texte présenté à la Société française d'histoire de la médecine, séance du 15 mai 2004. V. également Ordre national des médecins, « *Guide pratique d'exercice professionnel à l'usage des médecins* », 6ème éd. mise à jour, Masson et Cie, 1966.

1026 Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, JORF du 28 septembre 1945.

1027 CSP, article L.4127-1. V. en ce sens, D. DUVAL-ARNOULD, « *Droit de la santé – prise en charge des patients et réparations des dommages liés aux soins* », Dalloz, 2019-2020, p.11.

1028 Édiction de ces règles déontologiques au sein du CSP depuis un décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n°183 du 8 août 2004 et codifiées aux articles R.4127-1 et suivants du code précité.

sont rassemblées dans des Codes de déontologie[1029] qui déterminent « *différents devoirs à charge des professionnels en tenant compte des évolutions de leurs conditions d'exercice, des missions assurées et de l'intérêt des patients* »[1030]. L'application et le respect de règles déontologiques permettent par exemple de distinguer les professionnels libéraux de santé, des commerçants notamment.

279. **Inscription.** Les Ordres ont également un rôle de contrôle de l'inscription à leur tableau[1031] assurant ainsi un suivi de la profession concernée. L'inscription au tableau de l'Ordre des médecins est notamment obligatoire pour pouvoir exercer son art en France[1032], dans le cas contraire la pratique d'actes médiaux, sans être inscrit au Tableau, caractérise un exercice illégal de la médecine[1033].

En effet, il incombe à ces professionnels une obligation d'inscription au tableau de l'ordre dont ils relèvent, l'article L.4111-1 du Code de la santé publique précisant par exemple,

---

1029 V. en ce sens décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, JORF du 28 juin 1947. Le Code de déontologie médicale est transposé aux articles R.4127-1 à R.4127-112 du Code de la santé publique.

1030 D. DUVAL-ARNOULD, « *Droit de la santé – prise en charge des patients et réparations des dommages liés aux soins* », *op. cit.*

1031 CE, 29 décembre 2021, n°441568 : « *L'expertise sur le fondement de laquelle la formation restreinte du Conseil national de l'ordre des médecins s'est prononcée pour rejeter la demande de M. B tendant à son inscription au tableau de l'ordre a été conduite en méconnaissance des dispositions du IV de l'article R. 4124-3 CSP. Par suite, M. B, qui a été ainsi été privé d'une garantie, est fondé à soutenir que la décision qu'il attaque est illégale faute d'avoir été prise à l'issue d'une procédure régulière* ». V. A. UZEL, « *Existence d'une incompatibilité avec l'exercice de la profession de médecin : une expertise strictement encadrée* », Kos Avocats, 19 juillet 2022 : « *L'inscription au Tableau d'un médecin ne peut être refusée que si le médecin ne répond pas aux conditions de moralité, probité et compétence. La compétence peut être appréciée par un collège d'experts si le conseil départemental émet une réserve. Le Conseil d'État a rappelé que la procédure poursuivie est stricte et que les experts doivent examiner le médecin-candidat en même temps, à défaut de quoi la procédure est viciée* ».

1032 D. DUVAL-ARNOULD, « *Droit de la santé – prise en charge des patients et réparations des dommages liés aux soins* », op. cit. : « *L'inscription à un tableau de l'ordre rend, selon l'article L.4112-5 CSP, licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national même si, en cas de transfert de sa résidence professionnelle, le professionnel de santé doit demander son inscription au tableau du département d'accueil* ».

1033 CSP, art. L.4161-1, 4° : Exerce illégalement la médecine « *toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7* ».

pour les professions médicales, que « *nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est :*
*1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ;*
*2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ;*
*3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7.*
*Les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné au 1° de l'article L. 4131-1, aux 1° et 2° de l'article L. 4141-3 ou au 1° de l'article L. 4151-5 sont dispensés de la condition de nationalité prévue au 2°* ».

Cette obligation d'inscription est également gage d'une volonté d'organisation de ces professions : les ordres les représentent, ils vont être les interlocuteurs privilégiés entre les professionnels et les pouvoirs publics. L'influence ordinale dans l'exercice d'une profession est omniprésente et ces ordres le représentent face aux pouvoirs publics, notamment lors des grandes réformes de notre système de santé, des différents projets de loi etc. Il est l'interlocuteur privilégié de l'État s'il veut s'adresser à l'ensemble des professionnels d'un secteur. En effet, « *si le développement des référentiels et recommandation de bonnes pratiques depuis le début des années 1990 illustre l'interventionnisme croissant des pouvoirs publics dans l'activité médicale, il révèle également le rôle émergent des sociétés savantes dans l'élaboration des normes sanitaires* »[1034].

280. Ce rôle représentatif et consultatif des ordres se retrouve dans la publication de différents rapports, de livres blancs[1035], d'enquêtes de terrain au moment notamment des grandes réformes de santé, d'avis sur des thématiques d'actualités touchant les professions

[1034] D. TABUTEAU, « *Pouvoirs publics et professions de santé* », *op. cit.*

[1035] Sur des thématiques telles que l'avenir de la santé, ou encore l'intelligence artificielle.

concernées. Ils incarnent donc la profession auprès des pouvoirs publics en remplissant un rôle consultatif[1036].

281. **Rôle de porte-parole.** Le Conseil national de l'ordre des médecins par exemple endosse son rôle de représentant d'une profession en interrogeant directement le ministre de la santé sur des thématiques telles que la répartition territoriale des professionnels de santé, une meilleure articulation et coopération des acteurs de santé ou encore en proposant des pistes de réflexion visant à améliorer l'efficience de ce système[1037]. A titre d'exemple, le grand débat national lancé par l'Ordre des médecins au sujet de la réforme de santé dite « ma santé 2022 » a conduit à la formulation de propositions publiées sur le site du Conseil national ou encore des recommandations relatives à l'adaptation de l'exercice en période de pandémie covid-19[1038]. C'est ainsi que dans la plupart des cas l'initiative leur revient et permet « *à la communauté médicale d'orienter, par le biais des décrets, arrêtés et circulaires matérialisant leurs préconisations, l'évolution du système de santé et d'influer sur son fonctionnement* »[1039]

Les ordres sont ainsi des acteurs primordiaux et incontournables dans les réflexions menées sur les évolutions du système de santé. Pour ce qui est notamment du Conseil national de l'Ordre des médecins, ce dernier est présent dans de nombreuses instances et intervient comme expert auprès des ministères, des Agences Régionales de Santé et des organismes français de santé publique[1040]. Dans l'instauration de cette relation de confiance, un parallèle

---

[1036] Sur ces questions, v. F. VIALLA, « *La déontologie des professions de santé* », op. cit. ; ou encore M. DEL SOL, « *Médecine libérale et permanence des soins de ville* », RDSS, n°02, 2004, p.261.

[1037] Il n'hésite pas non plus à dénoncer les lacunes présentes dans certaines réformes entreprises par les pouvoirs publics. V. T. QUÉGUINER, « *Pour l'Ordre des médecins, la permanence des soins reste la grande oubliée des pouvoirs publics* », Hospimédia, 23 avril 2015.

[1038] Des recommandations s'agissant notamment de l'articulation du couvre-feu et de l'accès aux soins ou encore à propos de la vaccination des soignants.

[1039] D. TABUTEAU, « *Pouvoirs publics et professions de santé* », *op. cit.* : « *La forme la plus achevée du pouvoir législateur confié aux professions de santé peut être trouvée dans le Code de la sécurité sociale. En organisant un système conventionnel au niveau national, la loi du 3 juillet 1971 a confié aux organismes d'assurance maladie mais aussi aux professionnels de santé le soin d'organiser la médecine de ville* » ; V. 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.

[1040] Comme la Haute autorité de santé ou encore l'Agence nationale de sécurité du médicament.

mérite d'être fait avec celle construite entre un initié et un profane[1041] mais également plus tardivement entre « *un ignorant face au savant* »[1042] tant notamment ces négociations conventionnelles menées par les ordres leur confèrent une compétence quasi législative. En effet, bien que ne pouvant pas directement créer des règles de droit sanctionnables devant un juge, les ordres de santé ne sont pour autant pas dépourvus d'un pouvoir « normatif » ; « *s'ils ne créent pas de règle de droit 'dur', c'est-à-dire explicitement assortie d'une sanction, ils n'en sont pas moins à l'origine d'un droit dit 'souple' qui n'est pas dépourvu de force normative* »[1043].

282. Il est toutefois des cas où l'aval de l'ordre dans l'exercice d'un praticien est source de contentieux et notamment s'agissant de la question épineuse de l'intervention des médecins libéraux au sein d'un GCS. En effet, par un arrêt du 2 mars 2020[1044], le Conseil d'État clarifie cette situation et confirme « *qu'un praticien libéral qui intervient dans le cadre d'un GCS pour prendre en charge des usagers du service public hospitalier ne développe pas sa patientèle privée et n'a donc pas à solliciter une autorisation du Conseil de l'ordre pour exercer sur un site distinct* »[1045].

---

[1041] R. SAVATIER, *Les métamorphoses…, op. cit.*, p.189 : « *N'imaginons pas que tout soit disparu dans ce fondement mystique initial des professions libérales ! Le représentant d'une de ces professions donnera encore aujourd'hui à ces devoirs un côté « religieux » ; il s'attribuera un « ministère », voire un « sacerdoce »* ».

[1042] *Ibid.*, p.191.

[1043] S. BRISSY, « *La régulation des professions de santé par les ordres professionnels en droit français et européen* », R. Dir. Sanit., Sao Paulo, v.17, n°3, novembre 2016, p.77-106.

[1044] CE, 2 mars 2020, n°418219 : « *Qu'il revient au seul directeur de l'ARS d'approuver la convention constitutive d'un GCS entre un établissement de santé et un professionnel de santé libéral, laquelle précise notamment l'identité de ses membres ainsi que les conditions d'intervention des professionnels médicaux libéraux. Il s'ensuit que l'activité exercée dans le cadre d'un tel groupement par un médecin libéral qui en est membre n'entre pas dans le champ d'application des dispositions de l'article R.4127-85 du Code de la santé publique, qui prévoit que l'ouverture, par un médecin libéral, d'un site distinct de celui de sa résidence professionnelle habituelle, est subordonnée à l'autorisation préalable de l'instance ordinale* » (désormais un régime déclaratif).

[1045] A. UZEL, « *Quand participer à un groupement de coopération sanitaire ne vaut pas site d'exercice distinct* », Village de la justice, 29 octobre 2020. La participation d'un médecin libéral à l'activité exercée par un GCS écarte donc toutes obligations déclaratives auprès du conseil départemental de l'ordre. V. en ce sens, M. PAMBRUN, « *Un médecin libéral souhaitant exercer en GCS doit-il en référer aux instances ordinales ?* », Houdart&Associés, 13 mars 2020.

B- Le cadre pratique

283. **Publicité des praticiens.** Le Conseil de l'ordre a en effet à connaitre des différentes situations qu'un praticien pourrait rencontrer durant son exercice, ainsi que de l'encadrement de celui-ci. C'est alors que des évolutions se profilent et notamment que de nouvelles dispositions règlementant cet exercice voient également le jour. A titre d'exemple, le juge administratif français[1046] est revenu sur l'interdiction de la publicité des médecins, se mettant ainsi au diapason de l'Union européenne[1047] jusqu'ici interdite en application des principes déontologiques de loyauté, de discrétion mais aussi des usages régissant la profession.

En effet, bien qu'ayant toujours méconnu la publicité de ces professionnels, le Conseil d'État s'est alors aligné sur la position de la Cour de Justice de l'Union Européenne et a annulé les décisions de rejet de demande d'abrogation des dispositions règlementaires interdisant de manière générale et absolue toute publicité, mettant parallèlement en exergue la nécessité pour le pouvoir règlementaire de définir les conditions d'une utilisation, par les

[1046] CE, 6 novembre 2019, n°416948 ; CE, 18 novembre 2020, n°431554, CE, 23 novembre 2020, n°434354 et CE, 13 octobre 2021, n°427355 : Dès lors, les décisions disciplinaires qui retiendraient une éventuelle compatibilité des textes règlementaires du Code de la santé publique avec le droit de l'UE encourraient la cassation (v. notamment CJUE, 4 mai 2017, aff. C-339/15, arrêt Luc Vanderborght).

Sous l'impulsion du droit de l'Union européenne et de la récente position du Conseil d'État plusieurs décrets sont parus modifiant sur cet aspect les codes de déontologie des médecins (décret n°2020-1662 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des médecins et relatif à leur communication professionnelle, JORF n°0311 du 24 décembre 2020), des chirurgiens-dentistes (décret n°2020-1658 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des chirurgiens-dentistes et relatif à leur communication professionnelle, JORF n°0311 du 24 décembre 2020), des infirmiers (décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des infirmiers et relatif notamment à leur communication professionnelle, JORF n°0311 du 24 décembre 2020), des sage-femmes (décret n°2020-1661 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des sage-femmes et relatif à leur communication professionnelle, JORF n°0311 du 24 décembre 2020). Ces textes ne constituent pas une abrogation absolue de l'interdiction de la publicité de ces professionnels de santé, néanmoins ils peuvent désormais « *communiquer librement au public, par tout moyen, y compris un site internet, des informations de nature à contribuer au libre choix du praticien par le patient, relatives notamment à ses compétences et pratiques professionnelles, à son parcours professionnel et aux conditions de son exercice* ».

[1047] M. MAZZUCOTELLI, L. ROQUE, « *Publicité des médecins et des chirurgiens-dentistes : le juge français au diapason de l'Union* », RDS, n°94, 2020, p.264-266. V. également M. MAZZUCOTELLI, L. ROQUE, « *Publicité des praticiens : parce qu'ils le valent bien* », RDS, n°101, mai 2021, p.443-445.

médecins, de procédés de publicité compatibles avec les exigences de protection de la santé publique, de dignité de la profession médicale, de confraternité entre praticiens et de confiance envers les médecins. Ici, l'œuvre prétorienne de la CJUE, puis du CE par ricochet, relative à la publicité des professionnels de santé n'a aucunement poussé à une libéralisation totale de la communication commerciale, mais davantage à un encadrement de la publicité.

Il incombait alors aux organisations syndicales de cette profession de santé d'établir un encadrement des conditions d'application de ces nouvelles dispositions en gardant en ligne de mire les règles déontologiques qui la régissent. Mais il arrive que « *les réticences à accepter certaines évolutions du droit de la santé se traduisent par un retard des Codes de déontologie par rapport à la jurisprudence ou même à la législation* »[1048]. Il revient alors aux Ordres professionnels d'endosser un rôle majeur dans la mise en place de ces nouvelles pratiques et de les encadrer à travers leurs recommandations et leur jurisprudence.

284. **Priorités.** Enfin, de manière plus récente, l'Ordre « *entend jouer un rôle de facilitateur* » dans l'accès aux soins les coopérations et ainsi « *permettre aux professionnels de santé, de toutes professions de santé – pas seulement les médecins – de s'organiser pour leur permettre d'assurer la prise en charge des patients. […] Le médecin devra néanmoins guider le reste de l'équipe de soins* » [1049]. Le Dr F. ARNAUD, son nouveau président, a d'ores et déjà fixé les priorités de son mandat qui seront de développer des équipes de soins territoriales avec « *le report de certains actes médicaux vers d'autres professions* », mais également la mise en place effective d'une régulation médicale à l'entrée des urgences ou encore un plan d'action ordinal autour des violences obstétricales[1050]. C'est d'ailleurs dans ce contexte que l'Ordre a eu à se prononcer sur les

[1048] D. TABUTEAU, « *Pouvoirs publics et professions de santé* », op. cit. : À titre d'exemple, « *le droit à l'information du malade n'a ainsi été explicitement inscrit dans le code de déontologie médicale qu'en 1995 malgré les jurisprudences de la Cour de cassation de 1951 et 1961* ». V. en ce sens C. KOUCHNER, A. LAUDE, D. TABUTEAU, « *Rapport sur les droits des malades 2007-2008* », Éditions de l'EHESP, janvier 2009.

[1049] C. NAYRAC, « *La nouvelle gouvernance de l'Ordre des médecins entend jouer un rôle de 'facilitateur'* », Hospimédia, 29 juin 2022.

[1050] L. GALANOPOULO, « *Régulation de l'accès aux urgences, délégations de tâches et équipes interpro : 'face au mur', le Président de l'Ordre fixe le cap* », *op. cit.*

congés estivaux des médecins généralistes[1051] faisant valoir « *l'éthique déontologique* » des médecins en rappelant que « *d'un point de vue éthique, on est quand même responsable de nos patients. C'est un devoir hippocratique, il faut garder cela à l'esprit* ». Se pose même alors la question de la réglementation des congés des praticiens libéraux qui toutefois porterait atteinte à plusieurs principes déontologiques inhérents à la profession et pourrait décourager plus d'un professionnel libéral à s'installer en zone rurale.

[1051] S. LONG, « *Polémique autour des congés estivaux de deux généralistes, l'Ordre rappelle l'éthique déontologique des médecins* », Le Quotidien du médecin, 19 août 2022. En effet, dans une commune de la Haute-Marne les deux seuls médecins généralistes ont pris leurs congés estivaux de manière simultanée, les habitants se trouvant alors pris au dépourvu du fait notamment de l'absence de remplaçant. Le Président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Haute-Marne « *regrette la situation et l'absence de concertation entre ses deux consoeurs. Mais il ne les condamne pas* ». Il ajoute qu'elles seront conviées *« à un entretien confraternel dès que possible ; d'abord pour les écouter. Elles sont peut-être au bout du rouleau. […] Ensuite pour voir avec elles s'il y a une solution afin d'éviter que de telles situations ne se reproduisent* ».

## §2 - La dualité entre protection et sanction de la profession

287. **Rôle juridictionnel.** Outre l'une de ses fonctions principales de représentation et d'organisation de ces professions, les Ordres assurent également une fonction disciplinaire veillant au respect des règles déontologiques puisqu'en effet, cette règlementation « *fixe les droits et obligations professionnelles des membres* »[1052] ; même s'il demeure relativement restreint, dans la mesure où ce pouvoir « *délégué, même en matière déontologique, est très souvent retenu* »[1053].

Dans le cadre de leur rôle juridictionnel[1054], les ordres disposent de la faculté de juger et éventuellement de sanctionner les professionnels qu'ils représentent. Les ordres ont donc un pouvoir de sanction à l'égard des leurs pairs et agissent ainsi en tant que juridiction ordinale (**A**).

Ils peuvent à ce titre condamner les membres d'une profession se rendant coupable de fautes déontologiques et veillent à faire respecter les règles incombant à ces professionnels et sanctionnent les manquements commis aux devoirs et obligations prévus par les Codes de déontologie (**B**).

### A - L'existence d'instances disciplinaires incontournables

286. **Règles déontologiques.** D'un point de vue administratif, il incombe ainsi aux ordres professionnels d'édicter les règles d'exercice de la profession. Ces règles de conduite sont alors regroupées au sein de Codes[1055]. En effet, les ordres sont à l'origine des codes de

---

[1052] J-M AUBY, *Le pouvoir règlementaire des ordres professionnels*, *op. cit.*

[1053] Concl. Sous CE, 31 janvier 1969, M. BAUDOIN, RTD sanitaire et social, D. 1969, p.177 et 187.

[1054] CSP, article L.4121-2 : « *Les ordres sont en effet chargés de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous les membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par les codes de déontologie propres à chacune des professions* ».

[1055] v. E. TERRIER, Déontologie médicale et droit, thèse de droit, contribution à la reconnaissance juridique d'une discipline professionnelle, *op. cit.* V. également F. VIALLA, « *La déontologie des professions de santé* », *op. cit.*

déontologie propres à une profession. L'article L.4127-1 du Code de la santé publique dispose « *qu'un Code de déontologie, propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, préparé par le conseil national de l'ordre intéressé, est édicté sous la forme d'un décret en conseil d'État* ». Ce corpus de règles a alors fait émerger un véritable droit professionnel précédant la formation d'un droit public[1056].

Il est ici question de retenue, tout d'abord car ce pouvoir ne peut être administré qu'à l'égard de pairs[1057], sans porter atteinte à la liberté professionnelle des membres de l'ordre concerné, sauf dans le cas où cette atteinte serait « *strictement indispensable à l'exercice de la mission* »[1058] du praticien. L'application de ce pouvoir règlementaire ne doit pas méconnaitre le principe de légalité[1059] et ne doit donc pas faire obstacle à une norme supérieure[1060]. Il s'exerce de plus de manière autonome, exclusion faite d'éventuelles poursuites pénales ou actions civiles[1061].

287. En cas de manquements aux règles déontologiques édictées par le Code de déontologie, les praticiens sont confrontés à une procédure[1062] devant l'ordre des médecins[1063]. Ainsi, s'est construit un véritable droit disciplinaire édicté par des pairs,

---

1056 A. LEGAL et J. BRETHE DE LA GRESSAYE, Le pouvoir disciplinaire dans les institutions privées, Étude de la sociologie juridique, Librairie du Recueil du Sirey, 1938.

1057 CE, 30 avril 1948, Droit social 1949.

1058 J-M AUBY, *Le pouvoir règlementaire des ordres professionnels*, *op. cit.*

1059 Dictionnaire du vocabulaire juridique 2021, sous la direction de R. CABRILLAC, *op. cit.* : « *Principe selon lequel l'administration et les actes administratifs sont soumis à la Loi. La conséquence de ce principe est que les actes administratifs sont susceptibles de recours pour excès de pouvoir devant le juge administratif. Le principe de légalité fait partie des éléments de l'État de droit* ».

1060 Pour l'application de ce principe, voir en ce sens CE, 14 février 1969, *op. cit.*

1061 CSP, article L.4126-5.

1062 Cette procédure devant l'Ordre des médecins est indépendante ; elle ne fait donc pas obstacle aux autres procédures (civile ou pénale) en cours.

1063 Y. JACOB, « *Le chirurgien face à une procédure juridique* », Do Bentzinger Editeur, 2019, p.37 : « *Chaque médecin est susceptible d'être confronté, en moyenne une fois dans sa carrière, à une plainte devant le Conseil de l'Ordre des Médecins* ». V. également F. MARTIN, « *Les chambres disciplinaires des professions de santé* », RDSS 2016, p.310.

pouvant permettre de s'interroger sur sa véritable impartialité[1064], et de fait, sur la garantie d'une relation patient/ médecin basée sur la confiance.

En effet, « *la garantie du prestige de la profession n'est toutefois pas un élément simplement factuel, il constitue l'un des piliers majeurs d'un des invariants de la relation de soin, la confiance. Son contrôle rigoureux via l'ordonnancement disciplinaire fondé sur la déontologie contribue à préserver la confiance du patient face au praticien, les ordres se présentant alors comme de véritables organes de médiation* »[1065]. Et l'impartialité de ces juridictions fait l'objet de surveillance notamment conduite par la Cour de comptes qui a pu pointer « *une gestion peu rigoureuse et en partie opaque des fonds confiés à l'Ordre par les médecins cotisants et ce alors même qu'il s'investit insuffisamment dans ses missions les plus essentielles* »[1066].

---

[1064] C'est pourquoi les décisions rendues par les instances ordinales font souvent mention de cette notion d'impartialité qui est alors contrôlée. V. par exemple, Ch. Disc. Nationale des médecins, 21 février 2021, Dr C., req. N°11088 : « *Que la délibération prise dans ces conditions par le conseil départemental méconnait l'exigence d'impartialité qui s'impose à toute autorité administrative et se trouve, par suite, entachée d'illégalité* » ; mais également CEDH, 27 juillet 2006, Dr G. c/ France, n°69742/01 : En l'espèce, le requérant allègue la violation de l'article 6§1 de la Convention en raison d'un défaut d'impartialité du Conseil national de l'Ordre des médecins et la cour retient qu'en ce qui concerne la présente espèce, « *il découle de l'ensemble des circonstances exposées ci-dessus que les doutes du requérant sur l'indépendance et l'impartialité des membres de la section du Conseil national de l'Ordre des médecins qui l'ont jugé ne sauraient être objectivement justifiés, et que son procès devant le conseil national ne saurait donc être tenu pour inéquitable* ». L'impartialité est en effet « *l'exigence constitutive du droit à un procès équitable* » ; v. P. COLLET, « *La conception de l'impartialité du juge par la chambre criminelle de la Cour de cassation* », Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, vol.3, n°3, 2016, p.485-504 : cette garantie essentielle est alors la « *condition sine qua non du système juridique entier* » (v. M-A. FRISON-ROCHE, « *L'impartialité du juge* », D.1999. Chron. 53, spéc. N°1, p.53) et un « *devoir d'état et d'État* » (v. D-N. COMMARET, « *Une juste distance ou réflexions sur l'impartialité du magistrat* », D.1998. Chron. 262, spéc. P.262).

[1065] L. ROQUE, M. MAZZUCOTELLI, « *Ordres professionnels et puissance publique : entre rapport de force et jeu d'influence* », juin 2019, colloque organisé par l'Association montpelliéraine des jeunes historiens du droit, IHD Montpellier (à paraître).

[1066] Cour des comptes, « *L'ordre des médecins* », Rapport public thématique, décembre 2019. La Cour des comptes dénonce ici des conditions d'indépendance et d'impartialité des juridictions imparfaitement remplies notamment car « *la composition des chambres disciplinaires porte en elle des risques de défaut d'impartialité et de conflits d'intérêt, les assesseurs pouvant se trouver en position de juge et partie quand est jugé un confrère inscrit au conseil départemental dont ils sont élus* ». C'est pourquoi en 2017 deux ordonnances avaient renforcé le régime des incompatibilités en prohibant le cumul des fonctions de président et de secrétaire général d'un conseil avec celle d'assesseur (v. CSP, art.L.4122-3 et L.4124-7). À titre d'exemple, le rapport souligne qu'entre 2015 et 2017, quarante décisions disciplinaires ont été annulées du fait de la partialité de la composition de la formation de jugement. Dans un souci d'une plus grande impartialité il conviendrait alors d'interdire la nomination des élus ordinaux en poste, ou ayant exercé des fonctions ordinales récemment, aux fonctions d'assesseur. L'ordre a par la suite bien entendu contesté ce rapport « *tant sur le fond et la forme des affirmations*

288. **Impartialité des ordres.** En tout état de cause, ce double rôle, à la fois administratif et juridictionnel, des conseils de l'ordre interroge sur leur impartialité, source d'un important contentieux. Il a notamment été discuté le fait qu'un ordre puisse exercer ses fonctions administratives et règlementaires à l'égard des professionnels concernés, tout en contrôlant le respect des règles déontologiques[1067] ; « *l'appréciation casuistique des faits reprochés aux médecins et constitutifs de manquements à la déontologie ne peut qu'être illustrée et non systématisée suivant des critères objectifs* ».[1068]

Pour autant, les juridictions disciplinaires ont tout de même pour rôle de sanctionner des manquements déontologiques éventuels commis par les professionnels concernés, c'est-à-dire, sanctionner la violation d'une obligation déontologique afin de « *veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession* »[1069] . Pour les médecins par exemple, ces règles sont édictées aux articles R.4127-1 et suivants du Code de la santé publique.

Les auteurs du traité écrivaient déjà en 1956 que « *la nécessité d'une forte organisation professionnelle résulte, pour les professions médicales, du souci de concilier l'indépendance des médecins avec un contrôle de leur activité et de leur moralité, destiné à justifier la confiance que leur consentent les patients. L'organisation des Ordres des professions médicales comporte une hiérarchie entre le Conseil national, les conseils régionaux et les conseils départementaux. Mais les rapports entre ces conseils sont complexes. Les plus élevés dans la gradation interviennent, tantôt comme supérieurs hiérarchiques, tantôt comme juges, tantôt comme organes de tutelle* »[1070].

---

*qui y sont contenues* » ; v. CNOM, « *Projet de rapport public thématique portant sur l'Ordre des médecins – réponses du CNOM* », décembre 2019.

[1067] V. en ce sens CE, 30 avril 1997, n°173044 et n°174212 : « *Ce cumul de fonctions n'est pas, par lui-même, contraire aux principes d'impartialité et d'indépendance des juridictions au sens de l'article 6 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales* ».

[1068] M. DEGUERGUE, « *La sanction des manquements à la déontologie* », RDSS, Hors-série 2018, Dalloz, mars 2018, p.161-178 : « *Il y a toutefois des violations de la déontologie qui sont systématiquement sanctionnées, comme la méconnaissance du devoir d'information des patients ou les atteintes à la dignité des personnes ou au respect de la vie privée* ».

[1069] « *La juridiction ordinale* » ; www.conseil-national.medecin.fr.

[1070] R. SAVATIER, J-M. AUBY, J. SAVATIER, H. PEQUIGNOT, « *Traité de droit médical* », *op. cit.*

289. **Procédure ordinale.** Dans cette organisation ordinale, et en premier lieu, le conseil départemental du tableau, auprès duquel le professionnel est inscrit, sera compétent pour recevoir la plainte. Ce dépôt de plainte est suivi de l'organisation obligatoire d'une tentative de conciliation[1071]. En cas d'échec, la plainte sera transmise à la chambre disciplinaire du conseil régional en première instance. Les conseils départementaux n'ont donc pas de compétence disciplinaire et peuvent seulement impulser l'ouverture de la procédure disciplinaire ; là où les conseils régionaux jouent un rôle de juridiction disciplinaire de première instance.

Un appel pourra être interjeté auprès de la section disciplinaire du Conseil national de l'ordre concerné. Enfin, en cas de condamnation du Conseil National, un recours possible devant le conseil d'État, compétent pour contrôler la légalité des décisions rendues et ce en tant qu'instance de cassation[1072].

B - La reconnaissance de sanctions par les pairs

« *Le parti sera pris de considérer que la déontologie est une morale 'muée en droit' et 'sanctionnée' par le droit* »[1073]

Les quatre auteurs écrivaient dans le Traité de droit médical « *qu'il correspond l'idée que des membres de la profession sont plus qualifiés que quiconque pour apprécier dans quelle mesure les faits reprochés à un praticien sont contraires à ses devoirs professionnels* »[1074] .

[1071] CSP, article L.4123-2.

[1072] D. DUVAL-ARNOULD, « *Droit de la santé – prise en charge des patients et réparations des dommages liés aux soins* », *op. cit.* : « *Les décisions des chambres disciplinaires sont motivées afin que le Conseil d'État puisse exercer son contrôle portant sur la régularité de la procédure, la réponse aux moyens invoqués, l'exactitude des faits retenus, leur qualification juridique et l'absence d'erreur de droit. L'appréciation à laquelle se livre le Conseil nationale pour déterminer la sanction à infliger est, en revanche souveraine ; le Conseil d'État ne contrôlant sur ce point que la dénaturation* » ; v. en ce sens CE, 30 mai 2011, n°339496, Mme Ottaviani.

[1073] M. DEGUERGUE, « *La sanction des manquements à la déontologie* », op.cit. V. expression de B. BEIGNIER, Déontologie, *in* D. ALLAND, S. RIALS (dir.), Dictionnaire de la culture juridique, PUF, Lamy, 2003, p.361.

[1074] R. SAVATIER, J-M. AUBY, J. SAVATIER, H. PEQUIGNOT, « *Traité de droit médical* », *op. cit.*

C'est dans cet état d'esprit que les missions de l'Ordre ont évolué en 2002 avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[1075] instaurant les conseils régionaux de l'Ordre et chargeant l'Ordre de veiller au maintien de la compétence des médecins et au respect des règles déontologiques qui leur incombent[1076] sous le contrôle supérieur du conseil d'État.

290. **Sanctions ordinales.** Ce pouvoir disciplinaire leur permet de prononcer des sanctions ordinales prévues par les textes constitutifs des ordres, et les distinguant des syndicats professionnels, que sont l'avertissement, le blâme, la suspension[1077] et la radiation du tableau[1078]. Les praticiens sont alors soumis à une double autorité : celle des juridictions de droit commun et celle des juridictions disciplinaires en cas de commission de fautes disciplinaires[1079]

L'article L.4124-6 du Code de la santé publique dispose en effet que « *Les peines disciplinaires que la chambre disciplinaire de première instance peut appliquer sont les suivantes :*
*1° L'avertissement ;*
*2° Le blâme ;*

---

[1075] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *op. cit.*

[1076] V. à titre d'exemple Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, « *Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinale 2018* », 26 décembre 2019.

[1077] V. CE, 15 mars 2017, n°395398 : Dans les faits, le praticien, médecin généraliste, a fait l'objet d'une plainte du CNOM en raison de sa collaboration avec un site internet appelé « Savoir maigrir » ; par suite il a formé un pourvoi en cassation contre la décision par laquelle la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins lui a infligé une sanction d'interdiction du droit d'exercer la médecine pendant deux ans dont un avec sursis. Le Conseil d'État a considéré que « *si le choix de la sanction relève de l'appréciation des juges du fond au vu de l'ensemble des circonstances de l'espèce, il appartient au juge de cassation de vérifier que la sanction retenue n'est pas hors de proportion avec la faute commise et qu'elle a pu dès lors être légalement prise ; que la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a pu légalement estimer que le comportement du médecin justifiait, eu égard à l'ampleur et à la nature des fautes reprochées, une sanction d'interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de deux ans* ».

[1078] V. Conseil constitutionnel, décision n°2012-289 QPC, « *Article L.145-2 du Code de la sécurité sociale – discipline des médecins* », Dossier documentaire, 17 janvier 2013.

[1079] Le Conseil d'État a pu définir les contours de la faute disciplinaire en 1956 et avait précisé que cette faute « *doit relever d'un manquement sérieux à leurs obligations déontologiques et statutaires. Elles doivent être précises, établies, personnelles et liées au service directement ou indirectement. Tel est le cas d'un acte de nature à déconsidérer la profession médicale* » ; v. CE sect., 7 décembre 1956, n°26528, Dame Delecluse Dufresne.

*3° L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, conférées ou rétribuées par l'État, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales ;*
*4° L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années;*
*5° La radiation du tableau de l'ordre* ».

291. **Interdiction d'exercice.** La radiation est la peine la plus lourde et emporte comme conséquence une interdiction pour le praticien d'exercer en France puisqu'en effet elle est communiquée à tous les conseils départementaux. Cette peine considérable est prononcée pour la commission d'abus médicaux comme la fourniture d'un grand nombre d'attestations médicales incorrectes, un geste ayant entrainé la mort d'un ou plusieurs patients[1080] ou encore une atteinte à l'honneur de la profession médicale c'est-à-dire une faute déontologique grave.

---

[1080] V. CE, 11 octobre 2017, n°402497 : En l'espèce un médecin a été radié, à titre disciplinaire du tableau de l'ordre des médecins pour avoir délibérément provoqué la mort de plusieurs patients hospitalisés au sein du centre hospitalier dans lequel il exerçait. Le juge pénal avait alors déclaré le praticien non coupable de la mort de plusieurs patients, à la suite de quoi ce dernier avait saisi la chambre disciplinaire de l'ordre national des médecins d'un recours en révision. La chambre avait alors confirmé la sanction prononcée à l'encontre du médecin qui s'est pourvu en cassation. Le 11 octobre 2017, le juge administratif a rejeté son pourvoi considérant que « *pour rejeter les appels dont elle était saisie et confirmer, par suite, la sanction de radiation prononcée en première instance, sur le fait que le praticien avait délibérément provoqué la mort d'au moins deux patients, la chambre disciplinaire nationale n'a pas prononcé une sanction hors de proportion avec les fautes reprochées* ».

V. également CE Ass., 30 décembre 2014, n°381245 : « *Considérant enfin qu'en déduisant des témoignages précis et concordants du personnel médical joints au dossier, quant aux circonstances et aux modalités d'administration du produit concerné, que celui-ci a été injecté dans un but létal, et que, par suite, M.B. avait 'à plusieurs reprises, provoqué délibérément la mort', la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins n'a pas entaché sa décision de dénaturation* » et « *considérant que la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins a pu légalement estimer que, en dépit du fait qu'il aurait agi dans le seul but de soulager la souffrance des patients et de la circonstance qu'il aurait, comme il le soutient, agi en concertation avec certaines des familles concernées, les actes commis par M. B. justifiaient, eu égard à leur gravité, sa radiation de l'ordre des médecins* ». Ici le juge administratif rappelle que si la loi autorise dans certains cas le médecin, en respectant les modalités prévues par la loi dite « Leonetti », à arrêter ou à ne pas entreprendre un traitement qui s'apparenterait à une obstination déraisonnable mais aussi à administrer des traitements pouvant avoir comme effet secondaire d'abréger la vie, elle interdit de provoquer délibérément un décès.

V. enfin l'affaire dite « Bonnemaison » ayant été traduite devant la cour d'assises mais également devant les juridictions ordinales ; D. GIRARD, « *Juge administratif spécialisé et juge pénal : vade-mecum de coexistence pacifique* », note sous CE ASS., 30 décembre 2014, Bonnemaison, n°381245, Revue générale du droit, 2019. La

292. **Cumul de procédures.** Il est également important de souligner l'autonomie de ces procédures disciplinaires qui n'impactent en rien une éventuelle action en réparation et/ou une action pénale pouvant engendrer un cumul de peines prononcées par chacune de ces juridictions[1081]. Les procédures judiciaires et ordinales sont donc indépendantes et un praticien condamné par ses pairs pourra être relaxé par les juridictions de droit commun[1082]. Ces décisions de sanctions prises par les conseils régionaux seront susceptibles d'appel devant le conseil national, puis de cassation devant le Conseil d'État et ce depuis un arrêt du 2 février 1945[1083].

Cette exception de juridiction se trouve cependant relativement fréquemment remise en cause bien qu'elle ait pourtant constitué une revendication majeure des syndicats professionnels déjà avant la seconde Guerre mondiale[1084] ; en effet « *un mouvement d'hostilité*

---

confirmation de radiation de l'Ordre des médecins a par la suite été confirmée par l'arrêt CEDH, 19 mars 2019, n°32216/15, Nicolas Bonnemaison c/ France.

[1081] Le cumul des sanctions a été jugé conforme à la Constitution à condition que le principe de proportionnalité soit respecté. V. en ce sens CC, 28 juillet 1989, n°89-260 DC et CC., 17 janvier 2013, *op. cit.*

[1082] Soc., 7 novembre 2006, n°04-47.683 : L'appréciation faite par les juridictions ordinales des agissements de l'un de leurs pairs ne saurait s'imposer au juge prud'homal ; « *Attendu cependant que si la méconnaissance de dispositions du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes peut être invoquée par l'employeur à l'appui du licenciement pour faute grave d'un chirurgien-dentiste salarié, la décision prise par la juridiction ordinale quant à ce manquement et à sa sanction disciplinaire n'a pas autorité de chose jugée devant le juge judiciaire* ».

[1083] CE Sect., 2 février 1945, n°76127, Moineau : « *Vu la requête présentée pour le sieur X..., docteur en médecine, demeurant à Nantes ci-devant, ..., et actuellement villa Istria, rue Floréal, ladite requête enregistrée au secrétariat du Contentieux du Conseil d'État le 19 janvier 1941 et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler une décision de la chambre de discipline du Conseil national de l'Ordre des médecins en date du 7 novembre 1943, confirmant une décision en date du 17 décembre 1941 par laquelle le Conseil départemental de la Loire-supérieure a refusé de l'inscrire au Tableau de l'Ordre des médecins ; Vu l'ordonnance du 9 août 1944 et du 11 décembre 1944 ; Vu la loi du 7 octobre 1940 ; Vu la loi du 10 septembre 1942 ; Vu la loi du 18 décembre 1940 ; Considérant qu'il ne ressort pas des pièces du dossier au vu duquel a statué la chambre de discipline de l'ordre national des médecins que sa décision soit fondée sur des faits matériellement inexacts ; Considérant d'autre part que l'appréciation que la chambre de discipline a faite de la valeur de certaines méthodes pratiquées par le sieur X.… échappe au contrôle du juge de cassation ; Considérant enfin que, compte tenu de cette appréciation souveraine, les actes reprochés au requérant étaient de nature à motiver le refus de son inscription au tableau de l'ordre des médecins* ». V. également M. DEGUERGUE, « *La sanction des manquements à la déontologie* », op.cit. : L'auteur qualifie ici cette mission du juge administratif comme « *un contrôle raffiné exercé par le Conseil d'État sur les sanctions disciplinaires* ».

[1084] J. POUILLARD, « *Historique du Conseil national de l'Ordre des médecins (1845-1945)* », Histoire des sciences médicales, n°2, 2005, p.213 et s. (à partir d'un texte présenté à la Société française d'histoire de la médecine, séance du 15 mai 2004).

*aux ordres professionnels fait son apparition et s'amplifie et c'est singulièrement dans le ressort des professions relevant de l'art de guérir qu'il prend ses formes les plus aiguës, celles-ci se concrétisant dans diverses propositions de loi dont certaines tendent à la suppression pure et simple de l'Ordre des médecins* »[1085].

293. Deux conceptions s'opposent alors : celle de l'importance indiscutable des ordres dans la représentation et l'exercice de ces professionnels[1086] et l'autre, plus pessimiste qui « *reviendrait à estimer que les ordres sont voués à terme à disparaitre car le transfert de compétences et son quasi-écartement du débat législatif apparaissent à ce titre des éléments probants alimentant ce second postulat* »[1087]. Des organismes tels que la HAS ou toutes autres instances administratives pourraient alors assurer certaines des missions dévolues aux ordres et le contentieux disciplinaire pourrait quant à lui être assuré par les juridictions civiles et administratives. Malgré cela, dans cette organisation professionnelle sans institution ordinale des carences pourraient apparaitre notamment s'agissant du rôle de représentation et de médiation des ordres entre les différents praticiens et les patients.

---

[1085] P. GERARD, F. OST et M. VAN DE KERCHOVE, « *Fonction de juger et pouvoir judiciaire* », Presse de l'Université Saint-Louis, collection générale, 1983. V. notamment en ce sens la proposition de loi n°209 tendant à supprimer l'obligation, pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues, de s'inscrire aux ordres professionnels, enregistrée à la présidence de l'Assemblée nationale le 16 septembre 2012.

[1086] M. MAZZUCOTELLI, L. ROQUE, « *Ordres professionnels et puissance publique : entre rapport de force et jeu d'influence* », *op. cit.* « *Cette vision plus optimiste reviendrait à estimer que les ordres subissent des évolutions qui à terme lui permettront d'assurer ses missions de manière plus pérenne. Cette vision se fonde sur le fait que la représentation des professionnels et la défense de leurs intérêts ne peut passer que par l'organisation ordinale et la représentation par des pairs. Pour assurer une telle position il apparaît toutefois nécessaire de mieux structurer certains ordres notamment les ordres infirmiers en consacrant une véritable compétence disciplinaire afin de mieux fédérer ses membres* ».

[1087] *Ibid.*

## Section II - La régulation à travers l'encadrement contractuel

295. **Praticiens libéraux et établissements de santé.** Le cadre contractuel des praticiens libéraux est un outil juridique nécessaire dans leur exercice en établissement de santé. Contrairement au contrat conclu entre un établissement public et un médecin libéral[1088] ou même à un contrat de travail, le contrat d'exercice libéral ne revêt aucune disposition légale ou règlementaire ; il est alors encadré par des règles déontologiques de l'ordre dont relève le professionnel et notamment l'exigence d'un écrit[1089] car « *l'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissante au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit* »[1090] (**§1**).

296. **Contrat d'exercice libéral.** Véritable exigence légale[1091], ce contrat d'exercice libéral se veut en effet garant de la qualité et de la sécurité des soins en clinique privée à l'occasion de l'exercice de la spécialité d'un praticien libéral et permet d'éventuelles sanctions à l'encontre du professionnel en cas de manquements aux obligations prévues dans la convention encadrant les droits et obligations réciproques de chacune des parties **(§2**).

Définir les contours de l'exercice libéral en établissement de santé privé permet ainsi d'éviter les sanctions ordinales mais également les procédures judiciaires encourues en cas de non-respect des obligations synallagmatiques[1092].

---

[1088] CSP, art. L.6146-2.

[1089] Toutefois, l'absence d'un écrit n'entraine pas la nullité du contrat mais impose aux juges de se livrer à un exercice d'interprétation ; v. en ce sens CA Versailles, 29 septembre 1995, n°1995-046745.

[1090] CSP, art. R.4127-83.

[1091] Formalisation *ad probationem* du contrat d'exercice libéral ; v. Dictionnaire du vocabulaire juridique 2021, sous la direction de R. CABRILLAC, *op. cit.* : « *Littéralement : pour faire la preuve. Désigne une formalité nécessaire pour la preuve d'un acte* ».

[1092] *Ibid.* : « *Le contrat synallagmatique crée des obligations réciproques à la charge des parties* » (v. C. civ., article 1106).

## §1 - Les contrats d'exercice libéral

« *Le contrat d'exercice peut se définir comme un accord de volonté entre deux personnes ou plus, dont l'objet est de gouverner les modalités de l'exercice professionnel* »[1093]

Les contrats d'exercice libéral[1094] régissent les relations entre les professionnels de santé libéraux et, le plus souvent, un établissement de santé privé[1095] ; aussi, « *ils définissent leurs obligations respectives, en respectant notamment l'indépendance professionnelle du professionnel de santé concerné* »[1096] (**A**). Cette contractualisation des rapports entre les praticiens libéraux et les cliniques privées sont désormais incontournables afin d'essayer de préserver un exercice pérenne dans les structures de soins concernées (**B**).

### A – La contractualisation ardue de ces relations

299. **Organisation d'intervention.** Pour les professions médicales, ce contrat a vocation à organiser l'exercice de leur art au sein d'un établissement de santé privé. Pour les auteurs du traité de droit médical, « *l'objet du contrat est de garantir au médecin ou au chirurgien la possibilité d'user, pour recevoir et soigner ses malades, de l'installation technique et du personnel de la clinique, et, en contrepartie, de garantir à la clinique que le médecin réservera tout ou partie de son activité à des malades reçus dans la clinique* »[1097].

298. **Qualification juridique du contrat.** La nature juridique de ce contrat peut toutefois interroger. Cette qualification revêt en effet une importance toute particulière tant les enjeux qui en découlent sont décisifs pour le praticien et pour l'établissement d'accueil.

---

1093 E. CADEAU, P. LE COZ, sous la direction de P. PERDROT, Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine, Ellipses, 2006.

1094 Rapport annuel, Cour de cassation, 2007, p.95 : « *Le contrat d'exercice libéral est l'acte central intervenant entre un praticien et la personne propriétaire ou gestionnaire de l'établissement ou de l'organisme auprès duquel il exercera son art* ».

1095 M. MAZZUCOTELLI, « *Cent ans de contrat d'exercice libéral* », RDS, n°100, mars 2021, p.178-182.

1096 D. DUVAL-ARNOULD, « *Droit de la santé – prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins* », *op. cit.*, p.145.

1097 R. SAVATIER, J-M. AUBY, J. SAVATIER et H. PEQUIGNOT, « *Traité de droit médical* », *op. cit.*

En tout état de cause, ce contrat est le fruit d'une rencontre à mi-chemin entre le droit médical et le droit civil et de ce fait, est donc soumis au droit commun des contrats, faisant de lui un contrat *sui generis*[1098].

Au terme de cet engagement, le professionnel pourra exercer dans l'établissement de santé selon les dispositions contractuellement prévues entre les parties. En effet, « *la qualification de contrat sui generis produit des conséquences différentes, puisqu'elle a pour effet de le soustraire au statut légal. Le résultat habituel est de rendre valable un contrat dont la licéité est pourtant incertaine ou même douteuse* »[1099].

299. **Origines du contrat.** Historiquement, médecins et encadrement contractuel se heurtaient à une incompatibilité patente. Certaines bribes de contractualisation ont pourtant pu s'illustrer à travers les siècles dans différents modes d'exercice de la médecine puisqu'à titre d'exemple, des prémices de forme contractuelle se retrouvèrent au Moyen-âge où les médecins pouvaient conclure un contrat que l'on qualifierait aujourd'hui de contrat de soins avec leurs patients et ce, devant notaire.

Ces contrats « *étaient souvent à temps et les honoraires n'étaient payés qu'après la guérison constatée* »[1100] faisant peser sur les médecins un lourd aspect responsabilisant qui conduira à la disparition de ces contrats quelques siècles plus tard.

Cependant les progrès de la médecine, les évolutions sociétales ou encore les attentes des patients ont conduit à repenser ces essais de contractualisation de l'exercice libéral notamment dans le cadre des interventions des professions médicales au sein d'établissements de santé comme des cliniques ou des hôpitaux privés[1101].

---

1098 Dictionnaire du vocabulaire juridique 2021, sous la direction de R. CABRILLAC, *op. cit.* : « *Les contrats, qu'ils aient ou non une dénomination propre, sont soumis à des règles générales (…) ne faisant l'objet d'aucun régime légal spécifique, son régime découlant du droit commun des obligations* ».

1099 L. AYNES, P.-Y GAUTIER et P. MALAURIE, « *Droit des contrats spéciaux* », 8ème édition, LGDJ, 2016.

1100C. DARRICAU-LUGAT, « *Regards sur la profession médicale en France médiévale* », *op. cit.*

1101 L. GHARBI, « *Les libéraux dans les cliniques* », Les Tribunes de la santé, vol.48, n°3, 2015, p.93-97 : « *88% des médecins qui exercent au sein des cliniques et hôpitaux privés sont des médecins libéraux* ».

A cet effet, l'article L.4113-9 du Code de la santé publique dispose que « *les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes en exercice, ainsi que les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes doivent communiquer au conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession ainsi que, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local.*
*Les mêmes obligations s'appliquent aux contrats et avenants ayant pour objet de transmettre sous condition résolutoire la propriété du matériel et du local. Elles ne s'appliquent pas aux contrats conformes à un contrat-type soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.*
*La communication prévue ci-dessus doit être faite dans le mois suivant la conclusion du contrat ou de l'avenant, afin de permettre l'application des articles* L. 4121-2 *et* L. 4127-1.
*Les contrats et avenants dont la communication est prévue ci-dessus doivent être tenus à la disposition du ministre chargé de la santé par le conseil départemental de l'ordre des médecins, par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou par le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes.*
*Toute personne physique ou morale passant un contrat avec un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme doit le faire par écrit.*
*Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes exerçant en société doivent communiquer au conseil de l'ordre dont ils relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement ou aux rapports entre associés. Ces communications doivent être faites dans le mois suivant la conclusion de la convention ou de l'avenant.*
*Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article* L. 4124-6 ».

300. **Formalisme du contrat.** Concernant le formalisme du contrat d'exercice libéral, cet article impose la signature d'un contrat écrit entre les professions médicales et les établissements de santé dans lesquels ils souhaitent exercer[1102]. À ce propos, l'article 83 du

[1102] CE, 3 juillet 1970, n°78636 : « *Les articles L462 à L.464 (L.4113-9) prévoient que les contrats passés par les médecins et ayant pour objet l'exercice de leur profession doivent être communiqués au conseil départemental de l'ordre, mais pas que ces contrats doivent être approuvés par ce conseil* ». Ajoutons que, « *l'exigence d'un écrit s'explique par le fait que l'ordre doit opérer un contrôle du respect des principes fondamentaux tels que l'indépendance, la liberté thérapeutique, ou encore les droits et sécurité du patient. Si l'écrit est exigé, précisons que l'absence d'écrit n'entraîne pas la nullité du contrat, ni l'absence d'accord de volonté. En effet, dans la mesure où il n'y a pas de nullité sans texte, ce formalisme n'est pas validant. Le contrat*

Code de déontologie médicale prévoit en effet que ce contrat doit obligatoirement faire l'objet d'un écrit définissant les obligations respectives des parties[1103] et précisant les moyens permettant aux médecins de respecter les dispositions du Code de la santé publique.
En outre, ces contrats devront impérativement être communiqués au conseil départemental de l'ordre dont le médecin relève afin de vérifier la conformité du contrat à la déontologie.

301. Déjà en 1956, les auteurs du traité de droit médical écrivaient que ce contrat « *permettant à un médecin l'usage d'un matériel et d'un local dont il n'est pas propriétaire est de ceux que l'article L.462 du Code de la santé publique[1104] oblige à communiquer au conseil départemental de l'ordre* » ; il ajoute que « *pour guider les praticiens, le Conseil national de l'Ordre avait adopté une formule de*

*verbal sera donc valable, mais le contrevenant s'exposera à une sanction pénale (amende de 6 000 euros)* » ; v. A. MOUILLAC, « *Formalisme du contrat d'exercice libéral* », MD Avocat, avril 2017.

1103 CE, 9 juin 1967, n°68156.

1104 « *Les médecins, les chirurgiens-dentistes en exercice, ainsi que les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'Ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes doivent communiquer au conseil départemental de l'Ordre dont ils relèvent les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession ainsi que, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local.*

*Les mêmes obligations s'appliquent aux contrats et avenants ayant pour objet de transmettre sous condition résolutoire la propriété du matériel et du local.*

*La communication ci-dessus prévue doit être faite dans le mois suivant la conclusion du contrat ou de l'avenant, afin de permettre l'application des articles L. 366 et L. 382 du Code de la santé publique.*

*Tous les contrats et avenants dont la communication est exigée doivent être passés par écrit.*

*Le défaut de communication des contrats ou avenants ou, lorsqu'il est imputable au praticien, le défaut de rédaction d'un écrit constitue une faute disciplinaire susceptible d'entraîner une des sanctions prévues à l'article L. 423 ou de motiver un refus d'inscription au tableau de l'Ordre.*

*Le conseil départemental ne peut plus mettre en œuvre, à raison des contrats et avenants ci-dessus prévus, les pouvoirs qu'il tient des articles L. 413 et L. 417 du présent code lorsqu'un délai de six mois s'est écoulé depuis la communication desdits contrats ou avenants.*

*Les contrats et avenants dont la communication est prévue par les alinéas précédents doivent être tenus à la disposition du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale par le conseil départemental de l'Ordre des médecins ou par le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.*

*Toute personne physique ou morale passant un contrat avec un médecin ou un chirurgien-dentiste doit le faire par écrit. Le refus de rédaction d'un écrit du fait du contractant non-praticien est puni d'une amende de 40.000 F* ».

*contrat-type concernant les rapports entre un chirurgien et une clinique privée, qui, malgré son caractère indicatif, peut servir de base à une étude de ce type de convention* »[1105].

B – La contractualisation impérative de ces relations

302. La contractualisation des relations entre le praticien libéral et une clinique privée est dorénavant nécessaire puisqu'en cas de défaut de communication de ce contrat au conseil de l'ordre concerné, le professionnel pourra se voir refuser son inscription à l'ordre[1106]. L'article L.4113-10 alinéa 1er du Code de la santé publique prévoit à cet effet que « *le défaut de communication des contrats ou avenants ou, lorsqu'il est imputable au praticien, le défaut de rédaction d'un écrit constitue une faute disciplinaire susceptible d'entraîner une des sanctions prévues à l'article L. 4124-6 ou de motiver un refus d'inscription au tableau de l'ordre* ».

Le contenu de ces contrats relève cependant du principe de la liberté contractuelle, la loi n'imposant pas de modèle de contrat-type ; il convient alors de se référer aux us et coutumes de la profession et notamment au contrat-type proposé par le Conseil de l'ordre national des médecins. Il est d'usage que ce contrat comporte des clauses relatives à la facturation, aux moyens mis à la disposition des praticiens, à la redevance versée à la clinique[1107] ou encore à la non-concurrence. Ce contrat s'est en effet façonné au gré des recommandations de l'Ordre des médecins, de la jurisprudence et des prises de position des différentes parties au contrat, cliniques et praticiens[1108].

303. **Différenciation et requalification.** Il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'un contrat d'exercice libéral n'est pas un contrat de travail[1109] malgré des cas de requalification

---

1105 R. SAVATIER, J-M. AUBY, J. SAVATIER et H. PEQUIGNOT, « *Traité de droit médical* », *op. cit.*

1106 Malgré cela, en pratique, il n'est pas rare que des établissements de santé n'aient pas encore contractualisés les relations les unissant aux praticiens libéraux.

1107 V. G. MÉMETEAU, « *Contrat d'exercice libéral. Redevance. Forfait de salle d'opération (non)* », note sous Civ.1ère, 27 juin 2000, JCP G, 2000.IV.2423, p.1725 ; Soc., 8 juin 2000, Bull.civ. V, n°225, p.175, Juris-Data 002365.

1108 Sur ces questions, v. I. LUCAS-BALOUP et B. VORMS, Médecins/Cliniques – Le contrat d'exercice, éd. Scrof, septembre 2001.

1109 Soc., 22 juillet 1954 : Bull. civ. 1954.

de ces contrats[1110]. En effet, il n'existe pas de lien de subordination dans la conclusion et la mise en pratique de ces contrats, ni le versement d'une rémunération[1111].

Rappelons que « *le lien de subordination est caractérisé par l'exécution d'un travail sous l'autorité d'un employeur qui a le pouvoir de donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et de sanctionner les manquements de son subordonné* »[1112] ; il est possible de définir les contours d'un éventuel lien de subordination lorsque l'employeur détermine unilatéralement les conditions d'exécution du travail[1113].

304. **Absence de lien de subordination.** Cela n'est absolument pas le cas dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral et dans la pratique de l'art de la médecine. L'exercice libéral en établissement de santé ne remet aucunement en cause les principes essentiels de la médecine libérale, notamment celui de l'indépendance du praticien[1114] ni la perception directe des honoraires par le professionnel - même si pour des questions pratiques, la facturation de l'ensemble des prestations se fait via un bordereau de facturation. En contrepartie, les praticiens sont alors dans l'obligation de verser une redevance à la clinique pour cette gestion administrative de la facturation. « *Les honoraires ne sont certes pas perçus directement par le médecin, ils sont reversés par la clinique après déduction du montant de la redevance contractuelle correspondant à la contrepartie de la mise à disposition du médecin de moyens matériels et humains. Les modalités de perception des honoraires transitent par un compte mandataire* »[1115].

Pour autant, le contentieux relatif à la qualification d'un contrat entre un médecin et un établissement de santé est abondant ; en effet, « *il survient le plus souvent lorsque l'URSSAF procède à un redressement en considérant qu'un médecin est en fait soumis à un lien de subordination*

---

1110 Soc., 18 juin 1992, n°90-13.594.

1111 Soc., 3 février 1972 : Bull. civ. 1972.

1112 Soc., 13 novembre 1996, n°94-13.187, arrêt dit « Société générale ».

1113 CA Douai, 30 novembre 2018, n°16/04794 : « *Le travail au sein d'un service organisé peut constituer un indice du lien de subordination lorsque l'employeur détermine unilatéralement les conditions d'exécution du travail* ».

1114 CSP, article R.4127-5 : *« Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ».

1115 CA Nîmes, 25 novembre 2008, n°07/03121 ou encore CA Douai, 30 octobre 2009, n°09/01101.

*caractéristique du contrat de travail* »[1116]. Il est également des situations où, à l'occasion de la rupture du contrat, les médecins eux-mêmes saisissent le Conseil des prud'hommes en vue d'une requalification de leur contrat d'exercice libéral en contrat de travail afin d'obtenir une indemnisation.

Il incombe alors au professionnel de rapporter la preuve du lien de subordination existant et au juge d'analyser certains critères comme les dispositions contractuelles[1117], la rémunération du médecin[1118], la possibilité de développer une patientèle propre, la soumission du praticien à l'organisation de l'activité médicale au sein de la clinique[1119], l'utilisation des moyens techniques et humains de l'établissement[1120] et enfin les directives et le pouvoir de sanction de ce dernier[1121].

Toutefois, dans la plupart des cas le juge maintient la qualification première de contrat d'exercice libéral car la preuve du lien de subordination est tâche délicate. Malgré cela, les pratiques des cliniques, et des professionnels, doivent être éclairées et encadrées afin

---

[1116] J-M. JAUFFRET, « *Le contrat entre un médecin et une clinique privée est-il un contrat d'exercice libéral ou un contrat de travail ?* », Village de la justice, 4 mai 2020 : cette qualification de contrat entre un praticien libéral et une clinique privée concerne à ce jour environ « *un millier de clinique et plus de 40 000 médecins* ».

[1117] Par exemple l'existence d'une clause de souscription d'une assurance de responsabilité civile par la clinique pour le praticien peut être révélatrice d'un lien de subordination ; v. CA Paris, 29 mars 2019, n°15/02904. À l'inverse, la liberté de cession de patientèle est propre à un contrat d'exercice libéral ; v. CA Lyon, 4 janvier 2017, n°14/08126.

[1118] Les modalités de rémunération peuvent constituer un indice d'un possible lien de subordination. V. en ce sens Soc., 29 janvier 2014, n°12-26.940 : « *La prétendue liberté de fixer le dépassement d'honoraires était en lien avec le choix du secteur du titulaire pour le compte duquel elle intervenait et qui conservait une partie importante des dépassements* ».

En tout état de cause, la preuve que les honoraires soient imposés peut à elle seule constituer la remise en cause du caractère libéral du contrat d'exercice.

[1119] Soc., 3 février 2010, n°08-43.031 : le juge relève en l'espèce que « *les horaires, les gardes, l'organisation des plannings relèvent d'une coordination entre médecins, exclusive de l'intervention d'un pouvoir hiérarchique dans la clinique* ».

[1120] Le juge considère qu'il s'agit d'un indice d'un potentiel lien de subordination lorsque « *le cabinet de consultation, les installations et appareils médicaux et le secrétariat étaient mis par la clinique à sa disposition gratuitement ; qu'il devait en faire usage en bon père de famille, ne pas modifier les lieux et leur destination* » ; v. CA Paris, 29 mars 2019, *op. cit*.

[1121] Il s'agit d'un lien de subordination lorsqu'un médecin « *reçoit des consignes de la part des quatre médecins qu'elle remplaçait lesquels lui imposaient les plannings et l'affectaient à telle ou telle vacation* » ; v. Soc., 29 janvier 2014, n°12-27.511.

d'éviter des relations contractuelles pouvant conduire à la requalification des contrats litigieux « *trop régulièrement portés devant le juge civil* »[1122] ; qui plus est dans un contexte où l'inadaptation et le vieillissement de ce contrat sont souvent dénoncés par certains auteurs[1123] qui préconisent alors de le revisiter afin de le mettre en adéquation avec les attentes actuelles des praticiens libéraux et des établissements de santé concernés[1124].

305. **Avenir du contrat d'exercice libéral.** L'une des pistes à envisager serait alors d'ouvrir la conclusion de ce contrat synallagmatique[1125] à d'autres parties afin de l'ancrer dans cette recherche d'exercice territorial des praticiens libéraux en tenant compte de son environnement sanitaire, qui plus est à l'heure du développement des CPTS et de cette volonté d'asseoir la participation des professionnels libéraux à ces structures[1126]. Cette ouverture du contrat d'exercice libéral conduirait alors à donner un véritable ancrage territorial aux praticiens libéraux en lui permettant d'établir de réelles relations de

---

1122 G. MÉMETEAU, « *Une halte sur l'actualité des contrats d'exercice médicaux en clinique privée* », RGDM, n°48, 2013, p.235-253. Sur les questions de contentieux relatif au contrat de cession de patientèle, v. F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, *op. cit.* ; et F. DESSI, L'évolution de la médecine libérale : de la patrimonialité à la commercialité, thèse de droit, Montpellier, novembre 2019.

1123 L. HOUDART et S. HOUDART, « *Ma santé 2022 annonce-t-il la mort du contrat d'exercice libéral ?* », Houdart&Associés, 9 octobre 2018.

1124 *Ibid.* : Depuis son avènement, ce contrat n'a connu que peu ou pas d'évolution ; en effet, « *si la teneur de certaines clauses a pu évoluer, cet instrument n'a pas connu de grands bouleversements ni dans son essence ni dans sa finalité. Il est temps, et l'occasion est peut-être donnée aux professionnels d'en faire un outil d'avenir au service de leurs droits et d'un exercice rénové* ».

1125 C. civ., art.1106 al.1er : « *Le contrat est synallagmatique lorsque les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres* ».

1126 *Ibid.* : Ce contrat d'exercice libéral repensé organiserait l'exercice du praticien libéral sur un territoire donné et « *lui permettrait d'exercer tout à la fois dans une maison de santé, dans un hôpital de proximité, de participer aux équipes de surspécialité ou de spécialité de l'établissement de recours, d'intégrer les actions de prévention, d'éducation thérapeutique, et plus globalement de santé publique dont la gestion devrait être confiée aux CPTS* ». Le contrat relèverait ainsi d'un territoire déterminé et permettrait aux professionnels libéraux d'exercer en établissements sanitaires mais aussi en structures d'exercice coordonné, dans les hôpitaux de proximité et prévoirait de nouvelles missions notamment de santé publique. La terminologie est à déterminer mais l'idée est de permettre beaucoup plus que le CEL actuellement conclu pour un établissement et une activité. Si l'on arrivait à cerner les contenus de ce contrat, il resterait alors à lui trouver une dénomination comme celle de « contrat d'exercice libéral territorial » par exemple.

coopération et de participation à l'offre de soins de proximité tout en laissant peu à peu l'exercice isolé s'effacer.

Une telle piste serait enfin envisageable si certains écueils étaient évités[1127], cet aménagement de l'encadrement contractuel devant permettre de préserver l'indépendance du praticien[1128] et ce lien particulier établi avec le patient pris en charge. En aucune circonstance un praticien libéral ne pourra accepter de limitation de son indépendance à l'occasion de son exercice médical[1129] ; pour autant il reste soumis aux règles déontologiques émanant du Conseil de l'Ordre des médecins et s'expose à des sanctions en cas de non-respect de ces règles.

---

1127 Et notamment l'assimilation à un contrat d'adhésion qui est un contrat « *qui comporte un ensemble de clauses non négociables, déterminées à l'avance par l'une des parties* » ; v. Dictionnaire du vocabulaire juridique 2021, sous la direction de R. CABRILLAC, *op. cit.* V. également C. civ., art.1110.

1128 V. G. DUHAMEL, Parole de médecin*, op. cit.*, p.126 : « *Mais, que la médecine ne l'oublie pas, elle doit rester indépendante sous peine de s'avilir et de perdre l'efficace en même temps que l'autorité* ».

1129 CSP, article R.4127-95 : « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.*

*En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce* ».

## §2 – Les manquements aux obligations synallagmatiques dans le CEL

« *N'oublions jamais qu'un bon accord vaut toujours mieux qu'un bon procès* »[1130]

308. Au fil des années et des ajustements des différents contrats-type, il est alors possible de répertorier plusieurs catégories de clauses incontournables dans un contrat d'exercice libéral[1131] ; il est en effet primordial de pouvoir se référer à ces contrats-types afin de sécuriser au mieux les relations entre le praticien libéral et la clinique privée car « *quand la loi est claire, il faut la suivre ; quand elle est obscure, il faut en approfondir les dispositions. Si l'on manque de loi, il faut consulter l'usage ou l'équité* »[1132]. Les contrats d'exercice libéral comportent alors nécessairement des clauses relatives à la déontologie et à la structure de soins (**A**) mais également des clauses propres au contrat (**B**) car « *se mêlant à l'activité d'un établissement constituant un environnement différent du sien, les médecins libéraux doivent respecter certaines règles d'organisation sous peine d'être sanctionnés* »[1133].

### A - Les clauses liées à la profession et à l'établissement

« *Si des clauses contractuelles n'ont pas, par essence, à être impactées par l'importance, la fréquence de la présence des praticiens au sein de la clinique, (comme les dispositions concernant la redevance), il en va bien différemment de certaines qui peuvent être mises en place, comme la possibilité pour les praticiens de pouvoir présenter un successeur à l'établissement lors du départ* »[1134]

---

1130 M. JACQUET, « *Pour éviter que votre contrat d'exercice libéral devienne un nid à contentieux, n'oubliez pas de le toiletter* », Houdart&Associés, au sujet de TGI Montluçon, 30 décembre 2016, n°14/01129.

1131 M. MAZZUCOTELLI, « *Contrats d'exercice libéral et obligations contractuelles : attention au respect des clauses* », RDS, n°85, septembre 2018, p. 752-754.

1132 *In* discours préliminaire sur le projet de Code civil, J-E-M. PORTALIS, extrait de ce discours prononcé le 1er pluviôse an IX ; v. Discours et rapports sur le Code civil, Bibl. de philosophie politique et juridique, PUC, 2010.

1133 S. ABED, N. BAAMI-FOURCIN, M. EL-MOUJAHID et A. LAHAYE, « *Les droits et obligations liés à l'intervention des médecins libéraux dans les établissements de santé* », *op. cit.*

1134 C. DAVER, « *Et si nous avions à réinventer le contrat d'exercice libéral de demain ?* », *in* Mélanges en l'honneur de G. MÉMETEAU, LEH, vol.1, coll. Mélanges, 2015, p.361-383. Sur ces question v. également F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, *op. cit.*

Ces clauses présentes dans le contrat d'exercice libéral ont trait à la déontologie devant être respectée par le praticien libéral (**1**) mais également à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement de santé privé dans lequel il pourra exercer sa spécialité (**2**).

*1 – Les clauses liées à la déontologie*

Tout d'abord, il y a les clauses liées à la déontologie médicale concernant par exemple l'indépendance du médecin. Il est certes engagé contractuellement auprès de l'établissement de santé mais n'en devient pas pour autant salarié.

307. **Recherche d'un équilibre.** Ce principe d'indépendance est un principe d'ordre public et, à ce titre, il n'est pas possible d'y déroger[1135]. L'exercice libéral en clinique requiert cependant certains « compromis » permettant de concilier cette indépendance si chère aux praticiens et les nécessités de fonctionnement et de pérennité de l'établissement (participation à la continuité des soins, au fonctionnement de l'établissement s'agissant notamment des gardes[1136], des urgences etc.).

L'article R.4127-83, II° du Code de la santé publique dispose d'ailleurs « *qu'un médecin ne peut accepter un contrat qui comporte une clause portant atteinte à son indépendance professionnelle ou à la qualité des soins, notamment si cette clause fait dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères de rendement* »[1137] ; Ou concernant encore par exemple la liberté de prescription[1138], le

1135 Et ce, quel que soit le mode d'exercice.

1136 CA Aix-en-Provence, 13 décembre 2010, n°08/09571.

1137 CA Paris, 11 mars 2016, n°14/14567.

1138 CSP, article R.4127-8 : « *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.*

*Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.*

*Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles* ».

libre choix du patient[1139]. Il appartient au Conseil de l'Ordre de vérifier la conformité de ces clauses avec le Code de déontologie.

*2 – Les clauses liées à l'établissement*

308. **Obligations synallagmatiques.** Les contrats d'exercice mettent ensuite en évidence des clauses relatives aux contraintes règlementaires ou conventionnelles de l'établissement concerné comme s'agissant de la tenue et la conservation des dossiers médicaux[1140], de la mise en œuvre des vigilances telles que la matériovigilance, l'hémovigilance, de la lutte contre les infections nosocomiales ou encore de leur participation à la certification, l'accréditation et les évaluations[1141]. À cet effet, les textes règlementaires sont de plus en plus nombreux et tendent à renforcer ainsi la sécurité en matière d'activité médicale.
Les établissements, quant à eux, ont des obligations réciproques envers les praticiens libéraux et notamment s'agissant de la gestion du compte mandataire ou encore du recouvrement des honoraires[1142].

Le praticien libéral se soumet donc à des obligations nées de sa relation contractuelle avec l'établissement de santé veillant notamment au bon fonctionnement de ce dernier. Il peut

---

1139 CSP, article R.4127-6 : « *Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit* ».

1140 Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la santé publique, JORF n°78 du 1er avril 1992.

1141 CSP, article L.6113-3.

1142 CSP, article L.6154-3. V. également arrêté du 5 octobre 2004 fixant le modèle du formulaire « établissements de santé privés – bordereau de facturation », JORF n°245 du 20 octobre 2004 également appelé bordereau S3404. Désormais, « *dans le cadre de l'extension du projet de dématérialisation des pièces justificatives de la facturation aux cliniques privées, l'Assurance maladie promeut la dématérialisation à la source du bordereau S3404 dans un objectif de simplification administrative et d'optimisation du processus de gestion des pièces justificatives entre les différents acteurs* » ; v. ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/facturation-prise-charge/dematerialisation-bordereau-s3404-signature-numerique ; 13 décembre 2021.

alors s'exposer à des sanctions en cas de non-respect de ces obligations inhérentes à la bonne organisation de la clinique[1143].

B - Les clauses liées à la liberté contractuelle

309. **Redevance.** Enfin, certaines clauses relèvent de la liberté contractuelle[1144] et définissent, entre autres, les conditions d'exercice du praticien[1145] ou encore le versement d'une redevance[1146] qui est la contrepartie financière des services fournis par l'établissement au médecin durant l'exécution du contrat d'exercice libéral[1147]. Le paiement de cette redevance versée par le médecin en contrepartie de prestations réelles fournies par la clinique est source de nombreux contentieux[1148] ; elle couvre les services apportés par

---

1143 V. S. ABED, N. BAAMI-FOURCIN, M. EL-MOUJAHID et A. LAHAYE, « *Les droits et obligations liés à l'intervention des médecins libéraux dans les établissements de santé* », *op. cit.* : « *Force est de constater qu'entre le médecin libéral et l'établissement de soins, se crée un lien contractuel. Le bon fonctionnement de l'établissement dépend de cette relation, et notamment du respect, par le médecin libéral, de ses obligations* ».

1144 Dictionnaire du vocabulaire juridique 2021, sous la direction de R. CABRILLAC, *op cit.* : « *Principe découlant de la théorie de l'autonomie de la volonté en vertu duquel les parties sont libres de conclure un contrat ou pas, et si elles s'engagent de choisir le contenu de leur engagement comme leur cocontractant* ». V. C. civ., article 1102 : « *Chacun est libre de contracter ou de ne pas contracter, de choisir son cocontractant et de déterminer le contenu et la forme du contrat dans les limites fixées par la loi. La liberté contractuelle ne permet pas de déroger aux règles qui intéressent l'ordre public* ».

1145 S'agissant de la mise à disposition de matériel et de personnel : Civ.1ère, 16 octobre 2013, n°12-27.574.

1146 V. C. DAVER, G. MÉMETEAU, « *Droit des contrats en exercice libéral* », RGDM, n°37, décembre 2010, p.438 : « *La redevance constitue une rétrocession licite d'honoraires destinée à rémunérer des services rendus au praticien par la clinique* ».

1147 Civ.1ère, 13 juillet 2016, n°15-21.858.

1148 Ibid. : « *Mais attendu qu'ayant retenu que la mise à la disposition du médecin, d'une part, d'une secrétaire médicale chargée de dactylographier les comptes rendus médicaux, d'autre part, d'un bureau dédié pour partie à l'accueil des patients et de leur famille, ainsi qu'à la secrétaire médicale, correspondait aux prestations prévues par le contrat et effectivement fournies par la clinique au médecin, et que la ventilation des redevances sur la facturation n'avait été opérée qu'à des fins fiscales, selon que les prestations fournies étaient ou non soumises à la TVA, la cour d'appel a procédé à la recherche prétendument omise et ainsi légalement justifié sa décision* » ; ou encore CA Douai, 27 octobre 2016, n°15/03076 : En l'espèce, la clinique relève ainsi de nombreux retards de la part du médecin anesthésiste mais également des refus de prise en charge de patients, une créance envers la clinique au titre de redevances impayées ou un abandon de poste. C'est donc à bon droit que la cour d'appel de Douai condamne le médecin à régulariser ses dettes de redevances impayées auprès de l'établissement de santé, mais aussi à des réparations au titre de préjudices à la fois moral et matériel. La réaffirmation de cette position jurisprudentielle se justifie par la primauté du respect des obligations contractuelles, l'article 1103 alinéa 1er du Code civil disposant que *« les contrats légalement formés tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faits* ». Le médecin signataire d'un contrat d'exercice libéral,

l'établissement au praticien libéral durant l'exécution de son contrat d'exercice en échange de la mise à disposition des locaux, des équipements, du matériel et du personnel. La validité d'une telle redevance a par ailleurs été reconnue par la Cour de cassation[1149].

310. **Clauses de non-réinstallation.** Parmi ces clauses, se trouve également celle de non-concurrence[1150] qui vise à prévenir les situations abusives en cas de réinstallation ou d'arrivée d'un nouveau praticien ; les contrats d'exercice libéral peuvent en effet contenir ce type de clause qui doit être limitée dans le temps et dans l'espace mais également proportionnée aux intérêts légitimes devant être protégés notamment s'agissant de la durée du contrat et de lieu d'exercice du professionnel[1151].

Pour certains auteurs, « *les contrats d'exercice libéral n'ont alors de nom que leur pratique, car en définitive ils se révèlent être de véritables contrats encadrés par la jurisprudence. Les éléments les composant se rapprochent de ceux du contrat de travail. Il en est ainsi de la clause de non-réinstallation que la jurisprudence rapproche de la clause de non-concurrence* »[1152]. Cette dernière catégorie de clauses

---

débiteur d'obligations envers l'établissement de santé au sein duquel il exerce son activité, se verra nécessairement sanctionner en cas de non-respect de ces dernières.

1149 Ass. Plen., 28 mai 1975, n°75-10.371, Clinique du Léman : « *Est également justifié l'arrêt qui rejette la demande formée par un anesthésiste, tendant à la restitution du pourcentage perçu sur le montant brut de ses honoraires, par la clinique où il exerçait son activité, en contre partie des prestations qu'il en a reçues, dès lors que les juges du fond constatent que le remboursement fait à la clinique correspondait aux retenues pratiquées d'accord avec lui sur les honoraires bruts de ce praticien comprenant ses frais professionnels sans qu'il ait été porté atteinte à la rémunération de sa propre activité médicale* ».

1150 S. DI FAZIO, « *De la non-réinstallation à la non-concurrence… il n'y a qu'une clause !* », RDS, n°17, 2007, p.349-351. Sur ces questions v. aussi Y. AUGUET, Concurrence et clientèle : contribution à l'étude critique du rôle des limitations de concurrence pour la protection de clientèle, *op. cit.*

1151 V. par exemple civ.1ère, 3 janvier 1996, n°94-10.177. En l'espèce les juges approuvent « *la cour d'appel d'avoir retenu la validité d'une telle clause dès lors que l'obligation de non-rétablissement était limitée et que l'importance des intérêts financiers liés à l'activité de ce praticien rendait la clause indispensable à la sauvegarde des intérêts légitimes de la clinique* ».

1152 *Ibid.* Le principe général de ces clauses est d'ailleurs tiré de la jurisprudence et plus particulièrement de l'arrêt Soc., 10 juillet 2002, n°00-45.135 : « *Attendu qu'une clause de non-concurrence n'est licite que si elle est indispensable à la protection des intérêts légitimes de l'entreprise, limitée dans le temps et dans l'espace, qu'elle tient compte des spécificités de l'emploi du salarié et comporte l'obligation pour l'employeur de verser au salarié une contrepartie financière, ces conditions étant cumulatives* ».

s'illustre par la recherche d'un équilibre souvent périlleux[1153], qui plus est sous l'angle des principes de libre exercice de la profession ou encore de libre choix du praticien par le patient[1154] devant ainsi s'adapter aux évolutions des modalités d'exercice de la profession[1155].

311. Concernant l'origine de ces clauses, certains auteurs avaient pu écrire que « *ce contrat-type prévoit que la clinique s'engage envers le chirurgien à recevoir les clients de celui-ci dans la limite des places disponibles, ou à tenir à sa disposition un certain nombre de lits dans l'établissement. Il précise à quelles conditions la clinique mettra à la disposition du chirurgien salle d'opérations, installation radiologique et salle de pansements, ainsi que l'équipement technique qui devra garnir ces salles. Il indique si le chirurgien pourra recevoir, dans les locaux de la clinique, des clients qui n'y seraient pas hospitalisés. Il prévoit le personnel que la clinique devra fournir au chirurgien pour l'exercice de son art dans l'établissement* »[1156].

Au fil des années, il est apparu opportun de verrouiller au mieux ces contrats d'exercice, et ses zones de litiges, afin de limiter au maximum un contentieux déjà abondant en la

---

1153 La validité des clauses de non-réinstallation issues d'un contrat d'exercice libéral et d'un établissement de santé privé est source d'un important contentieux. V. en ce sens Civ.1ère, 16 octobre 2013, n°12-21.333 sur le principe général, Civ.1ère, 4 février 2015, n°13-26.452 sur la limitation dans le temps, ou encore CA Nîmes, 27 janvier 2004, n°2004-234698 sur la limitation dans l'espace.

1154 V. L. GANGLOFF, « *Professionnels de santé libéraux : la clause de non-concurrence, un jeu d'équilibriste* », Houdart&Associés, 2 mars 2021 : « *Le principe jurisprudentiel d'interprétation stricte des termes de la clause est aujourd'hui constant* » ; v. CA Pau, 13 janvier 2013, n°14/01369 ou encore Civ.1ère, 4 février 2015, *op. cit.* Ainsi pour les clauses de non-réinstallation et de non-concurrence « *l'appréciation de la durée et de l'étendue géographique se fait au cas par cas, au regard des circonstances et du contexte existants, en particulier, de la nature du contrat ou de la société en question, de la spécialité exercée par le professionnel de santé, de la typologie des patients mais également de la démographie médicale du lieu d'exercice ou encore de la durée des relations contractuelles* ».

1155 Et notamment le développement de l'exercice mixte. V. CSP, article L.6152-5-1 : « *Lorsqu'ils risquent d'entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exerçaient à titre principal, il peut être interdit, en cas de départ temporaire ou définitif, aux praticiens mentionnés à l'article* L. 6151-1*, au 1° de l'article* L. 6152-1 *et à ceux mentionnés au 2° du même article L. 6152-1, dont la quotité de temps de travail est au minimum de 50 % d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie* ».

1156 R. SAVATIER, J-M. AUBY, J. SAVATIER et H. PEQUIGNOT, « *Traité de droit médical* », *op. cit.*

matière[1157]. Nous retiendrons finalement tout de même que l'exercice libéral et sa forme contractuelle ne semblent actuellement pas être l'une des préoccupations principales des différentes (et nombreuses) réformes de notre système de santé alors que, comme le soulignait Monsieur Lamine GHARBI, président de la fédération de l'hospitalisation privée depuis 2014, « *un médecin sur deux exerçant dans nos établissements est âgé de plus de 53 ans. D'ici dix ans, les établissements privés devraient donc renouveler 40% des médecins qui exercent en leur sein, et il s'agit d'un enjeu majeur en termes d'attractivité* »[1158].

312. **Modernisation du CEL.** Il serait alors envisageable de repenser certaines dispositions contractuelles de ce mode d'exercice pour qu'il puisse, lui aussi, prendre part aux enjeux du système de santé dans les années à venir[1159] « *eu égard à l'importance que revêt l'hospitalisation privée dans le système de santé français* »[1160]; et de repenser également l'évolution de la vie du contrat afin de prévenir des contentieux qui auraient pu être évités si les contrats avaient été actualisés en cours d'exercice en fonction des changements rencontrés car « *malgré des bouleversements dans l'économie du contrat provoqués, par exemple, par des fusions, des transferts d'activité, l'arrivée de nouveaux confrères ou tout simplement des modifications des moyens mis à disposition ou de la redevance pratiquée, ces événements ne sont pas nécessairement retranscrits contractuellement* »[1161].

Ce contrat n'est plus en adéquation avec la réalité de la pratique et perd donc de son rôle protecteur vis-à-vis de chacune des parties devenant « *un nid prolifique aux différends et aux*

---

1157 En effet, « *le lissage des contrats d'exercice vers un modèle normé est sans doute le souhait de bon nombre de responsables en charge de plusieurs établissements et de groupes de cliniques. Pour autant cette normalisation ne va pas de soi* » ; v. C. DAVER, « *Et si nous avions à réinventer le contrat d'exercice libéral de demain ?* », *op. cit.*

1158 L. GHARBI, « *Les libéraux dans les cliniques* », *op.cit.*

1159 C. DAVER, « *Et si nous avions à réinventer le contrat d'exercice libéral de demain ?* », *op.cit.*

1160 A. LÉANDRI, Le contrat d'exercice libéral du médecin, LEH, coll. Thèses, 2010.

1161 M. JACQUET, « *Pour éviter que votre contrat d'exercice libéral devienne un nid à contentieux, n'oubliez pas de le toiletter* », op.cit. au sujet de TGI Montluçon, 30 décembre 2016, n°14/01129 s'agissant de savoir si « *un médecin libéral se retrouvant, suite aux départs de confrères, seul lié par un contrat d'exercice de groupe peut-il être tenu individuellement de supporter les obligations découlant de ce contrat ?* ». V. également Y. LACHAUD et T. BELLEVILLE, « *Le contrat d'exercice médical à l'épreuve des restructurations des cliniques privées* », projet article contrats cliniques, 21 septembre 2009.

*contentieux* »[1162] alors que « *le travail réalisé par la doctrine et les juridictions […] a contribué à l'émergence d'un véritable droit des contrats libéraux* ». Les praticiens libéraux doivent alors s'emparer à nouveau de cet outil afin de se le réapproprier et de le façonner en fonction notamment de leurs besoins tout en préservant l'équilibre contractuel avec l'établissement de santé privé car, pour le moment, « *l'activité exercée par les médecins au sein des cliniques se caractérise par une instabilité contractuelle croissante* »[1163].

1162 T. BELLEVILLE, « *Le contrat d'exercice médical à l'épreuve des restructurations des cliniques privées* », *op. cit.*

1163 A. LÉANDRI, « *La rupture du contrat d'exercice libéral par la clinique* », RGDM, n°24, 2007, p.167-194.

## Conclusion de chapitre

La préservation de l'aspect originel de l'exercice libéral, garant notamment de la qualité et de la sécurité des soins, s'illustre à travers à la présence l'omniprésence des instances ordinales qui revêtent un rôle tout particulier dans l'encadrement des professions médicales[1164]. Si leur organisation peut à première vue sembler désuète, la déontologie médicale a pourtant « *une portée obligatoire vis-à-vis des médecins, et ses prescriptions ne sont pas de simples recommandations mais des règles de droit qui s'imposent à ceux qui y sont assujettis, même si, bien entendu, le juge doit rechercher, pour chaque cas d'espèce, quelle doit être leur juste application* »[1165].
Les sanctions prononcées en cas de manquement à ces règles permettent alors d'ériger un véritable garde-fou dans l'exercice et la pratique des professions de santé, y compris libérales.

Au-delà de cet encadrement déontologique, et bien que devant être toilettés, les contrats d'exercice libéral incarnent eux aussi une garantie de la qualité et de la sécurité des soins de l'exercice libéral en établissement de santé. Cette contractualisation permet alors d'assurer la protection des parties sous peine de procédures judiciaires faisant de cette double régulation un atout dans la pratique des praticiens libéraux et dans la prise en charge des patients.

[1164] Sur ces questions, v. l'accord historique des différents ordres des professions de santé dont l'objectif est d'améliorer conjointement l'accès aux soins sur tout le territoire. Cet accord s'articule autour de quatre axes principaux : « *Améliorer l'accès au médecin traitant en développant le partage d'actes et d'activités entre médecins et autres professionnels de santé, confier une mission d'orientation et de prise en charge de première intention aux autres professionnels de santé du territoire, améliorer la lisibilité du système de santé pour les Français et valoriser les compétences des professionnels de santé* » ; www.solidarites-sante.gouv.fr.

[1165] L. DOMINIQUE, « *La déontologie médicale en 2015* », Les Tribunes de la santé, vol.48, n°3, 2015, p.23-32.

# Chapitre II - L'exercice libéral garant de la confiance du patient

*« La confiance des malades envers lui atteignait des sommets invraisemblables. Quand il procédait à une piqûre, bien souvent il enfonçait l'aiguille dans le matelas au lieu de la fesse, mais il n'empêche, les malades se redressaient contents, convaincus déjà de ressentir un mieux-être »*[1166]

« *Ce qui m'inspire confiance chez vous, docteur…* »[1167]

315. **Image traditionnelle du médecin.** De tout temps, il est dans les mœurs d'intégrer à notre vie quotidienne le médecin de famille, désormais appelé le médecin traitant[1168], au cœur de la santé du patient et maintenant au cœur d'un parcours de soins coordonné[1169]. Le premier élément qui semble caractériser la relation praticien/patient est la confiance que ce dernier accorde au professionnel qui le prend en charge. En effet, cette confiance peut s'apparenter à la pierre angulaire de la relation de soins, confiance ayant été celle « *d'un*

1166 V.GUIHENEUF, Mémoires d'un médecin de campagne, *op. cit.*

1167 *Ibid.*

1168 Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°0190 du 17 août 2004 : loi prévoyant qu'un assuré social de plus de 16 ans a la possibilité désigner un médecin traitant et ainsi s'engager dans un parcours de soins dit coordonné permettant alors un remboursement optimal par la Sécurité sociale. Ce mécanisme mis en place en 2004 incite les patients à d'abord consulter leur médecin traitant avant, par exemple, de prendre rendez-vous auprès d'un spécialiste.

Depuis 2017, il en est de même pour les enfants de moins de 16 ans également.

1169 « *Le parcours de soins coordonnés consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical. Le parcours de soins garantit une meilleure prise en charge des dépenses de santé. Pour en bénéficier, il faut choisir et déclarer un médecin traitant* » ; www.service-public.fr.

Voir en ce sens l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale qui dispose entrez autres « *qu'afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de 16 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/ Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier* ».

*profane à un initié* »[1170], pour devenir « *le rapport de l'ignorant au savant* »[1171] ; mais en serait-il de même s'agissant par exemple d'un médecin « salarié/fonctionnaire » de l'assurance maladie ?

314. Le Professeur PEQUIGNOT avait alors comparé cette relation à la règle des trois unités du théâtre classique de Nicolas BOILEAU[1172]. Elle s'illustre par un très fort caractère *d'intuitu personae*[1173] duquel découle une obligation de qualité de la prise en charge par le praticien. Comme l'explique le Professeur VIALLA, « *parce que l'activité libérale repose sur la confiance, elle imposerait ses rites et son particularisme. De cette relation de confiance sacralisée, a découlé une définition juridique classique de la profession libérale* »[1174] (**section I**).

Toutefois depuis plusieurs années ce colloque singulier tend à des aménagements par l'évolution des prises en charge des patients mais également par les innovations en santé. En effet, « *les opportunités offertes par les systèmes intelligents sont telles qu'ils ont désormais envahi tous les secteurs d'activité, le secteur de la santé y étant tout particulièrement confronté. Il faut à ce titre comprendre que parler d'intelligence artificielle en matière de santé ne relève aucunement de propos futuristes mais que le sujet est au contraire pleinement contemporain* »[1175] (**section II**).

---

1170 R. SAVATIER, *Les métamorphoses*, *op. cit.*, p.189 : « *N'imaginons pas que tout soit disparu de ce fondement mystique initial des professions libérales ! Le représentant d'une de ces professions donnera encore aujourd'hui à ces devoirs un côté « religieux » ; il s'attribuera un « ministère », voir un « sacerdoce »* ».

1171 *Ibid.*, p.191.

1172 Selon Nicolas BOILEAU, la pièce classique obéit au principe d'unité prônant « *qu'en un lieu, un jour, un seul accompli tienne jusqu'à la fin le théâtre rempli* » (N. BOILEAU, *L'art poétique*, *op. cit.*).

H. PEQUIGNOT avait par la suite comparé la relation libérale à cette règle : « *Acte clos, dans l'espace et dans le temps, qui commence par une confession se continue par un examen, qui se termine par une prescription. Il y a unité de temps, de lieu, d'action* » ; V. H. PEQUIGNOT, « *Médecine et monde moderne* », *op. cit.*

1173 B. GRELON, Les entreprises de service, thèse de droit, Paris, 1976.

1174 F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, *op. cit.*, p.75.

1175 L. MORLET-HAÏDARA, « *Table -ronde 4 : Innovation en santé / numérique / intelligence artificielle ; de l'usage de l'Intelligence Artificielle dans les soins infirmiers* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.51-57.

## Section I - L'ancrage historique de cette relation

« *L'Homme, c'est l'Ecce homo qui s'avance malade, souffrant, défiguré de naissance ou de douleur accidentelle, vers le médecin, l'infirmier, le savant de vie…* »[1176]

317. **Colloque singulier.** L'ancrage historique de la relation patient/ médecin se traduit par la notion de colloque singulier[1177] hier incarnée principalement par le médecin de famille. Il représentait alors l'image traditionnelle de l'exercice libéral marquée par la confiance que les patients témoignaient aux praticiens (**§1**).

316. **Affaiblissement de ce colloque.** Mais plusieurs paramètres extérieurs ont mis à mal cette relation entre le professionnel de santé et son patient, pourtant autrefois si particulière. En effet, cette façon d'exercer peut encore se retrouver dans certains endroits reculés de la France, endroits qualifiés de zones sous dotées en offre de soins, mais cette conception traditionnelle est à contrebalancer par l'essor de la pratique de l'exercice libéral en ville et sous d'autres formes.

L'avènement d'un colloque pluriel[1178], en lieu et place du colloque singulier, conduit alors inévitablement à la disparition progressive de cette forme de médecine dont l'exercice est désormais jugé trop passéiste (**§2**).

---

[1176] Michel SERRES in S. PEREZ, « *Histoire des médecins – Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours* », éd. Perrin, 2015.

[1177] G. DUHAMEL, « *Paroles de médecin* », *op. cit.*, p.16. V. également H. PEQUIGNOT, « *Médecine et monde moderne* », op. cit. p.7 : « *L'acte médical est un colloque singulier, entre le médecin et le malade* ».

[1178] Sur ces questions, v. B. PITCHO, Le statut juridique du patient, thèse de droit, LEH, coll. Thèses, 2004.

## §1 – La représentation dogmatique du médecin de famille

« *Le professionnel a une relation directe avec le client qui fait appel à sa science et à sa conscience. C'est la rencontre entre des personnes dans un colloque singulier et la prise en charge par le professionnel des intérêts les plus intimes de son client qui caractérise la profession libérale* »[1179]

319. Depuis l'Antiquité, la médecine, et plus particulièrement son exercice libéral, est fondé sur la notion de colloque singulier[1180] garant de la confiance témoignée du patient. Aujourd'hui cette confiance n'est toutefois pas à entendre au sens d'une garantie de la « santé parfaite ». En effet, « *après avoir été longtemps considéré comme un abus de faiblesse ou de confiance, le fait d'être 'mal soigné' est devenu une escroquerie comme si le praticien n'était qu'un prestataire de services parmi d'autres et le soin une forme savante de maintenance ou de réparation* »[1181]. La relation patient/médecin ne naît donc plus de la rencontre d'une confiance et d'une conscience mais bien de deux consciences entrainant, de fait, l'effondrement du colloque singulier (**A**) au profit d'un colloque pluriel (**B**).

### A – L'effondrement du colloque singulier

318. **Primauté de la confiance.** La conception traditionnelle de la relation de soins reposait avant tout sur la confiance[1182] et se caractérisait par un lien binaire qualifié de colloque singulier[1183]. En effet, « *entre le médecin de famille et l'Homme souffrant s'engageait ce qu'il*

---

[1179] J. SAVATIER, *La profession libérale aujourd'hui*, in Exercice en groupe de la profession libérale, *op. cit.*, p.11.

[1180] Hippocrate : « *Une confiance rencontre une conscience* ».

[1181] S. PEREZ, « *Histoire des médecins – Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours* », *op. cit.*, p.375.

[1182] Au sujet de cette confiance le Pr. PORTES disait que « *tout acte médical normal n'est, ne peut être, ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience* » *in* L. PORTES, « *Du consentement du malade à l'acte médical* », communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950, repris dans le recueil À la recherche d'une éthique médicale, Paris, Masson & PUG, 1954, p.158.

[1183] Expression employée pour la première fois par G. DUHAMEL en 1935 qui définit ce colloque singulier comme la rencontre d'une confiance, du patient, et d'une conscience, du médecin. *« Le colloque du médecin et*

*m'est arrivé d'appeler déjà un colloque singulier, un colloque d'Homme à Homme* »[1184]. Ce terme consacré par l'usage « garantissait » donc un face à face clos entre un patient et son médecin, le plus souvent libéral, et excluait alors tout autre intervention extérieure[1185].

319. **Nouvel exercice.** Toutefois, la relation médecin/ patient ne peut désormais plus seulement s'apprécier à l'aune de la figure du médecin de famille et n'est plus exclusivement fondée sur ce qui caractérisait le colloque singulier à savoir « *la polyvalence d'un côté et la fidélité, la confiance, le respect dans la longue durée de l'autre* »[1186]. Au fil des années, les praticiens libéraux ont été confrontés à des ajustements de leur statut et de leur manière d'exercer du fait notamment de la restructuration d'un système de santé éprouvé par de nombreuses réformes.

Le recours de plus en plus répandu à des procédures et décisions collégiales[1187] amenuise toujours un peu plus ce colloque singulier et le professionnel de santé libéral n'est alors

---

*du malade est essentiellement un colloque singulier, un duo entre l'être souffrant et celui dont il attend la délivrance. Entre ces deux personnages existe presque toujours un secret* » in G. DUHAMEL, « *Paroles de médecin* », *op. cit.*

[1184] G. DUHAMEL, Problèmes de l'heure, éd. Mercure de France, 1957. V. aussi H. PEQUIGNOT, « *Médecine et monde moderne* », *op. cit.* Ou encore P. RICOEUR qui parlait de rencontre singulière ; v. P. RICOEUR, Vivant jusqu'à la mort, éd. Seuil, 2007.

[1185] À ce sujet H. PÉQUIGNOT a pu écrire que « *l'expression a fait fortune, l'acte médical est un colloque singulier, c'est-à-dire une espèce de duo qui ne comporte dans le silence du cabinet que deux personnages : le médecin et le malade. C'est un acte clos dans l'espace et dans le temps qui commence par une confession, qui se continue par un examen et qui se termine par une prescription. Il y a unité de temps, de lieu et d'action, mais on aime à souligner que se sont essentiellement deux âmes, ou, si l'on préfère, un langage plus moderne, deux personnes humaines qui réagissent l'une sur l'autre* » ; H. PEQUIGNOT, Médecine et monde moderne, *op. cit.* p.7. Sur ces question, v. également P. VÉRON et F. VIALLA, « *Qualification juridique du colloque singulier : faut-il en finir avec le contrat ?* », *in* Mélanges en l'honneur du Professeur Patrick A. MOLINARI, V. GAUTRAIS, C. RÉGIS et L. LARGENTÉ (dir), éd. Thémis, Montréal, 2018, p.245-277.

[1186] V. HELARDOT et S. MULOT, « *Les relations de soins : du colloque singulier au pluralisme médical »,* p.185-206 in M. DRULHE et F. SICOT, La santé à cœur ouvert – Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin, éd. Presses universitaires du Midi, coll. Socio-logiques, 2011. V. également E. LANGLOIS, L'épreuve du sida : pour une sociologie du sujet fragile, éd. Presses universitaires de Rennes, coll. Le sens social, 2006 : « *Autrement dit, le médecin ne colle plus à la figure du Commandeur, maître incontestable d'un monde qui s'appelait la santé. Il est descendu dans le profane et le prestige de l'ensemble de la profession en a pâti sérieusement* ».

[1187] Au sujet de l'arrêt des traitements, v. notamment CSP, article R. 4127-37-2, III : « *La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un*

qu'un acteur d'une équipe de soins parmi les autres. Désormais, il n'y a donc plus « *une mais bien des relations de soin, variables, évolutives, complémentaires et non exhaustives, qui ne se construisent que dans des interactions multiples, et entre des protagonistes multiples* »[1188] et ces différentes relations ont ainsi contribué à « *un assouplissement du modèle paternaliste au profit d'un modèle de la négociation et de la distribution* »[1189] entre les différents professionnels concourant à une même prise en charge.

320. **Prise en charge pluriprofessionnelle.** L'image traditionnelle du médecin de famille[1190] est aujourd'hui passéiste et son effondrement s'explique à double titre par la fin d'un exercice isolé reposant sur la seule relation patient/médecin ; mais également par l'immixtion des nouvelles technologies au sein de cette relation. Cette « fragmentation » de la prise en charge d'un patient et la répartition plurielle de l'exercice libéral entre les différents professionnels de santé concernés ne pouvaient plus justifier la présence d'un colloque singulier et ont impulsé le passage à un colloque dit pluriel.

Au vu des évolutions et différentes réformes entreprises, la relation de soins fondée sur ce colloque singulier n'a donc plus lieu d'être aujourd'hui et ne peut plus, à elle seule, « *structurer l'ensemble de l'écosystème de santé : un seul médecin ne peut plus être le pivot de l'organisation des soins ; l'exercice collectif de la médecine s'impose* »[1191], qui plus est avec la place désormais occupée par le patient qui ne se contente plus de son statut de « *profane* »[1192].

---

*médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile* ».

[1188] V. HELARDOT et S. MULOT, « *Les relations de soins : du colloque singulier au pluralisme médical* », *op. cit.* L'emploi du terme de « *protagonistes multiples* » se justifie ici par le rôle « *des tiers, de la famille, des associations, d'internet, des réseaux de soin qui ne sauraient être publié dans les transformations de ces relations* ».

[1189] *Ibid.*

[1190] Cette image du « bon médecin », du médecin de famille est pourtant présente et illustrée notamment par « *Le bon Samaritain* » dans les Évangiles de Rossano (Calabre), manuscrit byzantin du VIe siècle, Luc 10-29 : « *Mais un Samaritain, qui voyageait, étant venu là, fut ému de compassion lorsqu'il le vit. Il s'approcha, et banda ses plaies, en y versant de l'huile et du vin ; puis il le mit sur sa propre monture, le conduisit à une hôtellerie, et prit soin de lui* ».

[1191] H. VERDIER, « *Médecine : la fin du colloque singulier ?* », Blog Henri Verdier, 20 janvier 2010 ; www.henriverdier.com/2010/01/medecine-la-fin-du-colloque-singulier.

[1192] J. ROLAND, « *La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic* », Bull. Académie nationale de médecine, n°8, séance du 6 novembre 2007 : Désormais le patient « *sollicite ou exige une information précise*

B – L'avènement du colloque pluriel

321. **Relation nécessairement adaptée.** L'évolution de la médecine a cependant conduit, sinon à remettre en cause, du moins à adapter cette notion de colloque singulier et se traduit par le passage à un colloque pluriel. En effet, la technicité plus poussée, l'existence d'écrans techniques[1193] et la spécialisation[1194] ont fait entrer cette relation binaire dans « *l'ère de l'équipe et de l'équipement* »[1195] et non plus dans un colloque singulier.

Ces évolutions de la pratique médicale ne permettaient plus de qualifier cette relation patient/ médecin de colloque singulier compte-tenu des immixtions intervenues, à savoir notamment le recours de plus en plus poussé à la collégialité instaurant de fait une relation patient/ équipe de soins, le renforcement accru des droits des patients notamment depuis 2002 ou encore le développement des nouvelles technologies appliquées à la santé[1196].

L'effondrement du colloque singulier impacte de manière corollaire celui de l'exercice libéral traditionnel. Certains auteurs dénoncent d'ailleurs ce changement de paradigme alléguant que « *l'évolution contrainte d'un exercice isolé et souverain vers une redistribution des tâches à partager, sous la double pression des patients et des organismes financeurs à la recherche de la meilleure*

*sur son état […]. Il est loin le temps de la consultation où le malade ne s'exprimait que pour décrire ses symptômes et où il se satisfaisait d'informations tronquées ».* Alors qu'avant la consécration d'un réel droit à l'information du patient par la loi du 4 mars 2002, la jurisprudence admettait par exemple que, dans la recherche du consentement, le médecin « *emploie une expression simple, approximative, intelligible et loyale, permettant au malade de prendre la décision qui s'impose* » ; v. Civ.1ère, 21 février 1961.

1193 Cette notion d'écran technique s'illustre notamment par l'imagerie médicale, des dispositifs médicaux implantables sont des outils qui peuvent aujourd'hui faire de la médecine une discipline où la technique peut supplanter l'exercice du praticien. Mais ces écrans techniques peuvent également s'entendre comme la tendance accrue des patients à rechercher directement une information sans consulter l'Homme de l'art. Internet par exemple perturbe également ce colloque singulier.

1194 Dans certaines disciplines comme la chirurgie, le praticien est « contenu » dans une spécialité et doit ensuite avoir recours à une équipe de soins.

1195 R. SAVATIER, *Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*, *op. cit.*, p.229.

1196 Sur ces questions, F. VIALLA, L'introduction du fonds libéral en droit positif français, *op. cit.* ; B. PITCHO, Le statut juridique du patient, thèse de droit, *op. cit.*

*qualité au moindre coût, traumatise profondément le corps médical hospitalier comme libéral* »[1197]. Il s'agit alors de « faire le deuil » de cette image familiale du médecin libéral et du rôle du praticien dans la prise en charge des patients qui ne doit alors plus seulement s'entendre au sens de l'exercice traditionnel au sens de la valeur ajoutée[1198] qu'il apporte dans la relation de soins et dans une équipe soignante.

322. **Consécration du colloque pluriel.** À ces égards, le colloque singulier est alors devenu un colloque pluriel dans lequel il est parfois difficile de distinguer les professionnels de santé qui y interviennent, exerçant en libéral ou pas, ainsi que les établissements de santé participant à cette relation de soin construite sur « *un projet de coopération entre le médecin, les personnels soignants paramédicaux, les divers intervenants de santé et les patients* »[1199]. Cet objectif de coopération poussé à son paroxysme témoigne d'une vision « *relativement moins paternaliste de la place du patient dans le système de soin* »[1200]. L'autonomie du patient s'est renforcée et à ce titre il n'est plus seul ; « *il s'est inséré dans un réseau social, il s'épanche et s'informe sur les forums, il accède aux meilleurs cours et pratique nomadisme et automédication* »[1201].

323. Nonobstant le fait que le patient soit désormais plus autonome, il n'est pas la seule partie de cette relation à ne plus être seul. L'immixtion de divers éléments dans cette relation bicéphale s'est tout à la fois produite du côté du patient mais également du côté du médecin par l'accroissement des nouvelles technologies ou encore du travail en équipe.

---

[1197] G. VALLENCIEN, « *Le médecin du XXIe siècle – Sa place et son rôle* », Gallimard, n°167, 2011/5, p.80 -99.

[1198] En économie, la valeur ajoutée correspond à « *la richesse produite lors du processus de production et traduit le supplément de valeur donné par l'entreprise par son travail aux biens et aux services en provenance des tiers* » ; www.economie.gouv.fr/facileco/definition-valeur-ajoutee. En droit médical, la valeur ajoutée est immatérielle et « *ne repose pas sur la qualité des actes techniques engagés pour guérir ou soulager le malade, prérequis d'une action efficace, mais bien sur la capacité du praticien à faire le bon choix […]. Il s'agit de la capacité légitime du médecin à ne pas se soumettre systématiquement aux recommandations des sociétés savantes et autres organismes sanitaires* » ; v. G. VALLENCIEN, « *Le médecin du XXIe siècle – Sa place et son rôle* », *op. cit.*.

[1199] V. HELARDOT et S. MULOT, « *Les relations de soins : du colloque singulier au pluralisme médical* », *op. cit.*

[1200] *Ibid.*

[1201] H. VERDIER, « *Médecine : la fin du colloque singulier ?* », *op. cit.*

Cet écroulement progressif de l'exercice libéral traditionnel, incarné en grande partie par le médecin généraliste, doit laisser place à une construction rénovée au sein d'une organisation des soins dont « *la désorganisation de ce système à bout de souffle les broie au lieu de les inciter à mieux faire* »[1202].

[1202] G. VALLENCIEN, « *Le médecin du XXIe siècle – Sa place et son rôle* », *op. cit.*

## §2 - La disparition progressive de cette forme de médecine

« *Quelle est la profession plus digne d'intérêt et de protection que celle du médecin ? Gardien de la santé de chacun, triste compagnon des afflictions et des deuils de tous, conseiller intime des familles, que n'a-t-on pas à lui réclamer de science, de moralité et de dévouement ? Et la société, que n'attend-elle pas de lui ? […] Chacun compte sur lui* »[1203]

324. La libéralisation des pratiques a donc porté atteinte à ce dogme historique ainsi qu'à ce colloque singulier qui en découlait du fait notamment d'un exercice libéral pluriel ou encore de l'intervention de la technologie et de la prise en charge pluri professionnelle. Cependant comme vu dans la première partie de ce travail de recherche, la conception classiquement admise de la médecine libérale ne peut perdurer du fait de plusieurs facteurs entachant sa forme originelle. En se tenant à la conception véritable de la médecine libérale, aucune action délibérée d'un des acteurs du système de santé ne devrait exister et altérer ce libéralisme[1204] (**B**).

À titre d'exemple, les médecins ont perdu la liberté de fixer les honoraires à la fin de la seconde guerre mondiale, en 1945. Ainsi ces derniers n'avaient pas été conviés aux négociations des textes fondateurs de la sécurité sociale. L'exercice libéral tel qu'admis traditionnellement n'en a aujourd'hui plus que le nom et certaines fonctionnalités.

325. Parallèlement, le rapport patient/ médecin s'est inversé au profit d'un patient beaucoup plus « sachant »[1205] et intransigeant dans sa relation avec le praticien, notamment libéral ; « *l'une des causes de ces dérives est sans doute la croyance en la possibilité d'une santé parfaite,*

---

[1203] Le Concours médical, journal de médecine et de chirurgie, 1883, p.627 : « L'exposé *des motifs de la proposition de loi relative à l'exercice de la médecine présentée par Antoine-Daniel CHEVANDIER, député et docteur en médecine, en 1883, rappelle la place singulière et irremplaçable des médecins dans la société* ».

[1204] Sous la direction de F. BIZARD, « *Et alors ! La réforme globale de la santé c'est pour quand ?* », éd. Broché, novembre 2019.

[1205] La loi du 4 mars 2002 a en effet contribué à rendre le patient moins dépendant du professionnel de santé en renforçant ses droits tels que le droit à l'information par exemple ; v. CSP, article L.1111-2. Le praticien, notamment libéral, a alors « perdu » l'exclusivité de la possession des informations relatives au patient.

*construction sociale et mentale qui oublie le caractère très relatif de ce que l'on appelle dans le langage courant, la 'bonne santé'*[1206] »[1207] (**A**).

A – Le comportement induit du patient

« *Peu à peu, la médecine moderne, aux connaissances de plus en plus développées, a fini par considérer la maladie plutôt que le malade. Le médecin tend à devenir un 'technicien de l'organe malade', et le malade un 'usager de la médecine', voire un simple consommateur* »[1208]

326. **Nouveaux droits.** Le passage d'un colloque singulier à un colloque pluriel a forcément eu des répercussions sur l'image traditionnelle de la relation de soins et sur l'exercice libéral des praticiens. La disparition progressive de cette forme de médecine a été entérinée par la loi du 4 mars 2002 annonçant la reconnaissance des droits du patient[1209] et rééquilibrant la relation médicale en proclamant son autonomie ; l'objectif était alors double, « *assurer la protection de la personne vulnérable et faire du patient un véritable acteur de sa santé* »[1210]. La consécration de ces droits érige alors le patient en véritable acteur de sa santé[1211],

[1206] « *L'utopie de la santé parfaite* », Colloque de Cerisy, L. SFEZ (dir.), Paris, PUF, 2001.

[1207] S. PEREZ, « *Histoire des médecins – Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours* », *op. cit.*, p.374.

[1208] D. SICARD, Rapport « *Penser solidairement la fin de vie – Partie II, la médecine désarmée* », décembre 2012, p.28.

[1209] V. A. LAUDE, « *Le patient, nouvel acteur de santé ?* », Recueil Dalloz, 2007, p.1151-1155 : « *La notion de patient est apparue au XIIe siècle dans la langue française pour désigner l'individu 'qui endure, qui supporte'* » ; v. également A. REY, ss dir., « *Dictionnaire historique de la langue française* », Le Robert, 2ème éd., t.II, 1998.

À propos du patient en tant qu'usager du système de santé, v. C. ÉVIN, « *Les droits des usagers du système de santé* », *op. cit.*: « *Les droits des malades se sont fortement affirmés au cours de ces dernières années, au point que la loi du 4 mars 2002 les a introduits dans le Code de la santé publique. Ils ne concernent pas uniquement la personne malade : ce sont les droits de tout citoyen assuré social ou tout simplement usager du système de santé pour un acte de prévention et de diagnostic* ».

[1210] M. GIRER, « *Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée* », Sciences sociales et santé, vol.32, 2014, p.29-37.

[1211] A. LAUDE, « *Le patient, nouvel acteur de santé* », *op. cit.* Cette volonté d'autonomiser le patient dans la relation de soins est à la fois « *une réponse au paternalisme médical, en accordant une place à part entière au patient et à l'usager de l'institution hospitalière, une réponse à la 'balkanisation' de l'organisation hospitalière, en l'obligeant à dépasser les cloisonnements internes pour garantir au patient une prise en charge globale et continue* » ; v. J. SAISON-DEMARS, « *Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital* », RDSS, 2022, p.197.

« *parfaitement informé, pleinement capable de décider de manière libre et éclairée des choix relatifs à sa santé* »[1212] ; et sonne également le glas du « paternalisme médical »[1213], un plus juste équilibre étant désormais recherché dans la relation de soin[1214].

327. **Autonomisation du patient.** Cette « soumission » du patient à son médecin s'analysait en effet comme une relation père/ fils, le malade étant alors « *comme un enfant à apprivoiser* »[1215] et ce paternalisme, tiré du principe de bienfaisance[1216], se retrouvait aisément dans les textes notamment des différents Codes de déontologie médicale. Désormais, le patient ne se caractérise plus seulement par sa signification première de celui qui fait preuve de patience, qui attend[1217] ; au contraire, cette définition restrictive fut abandonnée depuis la loi du 4 mars 2002 et il est maintenant acteur de sa prise en charge[1218]. Cette loi a en effet « *posé les jalons de la reconnaissance de la personne malade en tant qu'acteur de santé. Le patient dispose*

---

Sur ces questions, v. également G. ROUSSET, L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé, thèse de droit, coll. Thèses, LEH, 2010, p.33 : l'existence de ce patient acteur est « *déduite de sa capacité d'autonomie, de sa liberté de choix et de son rôle dans le processus décisionnel* ».

1212 J. SAISON-DEMARS, « *Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital* », *op. cit.*

1213 Au sujet du paternalisme médical, v. G. MÉMETEAU, « *Éloge du paternalisme médical* », RGDM, 2017, p.117 ; B. LEGROS, « *Le paternalisme médical en droit français. Entre maintien et transformation* », *in* Mélanges en l'honneur de J-M. CLÉMENT, LEH, 2014, p.173.

1214 La recherche de cet équilibre dans la relation médecin/patient se traduit parallèlement par la responsabilisation de ce dernier. Sur ces questions, v. A. LAUDE, « *Le patient entre responsabilité et responsabilisation* », Les Tribunes de la santé, vol.41, n°4, 2013, p.79-87 : « *Appliquée au secteur de la santé, et plus particulièrement au patient, […] la responsabilisation renvoie au contraire aux hypothèses où il est maître de ses comportements et donc a priori acteur de sa santé* » ; M. GIRER, « *La responsabilisation du patient en sa qualité d'assuré social, un concept vertueux ?* », RGDM, 2011, p.45 et s.

1215 L. PORTES, « *Du consentement médical du malade à l'acte médical, communication* », 30 janvier 1950, *in* À la recherche d'une éthique médicale, Masson/ PUF, 1964, p.155 et s.

1216 V. HAS, « *L'évaluation des aspects éthiques à la HAS* », avril 2013 : « *Les quatre principes identifiés par Beauchamp et Childress dans leur ouvrage Les principes de l'éthique biomédicale, publié en 1979 […] sont le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. Ils permettent d'élaborer un cadre de référence* ».

1217 P. PITCHO, « *Le statut juridique du patient* », *op. cit.* : « *Le patient doué de la faculté de penser, […] n'est plus la puissance passive d'Aristote, mais la conscience de cette même puissance* ».

1218 V. F. VIALLA, « *La faute d'humanisme* », RGDM, 10 ans d'application de la loi Kouchner, numéro spécial, 2013, p.63 : Le patient est désormais acteur de sa prise en charge, « *non plus objet de soins mais sujet de soins* ».

*désormais du droit d'agir aussi bien dans la prise en charge de ses problèmes sanitaires que dans la gestion de sa thérapie* »[1219], ce qui induit inévitablement une évolution de la relation patient/ médecin.

Le patient n'est donc plus « passif », comme cela a pu être dit[1220], dans la relation avec son praticien ; « *au paternalisme médical a donc succédé l'autonomie sanitaire qui doit pouvoir, le plus souvent et sans limites excessives, décider de manière libre et éclairée des choix quant aux actes médicaux à effecteur sur sa personne* »[1221]. Depuis la loi du 4 mars 2002, le droit médical semble ainsi avoir changé de paradigme « *passant d'une relation malade-médecin paternaliste à une relation démocratique* »[1222]. Il convient alors de « *repenser le rôle et la place du médecin à l'aune des progrès technologiques et numériques, des nouvelles fonctions diagnostiques et thérapeutiques des soignants* »[1223] et d'adapter l'exercice libéral contemporain car les principes originels de la médecine libérale ne correspondent plus aux enjeux actuels du système de santé, le patient étant désormais sujet de droits[1224].

328. **Consentement décisif.** La relation de soin est dorénavant marquée par la sacralité du consentement du patient puisque « *aucun acte ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* »[1225] mais également par sa participation active aux décisions médicales concernant sa prise en charge et son état de santé, toute personne

---

[1219] A. LAUDE, « *Le patient, nouvel acteur de santé* », *op. cit.* : La relation patient/ médecin a de fait « considérablement évolué au cours des trente dernières années, oscillant successivement entre paternalisme, consumérisme, autonomie et partenariat »

[1220] B. KOUCHNER, ouverture des débats, loi du 4 mars 2002 : « *Le consentement ne doit plus être l'acceptation passive d'une décision prise par un autre ; il doit devenir l'expression d'une participation active du malade aux décisions qui le concernent* ».

[1221] P. MISTRETTA, « *Actes médicaux et droits de l'enfant : réflexions sur l'autonomie du mineur* », *in* Mélanges en l'honneur du Professeur Claire NEIRINCK, LexisNexis, 2015, p.105-106.

[1222] B. LEGROS, « *Le paternalisme médical en droit français. Entre maintien et transformation* », *op. cit.*

[1223] G. VALLANCIEN, « *Le médecin du XXIe siècle – Sa place et son rôle* », *op. cit.*

[1224] D. TABUTEAU, Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé (1988-2006), Orphys, 2006, p.342 : La loi du 4 mars 2002 vise en effet « *à reconnaitre au malade, en tant que tel, une place dans l'organisation sanitaire, lui permettre d'être acteur de sa destinée lorsque celle-ci est menacée, consacrer ses droits lorsque les accidents de la vie le placent dans une situation d'extrême faiblesse* ».

[1225] CSP, article L.1111-4, al.4. Par ailleurs, ce consentement peut être retiré à tout moment.

« *prenant, avec le professionnel de santé et compte tenu des préconisations qu'il fournit, les décisions concernant sa santé* »[1226].

329. Ce changement de postulat de la relation patient/ médecin n'a toutefois pas fait disparaitre l'asymétrie reprochée au colloque singulier, cette dernière s'étant déplacée. En effet, « *la relation médicale comportait sous l'empire du paternalisme médical une asymétrie originelle. Celle-ci résultant de ce que dans la plupart des cas le patient est demandeur à la relation de soins alors que seul le professionnel de santé possède l'information sur la maladie et sur les capacités techniques du soin* »[1227]. Ce déséquilibre relationnel allait à l'encontre du mouvement d'autonomisation du patient. Désormais, « *au lieu que ce soit le médecin qui consente à traiter le malade, à le soigner, c'est maintenant le médecin qui se trouve en position de requête et qui doit d'abord demander le consentement du patient* »[1228].

Malgré cela, les objectifs et les retombées de la loi du 4 mars 2002 ne doivent pas être perçus comme défavorables pour l'une ou l'autre des parties à cette relation de soin. Elle vise juste à « *opérer un rééquilibrage de la relation médicale et des rapports juridiques au sein de la décision de santé* »[1229] ; car si cette loi consacre l'autonomie du patient, elle établit concomitamment de nouvelles responsabilités à leur encontre[1230]. En tout état de cause, la garantie d'un exercice libéral et d'une relation patient/ médecin pérennes ne sera possible que si l'une et l'autre des parties concèdent à se faire confiance[1231].

---

1226 CSP, article L.1111-4, al.1.

1227 A. LAUDE, « *Le patient, nouvel acteur de santé* », *op. cit.*

1228 *Ibid.* : La loi du 4 mars 2002 a donc « *compensé une asymétrie qui mettait tout le pouvoir du côté du médecin par une asymétrie qui met du pouvoir et notamment juridique du côté du patient. Le législateur a donc ainsi opéré une translation de l'asymétrie de base* ».

1229 *Ibid.*

1230 V. A. LAUDE, B. MATHIEU et D. TABUTEAU, « *Droit de la santé* », Thémis, 2007, p.377.

1231 *Ibid.* : « *Le médecin doit faire confiance au patient, cela signifie qu'il doit savoir que le patient n'est pas son ennemi, qu'il n'est pas là pour le piéger ou pour le mettre en échec. Le patient doit aussi savoir que la difficulté dans laquelle le médecin est placé tient à l'existence d'exigences contradictoires. Il est tiraillé entre la conformité à son rôle social l'autorisant à ne pas tout dire et le souci de ne pas apparaître comme contrevenant aux nouvelles valeurs édictées par la démocratie sanitaire, prônant l'autonomie du malade* ».

B – Le passage de « l'artisanat médical à l'industrie du soin »[1232]

« *[…] Une transformation accélérée d'un art individuel libre vers une pratique médicale collective encadrée par des recommandations et guides de toutes sortes* »[1233]

330. **Aspect financier.** En effet, le praticien libéral doit désormais se préoccuper du soin mais aussi des conséquences financières de ses actes. Cette immixtion inévitable de la sphère financière dans la relation de soins induit par conséquent une nouvelle approche de l'exercice libéral, moins familiale et plus encadrée. Le mode de rémunération à l'acte[1234] impacte alors grandement la pratique de l'exercice libéral et « *génère des comportements inflationnistes* »[1235] bien que « *depuis le XIXe siècle, les médecins libéraux français soient rémunérés à l'acte* »[1236].

Ce changement dogmatique affecte donc fatalement l'activité des praticiens libéraux qui à l'heure actuelle, et dans un futur proche, ne pourront plus « survivre » en exerçant dans un cabinet isolé tout en cotant vingt-cinq euros une consultation. D'une part certains actes « courants » sont réalisables par d'autres professionnels de santé[1237] et, d"autre part, la prise en charge des patients s'envisage surtout autour d'une équipe de soins structurée.

---

[1232] G. VALLANCIEN, Le médecin du XXIe siècle – Sa place et son rôle, *op. cit.* Sur ces questions, v. également M. GIRER, Contribution à une analyse rénovée de la relation de soins – Essai de remise en cause du contrat médical, thèse de droit, coll. Thèses, LEH, 2010, p.18 : « *Il est cependant possible de se demander, en ce début de XXIe siècle, si la confrontation entre le droit et une médecine nouvelle, donnant naissance à une relation de soins dont les contours sont différents, ne doit pas donner lieu à une réponse renouvelée de la part des juristes* ».

[1233] G. VALLANCIEN, Le médecin du XXIe siècle – Sa place et son rôle, *op. cit.*

[1234] V. A-L. SAMSON, « *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?* », *op. cit.* : Le paiement des médecins à l'acte signifie que « *leurs revenus sont directement liés à leur activité et au volume de soins qu'ils délivrent au cours de chaque consultation* ».

[1235] T. BARNAY, L. HARTMANN et P. ULMANN, « *Réforme du médecin traitant et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France* », Revue française des affaires sociales, La Documentation française, 2007, p.109-126.

[1236] P-L. BRAS, « *Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée* », Les Tribunes de la santé, n°57, 2017, p.71-89 : « *Le paiement à l'acte consiste à octroyer une rémunération aux médecins pour chaque intervention auprès d'un patient (consultation, visite…). Les recettes du médecin dépendent des actes effectivement réalisés. C'est la forme traditionnelle de rémunération lorsque le patient paie directement son médecin* ».

[1237] Tels que des infirmiers ou des infirmiers en pratique avancée notamment.

331. **Paiement à l'acte.** Malgré cela, le principe du paiement à l'acte exclusif comme rémunération des praticiens libéraux n'est pas remis en question bien que des incitations conventionnelles aient été mises en place[1238] ; en effet, « *les politiques de régulation du secteur libéral de la médecine consistent à la fois à renforcer les incitations conventionnelles au respect des accords passés entre caisses d'assurance maladie et médecins et à encourager l'émergence des nouvelles formes d'organisation des soins susceptibles de mieux répondre à la demande de soins* »[1239]. Ainsi, sans être remis en cause, ce principe fondateur de la médecine libérale ne doit pour autant pas conduire à une surproduction de soins[1240]. De plus, les « tâches administratives » telles que le renouvellement des ordonnances, la tenue des dossiers médicaux etc. n'entrent pas dans le cadre de la rémunération à l'acte.

C'est pourquoi certains auteurs préconisent alors d'aménager ce principe du paiement à l'acte et de diversifier les modes de rémunération des praticiens libéraux, notamment pour ceux de premiers recours, car dans un objectif de prise en charge plus globale et coordonnée des patients, la seule rémunération à l'acte ne semble plus en adéquation avec la réorganisation de l'offre de soins de premier degré. Il conviendrait alors peut-être de privilégier des modes de paiement complémentaires. Toutefois, « *dès lors qu'une transformation du mode de paiement semble peu probable, peut-être cette manière de constituer des équipes de premier recours est-elle la voie qu'il convient d'explorer pour mettre en place un système de soins de premiers recours à la hauteur de ce qu'exigeraient les discours aujourd'hui largement inconséquents qui visent à promouvoir un virage ambulatoire ?* »[1241].

---

1238 V. P-L. BRAS, « *Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée* », *op. cit.* À titre d'exemple, la capitation comme mode de rémunération des praticiens libéraux a été abandonnée ; « *la capitation consiste à allouer une somme au médecin qui, en contrepartie, s'engage à prendre en charge un patient pendant une période définie (une année le plus souvent). Ce mode de rémunération suppose que pendant la période considérée, chaque patient soit inscrit sur la liste dont le médecin est responsable. Les recettes du médecin dépendent ainsi du nombre de patient inscrits sur sa liste* ».

1239 T. BARNAY, L. HARTMANN et P. ULMANN, « *Réforme du médecin traitant et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France* », *op. cit.*

1240 V. A-L. SAMSON, « *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?* », *op. cit.* : « *[…] Pour augmenter leurs revenus, les médecins sont incités à multiplier le nombre d'actes effectués. Ainsi, des comportements de demande induite ont pu être mis en évidence pour les médecins généralistes du secteur 1 : lorsque la densité dans leur zone d'exercice augmente, les médecins voient leur nombre de consultations chuter, car ils sont plus nombreux à se partager le même nombre de patients. Ils compensent ce rationnement en augmentant le volume de soins délivrés au cours de chaque consultation* ».

1241 P-L. BRAS, « *Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée* », *op. cit.*

332. L'approche médicale de l'exercice libéral évolue vers un partage des tâches et une coopération renforcée des professionnels de santé dont les praticiens libéraux constituent un maillon essentiel de cette nouvelle chaîne et ceux de demain auront toute leur place au sein des structures d'exercice coordonné notamment.

Le praticien doit désormais trouver sa place dans cette nouvelle organisation des soins et ne doit pas perdre de vue son rôle premier, c'est-à-dire soigner ; « *le médecin est en effet un serviteur de l'acte médical. Le patient doit coopérer avec le médecin pour combattre la maladie* »[1242].

[1242] Paroles empruntées à Hippocrate ; v. J. ROLAND, « *La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic* », *op. cit.*

## Section II - Les aménagements de cette relation

« *Sur le diagnostic, la prévention, les traitements et la santé publique, l'intelligence artificielle va bouleverser la santé de demain* »[1243]

335. **Immixtion des nouvelles technologies.** La technique moderne a inévitablement interrompu le colloque singulier et conduit à un changement de paradigme[1244] de la relation patient-médecin et de l'exercice médical, surtout libéral, pouvant s'analyser comme une opacification de la relation reposant sur des écrans techniques et numériques.

En effet, « *la relation patient-médecin a beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Les causes en sont multiples, venant d'une part des transformations de notre société où se sont imposées, à l'occasion des crises sanitaires graves, les associations de malades comme des partenaires indispensables des soignants, et d'autre part la survenue de la culture internet dans chacun des foyers* »[1245].

L'émergence de nouvelles technologies entraine alors une organisation des soins différente bannissant la vision désormais passéiste du « médecin de famille » et reposant sur des coopérations étroites avec les autres professionnels de santé (**§1**). En effet, « *les nouvelles technologies de l'information et de la communication connaissent, depuis plusieurs décennies, un*

[1243] B. HANSEL, *2071 : L'IA et la machine vont libérer le médecin,* Le quotidien du médecin, 19 février 2021, p.39.

[1244] Comme tous changements dogmatiques, les prémices et écueils font peur alors que l'Homme et les sociétés n'ont eu de cesse d'augmenter. « *Il suffit de se remémorer ce célèbre dialogue où Platon met en scène l'inquiétude de Socrate devant le développement de l'écrit. Il porterait atteinte aux acquis de la culture. L'écrit allait-il rendre les gens idiots parce qu'ils cesseraient d'exercer leur mémoire ? Le savoir qui ne serait plus transmis par la parole ne serait-il plus qu'un semblant de savoir ?* » ; v. I. POIROT-MAZÈRES (dir.), préface de P. NÉLIDOFF et posface de M. BOUSSATON, Santé, numérique et droit-s, éd. Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2018, coll. Actes de colloques de l'IFR, 2018. Au sujet de l'Homme augmenté, v. Dir. F. VIALLA, J. MATEU et M. REYNIER, Les Assises du corps transformé - Le cybercorps, du corps substitué au corps augmenté… « le Transhumanisme », Bordeaux, Ed. LEH, coll. À la croisée des regards, 2016. V. également, E. PERRIN-HUISMAN, « *Humain augmenté, humain diminué ?* », Raison présente, vol.205, n°1, 2018, p.7-9.

[1245] J. ROLAND, « *La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic* », *op. cit.*

*développement rapide ; Le secteur de la santé, en particulier, a vu se développer de très nombreuses applications* »[1246].

334. Elles entrainent également des conséquences sur l'exercice des professionnels libéraux dont « *les pratiques médicales sont aujourd'hui indéfectiblement liées à l'avènement des nouvelles technologies* »[1247] puisque ces dernières sont omniprésentes et infiltrent l'exercice des praticiens au point parfois d'évincer les actes techniques réalisés auparavant par des professionnels de santé (**§2**). Le rôle traditionnel du praticien libéral ne peut alors que s'en trouver amoindri et doit se réinventer bien que « *porteuses de progrès considérables pour le système de soins français et la qualité du service rendu aux patients, ces nouvelles technologies suscitent des interrogations nombreuses de la part des usagers et des professionnels* »[1248].

[1246] Rapport CESE, « *Santé et nouvelles technologies de l'information* », n°98, avril 2002.

[1247] I. POIROT-MAZÈRES (dir.), préface de P. NÉLIDOFF et posface de M. BOUSSATON, « *Santé, numérique et droit-s* », *op. cit.* : « *Transformation numérique de l'exercice médical, nouvelles pratiques, prises en charge connectées, formation, déontologie, acceptabilité, autant de sujets au cœur des bouleversements politiques, sociologiques et culturels à venir comme des tensions éthiques et juridiques actuelles sur la protection des données personnelles ou la mutation inéluctable des métiers de la santé. Ces évolutions sont profondes et affectent les cadres d'exercice des professionnels, modifient le rapport des patients à la médecine et à la santé* ».

[1248] Rapport CESE, « *Santé et nouvelles technologies de l'information* », *op. cit.*

### §1 - L'émergence de nouvelles technologies

Les nouvelles technologies bouleversent de manière inéluctable le colloque singulier[1249] et décentre la relation patient/ médecin au sens traditionnel mobilisant alors d'autres professionnels de santé extérieurs à cette relation et conduisant à l'instauration d'un colloque pluriel ; pour autant le système de santé français doit encore apprivoiser cette révolution numérique omniprésente dans le secteur de la santé (**A**).

335. **Apparition incontournable de nouveaux outils.** Tandis que quelques freins à l'émergence d'une santé numérique persistaient encore[1250], l'épidémie de Covid-19 a renforcé le recours à ces nouveaux outils comme la téléconsultation[1251]. Il revient désormais aux professionnels de santé, et donc aux praticiens libéraux, d'intégrer à leur exercice « *les progrès scientifiques, […] l'émergence de l'intelligence artificielle, l'accélération des neurosciences, le développement de la robotique, jusqu'à la génomique, l'écologie et la climatologie, en passant par l'agroalimentaire* »[1252]. Leur ambition première est alors de faciliter et d'accompagner la pratique des professionnels de santé grâce à des outils comme les robots chirurgicaux mais également de se servir de ces nouvelles technologies comme d'un gain de temps au profit de la relation patient/ médecin[1253] (**B**).

---

[1249] C. DEBOST, « *Le colloque singulier à l'épreuve des technologies de l'information et de la communication* », *in* Mélanges MÉMETEAU, LEH Éditions, coll. Mélanges, 2015, p.385-398 : « *Ces outils innovants introduisent de la distance au sein d'un colloque singulier, exposé à une mutation spatio-temporelle certaine* ».

[1250] V. Q. BLUCHE, « *On se tient au jus !* », Édito, RDS, n°87, janvier 2019, p.9 : « *On lui promettait un avenir grandiose, le présentant comme un moyen de révolutionner le système de santé. Mais voilà, le numérique n'a toujours pas trouvé la parfaite harmonie avec ce système ; avec les systèmes de santé* ».

[1251] G. A. WILLIAMS, N. FAHY, D. AISSAT, M-C. LENORMAND, L. STÜWE, I. ZABLIT-SCHMIDT, S. DELAFUYS, Y-M. LE DOUARIN et N. AZZOPARDI MUSCAT, « *La Covid-19 et l'utilisation d'outils de santé numériques: une opportunité en pleine crise qui pourrait transformer les prestations de soins de santé* », Eurohealth, n°1, vol.28, 2022, p.34-39: « *Avant la pandémie de Covid-19, l'utilisation des outils de santé numériques en Europe présentait un riche potentiel inexploité. De nombreux outils de santé numériques sont néanmoins devenus une nécessité immédiate pendant la pandémie et leur utilisation s'est considérablement accrue pour soutenir la communication et l'information, la surveillance et le suivi, les prestations de soins de santé et le déploiement des programmes de vaccination* ».

[1252] G. VALLENCIEN, « *Être médecin au XXIe siècle* », *op. cit.*

[1253] Il est en effet impératif d'accentuer la formation des professionnels de santé à l'utilisation du numérique afin de pouvoir utiliser ces outils sans appréhension. V. J. LUCAS, « *Table -ronde 4 : Innovation en santé /*

A – L'approche numérique de la santé

336. Il est évident que le système de santé français sera désormais marqué par la technologie médicale qui aura un rôle important à jouer dans les années à venir[1254] ; « *solutions basées sur le cloud computing, analyse des données de santé, communication fluide, tenue de dossiers électroniques, prise de rendez-vous en ligne, télémédecine, ou l'Internet des objets médicaux, l'innovation technologique et l'avènement d'internet ont permis l'émergence de nouveaux dispositifs médicaux et de nouvelles pratiques médicales offrant des traitements et des services de santé de plus en plus personnalisés* »[1255]. Ces nouvelles technologies médicales vont en effet permettre de répondre elles aussi au besoin des praticiens libéraux de se dégager du temps médical et peuvent par conséquent intervenir en véritable relai pour ces professionnels afin d'optimiser les prises en charge des patients[1256].

337. **Santé numérique.** Bien qu'il « *n'existe pas encore de définition communément admise de la santé numérique, on considère de manière extensive qu'elle regroupe les activités, les services et systèmes appliqués aux domaines de la santé, du médico-social, pratiqués à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication* »[1257]. Les praticiens connaissent alors également cet essor considérable des technologies numériques dans leur exercice leur permettant de cette manière de regagner du temps médical grâce aux services de gestion d'agenda en ligne notamment mais aussi au « *foisonnement d'applications mobiles et de sites d'information destinés aux*

*numérique / intelligence artificielle* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.61-63.

[1254] Sur ces questions, v. M. BOUTEILLE-BRIGANT (dir.), La personne face à l'intelligence artificielle, coll. Colloque & Essais, éd. Institut Francophone pour la Justice et la démocratie, juin 2021.

[1255] J. BRAUN, « *Technologies médicales : innovations technologiques en santé au service de la médecine* », Le Guide Santé, 22 avril 2022.

[1256] Le temps des praticiens libéraux, et surtout des médecins généralistes, est embolisé par des contraintes administratives et médicales présentes dans le Code de la santé publique.

[1257] E. FOURNEYRON, J. WITTER, L. RACHID SALMI, « *Numérique et santé - Réalités et défis pour l'organisation du système de santé de premiers recours* », Revue Médecine et sciences, n°6-7, vol.34, juin-juillet 2018, p.581-586 : la santé numérique regroupe ainsi des domaines aussi variés que « *les systèmes d'information en santé (logiciels de gestion de cabinet, systèmes d'information hospitaliers, dossiers patients informatisés, etc.), les objets et dispositifs médicaux connectés, les dispositifs télésanté/télémédecine permettant d'exercer ou de surveiller à distance* ».

*professionnels (bases de données médicamenteuses, actualités médicales, formation en ligne, annuaire de ressources, etc.) qui sont autant de promesses de gain de temps et de facilité d'accès à l'information* »[1258].

À ce titre les innovations numériques sont désormais omniprésentes dans le secteur de la santé et accompagnent les praticiens quotidiennement dans leur exercice ; médecine et technologie sont donc indissociables et ont vocation à s'ancrer durablement dans l'organisation des soins. Déjà en 2013, « *les technologies médicales faisaient partie intégrante de notre quotidien. Plus qu'un simple utilisateur, le médecin a un rôle capital à jouer dans l'innovation de ces technologies. Par l'évaluation de nouveaux instruments, il peut guider les industriels vers des solutions amenant à un réel impact clinique* »[1259]. Cette révolution numérique et sa mise en pratique par les professionnels de santé nécessitent de s'adapter continuellement aux nouvelles technologies utilisées et entrainent une mutation professionnelle illustrée par la course effrénée aux formations en innovation des technologiques médicales, devant faire partie intégrante de l'exercice des professionnels de santé.

338. **Développement de la télémédecine.** Outre l'aide apportée par ces nouvelles technologies dans l'exercice quotidien des praticiens, elles constituent également l'une des réponses à la prise en charge des patients habitant dans des zones sous-dotées en offre de soins notamment avec le développement accru de la télémédecine[1260]. Ainsi le décret du 19 octobre 2010[1261] définissait déjà cinq actes médicaux réalisables grâce à la télémédecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance et la régulation.

---

[1258] E. FOURNEYRON, J. WITTER, L. RACHID SALMI, « *Numérique et santé - Réalités et défis pour l'organisation du système de santé de premiers recours* », *op. cit.*

[1259] Revue de formation continue de référence pour les médecins et les spécialistes des diverses disciplines médicales, « *Innovation dans les technologies médicales : pourquoi et comment s'impliquer ?* », Revue médicale suisse, 2013.

[1260] « *La télémédecine est une pratique médicale à distance recourant aux nouvelles technologies de l'information et de la communication favorisant l'accès de tous à des soins sur l'ensemble du territoire* » ; www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation. V. également HAS, « *Télémédecine* », 4 octobre 2016 : « *La télémédecine a pour objectif d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins (notamment dans les territoires fragiles) et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie* ».

[1261] Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, JORF n°0245 du 21 octobre 2010.

339. **Équipes de soins.** De plus, ces nouvelles technologies favorisent également l'activité des professionnels de santé en réseau et répondent à la volonté du travail en équipe exprimée lors des dernières réformes de santé ; ce qui pourrait de fait renforcer l'attractivité de la médecine libérale puisqu'à l'heure actuelle « *62% des jeunes praticiens choisissent de devenir salariés, et 12% d'exercer exclusivement en libéral* »[1262]. Le développement de la télémédecine dans l'exercice libéral pourrait alors rassurer ces jeunes praticiens et leur garantir un exercice en réseau et non plus isolé comme l'image traditionnelle, et désormais dépassée, de la médecine libérale[1263]. À ce titre un accord avait été signé en ce sens entre les syndicats de médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie en juin 2018 puis repris par arrêté[1264] afin d'instaurer un cadre légal au déploiement de la télémédecine.

Le rôle de la télémédecine a par la suite été entériné par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé confirmant ainsi sa place essentielle dans le système de santé actuel. Qui plus est, cette place a été d'autant plus confortée pendant l'épidémie de Covid-19 durant laquelle la e-santé a joué un rôle primordial puisque dès les premiers confinements la téléconsultation a connu un essor remarquable[1265] rappelant le rôle central des praticiens libéraux qui ont, à ce moment-là, effectué la plupart des actes de téléconsultation.

---

[1262] CNOM, « *Étude sur l'installation des jeunes médecins* », *op. cit.*

[1263] Et notamment la téléexpertise qui « *permet à un professionnel de santé, dit 'requérant' de solliciter à distance l'avis d'un médecin, dit 'requis' en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient, même en l'absence du patient* » ; www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise. À ce titre, l'avenant 6 à la convention médicale signé en 2018 a permis la prise en charge par l'Assurance maladie des actes de téléconsultation et de téléexpertise, cette évolution ayant été entérinée par l'avenant 9 à la convention médicale ainsi que le décret n°2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté, JORF n°0128 du 4 juin 2021. Ce décret définit en effet « *les conditions de mise en œuvre et de prise en charge du télésoin applicables aux activités à distance réalisées par les auxiliaires médicaux et par les pharmaciens, en cohérence avec les exigences et conditions prévues pour les professionnels médicaux dans le cadre de la télémédecine, ainsi que les conditions de sollicitation d'une téléexpertise par un professionnel de santé* ».

[1264] 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, JORF n°0183 du 10 août 2018.

[1265] V. loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020 : À ce titre, les règles d'encadrement et de réalisation des actes de télémédecine ont été assouplies.

340. Ainsi, la CNAM affirme, dans son rapport de juillet 2020, qu'en dehors de toute situation exceptionnelle, « *la téléconsultation doit devenir une modalité d'accès aux soins choisie et non subie adaptée à la situation et à l'état de santé du malade* ». Malgré cela, la valorisation de cet aspect technique ne doit pas se faire au détriment du soin[1266] et la cotation d'actes ne doit pas empiéter sur la qualité de la prise en charge du patient ; c'est pour cela que la valorisation des consultations dites longues serait alors la bienvenue et mettrait en avant le soin et l'accompagnement du patient.

B – L'ouverture confortée aux évolutions technologiques

341. **Retombées post-crise sanitaire.** Les causes des aménagements de cette relation de soin sont multiples et très souvent postérieures à une crise sanitaire comme ce fut le cas pour la pandémie de Covid-19 « *qui a mis un coup d'accélérateur au développement de solutions numériques à destination des professionnels de santé et a favorisé l'accompagnement des initiatives portées par les industriels, la société civile et les chercheurs* »[1267].

En effet la gestion de cette pandémie a enclenché d'importants changements dans l'approche du système de santé remettant en cause certaines certitudes admises depuis bien longtemps. Déjà éprouvé, notre système de santé est apparu désorganisé et affaibli mettant de côté les professionnels de santé libéraux dont le concours aurait pu être un véritable atout dans la gestion des premières vagues de l'épidémie.

C'est pourquoi l'ouverture et l'acceptation de l'immixtion des nouvelles technologies dans la prise en charge des patients sont alors apparues comme des soupapes de décompression dans une organisation des soins mise à rude épreuve. Il aura donc fallu que notre système

---

[1266] V. D. SICARD, Rapport « *Penser solidairement la fin de vie – Partie II, la médecine désarmée* », *op. cit.* : Cet aspect technique dorénavant présent dans la relation de soin ne doit pas conduire à « *considérer la maladie plutôt que le malade* ». V. également F. VIALLA, « *Salutat lucas medicus carissimus – L'ambivalence des devoirs du médecin* », *op.cit.* ; B. BÉVIÈRE-BOYER, « *La relation médicale : de la complémentarité de la pratique médicale, du droit et de l'éthique* », in Mélanges MÉMETEAU, LEH Éditions, coll. Mélanges, 2015, p.45-53 : « *Le professionnel de santé ne saurait uniquement privilégier la science et la technique, au risque de déshumaniser la relation médicale* ».

[1267] W. ZIRAR, « *Comment l'épidémie de Covid-19 a fait exploser l'offre numérique en santé* », TIC Santé, 16 juin 2020.

de santé se retrouve au pied du mur pour envisager de le rénover en profondeur ; cela est malgré tout très souvent le cas car « *en France, les grandes réformes du système de santé ont souvent suivi des crises majeures. Le Sida, la crise de la transfusion sanguine, la vache folle… ont permis de grandes avancées dans l'amélioration du système de soin et dans la prévention* »[1268].

L'exemple de la téléconsultation dont la mise en place était déjà bien amorcée[1269] a été largement renforcée à l'occasion de la pandémie du Covid-19[1270]. L'accès a même été facilité par différents textes afin de permettre un recours plus aisé à ces nouvelles technologies. Au cours des différentes réformes, et notamment du Ségur de la santé, la télésanté est apparue comme un axe prioritaire et la crise sanitaire a par la suite allégé la règlementation en matière de recours aux nouvelles technologies dans le domaine de la santé. Les outils numériques de santé ont ainsi été utilisés pour « *répondre à la Covid-19 dans quatre domaines principaux : la communication et l'information, le suivi et la surveillance, le soutien aux prestations de services de santé et la vaccination* »[1271].

342. Ce changement de modèle s'explique par le constat d'une succession d'échecs plus ou moins relatifs car « *depuis trente ans, le paradigme dominant des réformes était celui de la productivité, c'est-à-dire la production du soin à un coût maitrisé, se traduisant par des impératifs comme ceux de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, de l'incitation des hôpitaux à la productivité et du virage*

---

[1268] « *La crise sanitaire révèle un nouveau paradigme pour la santé* », Be entrepreneur, 14 octobre 2020 ; www.neuflizeobc.fr/actualites/crise-sanitaire-revele-nouveau-paradigme-pour-sante.htlm : Avant la crise sanitaire, « *moins de 10% des médecins pratiquaient les consultations à distance. Deux mois plus tard, plus de 30% d'entre eux proposaient des téléconsultations à leurs patients* » ; « *fin avril 2020, le nombre de téléconsultations quotidiennes enregistré sur le site internet Doctolib est passé de 1000 à 100 000* ».

[1269] HAS, « *Téléconsultation et téléexpertise – mise en œuvre* », fiche Mémo, mai 2019 : Cette fiche mémo avait déjà pour objectif de « *proposer des bonnes pratiques pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, remboursés ou non, aux professionnels médicaux qui les réalisent : chirurgiens-dentistes, médecins et sage-femmes* ».

[1270] KOS Avocats, « *Les 10 commandements pour se lancer dans la téléconsultation dérogatoire Covid-19* », 20 mars 2020.

[1271] G. A. WILLIAMS, N. FAHY, D. AISSAT, M-C. LENORMAND, L. STÜWE, I. ZABLIT-SCHMIDT, S. DELAFUYS, Y-M. LE DOUARIN et N. AZZOPARDI MUSCAT, « *La Covid-19 et l'utilisation d'outils de santé numériques: une opportunité en pleine crise qui pourrait transformer les prestations de soins de santé* », *op. cit.*

*ambulatoire* »[1272]. Toutefois, force est de constater que ces réformes successives ont encore plus fragilisé le système de santé ; il conviendrait alors d'entreprendre de véritables changements concrets tant au niveau de l'organisation des soins que dans la santé publique. Pour certains, la crise sanitaire, ainsi que celle traversée par les professionnels de santé, « *rappellent la nécessité de refonder le système de santé […] en faisant notamment sauter les freins sur le numérique en santé* »[1273].

Malgré tout, cette émergence des nouvelles technologies dans la relation de soins n'est pas forcément préjudiciable puisque « *le patient a besoin du contact physique et psychologique du médecin […]. La présence humaine est importante et le sera toujours. La machine ne servira qu'à l'aide au diagnostic, à la médecine prédictive* »[1274] ; et le chamboulement, ainsi que les nouvelles organisations mises en place pour enrayer la crise sanitaire du Covid-19, ne doivent pas être une simple parenthèse du système de santé français mais bien une volonté de le réformer en profondeur tout en donnant à chacun des acteurs qui le compose la possibilité d'y trouver véritablement sa place. C'est pourquoi « *dans ce grand effort de modernisation et de rénovation, nous allons lever bon nombre de contraintes, nous allons alléger les procédures, parce que la crise a révélé que face à l'imprévisible, quand la force des choses supplante la lourdeur des textes, l'action est bien plus efficace* »[1275].

Ce recours aux nouvelles technologies, conforté durant la crise sanitaire, a été riche d'enseignements en démontrant que « *la médecine de ville jouait un rôle crucial dans la télésanté et l'accès aux soins non programmés* »[1276], les professionnels de santé s'étant familiarisés avec ces nouvelles conditions d'exercice tout en permettant de préserver une offre de soins de proximité ; pour lors cette innovation numérique transformant les pratiques médicales

---

[1272] INSTITUT ROUSSEAU, « *Notre système de santé après le covid-19 : réussir le changement de paradigme* », 3 mai 2020.

[1273] Intervention d'E. CHENUT, Président de la Fédération nationale de la Mutualité française, *in* A. MORET, « *Éric CHENUT appelle à refonder le système de santé et à redéfinir la Sécurité sociale* », Hospimédia, 2 septembre 2022.

[1274] P. PUJOL, Le jour où notre système de santé craquera – Marseille 2040, Flammarion, 2018.

[1275] O. VÉRAN, « *Conclusions du Ségur de la santé* », 21 juillet 2020.

[1276] *Ibid.*

actuelles impactera inévitablement l'organisation des soins dans laquelle elle s'insère opérant alors un véritable « *virage numérique en santé* »[1277].

[1277] V. Ministère des Solidarités et de la santé, « *Feuille de route du numérique en santé – bilan 2020* », 2020 ; www.esante.gouv.fr/virage-numerique/feuille-de-route : Pour accélérer le virage du numérique, cinq grandes orientations sont présentées à savoir, « *renforcer la gouvernance du numérique en santé ; intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé ; accélérer le déploiement des services numériques socles ; déployer au niveau national des plateformes numériques de santé ; soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs* ». V. également Délégation ministérielle au numérique en santé, « *Comités citoyens du numérique en santé – dessinons ensemble la santé de demain* », avis rendu le 28 novembre 2021.

## §2 - Leurs incidences sur l'exercice de la médecine libérale

« *Le pouvoir confié aux médecins est énorme : ils décident des possibilités d'embauche, de l'aptitude à se marier ou à avoir des enfants, du droit à se faire avorter, de l'heure convenable de la mort, de la capacité à passer des contrats, à adopter des enfants, ou à élever les siens propres ou encore de l'internement en asile psychiatrique. Leur opinion souveraine est requise en matière d'alimentation, de comportement sexuel ou d'utilisation du temps libre* »[1278]

343. **Risques et progrès.** Face au développement des nouvelles technologies et au recours des praticiens à ces dernières, la question des impacts sur la relation patient/ médecin se pose[1279]. Il s'agirait alors de trouver le juste équilibre entre risque et progrès[1280] car le numérique en santé continue parallèlement son essor.

Il induit alors de « *nouveaux usages pour les patients comme pour les professionnels* »[1281] et « *son développement se heurte à une organisation particulièrement complexe du système de santé, notamment dans la médecine de premier recours* » développant de nouveaux attributs de l'exercice libéral (**A**) participant à sa restauration et au nouveau souffle qui doit lui être donné (**B**).

### A – Les caractéristiques repensées de cet exercice

344. **Relation repensée.** Bien que la disparition progressive du colloque singulier ait conduit au passage d'une relation paternaliste à une relation autonomiste, à l'aune d'un nouvel exercice libéral, il semble pourtant primordial de savoir préserver et conserver la

---

[1278] P. SKRABANEK, « *La fin de la médecine à visage humain* », trad. Fr., Paris, O. JACOB, 1995, p.159-160.

[1279] D. DURAND DE BOUSINGEN, « *IA en médecine : quels impacts sur la relation médecin-patient ?* », Le Quotidien du médecin, 24 juin 2022.

[1280] M. BUSSIÈRE, J. DESTAING et P. LABAUNE, Risque et progrès, éd. Flammarion, coll. Étonnants classiques, 2006 : « *[…] et à l'heure du clonage et des OGM, la méfiance est de mise : faut-il se garder du progrès comme de l'enfer ? Faut-il lui adjoindre un principe de précaution ? Et si le risque demeurait la meilleure garantie de notre liberté…* ». V. également S. PLAUD, « *Principe de précaution et progrès scientifique* », Éthique et économique, 2010.

[1281] E. FOURNEYRON, J. WITTER, L. RACHID SALMI, « *Numérique et santé - Réalités et défis pour l'organisation du système de santé de premiers recours* », *op. cit.*

pierre angulaire de toute relation de soins ; il est des cas où les patients ont perdu cette confiance qu'il est nécessaire de reconstruire. La modification considérable de la relation patient/ médecin, basée sur la « supériorité technique » du praticien, a certes entrainé le passage à un colloque pluriel mais certaines caractéristiques du colloque singulier demeurent comme la confiance que les patients placent dans les praticiens qu'ils choisissent, même si leur autonomie renforcée leur permet désormais d'être moins dépendant de ce lien si particulier.

En effet, « *puisque le progrès technique met à la disposition de la médecine des méthodes de plus en plus complexes, qu'il s'agisse des grandes interventions chirurgicales, comme les transplantations d'organes, des services hautement spécialisés* »[1282], le praticien libéral doit conserver une place de choix dans cet ensemble d'évolutions technologiques. C'est ainsi qu'il doit continuer à garantir ce lien de confiance qui l'unit à ses patients, mais également qu'il assume un rôle de guide de ces derniers à l'occasion de leur prise en charge ; guide entre les différents professionnels de santé, entre les différentes structures[1283].

345. Mais est-ce vraiment ce que les patients attendent de leur médecin traitant, leur médecin de famille ? Au-delà du rôle modernisé endossé par les praticiens libéraux, les patients recherchent avant tout, dans cette relation patient/médecin, une certaine proximité qui s'étiole au fur à mesure des réformes et des restructurations annoncées du système de santé. Ces nouvelles technologies, répondant à des canons de haute technicité, « *ne correspondent pas à ce que les malades attendent d'un praticien de médecine générale* »[1284] ; qui plus est, cet important développement du numérique en santé pose quatre défis : « *un défi organisationnel d'abord, nécessitant de penser sa diffusion en lien avec les réalités organisationnelles dans lesquelles il s'inscrit ; une défi socio-territorial ensuite, face aux poids des inégalités de santé ; le troisième*

[1282] B. GLORIO, L. ISRAËL, « *Médecine – Relation malade-médecin* », *Encyclopaedia Universalis* en ligne ; www.universalis.fr/encyclopedie/medecine-relation-malade-medecin/ : « *Le malade doit être guidé, autrement dit assumé par son médecin, et celui-ci, s'il veut éviter d'être réduit au rôle de distributeur de médicaments, s'il veut participer à cette médecine moderne, a besoin d'une formation scientifique solide* ».

[1283] Le praticien libéral pourrait alors endosser un rôle de guide du patient au milieu de cette nouvelle organisation des soins et l'orienter en fonction des besoins attenant à sa prise en charge.

[1284] B. GLORIO, L. ISRAËL, « *Médecine – Relation malade-médecin* », *op. cit.*

*défi est médico-économique, interrogeant son modèle économique global et sa pérennité ; le quatrième défi, enfin, repose sur les nouveaux enjeux technico-juridiques qu'il pose* »[1285].

346. **Nouvel exercice à apprivoiser.** De nos jours, les praticiens libéraux doivent donc faire coexister leur dévouement envers les malades avec les progrès scientifiques, et les attentes des pouvoirs publics. De son côté, le patient recherche avant tout à être soulagé de ses souffrances. Une fois encore, l'exercice libéral ne peut donc perdurer, dans sa forme originelle, sans se réinventer. Les professionnels concernés y voient malgré tout une réelle avancée, un atout pour la relation patient/ médecin.

À ce propos, le Professeur Boris HANSEL, endocrinologue spécialiste de la nutrition et des troubles du métabolisme, affirme que cette relation « *sera la grande gagnante de cette évolution* »[1286], car pour lui il faut être rationnel et tirer des conclusions raisonnables du développement de cette forme d'intelligence puisque « *qu'on se rassure : la machine ne pourra jamais choisir en fonction de paramètres qui dépendent d'elle, du moment, du bien ou du mal. Cela la distinguera toujours de l'homme* ». Le spécialiste y voit plutôt le développement d'une médecine beaucoup plus prédictive[1287].

347. **Aubaine.** L'ouverture de la santé aux nouvelles technologies est enfin un atout pour l'exercice regroupé et coordonné des professionnels de santé, notamment sur des lieux distincts. Dans des structures libérales telles que des maisons de santé ou encore des CPTS, la télémédecine et le télésoin peuvent permettre de pallier l'absence ponctuelle de médecin par exemple. Ces outils peuvent également faciliter la gestion des plannings, les accès aux dossiers patients ; « *tout ceci doit aboutir à améliorer la qualité et la sécurité des soins sans rupture dans la transmission des informations nécessaires et pertinentes pour la continuité de la prise en charge dans un*

---

[1285] E. FOURNEYRON, J. WITTER, L. RACHID SALMI, « *Numérique et santé - Réalités et défis pour l'organisation du système de santé de premiers recours* », *op. cit.*

[1286] *Ibid.*

[1287] Le professeur HANSEL prend l'exemple du mélanome ou encore de la rétinopathie diabétique : « *l'IA sonnera aussi la révolution du diagnostic, déjà effective dans le mélanome ou la rétinopathie diabétique, grâce à un apprentissage par machine qui enregistre des dizaines de milliers de photos* ».

*parcours de soins entre différents professionnels »*[1288]*. Le numérique doit alors être « au service de la santé* »[1289].

B – La restauration de l'exercice libéral

La recherche d'un équilibre entre éthique et progrès technique permet d'essayer de préserver la liberté et la sécurité tout en n'étant pas un frein à l'innovation médicale[1290] et à la place des professionnels de santé dans l'organisation des soins ; et ce, afin d'éviter certains écueils comme l'évolution des praticiens libéraux vers « *un simple technicien, n'ayant qu'à vérifier le bon fonctionnement de l'outil technologique à sa disposition, à s'assurer de l'absence d'erreur* »[1291].

348. **Couverture sanitaire.** Bien que permettant d'étendre la couverture sanitaire, l'utilisation de ces nouveaux outils pourrait faire accepter qu'à l'heure actuelle il ne peut y avoir un médecin dans chaque commune[1292] mais éventuellement d'autres professionnels libéraux, premier relai d'une prise en charge médicale ; même si le recours croissant à la e-santé et à l'intelligence artificielle pose alors la question de leur régulation[1293].

---

[1288] J. LUCAS, « *Table -ronde 4 : Innovation en santé / numérique / intelligence artificielle* », *op. cit.*

[1289] *Ibid.*

[1290] V. Q. BLUCHE, « *Cent ans d'innovation* », RDS, n°100, 2022, p.368-370 : « *Désormais les opérateurs investissent directement dans le secteur de la santé, perfectionnent les outils existants et innovent au même titre que certains acteurs de santé s'étant mis à produire de l'innovation. 'À l'ère de l'équipe et de l'équipement', la place du professionnel de santé a été la cible d'une certaine mutation et va encore l'être* » ; v. R. SAVATIER, « *Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui* », *op. cit.*

[1291] *Ibid.*

[1292] Sur ces questions, le ministre de la santé F. BRAUN annonce « *un médecin traitant pour chaque français avant la fin du quinquennat* ». Il ajoute que « *le seul et unique but poursuivi en tant que ministre est de promouvoir l'accès universel à notre système de santé, d'en refonder les bases et d'en assurer la transition vers un système durable que nous laisserons aux générations futures* ». Pour l'heure actuelle, six millions de français n'ont pas de médecin traitant ; v. M. FOULT, « *Un médecin traitant pour chaque français avant la fin de quinquennat : la promesse de François Braun au lancement du CNR santé* », *op. cit.*

[1293] D. DURAND DE BOUSINGEN, « *IA en médecine : quels impacts sur la relation médecin-patient ?* », *op. cit.* : Se pose en effet la question de la responsabilité ; « *Si un médecin prend une décision avec l'aide de l'IA, quelle sera la responsabilité de cette dernière, et le patient ne doit-il pas savoir comment et par qui la décisions issue de l'IA a elle-même été conçue ?* ». Concernant les bouleversements engendrés par l'intelligence artificielle (IA) sur la relation patient/ médecin, v. Comité directeur du Conseil de l'Europe pour les droits de l'Homme dans les domaines de la biomédecine et de la santé, « *L'impact de l'intelligence artificielle sur la relation médecin-patient* », 7 juin 2022 : « *Le*

349. **Exercice territorial** des pistes envisagées serait donc de substituer à l'exercice médical tel qu'on le connaît un exercice plus territorial[1294] tout en étant vigilant à l'accès au numérique et donc à « *la couverture de l'intégralité du territoire national puisqu'il faut qu'en tout point de ce territoire, les citoyens puissent avoir accès à internet, et il y a encore des progrès à faire, ce dont le gouvernement est conscient, en matière d'équipement du territoire* »[1295].

350. **Enjeux prospectifs**. « *L'enjeu est alors l'inscription de la médecine libérale dans une vision prospective de la santé de demain* »[1296] car il est une chose de rénover l'exercice libéral afin de lui assurer un rôle pérenne dans l'avenir du système de santé français ; il en est toutefois une autre de tellement le façonner au gré des différentes réformes qu'il en reviendrait à défaire l'essence même de ce mode d'exercice ; « *on peut se demander si la fin des médecins ne se profile pas à l'horizon. Par mesure d'économie, un système de soins éparpillés et délocalisés viendrait transformer la pratique en la fusionnant avec d'autres types de services publics. […] Fermeture de la plupart des cabinets indépendants* »[1297]. Le praticien libéral ne serait alors plus qu'un prestataire de service encadré par les pouvoirs publics et la Sécurité sociale. Face à cette disparition progressive de la

---

*rapport examine les systèmes d'IA concernant la relation médecin-patient par rapport aux principes des droits de l'Homme mentionnés dans la Convention d'Oviedo de 1997 et plus précisément l'impact potentiel de l'IA sur les droits de l'Homme selon six thèmes que sont l'inégalité dans l'accès aux soins de santé de haute qualité ; la transparence vis-à-vis des professionnels de santé et des patients ; le risque de biais social dans les systèmes d'IA ; la dilution du compte du patient de bien-être ; le risque d'automatisation, de déqualification et de responsabilité déplacée ; et l'impact sur le droit à la vie privée* ». Sur ces questions, v. également M. BOUTEILLE-BRIGANT (dir.), La personne face à l'intelligence artificielle, *op. cit.*

[1294] SÉNAT, « *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France* », n°587, remis à M. le Président du Sénat le 29 mars 2022 : « *Le sentiment général des professionnels de santé est celui d'une certaine fatigue face à l'accumulation des normes législatives, si bien qu'il devient difficile de se repérer dans ce qui ressemble à un maquis institutionnel et administratif. […] Sans chercher à créer de nouvelles structures qui désorienteraient davantage les acteurs, une grande latitude doit être laissée à ceux-ci pour s'organiser, dans une logique d'une responsabilité populationnelle qui devra davantage impliquer les collectivités et les usagers* ». Un exercice plus territorial répond donc à cet objectif de « *favoriser la coordination des professionnels et des établissements de santé à partir de projets qui répondent à des besoins de santé mieux évalués et obéissant à une logique de terrain* ».

[1295] J. LUCAS, « *Table -ronde 4 : Innovation en santé / numérique / intelligence artificielle* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.61-63.

[1296] L. HOUDART et S. HOUDART, « *Ma santé 2022 annonce-t-il la mort du contrat d'exercice libéral ?* », *op. cit.*

[1297] S. PEREZ, « *Histoire des médecins – Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours* », *op. cit.*

médecine libérale traditionnelle, l'un des objectifs principaux est alors de substituer à l'exercice libéral classique, un exercice plus territorial[1298].

En tout état de cause, il faut renoncer à cette incapacité des pouvoirs publics français à inscrire la médecine libérale dans l'organisation d'une réponse collective en temps de crise comme ce fut le cas au début de la gestion de la crise sanitaire du Covid-19[1299]. Ce constat résulte « *d'une certaine conception de la médecine libérale, encore fondée sur les principes de la Charte de la médecine libérale de 1927 : exercice individuel, indépendance à l'égard des pouvoirs publics, liberté de prescription, qui se traduit par une méfiance atavique à l'égard des recommandations standardisées* »[1300]. Le bilan ne doit donc plus être celui d'une « *médecine de ville désorganisée et négligée* », mais celui où le climat de défiance laisse place à celui de la confiance.

351. O. VERAN, alors ministre de la Santé, l'avait d'ailleurs rappelé à l'occasion de son discours de Conclusions du Ségur de la santé[1301] ; il faut « *pérenniser les initiatives nées sur les territoires pendant la crise sanitaire, d'entraide entre les hôpitaux, la ville et les établissements médico-sociaux* ». Enfin, face à cette dynamique de coordination enclenchée, le temps passé par les praticiens libéraux à œuvrer à la construction de ce travail en équipe n'est pour l'heure pas rémunéré[1302]. C'est pour cela qu'il est important de pouvoir s'appuyer au niveau du territoire

---

1298 V. L. HOUDART et S. HOUDART, « *Ma santé 2022 annonce-t-il la mort du contrat d'exercice libéral ?* », *op. cit.*

1299 D. PON, « *Table -ronde 4 : Innovation en santé / numérique / intelligence artificielle* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.64-65: Il est nécessaire de « *conduire une politique publique d'innovation et redécliner les principes éthiques dans l'innovation* » et de redéfinir le rôle de la puissance publique dans le secteur de la santé. L'État « *doit avoir un rôle central : il ne fournit pas l'innovation, mais le cadre, les plateformes, les fondations pour que les innovateurs développent des limites claires qui garantissent l'éthique et la sécurité pour les citoyens* ». Il convient alors de « *brancher les innovations sur les principes régaliens* ».

1300 INSTITUT ROUSSEAU, « *Notre système de santé après le covid-19 : réussir le changement de paradigme* », *op. cit.*

1301 O. VÉRAN, « *Conclusions du Ségur de la santé* », *op. cit.* : « *La mixité d'exercice et la pluridisciplinarité sont des réponses […]. La bonne coordination entre la ville, l'hôpital et les établissements médico-sociaux est un impératif catégorique* ».

1302 Au sujet de la rémunération des médecins libéraux, v. DREES, « *Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9% par an en euros constants entre 2014 et 2017* », n°1223, mars 2022 : « *Ces augmentations significatives vont de pair avec plusieurs mesures de revalorisation tarifaire mises en place à partir de mai 2017. […] Par exemple, la consultation chez un médecin généraliste est passée de 23 à 25 euros au 1er mai 2017, soit une augmentation d'un peu moins de 9%* ».

sur des structures telles que les PTA qui « *visent à l'orientation des patients et à l'organisation de la prise en charge, et donc d'une certaine façon, à piloter la coordination, mais aussi à promouvoir l'usage des outils numériques de coordination par les professionnels de santé* »[1303].

352. **Le mot de la fin.** La construction de ce nouvel exercice libéral, s'appuyant tout à la fois sur une relation patient/médecin rénovée ainsi que sur des aides extérieures telles que les nouvelles technologies, ne pourra s'opérer sans un réel changement organisationnel de notre système de santé. Les praticiens libéraux doivent en effet prendre conscience qu'il convient désormais d'apprendre à exercer avec le concours de ces nouvelles technologies supposant qu'il y ait non plus une défiance à leur égard mais bien une meilleure connaissance de ces dispositifs pour en apprécier toutes les potentialités[1304].

V. également S. LONG, « *Français, allemands, anglais, Belges… qui sont les médecins les mieux payés ?* », Le Quotidien du médecin, 14 mai 2022.

[1303] E. FOURNEYRON, J. WITTER, L. RACHID SALMI, « *Numérique et santé - Réalités et défis pour l'organisation du système de santé de premiers recours* », *op. cit.*

[1304] V. L. MORLET-HAÏDARA, « *Table -ronde 4 : Innovation en santé / numérique / intelligence artificielle ; De l'usage de l'Intelligence Artificielle dans les soins infirmiers* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, *op. cit.*, p.51-57.

## Conclusion de chapitre

Ces évolutions importantes induites par l'ère du numérique et par les nouvelles technologies impactent inévitablement la relation de soin et « *contribuent à changer de paradigme à une rapidité difficilement maîtrisable* »[1305].
Il est alors du devoir des professionnels de santé qui exercent en libéral de savoir s'adapter à ces changements et ainsi de continuer à apporter leur contribution à l'offre de soins car « *quelles que soient les nouvelles contingences sociales et les modifications apportées aux conditions d'exercice, il faudra veiller à ce que l'exercice libéral conserve son indispensable influence humaniste par le respect de ses fondamentaux* »[1306].

De plus, face à l'adversité, la récente crise sanitaire a démontré que l'émergence et le développement des nouvelles technologies permettaient d'assurer la continuité des soins mais nécessitaient tout de même des aménagements de la relation patient/médecin et une organisation des soins repensée. La e-santé semble alors affirmer sa place dans le système de santé de demain, où l'utilisation renforcée du numérique doit s'appréhender comme « *un levier qui doit permettre de transformer la bureaucratie sanitaire, de rapprocher les décisions du terrain et de baisser les coût de gestion* ».

[1305] O. AYNAUD, Profession libérale au XXIe siècle, *op. cit.*, p.8.

[1306] *Ibid.* : « *Rien ne vaut un regard empreint de sollicitude, une main sur l'épaule, une écoute attentive. Utilisons les machines pour faciliter nos services. Mais évitons de ne confier qu'à des robots la gestion des relations humaines* ». En effet, « *la médecine libérale à la française contient une forte composante sociale qui est une des raisons de son succès* » ; v. F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.*

## Conclusion de titre

« *Si les médecins préfèrent garder ce qu'ils connaissent, de crainte d'avoir à affronter ce qu'ils ignorent, ils perdront ce qu'ils pourraient sauvegarder pour conserver ce qu'ils ne retrouveront plus* »[1307]

N'étant plus celle traditionnellement admise en 1927, la médecine libérale est une notion à juridiquement réaménager. Cette approche de l'exercice libéral est en effet désormais révolue et appartient au passé. Pour autant, rien ne sert de nier son existence mais plutôt de la façonner aux attentes et évolutions contemporaines « *car son fantôme […] a pris de la consistance dans l'esprit des médecins et rien de médical ne pourra se faire sans les professionnels de santé* »[1308] mais également dans l'esprit des patients pris en charge.

Maintenant que la remise en cause de l'adéquation de l'exercice libéral avec notre système de santé actuel a été mise en exergue, et que des pistes de réformes ont été amorcées, cet exercice isolé tend inévitablement vers un exercice regroupé et « *vers une inter professionnalisation de l'activité qui n'était pas 'naturelle' dans la médecine libérale* »[1309]. L'élargissement du champ de présence des praticiens libéraux est également attendu, et souhaitable, afin de renforcer leur place dans l'offre de soins de premiers recours. C'est alors que dans un souci de prise en charge plus globale des patients, ils doivent « *ajouter des éléments d'information, d'éducation à la santé, de prévention, de dépistage, et passer d'une réponse ponctuelle à un accompagnement dans le temps pour préserver et améliorer la santé globale des personnes* »[1310]. Enfin, la dynamique globale de l'offre de soins doit être repensée car comme l'a annoncé le Président MACRON, la reconstruction de notre système de santé doit s'opérer à partir des territoires[1311].

---

1307 A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ? Réflexions à partir du droit romain et de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales* », *op. cit.*

1308 *Ibid.*

1309 F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.*

1310 C. LEICHER, « *Le médecin libéral en 2010* », *op. cit.*, p.62.

1311 Propos tenus par le chef de l'État à l'occasion à l'occasion d'un déplacement « *consacré au retour des services publics dans les territoires ruraux et au Conseil nationale de la refondation sur le thème de la santé* », 10 octobre 2022, Mayenne.

## Conclusion de partie

La refonte de notre système de santé semble désormais indispensable pour mieux répondre aux besoins de la population et redonner une réelle place à chacun de ses acteurs. La médecine française doit s'efforcer « *d'offrir l'exemple d'un type mixte, faisant coexister la socialisation de la prise en charge et l'aspect libéral dans l'offre et la rémunération des professionnels. Au-delà de certaines formes contingentes (tel que le paiement direct à l'acte), l'indépendance, la responsabilité et l'intéressement financier du professionnel sont le cœur même du système* »[1312].

L'exercice libéral de ces professions devra avant tout faire preuve de modulation en s'adaptant aux évolutions du système de santé qui, pour l'heure actuelle, ne satisfait plus les praticiens libéraux tout comme les autres acteurs[1313] ou encore les patients[1314].
Sans se soumettre intégralement aux ingérences des pouvoirs publics dans leur exercice, les professionnels libéraux vont tout un chacun devoir adapter leur manière d'exercer et ainsi ouvrir la brèche à une « voie médiane »[1315] entre la conception classique et la conception

[1312] A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ? Réflexions à partir du droit romain et de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales* », *op. cit.*

[1313] Cette prise de conscience de la nécessité de réformer notre système de santé s'illustre notamment avec la récente nomination de Madame A. FIRMIN LE BODO, ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé ; v. décret n°2022-1087 du 29 juillet 2022 relatif aux attributions de la ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, JORF n°0175 du 30 juillet 2022. V. également interview de A. FIRMIN LE BODO, propos recueillis par C. NAYRAC, Hospimédia, 22 septembre 2022 : « *Si ce ministère existe, c'est qu'il incarne une prise de conscience collective de la situation d'urgence […]. Il y a une urgence à agir, autour des questions d'attractivité des territoires mais aussi, au sortir de la crise sanitaire, autour des professions de santé* ». À ce propos, par suite de la publication du PLFSS 2023, le ministre de la santé, F. BRAUN, a annoncé « *vouloir poser avec ce texte les premières briques du futur système de santé* » ; v. C. CORDIER et J. ROBILLARD, « *Le PLFSS 2023 est officiellement dévoilé* », Hospimédia, 26 septembre 2022.

[1314] C'est dans cet objectif que le Conseil national de refondation en santé a été lancé le 3 octobre 2022 au Mans.

[1315] C. CORDIER et J. ROBILLARD, « *Le PLFSS 2023 est officiellement dévoilé* », *op. cit.*

rénovée de l'exercice libéral dans le but d'entreprendre « *une évolution nécessaire pour redonner de l'attractivité à la médecine libérale et garantir sa pérennité* »[1316].

Cette refonte de notre système de santé ne pourra s'accomplir qu'en privilégiant une logique territoriale qui permettrait de répondre aux quatre objectifs prioritaires fixés par l'actuel ministre de la santé, Dr. F. BRAUN, à l'occasion du lancement du Conseil national de refondation en santé : « *donner à tous l'accès à un médecin traitant ; garantir une réponse d'urgence de qualité, accessible partout ; mobiliser les leviers locaux d'attractivité pour les métiers ; faire entrer la prévention dans notre quotidien* ».

[1316] F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.* : En effet, l'effet inverse ne serait pas souhaitable car « *la disparition ou la marginalisation de la médecine libérale entrainerait dans son élan la fin de la liberté de choix pour le patient, […], une qualité de service et un accès aux soins de moins bonne qualité et renchérirait les soins ambulatoires* ».

# Conclusion générale

« *Sur la santé revenue, sur le risque disparu, sur l'espoir sans souvenir, j'écris ton nom ;*
*Et par le pouvoir d'un mot, je recommence ma vie, je suis né pour te connaître, pour te nommer ;*
*Liberté* »[1317]

354. Face à un système de santé contemporain essentiellement construit sur l'exercice libéral, sa remise en cause est aujourd'hui plus que jamais d'actualité (**I**) alors même que certaines récentes dispositions visent à le faire évoluer et à adapter ses modalités d'exercice (**II**). L'avenir de l'exercice libéral, et la place des professionnels de santé qui le pratiquent, dépend essentiellement d'une approche, certes rénovée, mais fidèle aux valeurs de cet exercice sans altérer la place incontournable qu'ils occupent au cœur de l'organisation des soins en France (**III**).

## I - Construire pour déconstruire

355. **Vision passéiste.** Historiquement, les professions libérales exerçaient de manière réglementée et leur accès était limité à des personnes maitrisant un certain nombre de connaissances revêtant ainsi une approche assez élitiste de ces professions au caractère « *intellectuel, indépendant et désintéressé* »[1318].

Les praticiens libéraux exerçaient leur art de manière indépendante et « familiale » et avaient même « *le sentiment d'avoir pratiqué la médecine d'une façon que mes successeurs du nouveau millénaire ne connaîtront probablement plus. Je connaissais tous mes malades par leur nom et, à force de leur rendre visite, j'en venais presque à avoir le sentiment d'être de leur famille* »[1319] assumant tout à la fois « *les rôles de confident, de conseiller et de guérisseur* »[1320].

[1317] P. ÉLUARD, extrait du poème « Liberté », écrit et publié en 1942.

[1318] Caractéristiques dégagées par J. SAVATIER à l'occasion de ses travaux de recherche.

[1319] V.GUIHENEUF, Mémoires d'un médecin de campagne, *op. cit.*, p.451.

[1320] J-F. MATTEI, « *Le pouvoir médical* », conférence prononcée devant l'Académie des sciences morales et politiques, Institut de France, 5 décembre 2020.

Toutefois, face à une remise en cause de cette construction, une transformation radicale de l'exercice libéral doit s'opérer. Sans paraître trop alarmiste, le système de santé actuel est à un tournant de son existence et de sa reconstruction ; l'exercice libéral doit, si ce n'est se transformer complètement, au moins se réinventer afin de préserver son originalité, sa spécificité et sa nécessité. Parler de l'exercice libéral des professionnels de santé revient pour l'instant à parler d'avenir tout en restant, malgré tout, très attaché au passé.

## II - Déconstruire pour reconstruire

356. **Changement dogmatique.** Face à un tel constat, l'avenir modernisé des professions libérales devra s'accompagner nécessairement d'une révision complète de leurs cursus universitaire, d'une rénovation des modes d'exercice et d'une ouverture sur un exercice partagé porteur d'une approche désormais collaborative de la prise en charge des patients.

Certains de ces professionnels clament en effet l'urgence de la situation et affirment que « *le temps nous est compté sous peine de disparaître, emportés par l'efficacité croissante de l'intelligence artificielle, déroutés par nos divisions et cernés par la montée en puissance des autres professionnels de santé dont il faut saluer la qualité, l'empathie et le dévouement ! Une indispensable et urgente remise en question de notre rôle et place dans le monde sanitaire de demain devrait nous inciter à dessiner le profil du nouveau médecin du XXIe siècle* »[1321].

C'est alors que tout en essayant de préserver l'essence même de ces professions, soit une relation de confiance entre les professionnels et les patients pris en charge et une certaine place centrale dans l'organisation des soins, il convient de faire évoluer la pratique des praticiens libéraux sans pour autant « *ubériser la médecine en remplaçant les médecins par des aides-soignantes informaticiennes branchées sur des logiciels de diagnostic et de traitements* »[1322].

[1321] G. VALLENCIEN, « *Être médecin au XXIe siècle* », *op. cit.*

[1322] M. ONFRAY, « *Brève encyclopédie du monde – Tome 1 : Cosmos* », Flammarion, 2015.

357. L'exercice libéral pourrait alors perdurer mais dans une dynamique rénovée s'appuyant toujours sur des aptitudes anciennes accompagnées désormais d'une conception nouvelle. Il est de plus primordial que les praticiens libéraux retrouvent du temps, « *du temps médical, du temps d'écoute, du temps d'éducation* »[1323]. De cette capacité à évoluer et à s'adapter dépendra la réussite d'un nouveau modèle de professionnels libéraux dans l'organisation des soins. La médecine libérale se trouve donc aujourd'hui face à de nombreux défis afin de persister et il est vrai que « *les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise* »[1324].

## III - Reconstruire sans dénaturer

Il s'agirait par conséquent de définir ces professionnels comme des « *libéraux intégrés dans un système conventionnel* »[1325] tout en valorisant, sans connotation négative aucune, le constat que la place du professionnel libéral de santé est empreinte « *d'autonomie d'exercice, de libre choix, de responsabilité civile personnellement assumée, d'une profonde empathie à l'égard d'autrui, du strict respect des règles déontologiques* »[1326].

358. **Liberté bousculée.** Ainsi, dans les prochaines mesures appliquées, il conviendrait de préserver leur liberté afin d'éviter de basculer dans certains écueils établissant un cadre trop restrictif de l'exercice libéral. Cependant, force est de constater, qu'à l'heure de clore ce travail de recherche, la liberté d'installation des médecins demeurent au centre de toutes les préoccupations et des différentes propositions de loi visant à l'encadrer ; même si face à ces zones où l'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire, l'inertie des différents acteurs n'est pas non plus souhaitable[1327]. Une plus grande participation des praticiens

---

[1323] J. ROLAND, « *La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic* », *op. cit.*

[1324] Citation empruntée à J. MONNET.

[1325] A-L. SAMSON, « *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?* », *op. cit.*

[1326] A. AYNAUD, Profession libérale du XXIe siècle, *op. cit.* p.7.

[1327] V. à ce propos la proposition de loi n°21 visant à favoriser l'installation de médecins en zones sous-dotées, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 juillet 2022 mettant en exergue trois mesures fortes : « *Rendre effective la suppression totale du numerus clausus ; créer, comme pour les spécialités médicales, une 4ème année de formation pour la médecine générale ; réduire la fracture territoriale d'accès aux soins d'urgence et garantir un accès pour*

libéraux à la mise en œuvre des différentes réformes permettrait par exemple de les inclure dans les nouvelles pratiques et aménagements à venir[1328] tout en valorisant le soin et l'accompagnement à conditions d'essayer d'inverser cette tendance à la coercition et de récompenser plutôt que de menacer[1329].

Dans cette perspective de reconstruction de l'exercice libéral, son étatisation complète ne peut cependant pas être la solution car « *sans exercice libéral, il n'y a pas d'État démocratique* »[1330] ; cet encadrement trop strict de l'exercice libéral conduirait inévitablement à la détérioration de l'indépendance de ces professionnels. La place des professionnels libéraux de santé dans l'organisation des soins est à ce jour évolutive et sera déterminante au cours des prochaines années.

---

*tous, dans tous les territoires de notre pays* ». Sur les questions de révision du mode de sélection des étudiants en médecine, v. F. BIZARD, « *De la médecine de ville* », *op. cit.* : « *L'objectif est de sélectionner des étudiants, qui ne soient pas uniquement les plus doués dans les matières scientifiques mais surtout les plus motivés et les plus aptes à l'exercice de la profession* ». Afin de préserver la relation patient/médecin, les praticiens de demain pourraient alors être formés à des aptitudes nécessaires à leur exercice telles que savoir délivrer l'information ou encore apprendre à parler aux patients. V. en ce sens la réforme des ECN dont la nouvelle philosophie privilégie la pratique et le raisonnement plutôt que des connaissances théoriques évaluées par QCM ; cette valorisation des compétences pourrait conduire à mettre en avant un profil de praticien et pas seulement des connaissances acquises : « *La réforme du 2e cycle repose sur l'approche par compétences et permettra la mise en place d'un curriculum basé sur une approche par compétences, comme c'est déjà le cas dans la quasi-totalité des autres filières de la santé. Une telle approche vise avant tout à aider les étudiants à agir efficacement en milieu professionnel* » ; arrêté du 2 septembre 2020 portant modification de diverses dispositions relatives au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales et à l'organisation des épreuves classantes nationales, JORF n°0221 du 10 septembre 2020.

[1328] Inclure les professionnels libéraux dans les prochains axes souhaitant être développés notamment s'agissant de la médecine de ville ou encore de la coopération ville/ hôpital permettrait en effet de mieux adapter leur exercice aux attentes du secteur tant au niveau des praticiens eux-mêmes que des patients pris en charge ; v. les paroles attribuées à Gandhi : « *Ce que vous faites pour moi sans moi vous le faites contre moi* ».

[1329] F. DEVULDER, président de la CSMF, conférence de presse, septembre 2022 : « *Une obligation pour les jeunes médecins de s'installer dans des zones désertiques pourrait les pousser à se tourner vers un exercice salarié, quand la médecine de ville a été un acteur important de la gestion du Covid-19 et de l'été difficile dans les hôpitaux. Les jeunes médecins ne veulent pas être une variable d'ajustement des déserts médicaux* ». À ce propos, dans une interview accordée journal Le Monde et publiée le 30 septembre 2022, le ministre de la santé F. BRAUN a fait savoir « *qu'il restait opposé à la coercition à l'installation. Pas par dogme, mais parce que ça ne marche pas* ».

[1330] A. AYNAUD, Profession libérale du XXIe siècle, *op. cit.* p.1.

# BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES GÉNÉRAUX, MANUELS, TRAITÉS ET DICTIONNAIRES

II. OUVRAGES SPÉCIAUX ET OUVRAGES COLLECTIFS

III. ACTES DE COLLOQUES

IV. THÈSES ET MÉMOIRES

V. ARTICLES ET CHRONIQUES

VI. NOTES ET OBSERVATIONS

VII. RAPPORTS, RECOMMANDATIONS ET AVIS

VIII. TEXTES LÉGISLATIFS ET RÈGLEMENTAIRES

IX. JURISPRUDENCES

X. SITES INTERNET

XI. AUTRES

## I. OUVRAGES GÉNÉRAUX, MANUELS, TRAITÉS ET DICTIONNAIRES


**ACADÉMIE FRANÇAISE,**

- Dictionnaire, 1e éd., Paris, 1694.
- Dictionnaire, 6e éd., Paris, 1835.
- Dictionnaire, 8e éd., Paris, 1935.
- Dictionnaire, 9e éd., t.3, Imprimerie nationale Fayard, 2011.

**ACADÉMIE DE MÉDECINE,**

- Dictionnaire, en ligne, 2022.

**ALLAND (D.) et RIALS (S.) (dir.),**

- Dictionnaire de la culture juridique, PUF, Lamy, 2003.

**ASSOCIATION HENRI CAPITANT, G. CORNU (dir.),**

- *Vocabulaire juridique*, 13ème éd., PUF, 2020.

**AYNES (L.), GAUTIER (P-Y.), MALAURIE (P.),**

- *Droit des contrats spéciaux*, 8ème éd., LGDJ, 2016.

**BRIGNON (B.),**

- *Les sociétés d'exercice libéral,* LexisNexis, *2016*.

**CADEAU (E.) et LE COZ (P.) (dir.),**

- *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Ellipses, 2006.

**CABRILLAC (R.) (dir.),**

- *Dictionnaire de vocabulaire juridique*, 12ème édition, LexisNexis, 2021.
- *Introduction générale au droit,* Dalloz, 13ème éd., 2019, n°62.

**CALLU (M-F.), GIRER (M.) et ROUSSET (G.),**

- *Dictionnaire de droit de la santé*, LexisNexis, 2021.

**CORNU (G.),**

- *Vocabulaire juridique*, 13ème édition, PUF, 8 janvier 2020.

**COZIAN (M), CHOCQUE (J-C.), MASCLET DE BARBARIN (M.),**

- *La fiscalité racontée au médecin libéral*, LexisNexis, 2008.

**GAFFIOT,**

- *Dictionnaire Latin-Français*, 3e éd., Hachette, 2008.

**GERARD (P.), OST (F.) et VAN DE KERCHOVE (M.),**

- *Fonction de juger et pouvoir judiciaire*, Presse de l'Université Saint-Louis, collection générale, 1983.

**LAROUSSE,**

- *Nouveau Larousse universel*, 1949.
- *Nouveau petit Larousse illustré*, 1953.
- *Dictionnaire, XXe siècle*, 1930.

**LAURENT (C.) et VALLÉE (T.),**

- *Sociétés d'exercice libéral*, coll. Encyclopédie Delmas Droit Sociétés, Dalloz, septembre 2004.

**LE ROBERT,**

- REY (A.), ss dir., *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 2ème éd., t.II, 1998.

**LECOUR (D.),**

- *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, coll. Quadrige, 2004, p.681-684.

**LITTRÉ,**

- *Nouveau Littré*, 2004.
- Dictionnaire, éd. Jean-Jacques Pauvert, 1956.

**LYON-CAEN (C.),**

- *Traité de droit commercial*, t.1, n°9 et s., 1889.

**MEMENTO PRATIQUE**

- *Professions libérales*, éd. Francis Lefebvre, 2015-2016.

**OUILLET,**

- Dictionnaire encyclopédique, 1976.

**ODENT (R.),**

- *Contentieux administratif*, Dalloz, T. II, février 2007.

**PERDROT (P.) (dir.),**

- *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine*, Ellipses, 2006.

**PLANIOL (M.) et RIPERT (G.),**

- *Traité élémentaire de droit civil*, T. 11, n°776, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1928.

**PORTALIS (J-E-M.),**

- *Discours et rapports sur le Code civil*, Bibl. de philosophie politique et juridique, PUC, 2010.

**TUFFREAU (F.) (dir.),**

- *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*, Presses de l'EHESP, Hors collection, 2013.

## II. OUVRAGES SPÉCIAUX ET OUVRAGES COLLECTIFS


**AGRESTI (J-P.), BERLAND-BENHAIM (C.) et LECA (A.),**

- *Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent* », Les cahiers du droit de la santé, LEH, n°19, 2014.

**APPLETON (P.),**

- Droit médical, 2ème éd., Librairie du monde médical, 1939.

**AUBY (J-M.),**

- *Profession médicale et profession pharmaceutique*, mélanges offerts à René SAVATIER, librairie Dalloz, 1965.

**AUBY (J-M.), PEQUIGNOT (H.), SAVATIER (J.), SAVATIER (R.),**

- *Traité de droit médical*, Litec, Librairie de la Cour de cassation, 1956.

**AYNAUD (O.),**

- *Profession libérale au XXIe siècle*, éd. Le bord de l'eau, 2020.

**BIZARD (F.),**

- *Politique de santé : réussir le changement*, Dunod, 2015.
- *Et alors ! La réforme globale de la santé c'est pour quand ?*, éd. Broché, novembre 2019.

**BOILEAU (N.),**

- *L'art poétique*, L'imprimerie d'Aug. Delalain, Libraire rue des Mathurins S.-Jacques, n°5, 1815.

**BRETHE DE LA GRESSAYE (J.) et LEGAL (A.),**

- *Le pouvoir disciplinaire dans les institutions privées*, Étude de la sociologie juridique, Librairie du Recueil du Sirey, 1938.

**BUSSIÈRE (M.), DESTAING (J.) et LABAUNE (P.),**

- *Risque et progrès*, éd. Flammarion, coll. Étonnants classiques, 2006.

**COUTANT (D.) et TUFFREAU (F.),**

- *La médecine générale, une spécialité d'avenir*, Presses de l'EHESP, éd. Hygée, 2016.

**COZIAN (M.), CHOCQUE (J-C.) et MASCLET DE BARBARIN (M.),**

- *La fiscalité racontée au médecin libéral*, LexisNexis, 2008.

**DEBIÈVE (E.), LAJARGE (E.), NICOLLET (Z.) et PIOU (S.),**

- *Santé publique en 13 notions*, 2ème éd., Dunod, 2017.

**DESTAIS (N.),**

- *Le système de santé : organisation et régulation*, LGDJ, 2003.

**DUGUET (A-M.),**

- *Jurisprudence professionnelle des médecins – les décisions du Conseil national de l'Ordre des médecins et du Conseil d'État*, tome 3, Berger-Levrault, 1999.

**DUHAMEL (G.),**

- *Paroles de médecin*, éd. du Rocher Monaco, 17e mille, 1946.
- *Problèmes de l'heure*, éd. Mercure de France, 1957.

**DUMESNIL (R.),**

- *Âme du médecin*, éd. Broché, 1938.

**DUMONT (A.),**

- *Profession et natalité*, Bulletins de la société d'anthropologie de Paris, IVe série, tome 8, 1897.

**DUROUSSET (J-L.),**

- *Le privé peut-il guérir l'hôpital*, éd. Nouveaux débats publics, 2010.

**DUVAL-ARNOULD (D.),**

- D. DUVAL-ARNOULD, *Droit de la santé – prise en charge des patients et réparations des dommages liés aux soins*, Dalloz, 2019-2020, p.11.

**ÉLUARD (P.),**

- *L'invention*, in Capitale de la douleur, Galimard, 1926.
- Extrait du poème *Liberté*, écrit et publié en 1942.

**FAURÉ (G.) (dir.),**

- *La loi du 4 mars 2002 : continuité ou nouveauté en droit médical*, éd. PUF, coll. Ceprisca, avril 2003.

**FLAUBERT (G.),**

- *Madame Bovary*, éd. Gallimard, Folio, 2001.

**FREIDSON (E.),**

- *La profession médicale,* Payot, 1984.

**FRISON-FROCHE (M-A.) (dir.),**

- *La régulation des secteurs de la santé*, droit et économie de la régulation, Dalloz, 2011.

**GALLOIS-COCHET (D.),**

- *Les sociétés du secteur libéral de la santé*, vol.14, Les intégrales, 1ère éd., LGDJ, juin 2019.

**GUIHENEUF (V.),**

- *Mémoires d'un médecin de campagne*, Ed. De Borée, Terre de poche, 2013.

**HASSENTEUFEL (P.),**

- *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, 1997.

**JACOB (Y.),**

- *Le chirurgien face à une procédure juridique*, Do Bentzinger Editeur, 2019.

**JEAN XXIII,**

- *Encyclique mater et magistra,* éd. Seuil, coll. Politique, p.60, 1961.

**KANTOROWICZ (E.),**

- *Les deux corps du roi*, Paris, Éditions Gallimard, 1ère édition, 1960.

**LANGLOIS (E.),**

- *L'épreuve du sida : pour une sociologie du sujet fragile*, éd. Presses universitaires de Rennes, coll. Le sens social, 2006.

**LAUDE (A.), MATHIEU (B.), TABUTEAU (D.),**

- *Droit de la santé*, Thémis, 2007.
- *Droit de la santé*, PUF, 2012.

**LAUDE (A.), MOURALIS (J-L.), PONTIER (J-M.), LOUVEL (L.),**

- *Le lamy Droit de la santé*, t. 1, Lamy expert, 2016.
- *Le lamy Droit de la santé*, t. 2, Lamy expert, 2016.

**LAURET (T.) et RIVET (S.),**

- *Les médecins à l'hôpital public – statuts et carrières*, Berger-levrault, 2009.

**LECA (A.),**

- *Le monopole médical en question – France, Etats-Unis, Canada, Japon, Brésil, Vietnam*, Les cahiers du droit de la santé, n°28, LEH, avril 2019.
- *Droit de l'exercice médical en clientèle privée, LEH, Bordeaux, 2012.*

**LECA (A.) et SANCHEZ (S.),**

- *Histoire du droit de la santé*, LEH Édition, coll. Intempora , 2014.

**LEGAL (A.) et BRETHE DE LA GRESSAYE (J.),**

- *Le pouvoir disciplinaire dans les institutions privées*, Étude de la sociologie juridique, Librairie du Recueil du Sirey, 1938.

**LUCAS-BALOUP (I.) et VORMS (B.),**

- *Médecins/Cliniques – Le contrat d'exercice*, éd. Scrof, septembre 2001.

**MATEU (J.), REYNER (M.) et VIALLA (F.) (dir.),**

- *Les Assises du corps transformé - Le cybercorps, du corps substitué au corps augmenté… « le Transhumanisme* », Bordeaux, Ed. LEH, coll. « À la croisée des regards », 2016.

**MÉMETEAU (G.),**

- *Cours de droit médical*, LEH, 4ème éd., 2011.

**MORET-BAILLY (J.) et THOUVENIN (D.),**

- *Les conflits d'intérêts à l'hôpital public : le débat*, Presses de l'EHESP, 2015.

**MORIN (E.),**

- *La méthode*, Éthique, Ed. Seuil, novembre 2004.

**NIETZSCHE (F.),**

- *Ainsi parlait Zarathoustra*, Le livre de poche, 1972.

**ONFRAY (M.),**

- *Brève encyclopédie du monde – Tome 1 : Cosmos*, Flammarion, 2015.

**PENNEAU (J.),**

- *La responsabilité du médecin*, 3ème édition, éd. Dalloz, 2004.
- *Pharmacie*, Lois pénales spéciales, mai 2007.

**PEQUIGNOT (H.),**

- *Médecine et monde moderne*, coll. L'Homme et la machine, Paris, Les éditions de minuit, 1953.

**PEREZ (S.),**

- *Histoire des médecins – Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours* », éd. Perrin, 2015.

**PORTES (L.),**

- *À la recherche de l'éthique médicale*, Paris, Masson & PUG, 1954.

**PRÉVERT (J.),**

- *Inventaire*, Paroles 1946.

**PUJOL (P.),**

- *Le jour où notre système de santé craquera – Marseille 2040*, Flammarion, 2018.

**RICOEUR (P.),**

- *Vivant jusqu'à la mort*, éd. Seuil, 2007.

**RIPERT (G.),**

- *Ébauche d'un droit civil professionnel*, in Mélanges H. Capitant, 1939, p.677.

**SAVATIER (R.),**

- *Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*, 2ème série, Dalloz, 1959.

**SICARD (D.),**

- *La médecine sans le corps. Une réflexion éthique*, Plon, 2002.

**TABUTEAU (D.),**

- *Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Orphys, 2006.

**TOMASI DI LAMPEDUSA (G.),**

- *Le Guépard*, éd. Du Seuil, 2007.

**TREBUCHET (A.),**

- *Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie, et de la pharmacie en France*, éd. J-B Baillière, Librairie de l'Académie royale de médecine, 1834.

**VAGOGNE (J.),**

- *Les professions libérales,* éd. Presses Universitaires de France, coll. Que sais-je, janvier 1985.

**VERCOUSTRE (L.),**

- *Faut-il supprimer les hôpitaux ? L'hôpital au feu de Michel Foucault*, éd. L'harmattan, février 2009.

**VIALLA (F.) (dir.),**

- *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2e éd., 2009.

**VIGNERON (E.),**

- *Pour une approche territoriale de la santé*, l'Aube Datar, 2002.
- *Les territoires au cœur de la réforme*, Droit et santé, n°26, 2008 p.689.
- *Les inégalités de santé dans les territoires français, état de lieux et voies de progrès*, Elservier Masson, 2009.

**WEBER (M.),**

- *Économie et société*, Paris, Plon, 1971.

**ZWEIG (S.),**

- *Le monde d'hier : souvenirs d'un européen*, éd. Librairie générale française, 1996.

## III. ACTES DE COLLOQUE


**ASSEMBLÉE NATIONALE**

- DEBRÉ (J-L.), discours, colloque « *Mieux légiférer* », 28 novembre 2014.

**ASSOCIATION FRANÇAISE DE DROIT DE LA SANTÉ,**

- VIALLA (F.), *La déontologie des professions de santé*, RDSS, actes du colloque de l'Association française du droit de la santé, mars 2018, p.37-60.

**BOUTEILLE-BRIGANT (M.) (dir),**

- *La personne face à l'intelligence artificielle*, coll. Colloque & Essais, éd. Institut Francophone pour la Justice et la démocratie, juin 2021.

**COLLOQUE DE CERISY,**

- *L'utopie de la santé parfaite*, Colloque de Cerisy, L. SFEZ (dir.), Paris, PUF, 2001.

**COLLOQUE DE L'INSTITUT FÉDÉRATIF DE RECHERCHE EN DROIT (IFR),**

- *Santé, numérique et droit-s*, POIROT_MAZÈRES (I.) (dir.), éd. Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2018, coll. Actes de colloques de l'IFR, 2018.

**INSTITUT D'HISTOIRE DU DROIT**

- MAZZUCOTELLI (M.) et ROQUE (L.), *Ordres professionnels et puissance publique : entre rapport de force et jeu d'influence*, Colloque La Puissance, Association montpelliéraine des jeunes historiens du droit, IHD Montpellier, juin 2019 (à paraître).

**MASTER II DROIT DE LA SANTÉ DE TOURS**

- MARECHAL, *Les déserts médicaux, problématiques majeures de notre système de santé*, Colloque SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé, Tours, 3 février 2022, LEH éd., 2022 (à paraître).
- MEKEDDEM (W.), *La place donnée à la pratique libérale au sein des études de médecine*, Colloque SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé, Tours, 3 février 2022, LEH éd., 2022 (à paraître).
- PY (B.), *La charge administrative : frein majeur à l'installation*, colloque SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé, Université de Tours, 3 février 2022, LEH éd., 2022 (à paraître).

- WALID MEKEDEM (M.), *La place donnée à la pratique libérale au sein des études de médecine*, Colloque SOS médecine libérale : soigner les maux de la médecine libérale pour soulager notre système de santé, Tours, 3 février 2022, LEH éd., 2022 (à paraître).

**ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS,**

- BOUILLON (C.), *Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.6-8.

- BOURDILLON (F.), *Table-ronde 3 : Santé publique / One Health ; Quels sont les moyens de réussir à déployer une santé dynamique ? Quels sont les ressorts et les objectifs prioritaires dans le cadre de l'échéance à la présidentielle ?*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022., p.45-46.

- BRISSY (S.), *Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé ; amplifier l'évolution du droit des professions de santé*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.21-27.

- CERETTI (A-M.), *Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.28.

- CHAMBAUD (L.), *Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.12-14.

- CAUMES (G.) et VIALLA (B.), *Pour un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable : quels impacts du colloque six mois après ?*, Analyse d'impact, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.75-76.

- JEANSON (F.), *Table-ronde 1 : Territorialisation, démocratie sanitaire*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.4-5.

- LUCAS (J.), *Table -ronde 4 : Innovation en santé / numérique / intelligence artificielle*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.61-63.

- MORLET-HAÏDARA (L.), *Table -ronde 4 : Innovation en santé / numérique / intelligence artificielle ; De l'usage de l'Intelligence Artificielle dans les soins infirmiers* », Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.51-57.

- MAUBORGNE (S.), *Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.29-30.

- PON (D.), *Table -ronde 4 : Innovation en santé / numérique / intelligence artificielle*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.64-65.

- VÉRAN (O.), *Conclusion*, Colloque de l'Ordre national des infirmiers – Comment construire un système de santé plus proche, plus efficient et plus durable ?, JDSAM, n°33, 2022, p.70-74.

## IV. THÈSES ET MÉMOIRES


**ALCADE (A.),**

- *La profession libérale en droit fiscal*, thèse de droit, Bibl. dr. entr., T.15, Litec, 1984.

**CAPELLA (A.),**

- *L'encadrement des professions libérales en France : l'exemple du corps médical de la IIIe à la IVe République. De la conception à la confirmation des ordres de santé*, thèse de droit, Nice, soutenue le 23 novembre 2015.

**CHAPEAU-SCELLIER (V.),**

- *Le droit de la protection sociale, du principe de solidarité socio-professionnelle vers l'octroi de droits sociaux individuels*, thèse de droit, Montpellier, soutenue le 30 octobre 2021.

**COLLET (C.),**

- *La liberté d'installation des professionnels de santé : entre incitation et contrainte*, l'accompagnement, thèse de droit, Nancy, 2022.

**CROUZET (A-S.),**

- *Expérience d'insécurité vécue par les médecins dans leur pratique médicale : analyse qualitative auprès d'un échantillon de praticiens généralistes et spécialistes*, thèse d'exercice, 1er juin 2021.

**DESSI (F.),**

- *L'évolution de la médecine libérale : de la patrimonialité à la commercialité*, thèse de droit, Montpellier, novembre 2019.

**ÉVIN (C.),**

- *Les droits des usagers du système de santé*, thèse de droit, éd. Berger-levrault, décembre 2002.

**GIRER (M.),**

- *Contribution à une analyse rénovée de la relation de soins – Essai de remise en cause du contrat médical*, thèse de droit, coll. Thèses, LEH, 2010.

**GRELON (B.),**

- *Les entreprises de service*, thèse de droit, Paris, 1976.

**GUIBAL (M.),**

- *L'ordre professionnel*, thèse de droit, Montpellier, 1970.

**LAMBOLEY (A.),**

- *La société civile professionnelle, un nouveau statut de la profession libérale*, thèse de droit, Bibl. dr. entr., Litec, 1975.

**LÉANDRI (A.),**

- *Le contrat d'exercice libéral du médecin*, LEH, coll. Thèses, 2010.

**MARTIN (T.),**

- *Histoire et devenir de l'interdiction de la médecine foraine en médecine générale*, thèse de médecine, Dumas, Rouen, septembre 2019.

**PAUTHIER (C.),**

- *Le critère de l'exercice illégal de la médecine (1673-1793). Entre défaut de droit et manière de soigner*, Thèse de droit, Strasbourg, 2000.

**PITCHO (B.),**

- *Le statut juridique du patient*, thèse de droit, LEH, coll. Thèses, 2004.

**PRUNIÈRES (J-B.),**

- *Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire*, thèse d'exercice, Montpellier, 2018.

**RAKOTOARIVONINA (S.),**

- *Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral*, thèse d'exercice, Nice, 15 septembre 2015.

**ROUSSET (G.),**

- *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*, thèse de droit, coll. Thèses, LEH, 2010.

**SAVATIER (J.),**

- *Étude juridique de la profession libérale*, thèse de droit, 1946.

**TERRIER (E.),**

- *Déontologie médicale et droit, thèse de droit, contribution à la reconnaissance juridique d'une discipline professionnelle*, LEH, coll. Thèses, Montpellier, octobre 2002.

**THIBORD (A.),**

- *Les relations de proximité entre l'ARS et les médecins généralistes libéraux : état des lieux et perspectives*, mémoire EHESP, mars 2016.

**VIALLA (F.),**

- *L'introduction du fonds libéral en droit positif français*, thèse de droit, bibl. dr. entr., LexisNexis, 1999.

## V. ARTICLES


**ABED (S.), BAAMI-FOURCIN (N.), EL-MOUJAHID (M.) et LAHAYE (A.),**

- *Les droits et obligations liés à l'intervention des médecins libéraux dans les établissements de santé*, RGDM, n°64, 2017, p.63-95.

**AGARD (A.),**

- *Professionnels de santé membres des CPTS : une rémunération très attendue*, Houdart&Associés, mars 2022 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**AGARD (A.) et TCHERNOUKHA (M.),**

- *Professionnels libéraux : gare à la qualification de société créée de fait !* , Houdart&Associés, 13 septembre 2021 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**AGRESTI (J-P.), BERLAND-BENHAÏM (C.) et NGAMPIO-OBÉLÉ-BÉLÉ (U.),**

- *Les déserts médicaux*, Les cahiers de droit de la santé, n°19, 2015, p.35-53.

**ALBERT-CROMARIAS (A.) et DIS SANTOS (C.),**

- *Plan santé : les médecins, une ressource stratégique*, The Conversation, septembre 2018 ; [en ligne].

**APOLLIS (B.),**

- *L'activité libérale des praticiens hospitaliers : une mise en perspective historique et juridique*, Les Tribunes de la santé, n°69, mars 2021, p.101-109.

**APOLLIS (B.) et PAGES (J.),**

- *Des réseaux, centres, maisons et pôles de santé, pour quels services ?,* RDS, n°49, p.635-642.

**ARVEILLER (J-P.) et TIZON (P.),**

- *Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire* ? », Pratiques en santé mentale, vol.62, n°2, 2016, p.2.

**AISSAT (D.), AZZOPARDI MUSCAT (N.), DELAFUYS (S.), FAHY (N.), LE DOUARIN (Y-M.), LE NORMAND (M-C.), STÜWE (L.), WILLIAMS (G. A.) et ZABLIT-SCHMIDT (I.),**

- *La Covid-19 et l'utilisation d'outils de santé numériques: une opportunité en pleine crise qui pourrait transformer les prestations de soins de santé*, Eurohealth, n°1, vol.28, 2022, p.34-39.

**A.T,**

- *Des infirmiers formés pour constater le décès ?*, L'Est républicain, 14 juillet 2022 ; [en ligne].

**AYNAUD (O.) et PICARD (D.),**

- *Le statut du médecin par rapport aux autres professions libérales*, Revue française des affaires sociales, 2011, p.311-321.

**BADEL (M.),**

- *Liberté et système de santé*, RDSS, 2005, p.951-962.
- *La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ?*, RDSS, mai-juin 2012, p.520-528.

**BARET (C.) et RODRIGUEZ (M-P.),**

- *Les infirmières en pratique avancée dans les services de soins*, Gestions hospitalières, n°528, 2013, p.410-413.

**BARNAY (T.),**

- *Plan Santé : comment faire reculer les déserts médicaux*, The conversation, septembre 2018 ; [en ligne].

**BARNAY (T.), HARTMANN (L.) et ULMANN (P.),**

- *Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France*, Revue française des affaires sociales, n°1, 2007, p. 109-126.

**BARON-BUAL (H.) et NOLET (P.),**

- *Présidentielles 2017 – Les acteurs de la santé et leurs attentes*, Gestions hospitalières, n°562, janvier 2017, p.57-64.

**BAUBEAU (D.) et CASES (C.),**

- *Peut-on quantifier les besoins de santé ?*, Solidarité et Santé, n°1, 2004, p.17-22.

**BERTRAND (Y.) et BOURGUEIL (Y.),**

- *Évolution des métiers de la santé, coopérations entre professionnels*, Actualité et dossier de santé publique, n°70, mars 2010, p.24-25.

**BÉVIÈRE-BOYER (B.),**

- *La relation médicale : de la complémentarité de la pratique médicale, du droit et de l'éthique*, in LÉONHARD (J.), PY (B.) et VIALLA (F.) (Dir.), Mélanges MÉMETEAU, LEH Éditions, coll. Mélanges, 2015, p.45-53.

**BIZARD (F.),**

- *Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours*, blog F. BIZARD, 13 avril 2012 ; [en ligne sur le site de l'auteur].
- *Santé et liberté seraient-elles devenues incompatibles*, Huffington Post, 25 avril 2015.
- *Un gosplan pour la santé !*, le blog santé, 18 septembre 2018 ; [en ligne].
- *Territorialiser le système de soins est une nécessité*, Club santé social, 11 septembre 2020 ; [en ligne].

**BICHOT (J.),**

- *Quel avenir pour la médecine libérale ? Le cas particulier des blocs opératoires*, Dalloz droit social, n°12, 2011, p.1283-1288.

**BLUCHE (Q.),**

- *On se tient au jus !*, Édito, RDS, n°87, janvier 2019, p.9.
- *Cent ans d'innovation*, RDS, n°100, 2022, p.368-370.

**BONIJOLY (O.) et VIALLA (F.),**

- *La responsabilité du fait du médecin salarié*, VIALLA (F.) (dir.), Les grandes décisions du droit médical, LGDJ, 2e éd., 2009, p.563-572.

**BOQUET (R.) et DUBOULOZ (S),**

- *Innovation organisationnelle. S'ouvrir pour innover plus ?*, Revue française de gestion, n°235, 2013, p.129-147.

**BORGETTO (M.),**

- *L'exercice de la médecine face aux mutations du monde libéral*, RDSS, n°4, juillet-août 2013, p.575-583.

**BOURRET (C.), CALISTE (J-P.) et SAALZANO (G.),**

- *Nouveaux métiers dans le domaine de la santé : maîtrise de l'information, transversalité des compétences et autres exigences*, International of Info & Com Sciences for Decision Making, n°6, mars 2003, p.173-186.

**BRAS (P-L.),**

- *Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée*, Les tribunes de la santé, vol.57, n°4, 2017, p.71-89.

**BRAUN (J.),**

- *Technologies médicales : innovations technologiques en santé au service de la médecine*, Le Guide Santé, 22 avril 2022 ; [en ligne].

**BRECHAT (P-H.) et VIALLA (F.),**

- *Décloisonnement des parcours de formation et des carrières des professionnels de santé – Réforme des études de santé*, RDS Hors-Série sur la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, n°92, novembre 2019, p.848-860.

**BRISSY (S.),**

- *La régulation des professions de santé par les ordres professionnels en droit français et européen*, R. Dir. Sanit., Sao Paulo, v.17, n°3, novembre 2016, p.77-106.

**BURDILLAT (M.),**

- *L'administration sanitaire et sociale dans le champ du débat politique et social*, Revue française des affaires sociales, n°4, 2001, p.13-31.

**CANNASSE (S.),**

- *Relations ville hôpital : pas plus simples aujourd'hui qu'hier !*, Univadis from Medscape, 10 mars 2020 ; [en ligne].

**CAPPELLARI (A.),**

- *Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins*, RGDM, n°72, septembre 2019, p. 65-86.

**CARLIOZ (P.),**

- *La fausse notion de 'désert médical'… Mais il existe une solution innovante contribuant à la résolution de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins*, RGDM, n°58, 2016, p.61-76.

**CHAMPENOIS (G.),**

- *Réquisition des professionnels libéraux face au coronavirus*, Houdart&Associés, 1er avril 2020 ; [en ligne sur le site du cabinet].
- *Loi Rist, le législateur va-t-il assez loin ?*, Houdart&Associés, 30 avril 2021 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**CHAMPETIER DE RIBES (D.),**

- *Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance Maladie et son réseau* », Regards, 2018/1, n°53, p.57-68.

**CHAPLET (P.),**

- *Ce qu'il faut entendre par la patrimonialité du cabinet de l'avocat*, La gazette du palais, 1968, 2e sem., p.185-190.

**CHEVILLARD (G.),**

- *Déserts médicaux et zones fragiles en offres de soins : les maisons de santé sont-elles une solution ?*, RGDM, n°58, p.157-176.

**CHEVILLOTTE (J.),**

- *Pour une suppression du décret de compétences infirmières*, La Revue de l'infirmière, Elsevier, n°281, vol.71, mai 2022, p.1-3.

**CLAVREUL (L.),**

- Coût des soins : de fortes disparités territoriales, Le Monde, 10 juillet 2012.

**COLLET (C.)**

- *Organisation des professions et déontologie*, RDS, n°100, mars 2021, p.215-218.

**COLLET (P.),**

- *La conception de l'impartialité du juge par la chambre criminelle de la Cour de cassation*, Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, vol.3, n°3, 2016, p.485-504.

**COMMARET (D-N.),**

- *Une juste distance ou réflexions sur l'impartialité du magistrat*, D.1998. Chron. 262, spéc. p.262-264.

**CORDIER (C.) et ROBILLARD (J.),**

- *Le PLFSS 2023 est officiellement dévoilé*, Hospimédia, 26 septembre 2022 ; [en ligne].

**CORMIER (M.),**

- *Le phénomène contractuel en droit de la santé*, RGDM, n°10, 2007, p.9-32.
- *Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ?*, RDSS, janvier/février 2019, p.64-74.

**CRISCIANI (C.),**

- *Éthique des consilia et de la consultation : à propos de la cohésion morale de la profession médicale (XIIIe – XIVe siècles)*, Médiévales, n°46, Paris, PUV, printemps 2004, p.23-44.

**DA SILVA (N) et GADREAU (M.),**

- *La médecine libérale en France*, Revue de la régulation, mis en ligne le 17 juin 2015 ; [en ligne].

**DAIGRE (J-J.),**

- *La médecine libérale en France*, Revue de la régulation, mis en ligne le 17 juin 2015 ; [en ligne].

**DANTONEL-COR (N.),**

- *Les maisons de santé pluridisciplinaires : une solution à la désertification médicale territoriale ?*, RDS, n°52, 2013, p.152-162.

**DARRICAU-LUGAT (C.),**

- *Regards sur la profession médicale en France médiévale (XIIe – XVe)*, Cahiers de recherches médiévales, 1999, mis en ligne le 11 janvier 2007 ; [en ligne].

**DAVER (C.),**

- *Et si nous avions à réinventer le contrat d'exercice libéral de demain ?*, *in* LÉONHARD (J.), PY (B.) et VIALLA (F.) (Dir.), Mélanges en l'honneur de G. MÉMETEAU, LEH, vol.1, coll. Mélanges, 2015, p.361-383.

**DAVER (C.) et MÉMETEAU (G.),**

- *Droit des contrats en exercice libéral*, RGDM, n°37, décembre 2010, p.423-456.

**DE LARD-HUCHET (B.),**

- *Crise des urgences : le cadre juridique de la coopération avec la médecine de ville est-il suffisant ?*, Gestions hospitalières, n°617, juin 2022, p.290-292.

**DE SALVIA (M.),**

- *La sécurité juridique en droit constitutionnel français*, Cahiers du Conseil constitutionnel, n°11, décembre 2001 ; [en ligne].

**DE POUVOURVILLE (G.),**

- *L'Organisation des soins*, *in* Traité d'économie et de gestion de la santé, éd. Pierre-Louis BRAS, Presses de Sciences Po, 2009, p.401-406.

**DEBOST (C.),**

- *Consécration de la dérogation aux conditions légales d'exercice médical ou la confirmation du glissement des tâches dans le secteur sanitaire*, RDS, n°49, 2012, p.623-627.
- *Une commune et un chasseur de tête, ou des conséquences de la désertification médicale*, RDS, n°51, 2013, p.76-77.
- *Le colloque singulier à l'épreuve des technologies de l'information et de la communication*, *in* Mélanges MÉMETEAU, LEH Éditions, coll. Mélanges, 2015, p.385-398.

**DEGUERGUE (M.),**

- *La sanction des manquements à la déontologie*, RDSS, Hors-série 2018, Dalloz, mars 2018, p.161-178.

**DEL BANO (J-P.),**

- *Déserts médicaux : état des lieux et solutions*, Le guide santé, novembre 2020 ; [en ligne].

**DEL SOL (M.),**

- *Médecine libérale et permanence des soins de ville*, RDSS, n°02, 2004, p.261-277.

**DELEPLACE (E.),**

- *Les CPTS sont dynamisées par un dispositif d'appui des libéraux en Nouvelle-Aquitaine*, Hospimédia, 28 janvier 2022 ; [en ligne].

**DESCOURS-ALFANDARI (N.),**

- *Vers une modernisation des métiers de demain des professionnels de santé*, RDS, Hors-série 2016 - Loi de modernisation de notre système de santé, septembre 2016, p.115-123.

**DI FAZIO (S.),**

- *De la non-réinstallation à la concurrence… il n'y a qu'une clause !*, RDS, n°17, 2007, p.349-351.

**DUMAS PRIMBAULT (M.),**

- *Les généralistes consacrent 7 heures par semaine aux tâches administratives*, Le Quotidien du Médecin, 22 novembre 2018 ; [en ligne].

**DUMONTET (M.), FRANC (C.) et SAMSON (A-L.),**

- *Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ?* », Revue française d'économie, vol. XXXI, n°4, 2016, p.221-267.

**DUPUIS (C.),**

- *ROSP, forfait structure, consultations complexes : qui et combien en 2018 ?*, Le Quotidien du médecin, 15 juillet 2019 ; [en ligne].
- *Déserts médicaux : la nouvelle ministre Agnès FIRMIN-LE BODO a toujours été contre la contrainte d'installation*, Le Quotidien du médecin, 6 juillet 2022 ; [en ligne].

**DUPUIS (C.) et TRANTHIMY (L.),**

- *Haro sur la suradministration et le cloisonnement du système de santé : l'Institut Montaigne appelle à faire « le pari des territoires* », Le Quotidien du médecin, 16 mai 2022 ; [en ligne].

**DURAND DE BOUSIGEN (D.),**

- *IA en médecine : quels impacts sur la relation médecin-patient ?*, Le Quotidien du médecin, 24 juin 2022 ; [en ligne].

**DJENANE (A.),**

- *Santé et équité. Vers une économie politique de la santé*, Pensée plurielle, vol. 39, n°2, 2015, p.109-120.

**DOMINIQUE (L.),**

- *La déontologie médicale en 2015*, Les Tribunes de la santé, vol.48, n°3, 2015, p.23-32.

**ÉVIN (C.),**

- *Un nouveau cadre pour les hôpitaux de proximité*, Claude Évin avocat, 14 mai 2021 ; [en ligne sur le site de l'auteur].
- *Vers la généralisation du service d'accès aux soins*, Claude Évin avocat, 2 septembre 2022 ; [en ligne sur le site de l'auteur].

**ÉVIN (C.) et HOUDART (L.),**

- *Et maintenant ? Groupements hospitaliers de territoire, état des lieux et feuille de route*, Revue Hospitalière de France, n°571, juillet-août 2016, p.32-37.

**FAURÉ (G.),**

- *Avant-propos*, RGDM, LEH, n°14, 2004, p.11-12.

**FENELON (P-A.),**

- *L'exercice médical multi-sites*, Houdart&Associés, juillet 2019 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**FONDATION IFRAP**

- S*ortir de la suradministration de la santé – les solutions*, le mensuel de la fondation IFRAP, Enquêter pour réformer, n°215, 24 septembre 2020 ; [en ligne].

**FOULT (M.),**

- *Aides à l'installation : le bilan en demi-teinte des contrats démographiques conventionnels*, Le Quotidien du médecin, 19 juillet 2022 ; [en ligne].
- *Devant les cadres de la CSMF, François BRAUN donne des gages aux médecins libéraux mais fixe l'objectif non négociable de la réponse aux besoins de santé*, Le Quotidien du médecin, 23 septembre 2022 ; [en ligne].
- *Un médecin traitant pour chaque français avant la fin de quinquennat : la promesse de François Braun au lancement du CNR santé*, Le Quotidien du médecin, 3 octobre 2022 ; [en ligne].

**FOULT (M.), TRANTHIMY (L.) et HUNSIGER (V.),**

- *Urgences, soins non programmés : Élisabeth Borne retient « toutes les propositions » de la mission Braun*, Le quotidien du médecin, 1er juillet 2022 ; [en ligne].

**FOURMONT (A.), MOREL (B.) et VAILLOT (B.),**

- *Pourquoi la décentralisation n'est pas un remède contre le Covid-19*, Le courrier des maires et des élus locaux, avril 2020 ; [en ligne].

**FOURNEYRON (E.), RACHID SALMI (L.) et WITTER (J.),**

- *Numérique et santé - Réalités et défis pour l'organisation du système de santé de premiers recours*, Revue Médecine et sciences, n°6-7, vol.34, juin-juillet 2018, p.581-586.

**FRAISSE (P.),**

- *Vers une reconnaissance des infirmières en pratique avancée*, Elsevier Masson SAS, Soins cadres, Vol. 26, Issue 102, mai 2017, p.22-25.

**FRELAUT (M.),**

- *Les déserts médicaux*, Regards, vol.53, n°1, 2018, p.105-116.

**FRISON-ROCHE (M-A.),**

- *L'impartialité du juge*, D.1999. Chron. 53, spéc. N°1, p.53-57.

**GABRIEL (O.),**

- *Hôpital : Le Service d'Accès aux Soins (SAS), une solution à la crise des urgences ?*, 20 minutes Santé, 9 juin 2022 ; [en ligne].

**GALAM (E.),**

- *Quelles initiatives pour la qualité de vie au travail des professionnels libéraux ?*, ADSP, n°110, mars 2020, p.46-49.

**GALANOPOULO (L.),**

- *Régulation de l'accès aux urgences, délégations de tâches et équipes interpro : « face au mur », le Président de l'Ordre fixe le cap*, Le quotidien du médecin, 29 juin 2022 ; [en ligne].
- *C à 30 euros contre conventionnement sélectif : un sénateur LR dépose une proposition de loi pour renforcer l'accès aux soins*, Le Quotidien du médecin, 18 juillet 2022 ; [en ligne].
- *Accès ponctuel aux IPA, revalo de 20% des forfaits de suivi… Les infirmières libérales signent un nouvel avenant avec la Cnam*, Le Quotidien du médecin, 28 juillet 2022 ; [en ligne].

**GALLETTI (F.),**

- *Existe-t-il une obligation de bien légiférer ? Propos sur « l'incompétence négative du législateur » dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel*, Revue française de droit constitutionnel, n°2, 2004, p.387-417.

**GANGLOFF (L.),**

- *Professionnels de santé libéraux : la clause de non-concurrence, un jeu d'équilibriste*, Houdart&Associés, 2 mars 2021 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**GARELLO (J.),**

- *La médecine est-elle encore libérale ?*, Contrepoints de la santé, novembre 2016 ; [en ligne].

**GHARBI (L.),**

- *Les libéraux dans les cliniques*, Les Tribunes de la santé, vol.48, n°3, 2015, p.93-97.

**GILLES (D.),**

- *Notaire salarié : un professionnel libéral ?*, JCP, 1993, I, p.213.

**GIRER (M.),**

- *La responsabilisation du patient en sa qualité d'assuré social, un concept vertueux ?*, RGDM, 2011, p.45 et s.
- *Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée*, Sciences sociales et santé, vol.32, 2014, p.29-37.

**GIRER (M.) et ROUSSET (G.),**

- Avant-propos, *in La lutte contre les inégalités territoriales de santé*, RGDM (dossier), n°58, 2016, p.21-24.

**GOUFFIER (Dr.),**

- *L'encombrement de la profession médicale : causes, résultats, remèdes*, Concours médical, n°45, 10 novembre 1900 ; [en ligne].

**GRAS (F.),**

- *Communication et déontologie des professions de santé*, Legicom, 1996/1, n°11, p.13-20.

**GRASS (E.),**

- *L'inflation législative a-t-elle un sens ?*, Revue du droit public, n°119, 2003, p.139-142.

**GUERRIAUD (M.),**

- *Le monopole pharmaceutique français*, CDSA, 2017, version numérique 2018, p.23-24.

**GUICHARD FRIOT (V.) et RABILLER (S.),**

- *Hôpitaux de proximité, vecteurs de redynamisation de l'organisation de la santé ?*, RDS, n°92, 2019, p.902-911.

**GUY-GRAND (M.) et REINE (P.),**

- *Le choix du véhicule juridique pour porter les CPTS*, RDS, n°92, 2019, p.894-898.

**HAEHNEL (P.),**

- *Lieux et modes d'exercice*, ADSP, n°32, septembre 2000, p.33-34.

**HANSEL (B.),**

- *2071 : L'IA et la machine vont libérer le médecin*, Le quotidien du médecin, 19 février 2021 ; [en ligne].

**HASSENTEUFEL (P.),**

- *Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire*, Les Tribunes de la santé, vol.18, n°1, 2008, p.21-28.

**HÉLARDOT (V.) et MULOT (S.),**

- *Les relations de soins : du colloque singulier au pluralisme médical,* p.185-206 in M. DRULHE et F. SICOT, *La santé à cœur ouvert – Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, éd. Presses universitaires du Midi, coll. Socio-logiques, 2011.

**HÉMERY (P.),**

- *Le contrat de début d'exercice favorisera l'exercice coordonné*, Hospimédia, 22 mars 2021 ; [en ligne].
- *La coordination des dynamiques territoriales en santé facilite la création des CPTS*, Hospimédia, 24 août 2022 ; [en ligne].

**HEYRAUD (E.),**

- *Territorialiser le système de soins est une nécessité*, Club santé social, 11 septembre 2020 ; [en ligne].

**HOUDART (L.),**

- *Projet territorial de santé, CPTS et hôpitaux de proximité*, Houdart&Associés, mars 2019 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**HOUDART (S.) et HOUDART (L.),**

- *Ma santé 2022 annonce-t-il la mort du contrat d'exercice libéral ?*, Houdart&Associés, 9 octobre 2018 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**HOUDART (L.) et JACQUET (M.),**

- *Une SISARL, sinon rien !*, Houdart&Associés, 21 septembre 2021 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**HUET (M.),**

- *Réforme du cadre juridique et fiscal des CPTS et maisons de santé*, Huet avocat, 20 mai 2021 ; [en ligne sur le site de l'auteur].

**HUGLO (J-G.),**

- *La Cour de cassation et le principe de sécurité juridique*, Cahiers du Conseil constitutionnel, n°11, décembre 2001 ; [en ligne].

**JABOT (F.) et LAURENT (A.),**

- *Les contrats locaux de santé en quête de sens*, Santé publique, vol.30. n°2, 2018, p.155-156.

**JAUFFRET (J-M.),**

- *Le contrat entre un médecin et une clinique privée est-il un contrat d'exercice libéral ou un contrat de travail ?*, Village de la justice, 4 mai 2020 ; [en ligne].

**JACQUET (M.),**

- *Pour éviter que votre contrat d'exercice libéral devienne un nid à contentieux, n'oubliez pas de le toiletter*, Houdart&Associés, 2017 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**JEAN XXIII,**

- *Encycle mater et magistra*, in Trois encyclopédies sociales, éd. Seuil, coll. Politique, 1961, p.60.

**JEUNE (L.),**

- *Post Covid-19 : l'avenir des coopérations entre acteurs de la santé – point de vue*, Houdart&Associés, 25 juin 2020 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**KOS AVOCATS,**

- *Les 10 commandements pour se lancer dans la téléconsultation dérogatoire Covid-19*, 20 mars 2020 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**KRKAC (M.),**

- *On ne peut imputer aux soignants un défaut structurel d'organisation*, RDS, n°77, mai 2017, p.384-386.
- *La loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification est adoptée,* RDS, n°102, juillet 2021, p.628-629.

**KOCH (M.),**

- *Quand doctolib s'impose dans le monde de la santé*, France culture, 17 mai 2019 ; [en ligne].

**LAMBOLEY (A.),**

- *Dix ans d'exercice en groupe des professions libérales*, in Dix ans de droit de l'entreprise, Bibl. dr. ent. T.7, p.429.

**LAUDE (A.),**

- *Le patient, nouvel acteur de santé ?*, Recueil Dalloz, 2007, p.1151-1155.
- *La médecine libérale : quel avenir ?*, RDSS, 2011, p.5-7.
- *Le patient entre responsabilité et responsabilisation*, Les Tribunes de la santé, vol.41, n°4, 2013, p.79-87.

**LAURENT (X.) et LESNÉ (C.),**

- *Ma santé 2022 – les GHT : toujours plus loin dans l'intégration*, Houdart&Associés, 2019 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**LÉANDRI (A.),**

- *La rupture du contrat d'exercice libéral par la clinique*, RGDM, n°24, 2007, p.167-194.

**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*, RDSS, 2011, n°HS, pp.91-102.

**LEGROS (B.),**

- *Le paternalisme médical en droit français. Entre maintien et transformation*, *in* Mélanges en l'honneur de J-M. CLÉMENT, LEH, 2014, p.173-194.

**LENOIR (L.),**

- *Ces médecins en secteur 3, affranchis de la Sécu*, Le Figaro, 26 mai 2018 ; [en ligne].

**LEROY (Y),**

- L*a notion d'effectivité du droit*, Droit et société, vol. 79, n°3, 2011, p.715-732.

**LESENNE (C.),**

- *Dix-sept nouveaux protocoles de coopération sont désormais opérationnels*, RDS, n°102, juillet 2021, p.671-673.

**LICHER (C.),**

- *Le médecin libéral en 2010*, Les tribunes de la santé, n°28, 2010, p.55-63.

**LONG (S.),**

- *Français, allemands, anglais, Belges… qui sont les médecins les mieux payés ?*, Le Quotidien du médecin, 14 mai 2022 ; [en ligne].
- *Polémique autour des congés estivaux de deux généralistes, l'Ordre rappelle l'éthique déontologique des médecins,* Le Quotidien du médecin, 19 août 2022 ; [en ligne].

**MACRON (A.),**

- *Covid-19 : de l'impact des mesures de confinement sur l'exercice professionnel de certaines professions règlementées*, RDS, n°96, juillet 2020, p.679-684.

**MACSF,**

- *Coordination ville-hôpital : le point de vue d'un médecin généraliste*, mars 2019 ; [en ligne].

**MAQUET (CH).,**

- *Professions libérales et patrimonialité*, JCP, éd. gen., 1956, p.1333.

**MARIÉ (R.),**

- *La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question*, Droit social, 2012, p.404-411.
- *À la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé*, RDSS, Dalloz, 2019, p.74-84.

**MARTIN (L.),**

- *Hôpitaux de proximité : pour une offre de soin au plus près des patients*, m-soigner information, janvier 2020 ; [en ligne].

**MAS (B.),**

- *L'État ne peut plus ignorer les déserts médicaux*, Avenir hospitalier, 2012 ; [en ligne].

**MAZZUCOTELLI (M.),**

- *Contrats d'exercice libéral et obligations contractuelles : attention au respect des clauses*, RDS, n°85, septembre 2018, p. 752-754.
- *Exercice en pratique avancée : un nouveau statut pour la profession*, RDS, n°86, 2018, p.925-926.
- *Pratique avancée : la psychiatrie fait son entrée*, RDS, n°93, janvier 2020, p.58-59.
- P*rofessionnels libéraux et Covid-19 : d'oubliés à rescapés*, *in* VIALLA (F.) et VIELFAURE (P.) (dir.), Les pouvoirs publics face aux épidémies – De l'Antiquité au XXIe siècle, LEH Edition, coll. À la croisée des regards, 2021, p.239-245.
- *Cent ans de contrat d'exercice libéral*, RDS, n°100, mars 2021, p.178-182.
- *Les urgences font leur entrée en pratique avancée*, RDS, n°105, janvier 2022, p.74-75.

**MAZZUCOTELLI (M.) et ROQUE (L.),**

- *Publicité des médecins et des chirurgiens-dentistes : le juge français au diapason de l'Union*, RDS, n°94, 2020, p.264-266.
- *Publicité des praticiens : parce qu'ils le valent bien*, RDS, n°101, mai 2021, p.443-445.

**MAZZUCOTELLI (M.) et VIALLA (F.),**

- *La catégorie des professionnels de santé : des contours redessinés*, RDS, Hors-série 2016, p.110-115.

**MÉLIN (F.),**

- *La personne de confiance de l'article L.1111-6 du Code de la santé publique*, *in* FAURÉ (G.) (dir.), La loi du 4 mars 2002 : continuité ou nouveauté en droit médical, éd. PUF, coll. Ceprisca, avril 2003, p.111-124.

**MÉMETEAU (G.),**

- *Une halte sur l'actualité des contrats d'exercice médicaux en clinique privée*, RGDM, n°48, 2013, p.235-253.
- *Éloge du paternalisme médical*, RGDM, 2017, p.117-132.
- *Droit des contrats en exercice libéral*, RGDM, n°67, juin 2018, p.203-208.

**MICHAUD (S.),**

- *Des glissements de tâches à la coopération entre professionnels de santé*, Gestions hospitalières, n°503, février 2011, p.87-94.

**MIJUSKOVIC (V.),**

- *L'organisation détaillée de l'exercice coordonnée au travers des CPTS*, RDS, n°94, 2020, p.292-294.

**MISTRETTA (P.),**

- *Actes médicaux et droits de l'enfant : réflexions sur l'autonomie du mineur*, *in* Mélanges en l'honneur du Professeur Claire NEIRINCK, LexisNexis, 2015, p.105-106.

**MOQUET-ANGER (M-L.),**

- *Les conditions de l'exercice d'une activité libérale des praticiens statutaires à temps plein dans les établissements publics de santé*, in *Les conflits d'intérêts à l'hôpital public : le débat*, J. MORET-BAILLY et D. THOUVENIN (dir.), Presses de l'EHESP, 2015, p.105-124.

**MORET (A.),**

- *Éric CHENUT appelle à refonder le système de santé et à redéfinir la Sécurité sociale*, Hospimédia, 2 septembre 2022 ; [en ligne].

**MORET-BAILY (J.),**

- *Les modes de définitions des professions de santé : présent et avenir*, RDSS, Dalloz, 2008, p.508-518.

**MORLAAS-COURTIES (M.),**

- *Le désamour contractuel dans les contrats à durée indéterminée : les affres de la rupture unilatérale*, RDS, n°41, 2011, p.271-274.

**MIJUSKOVIC (V.),**

- *L'organisation détaillée de l'exercice coordonnée au travers des CPTS*, RDS, n°94, 2020, p.292-294.

**MULLER-QUOY (I.),**

- *La territorialisation des politiques sanitaires*, *in* Droit et gestion des collectivités territoriales, Tome 29, L'action sociale des collectivités territoriales, 2009, p.79-89.

**NABET (N.) et PRIBILE (P.),**

- *Repenser l'organisation territoriale des soins*, Stratégie de transformation du système de santé, octobre 2018 ; [en ligne].

**NAYRAC (C.),**

- *La CSMF demande une formation des futurs médecins plus ouverte sur le monde libéral*, Hospimédia, 11 septembre 2017 ; [en ligne].
- *Les médecins libéraux prônent la 'solidarité intergénérationnelle' pour améliorer l'accès aux soins*, Hospimédia, 5 février 2018 ; [en ligne].
- *Une ordonnance assouplit l'encadrement de l'exercice coordonné dans les CPTS et les MSP*, Hospimédia, 14 mai 2021 ; [en ligne].
- *Un projet de décret ouvre la voie à un exercice libéral pour les aides-soignants*, Hospimédia, 11 juin 2021 ; [en ligne].
- *Le flou demeure autour du projet de décret esquissant un rôle propre des aides-soignants*, Hospimédia, 18 juin 2021 ; [en ligne].
- *La CSMF formule dix propositions pour favoriser l'accès aux soins*, Hospimédia, 14 janvier 2022 ; [en ligne].
- *L'avenir de la médecine de ville passe par la coordination et un changement de paradigme*, Hospimédia, 09 février 2022 ; [en ligne].
- *Les jeunes et futurs médecins apportent des solutions sur l'accès aux soins*, Hospimédia, 13 avril 2022 ; [en ligne].
- *L'Union nationale des IPA alerte sur le manque de moyens pour pérenniser la profession*, Hospimédia, 26 avril 2022 ; [en ligne].
- *Les médecins libéraux se sont plus investis sur les objectifs de santé publique en 2021*, Hospimédia, 27 avril 2022 ; [en ligne].
- *La nouvelle gouvernance de l'Ordre des médecins entend jouer un rôle de « facilitateur »* Hospimédia, 29 juin 2022 ; [en ligne].
- *L'Ardèche multiplie les initiatives pour attirer et garder les professionnels de santé*, Hospimédia, 2 juillet 2022 ; [en ligne].

**ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS,**

- *Les assistants médicaux : la « fausse bonne idée » du Plan santé*, Paris, 11 février 2019 ; [en ligne].

**ORTIZ (J-P.),**

- *Quel avenir pour la médecine de ville ?*, Contrepoints de la santé, février 2022.

**PAMBRUN (M.),**

- *Un médecin libéral souhaitant exercer en GCS doit-il en référer aux instances ordinales ?*, Houdart&Associés, 13 mars 2020 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**PASQUELIN (A.),**

- *Vers la création du statut d'IPA en prévention et contrôle de l'infection ?*, Hospitalia, 13 juin 2022 ; [en ligne].

**PERRIN-HUISMAN (E.),**

- *Humain augmenté, humain diminué ?*, Raison présente, vol.205, n°1, 2018, p.7-9.

**PLAUD (S.),**

- *Principe de précaution et progrès scientifique*, Éthique et économique, 2010 ; [en ligne].

**PFEFFERKORN (R.),**

- *Laissez-faire, laissez-passer*, in Raison présente, n°165, Critiques du libéralisme économique, 2008, p.5-13.

**POIROT-MAZÈRES (I.),**

- *La réforme des études en santé*, RGDM, n°72, septembre 2019, p.23-42.

**POLTON (D.),**

- *Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international*, Revue française des affaires sociales, 2004, p.267-299.
- *Quel avenir pour la médecine de ville ?*, Contrepoints de la santé, février 2022 ; [en ligne].

**PORTES (L.),**

- *Du consentement médical du malade à l'acte médical, communication*, 30 janvier 1950, *in* À la recherche d'une éthique médicale, Masson/ PUF, 1964, p.155-163.

**POUILLARD (J.),**

- *Historique du Conseil nationale de l'Ordre des médecins (1845-1945)*, Histoire des sciences médicales, n°2, 2005, p.213-223.

**PRIEUR (C.),**

- *L'évolution historique de l'organisation des relations entre la médecine libérale et les régimes d'assurance maladie : 1930-1976*, RTDSS, 1976, p.308.

**PY (B.),**

- *Les auxiliaires médicaux en pratique avancée : qui sont-ils ? Quelles sont leurs compétences ? Quel est leur statut ?*, RDS, n°97, septembre 2020, p.932-934.
- *Cent ans de secret professionnel*, RDS, n°100, 2022, p.230-250.

**QUÉGUINER (T.),**

- *Pour l'Ordre des médecins, la permanence des soins reste la grande oubliée des pouvoirs publics*, Hospimédia, 23 avril 2015 ; [en ligne].
- *Libéraux et transporteurs sanitaires sont encouragés à participer au Samu-SAS*, Hospimédia, 27 septembre 2022 ; [en ligne].

**RAJA-ROQUE (C.),**

- *Les auxiliaires médicaux dans la loi de modernisation de notre système de santé : entre stabilisation et évolution*, RGDM, n°66, 2018, p.37-56.

**REBECQ (G.),**

- *Médecins libéraux : les rapports avec les caisses de la sécurité sociale*, RDSS, n°HS, août 2011, p.45-64.

**RENAUD (A.),**

- *1927 : la charte de la médecine libérale contre les mutuelles*, Le Quotidien du médecin, 19 août 2015 ; [en ligne].

**REVUE DE FORMATION CONTINUE DE RÉFERENCE POUR LES MÉDECINS ET LES SPÉCIALISTES DES DIVERSES DISCIPLINES MÉDICALES,**

- *Innovation dans les technologies médicales : pourquoi et comment s'impliquer ?*, Revue médicale suisse, 2013 ; [en ligne].

**RICAN (S.) et VAILLANT (Z.),**

- *Territoire et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. Commentaire*, Sciences sociales et santé, vol.27, n°1, 2009, p.33-42.

**RIST (S.),**

- *Quel avenir pour la médecine de ville ?*, Contrepoints de la santé, février 2022 ; [en ligne].

**ROCHE (M.),**

- *Réflexion d'un médecin sur le droit médical*, Cahiers de droit médical, Académie internationale de médecine légale et de médecine sociale, n°1, 8 juin 1981 ; [en ligne].

**ROLAND (J.),**

- *La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic*, Bull. Académie nationale de médecine, n°8, séance du 6 novembre 2007 ; [en ligne].

**ROUSSET (G).,**

- *La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux*, RDSS, 2012, p.1061-1069.
- *La promotion de l'accès aux soins dans le plan « Ma santé 2022 » : entre innovation et timidité*, RDSS, janvier/février 2019, p.5-14.

**SAISON-DEMARS (J.),**

- *« Ma santé 2022 » : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé ?*, RDSS, 2019, p.25-34.
- *Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital*, RDSS, 2022, p.197-205.

**SAMSON (A-L.),**

- *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?*, Regards croisés sur l'économie, vol.5, n°1, 2009, p.144-158.

**SAVATIER (J),**

- *Contribution à une étude de la profession*, *in* Dix ans de conférences d'agrégation, Études de droit commercial offertes à J.Hamel, Dalloz 1961, p.3.
- *Qu'est-ce qu'une profession libérale,* Rev. Projet, 1966, p.458.
- *L'application du droit du travail dans les établissements de santé privés*, RDSS., 1990, p.476.

**SAVATIER (R.),**

- *L'inflation législative et l'indigestion du corps social*, Dalloz, chron., 1977, p.43-48.

**SCHMITT (Y.),**

- *L'exercice mixte est aujourd'hui très attractif pour les jeunes médecins*, in What's up doc ?, 30 octobre 2019 ; [en ligne].

**SCHWEYER (X-F.),**

- *Histoire et démographie médicales*, ADSP n°32, septembre 2000.

**SOUTEYRAND (P.),**

- *Pourquoi les médecins libéraux ont raison d'être méfiants face aux GHT ?*, Le quotidien du médecin, novembre 2019 ; [en ligne].

**STILLMUNKES (P.),**

- *La notion de profession libérale et son évolution récente*, AJDA, 1964, p.404.

**TABUTEAU (D.),**

- *L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary,* Droit social, 2009, p.383-401.
- *Santé et liberté*, Pouvoirs, n°130, 2009, p.97-111.
- *Pouvoirs publics et professions de santé*, les Tribunes de la santé, n°26, 2011, p.103-121.
- *Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation*, Les Tribunes de la santé, vol. 41, n°4, 2013, p.37-55.
- *Éditorial*, Les tribunes de la santé, vol. 69, n°3, 2021, p.5-7.

**TCHERNOUKHA (M.) et VÉRAN (A.),**

- *Gestion de 2000 maisons de santé d'ici 2022 : et après ?*, Houdart&Associés, 20 septembre 2022 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**THENAILLE (O.),**

- *La procédure de suspension en urgence des professionnels de santé par l'ARS*, Village de la justice, 16 février 2021 ; [en ligne].

**TILLY (A-L.) et VIALLA (F.),**

- *Misera plebs : L'accès aux soins des personnes les plus démunies*, RGDM, n°80, 2021, p.75-94.

**TONNELLIER (F.),**

- *Le médecin de campagne, ou l'ambiguïté des symboles*, Les Tribunes de la santé, vol.23, n°2, 2009, p.57-63.

**TRANTHIMY (L.),**

- *Paiement à l'acte, liberté, autonomie : le SML fixe les lignes rouges après le plan Macron*, Le Quotidien du médecin, Septembre 2018 ; [en ligne].
- *Face au Covid-19, les nouvelles CPTS à la manœuvre pour désengorger les hôpitaux*, Le Quotidien du médecin, 27 mars 2020 ; [en ligne].
- *Union sacrée des médecins libéraux et hospitaliers pour une régulation de l'accès aux urgences*, Le quotidien du médecin, 27 juin 2022 ; [en ligne].
- *Les patients voient les IPA d'un bon œil*, Le Quotidien du médecin, 1er juillet 2022 ; [en ligne].
- *C à 50 euros, secteur II pour les volontaires dans les déserts et médecin volant : le Président du SML lance l'offensive conventionnelle*, Le Quotidien du médecin, 30 septembre 2022 ; [en ligne].

**TRIBAULT (G.),**

- *La souplesse a fait la force des CPTS durant la crise Covid-19*, Hospimédia, 20 juillet 2020 ; [en ligne].

**TRUCHET (D.),**

- *L'intervention publique dans le domaine de la santé*, La décision médicale et le droit, AJDA, 1995, n°9, p.587.
- *La notion d'intérêt général : le point de vue d'un professeur de droit*, Legicom, vol.58, n°1, 2017, p. 5-11.
- *Préface,* Code de déontologie de l'ostéopathie, novembre 2018 ; [en ligne].

**TURPIN (A.),**

- *À propos des clauses de non-concurrence et des conditions de retrait des associés d'une SCP de praticiens de la santé*, RDS, n°23, 2008, p.346-348.

**UZEL (A.),**

- *Quant participer à un groupement de coopération sanitaire ne vaut pas site d'exercice distinct,* Village de la justice, 29 octobre 2020 ; [en ligne].

**VALLENCIEN (G.),**

- *Le médecin du XXIe siècle – Sa place et son rôle*, Gallimard, n°167, 2011/5, p.80 -99.
- *Être médecin au XXIe siècle*, Les Échos, 3 septembre 2019 ; [en ligne].

**VÉRAN (A.),**

- *Favoriser la rénovation de la régulation des soins non programmés*, Houdart&Associés.
- *Service d'accès aux soins : vers une régulation territoriale des soins non programmés ?*, Houdart&Associés, 20 septembre 2021 ; [en ligne sur le site du cabinet].

- *Indemnités de pertes de revenus : doit-on tenir compte des horaires d'activités de chaque professionnel de santé ?*, Houdart&Associés, mars 2022 ; [en ligne sur le site du cabinet].
- *Lutte contre les déserts médicaux et collaboration salariée*, Houdart&Associés, 13 septembre 2022 ; [en ligne sur le site du cabinet].

**VERDIER (H.),**

- *Médecine : la fin du colloque singulier ?*, Blog Henri Verdier, 20 janvier 2010 ; [ en ligne sur le site de l'auteur].

**VÉRON (P.),**

- *Pas touche à ma liberté d'installation ou j'te fourcade !* , RDS, n°44, 2011, p.591-592.

**VÉRON (P.) et VIALLA (F.),**

- *Qualification juridique du colloque singulier : faut-il en finir avec le contrat ?*, in Mélanges en l'honneur du Professeur Patrick A. MOLINARI, V. GAUTRAIS, C. RÉGIS et L. LARGENTÉ (dir), éd. Thémis, Montréal, 2018, p.245-277.

**VIALLA (F.),**

- *Indépendance du médecin, liberté thérapeutique, liberté de prescription*, in Les grandes décisions du droit médical, LGDJ, 2e éd., 2009, p.193-208.
- *La faute d'humanisme*, RGDM, 10 ans d'application de la loi Kouchner, n° spécial, 2013, p.61-81.
- *Salutat vos Lucas medicus carissimus. L'ambivalence des devoirs du médecin, in* LÉONHARD (J.), PY (B.) et VIALLA (F.) (Dir.), Mélanges en l'honneur de Gérard MÉMETEAU, LEH, 2015, p.209-226.
- *L'indépendance du médecin à nouveau proclamée*, Médecine&Droit, 2016, p.33-36.
- *La déontologie des professions de santé*, RDSS, Hors-série 2018, Dalloz, p.37-60.
- *Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé*, RGDM, n°82, 2022, p.65-90.

**VIENNOIS (J-P.),**

- *Sociétés d'exercice libéral de médecins et lieux d'exercice de la profession*, RGDM, n°21, 2006, p.173-190.

**ZIRAR (W.),**

- *Comment l'épidémie de Covid-19 a fait exploser l'offre numérique en santé*, TIC Santé, 16 juin 2020 ; [en ligne].

## VI. NOTES ET OBSERVATIONS

**CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS,**

- Commentaire sous CSP, art.R.4127-5.

**FHF,**

- *Ordonnance relative à l'attractivité des carrières médicales hospitalières*, note explicative, 22 mars 2021.

**GAZETTE DU PALAIS,**

- Gazette du Palais, mai 2022, n°15 – note sous Civ.2ème, 7 avril 2022, n°20-20.498.

**JCP G,**

- MÉMETEAU (G.), *Contrat d'exercice libéral. Redevance. Forfait de salle d'opération (non)*, note sous Civ.1ère, 27 juin 2000, JCP G, 2000.IV.2423, p.1725 ; Soc., 8 juin 2000, Bull.civ. V, n°225, p.175, Juris-Data 002365.

**REVUE GÉNÉRALE DU DROIT,**

- D. GIRARD, *Juge administratif spécialisé et juge pénal : vade-mecum de coexistence pacifique*, note sous CE ASS., 30 décembre 2014, Bonnemaison, n°381245, Revue générale du droit, 2019.

**REVUE TRIMESTRIEL DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL,**

- Concl. Sous CE, 31 janvier 1969, M. BAUDOIN, RTD sanitaire et social, D. 1969, p.177 et 187.

## VII. RAPPORTS, RECOMMANDATIONS ET AVIS


**ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE,**

- *La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic*, Article du bulletin, 6 novembre 2007.

**ANEMF, ISNAR-IMG et REAGJIR,**

- *Contre la fin de la liberté d'installation, jeunes et futurs médecins proposent des solutions*, avril 2022.

**ASSURANCE MALADIE**

- *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*, 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 2019, juillet 2018.

**AUGROS (S.), DOINEAU (E.) et MESNIER (T.),**

- Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins, octobre 2018.

**CARLI (P.) et MESNIER (T.),**

- *Pour un pacte de refondation des urgences*, Rapport, décembre 2019

**CESE**

- *Santé et nouvelles technologies de l'information*, n°98, avril 2002.
- Les avis du CESE, *Les déserts médicaux*, CESE 27, décembre 2017.

**CLEISS**

- *Le système de santé en France*, 5 mai 2020.

**COMITE DIRECTEUR DU CONSEIL DE L'EUROPE POUR LES DROITS DE L'HOMME DANS LES DOMAINES DE LA BIOMEDECINE ET DE LA SANTE**

- *L'impact de l'intelligence artificielle sur la relation médecin-patient*, 7 juin 2022.

**CONSEIL D'ÉTAT,**

- *Jurisprudence et avis de 1998 - l'intérêt général,* La documentation française, 1999.
- Avis sur un projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 7 février 2019.
- *Les entretiens du Conseil d'État en droit social*, Palais Royal, 7 février 2020.

**CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS,**

- *Infirmière de pratique avancée en France – Position du conseil national de l'ordre des infirmiers*, 6 février 2017.

**CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS,**

- *Rapport de la commission jeunes médecins : évolution mode d'exercice*, 2009.
- *Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1er janvier 2011*, 2011.
- *Sixième atlas de la démographie médicale,* 2012.
- *Étude sur l'installation des jeunes médecins*, 11 avril 2019.
- *Projet de rapport public thématique portant sur l'Ordre des médecins – réponses du CNOM*, décembre 2019.
- Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, « *Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinale 2018* », 26 décembre 2019.
- *Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1er janvier 2021*, sous la direction du Dr Jean-François GERARD-VARET, Président de la Commission des Études Statistiques et de l'Atlas, 2021.
- *Soigner demain,* février 2022.

**CORDIER (A.),**

- *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des « sages »*, juin 2013.

**COUR DE CASSATION,**

- Rapport annuel, Cour de cassation, 2007.
- Rapport annuel, *La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation*, troisième partie, 2007.

**COUR DES COMPTES,**

- Rapport sur la sécurité sociale, septembre 2011.
- *L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs,* Novembre 2017.
- *L'ordre des médecins*, Rapport public thématique, décembre 2019.

**DEVICTOR (B.),**

- *Le service public territorial de santé – Le service public hospitalier : Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, mars 2014.

**DGOS,**

- *L'infirmier en pratique avancée*, mai 2018.

**DREES,**

- *Comptes nationaux de la santé 2009*, Série statistique, n°149-2, septembre 2010.
- *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, n°17, mai 2017.
- *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population*, n°1144, février 2020.
- *Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9% par an en euros constants entre 2014 et 2017*, n°1223, mars 2022.
- Études et résultats, *Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe*, n°1229, mai 2022.

**FHF,**

- *Renforcer le lien ville – hôpital*, 28 mars 2018.

**GIVORD (F.),**

- *Rapport de synthèse du 45ème congrès de l'ANAF dans le défi de la profession libérale*, Dalloz.

**HAS,**

- *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, présidé par BERLAND (Y.), octobre 2010.
- *L'évaluation des aspects éthiques à la HAS*, avril 2013.
- *Patient et professionnels de santé : décider ensemble*, octobre 2013.
- *Télémédecine*, 4 octobre 2016.
- *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins – expérimenter, c'est imaginer*, septembre 2017.
- *Protocole de coopération entre professionnels de santé* », juin 2021.
- *Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sage-femmes – premier volet, personnes de plus de seize ans*, 23 juin 2022.

**HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE,**

- *Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé*, Avis, 24 mai 2018.

**IFRAP,**

- *Sortir de la suradministration de la santé, les solutions*, n°215, septembre 2020.

**IGAS,**

- *La démographie médicale*, n°96098, 1996.
- *L'assurance en responsabilité civile médicale*, février 2007.
- *Évaluation de la coordination d'appui aux soins*, n°02014-010R, décembre 2014.
- FAUCHIER-MAGNAN (E.) et WALLON (V), *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé*, appui à la DGOS, IGAS, n°2018-041R, août 2018.
- *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, n°2021-051R, novembre 2021.
- *La formation continue dans la fonction publique hospitalière*, n°2021-218, décembre 2021

**INSTITUT MONTAIGNE,**

- *Santé : faire le pari des territoires*, mai 2022.

**INSTITUT ROUSSEAU,**

- *Notre système de santé après le covid-19 : réussir le changement de paradigme*, 3 mai 2020.

**INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES,**

- *Guidelines on advanced practice nursing 2020*, 16 avril 2020.

**IRDES**

- *Glissement des tâches au sein des professions de santé*, juillet 2007.
- *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009*, Question d'économie de la santé, septembre 2010.
- *La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Ma santé 2022*, synthèse documentaire, mai 2021.
- SAFON (M-O.), *Les réformes hospitalières en France – Aspects historiques et règlementaires*, synthèse documentaire IRDES, juin 2021.

**LAUDE (A.), KOUCHNER (C.) et TABUTEAU (D.),**

- *Rapport sur les droits des malades 2007-2008*, Éditions de l'EHESP, janvier 2009

**LEGMANN (Dr.),**

- Rapport officiel, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, avril 2010.

**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ,**

- LAURENT (D.), *L'activité libérale dans les établissements publics de santé*, remis au ministre des affaires sociales et de la santé, mars 2013.

- MESNIER (T.), *Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires*, remis à Madame la ministre des Solidarités et de la Santé, mai 2018.
- Dossier de presse, *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?*, Ministre des solidarités et de la santé, 3 mai 2019.
- AUGROS (S.), *Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins*, septembre 2019.
- *Préparation au risque épidémique Covid-19 : établissements de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux*, Guide méthodologique, 20 février 2020.
- Ségur de la santé, Pilier 1 « *Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent* », dossier de presse, juillet 2020.
- *Service d'accès aux soins : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure*, 24 novembre 2020.
- *Comités citoyens du numérique en santé – dessinons ensemble la santé de demain*, avis rendu le 28 novembre 2021.

**MOUSSERON (J-M.),**

- *Rapport général* in l'exercice en groupe des professions libérales, Bibl. dr. ent., T.6, Litec 1974.

**SÉNAT**

- Rapport du Sénat sur la LFSS pour 2012, *débat sur la désertification médicale*, 13 janvier 2011.
- Rapport d'information du Sénat fait au nom de « *la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire* », n°335, 5 février 2013.
- *Insécurité des médecins libéraux*, Question écrite n°04245 de Mme A. DELMONT-KOROPOULIS, JO Sénat du 5 avril 2018.
- J-M BOCKEL, Table ronde « *La coordination collectivités territoriales – ARS, un premier bilan* », Rapport d'information du Sénat, 28 mai 2020.
- Commission des affaires sociales, *L'assurance responsabilité civile médicale : un bilan encore partiel, un suivi nécessaire*, 16 juin 2021.
- Commission des affaires sociales du Sénat, *Sécurité sociale : après la tempête, retrouver un cap*, rapport d'information, 7 juillet 2021.
- MOUILLER (P.) et SCHLLINGER (P.), *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins*, n°63, enregistré à la Présidence du Sénat le 14 octobre 2021.

- *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France*, n°587, remis à M. le Président du Sénat le 29 mars 2022.

**SICARD (D.),**

- *Penser solidairement la fin de vie – Partie II, la médecine désarmée*, décembre 2012.

**URPS,**

- *Étude des transferts de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux*, Rapport de recherche, Rhône-Alpes, n°411, 2004.

# VIII. TEXTES LÉGISLATIFS ET RÈGLEMENTAIRES

## Traités

- Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, JO n°C326, du 26 octobre 2012.

## Lois

- Loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, JORF n°0298 du 24 décembre 2022.
- Loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, JORF n°0044 du 22 février 2022.
- Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, JORF n°0299 du 24 décembre 2021.
- Loi n°2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, JORF n°0178 du 3 août 2021.
- Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, JORF n°0099 du 27 avril 2021.
- Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020.
- Décret n°2020-148 du 20 février 2020 relatif au fonctionnement du comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux prévus à l'article L.4011-3 et à leur application au service de santé des armées, JORF n°0045 du 22 février 2020.
- 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.
- Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, JORF n°0297 du 23 décembre 2018.
- Loi n°2017-1841 du 30 décembre 2017 ratifiant l'ordonnance n°2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé, JORF n°0305 du 31 décembre 2017.
- Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, JORF n°0305 du 31 décembre 2017.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

- Loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 portant réforme des retraites, JORF n°0017 du 21 janvier 2014.
- Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, JORF n°0294 du 18 décembre 2012.
- Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, JORF n°0071 du 23 mars 2012.
- 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, JORF n°0185 du 11 août 2011.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire, JORF n°0167 du 22 juillet 2009.
- Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, JORF n°0296 du 21 décembre 2007.
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°0190 du 17 août 2004.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004.
- Loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité médicale, JORF du 31 décembre 2002.
- 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.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991.
- Loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés d'exercice libéral des professions libérales soumises à un statut législatif ou règlementaire ou dont le titre est protégé, JORF du 5 janvier 1991.
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971.
- 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.
- Loi fiscale du 31 juillet 1917.

**<u>Propositions de loi</u>**

- Proposition de loi n°21 visant à favoriser l'installation de médecins en zones sous-dotées, 8 juillet 2022.
- Proposition de loi n°3622 visant à instaurer un mécanisme de conventionnement sélectif des médecins libéraux en zones surdotées, 1er décembre 2020.

- Proposition n°4735 du 30 novembre 2021 visant à lutter contre la désertification médicale à l'heure de difficultés majeures d'accès aux soins.
- Proposition de loi n°2681 visant à lutter contre le développement des déserts médicaux, 11 février 2020.
- Proposition n°1542 du 19 décembre 2018 pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale.
- Proposition de loi n°477 visant à lutter contre la désertification médicale, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale, 6 décembre 2017.
- Proposition de loi n°2597 visant à lutter contre les déserts médicaux, 18 février 2015.

**Ordonnances**

- Ordonnance n°2021-1470 du 10 novembre 2021 relative à la mise en cohérence des codes et lois avec l'article 23 de la loi n°2019-774 du 24 juillet relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0263 du 11 novembre 2021.
- Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé, JORF n°0167 du 21 juillet 2021.
- Ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé, JORF n°0111 du 13 mai 2021.
- Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité, JORF n°0111 du 13 mai 2021.
- Ordonnance n°2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières, JORF n°0066 du 18 mars 2021.
- Ordonnance n°2020-505 du 2 mai 2020 instituant une aide aux acteurs de santé, JORF n°0108 du 3 mai 2020.
- Ordonnance n°2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du Code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants, JORF n°0134 du 13 juin 2018.
- Ordonnance n°2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie, JORF n°0002 du 4 janvier 2018.
- Ordonnance n°2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé, JORF n°0100 du 28 avril 2017.

- Ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé, JORF n°0041 du 25 février 2017.
- Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 relative à la partie législative du Code de la consommation, JORF n°0064 du 16 mars 2016.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 15 avril 1996.
- 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, JORF n°0307 du 31 décembre 1958.
- Ordonnances n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, JORF n°0290 du 12 décembre 1958.
- Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, JORF du 28 septembre 1945.
- Ordonnance portant que nul ne pourra exercer la profession de médecin à Paris s'il n'est docteur ou licencié, Paris, décembre 1352.

**Décrets**

- Décret n°2022-1087 du 29 juillet 2022 relatif aux attributions de la ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, JORF n°0175 du 30 juillet 2022.
- Décret n°2022-798 du 11 mai 2022 relatif à la composition et au fonctionnement du conseil national de la certification périodique, JORF n°0110 du 12 mai 2022.
- Décret n°2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au télétravail et à la télésanté au travail, JORF n°0098 du 27 avril 2022.
- Décret n°2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine, JORF n°0095 du 23 avril 2022.
- Décret n°2022-375 du 16 mars 2022 fixant les modalités de fonctionnement des communautés professionnelles territoriales de santé, JORF n°0064 du 17 mars 2022.
- Décret n°2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Décret n°2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier, JORF n°0031 du 6 février 2022.

- Décret n°2022-133 du 5 février 2022 relatif à l'activité libérale des praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Décret n°2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Décret n°2021-1512 du 19 novembre 2021 relatif aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles locaux de coopération au sein des dispositifs d'exercice coordonné et des établissements et services médico-sociaux, JORF n°0271 du 21 novembre 2021.
- Décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers dans le domaine d'intervention des urgences, JORF n°0250 du 26 octobre 2021.
- Décret n°2021-1048 du 4 août 2021 relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique en santé, JORF n°0182 du 7 août 2021.
- décret n°2021-804 du 24 juin 2021 relatif aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles locaux de coopération des établissements de santé, des groupements hospitaliers de territoire et du service de santé des armées, JORF n°0146 du 25 juin 2021.
- Décret n°2021-747 du 9 juin 2021 relatif aux conditions de constitution d'un groupement d'employeurs au sein d'une SISA, JORF n°0134 du 11 juin 2021.
- Décret n°2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté, JORF n°0128 du 4 juin 2021.
- Décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital et du décret n°2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présentes des commissions médicales de groupement et des missions médicales d'établissement, JORF n°0123 du 29 mai 2021.
- Décret n°2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité, JORF n°0111 du 13 mai 2021.
- Décret n°2021-506 du 27 avril 2021 modifiant les décrets n°2020-1262 du 16 octobre 2020 et n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JORF n°0100 du 28 avril 2021.
- Décret n°2021-431 du 12 avril 2021 portant modification du décret n°2020-1807 du 30 décembre 2020 relatif à la mise en œuvre de l'aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de Covid-19, JORF n°0087 du 13 avril 2021.
- Décret n°2021-325 du 26 mars 2021 modifiant les décrets n°2020-1262 du 16 octobre 2020 et n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures

générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JORF n°0074 du 27 mars 2020.

- Décret n°2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, JORF n°0068 du 20 mars 2021.
- Décret n°2020-1807 du 30 décembre 2020 relatif à la mise en œuvre de l'aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de Covid-19, JORF n°0316 du 31 décembre 2020.
- Décret n°2020-1666 du 22 décembre 2020 relatif au contrat de début d'exercice prévu à l'article L.1435-4-2 du Code de la santé publique, JORF n°0311 du 24 décembre 2020.
- Décret n°2020-1662 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des médecins et relatif à leur communication professionnelle, JORF n°0311 du 24 décembre 2020.
- Décret n°2020-1661 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des sage-femmes et relatif à leur communication professionnelle, JORF n°0311 du 24 décembre 2020.
- Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des infirmiers et relatif notamment à leur communication professionnelle, JORF n°0311 du 24 décembre 2020.
- Décret n°2020-1658 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des chirurgiens-dentistes et relatif à leur communication professionnelle, JORF n°0311 du 24 décembre 2020.
- Décret n°2020-244 du 12 mars 2020 portant statut particulier du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière, JORF n°0063 du 14 mars 2020.
- Décret n°2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie, JORF n°0187 du 13 août 2019.
- Décret n°2019-511 du 23 mai 2019 modifiant le Code de déontologie des médecins et la réglementation des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelle, JORF n°0121 du 25 mai 2019.
- Décret n°2018-805 du 25 septembre 2018 relatif aux conditions de réalisation de la vaccination antigrippale par un infirmier ou une infirmière, JORF n°0222 du 26 septembre 2018.
- Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19 juillet 2018.
- Décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3 du Code de la

santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire, JORF n°0105 du 4 mai 2017.

- Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, article 1er, JORF n°0276 du 27 novembre 2016.
- Décret n°2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins, JORF n°0169 du 22 juillet 2016.
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, JORF n°0101 du 29 avril 2016.
- Décret n°2015-1358 du 26 octobre 2015 relatif au contrat de praticien isolé à activité saisonnière, JORF n°0250 du 26 octobre 2015.
- Décret n°2015-1357 du 26 octobre 2015 relatif au contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, JORF n°0250 du 28 octobre 2015.
- Décret n°2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale, JORF n°0189 du 15 août 2013.
- Décret n°2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé, arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article L.6146-21 du Code de santé publique et arrêté du 28 mars 2011 relatif à l'indemnisation forfaitaire des médecins exerçant à titre libéral admis à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé prévue à l'article R.6146-23 CSP, JORF n°0075 du 30 mars 2011.
- Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, JORF n°0245 du 21 octobre 2010.
- Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire, JORF n°0170 du 25 juillet 2010.
- Décret n°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé, JORF n°0126 du 3 juin 2010.
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions règlementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n°183 du 8 août 2004.
- Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, JORF n°209 du 8 septembre 1995.
- Décret n°95-284 du 14 mars 1995 portant Code de déontologie des pharmaciens et modifiant le Code de la santé publique, JORF n°64 du 16 mars 1995.
- Décret n°94-500 du 15 juin 1994 modifiant le décret n°67-671 du 22 juillet 1967 portant Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, JORF n°143 du 22 juin 1994.

- Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, JORF n°41 du 18 février 1993.
- Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la santé publique, JORF n°78 du 1er avril 1992.
- Décret n°91-779 du 8 août 1991 portant Code de déontologie des sage-femmes, JORF n°189 du 14 août 1991.
- Décret n°67-671 du 22 juillet 1967 portant Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, JORF du 9 août 1967.
- Décret n°60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale, JORF du 13 mai 1960.
- Décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, JORF du 28 juin 1947.
- Décrets des 28 juin et 8 juillet 1793 relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents.

*Arrêtés*

- Arrêté du 26 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2022 relatif à la vaccination contre le virus Monkeypox, JORF n°0172 du 27 juillet 2022.
- Arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier des vaccinations administrées par un infirmier ou une infirmière, sans prescription préalable de l'acte d'injection ou encore l'arrêté du 21 avril 2022 modifiant l'arrêté du 1er mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sage-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer, JORF n°0095 du 23 avril 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5° des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du code de la santé publique, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives à l'indemnité d'engagement de service public exclusif, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 28 mars 2007 relatif à l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison prévue au 4 des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du code de la santé publique, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 fixant le montant et les modalités de versement de la part variable des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 2° de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique, JORF n°0031 du 6 février 2022.

- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 14 mars 2017 fixant les modalités d'application des dispositions relatives à la prime d'engagement de carrière hospitalière des assistants des hôpitaux et des praticiens contractuels exerçant leur activité dans les établissements publics de santé, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux et odontologiques dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des internes et des étudiants en médecine, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 relatif à l'indemnité de précarité prévue à l'article R.6152-375 du Code de la santé publique, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 15 décembre 2021 relatif à la prime de solidarité territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 modifiant l'arrêté du 19 mars 2018 fixant la procédure de délivrance de l'autorisation temporaire d'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire ou de la pharmacie et le modèle de convention d'accueil mentionnée à l'article R. 4111-35 du code de la santé publique, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 5 février 2022 fixant les modalités de publication des vacances de postes et les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier, JORF n°0031 du 6 février 2022.
- Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnées à l'article R.4301-3-1 du Code de la santé publique, JORF n°0251 du 27 octobre 2021.

- Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF n°0135 du 12 juin 2021.
- Arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de la crise sanitaire, JORF n°0126 du 2 juin 2021.
- Arrêté du 2 février 2021 relatif au contrat type du contrat de début d'exercice, JORF n°0038 du 13 février 2021.
- Arrêté du 2 septembre 2020 portant modification de diverses dispositions relatives au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales et à l'organisation des épreuves classantes nationales, JORF n°0221 du 10 septembre 2020.
- Arrêté du 28 mars 2020 portant diverses dispositions relatives à l'indemnisation des professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation, réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie de covid-19, JORF n°0077 du 29 mars 2020.
- Arrêté du 20 février 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession de sage-femme pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique.
- Arrêté du 10 janvier 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'infirmier pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique, JORF n°0013 du 16 janvier 2020.
- Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical, JORF n°0263 du 13 novembre 2019.
- Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, JORF n°0192 du 20 août 2019 modifié par un arrêté du 24 septembre 2019, JORF n°0235 du 9 octobre 2019.
- Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers, JORF n°0187 du 13 août 2019.
- Arrêté du 28 mai 2019 fixant le seuil d'affiliation au régime des prestations complémentaires de vieillesse des médecins libéraux, JORF n°0128 du 4 juin 2019.
- Arrêté du 23 avril 2019 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par les pharmaciens d'officine, JORF n°0097 du 25 avril 2019.
- Arrêté du 16 novembre 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique.

- Arrêté du 25 septembre 2018 modifiant l'arrêté du 14 novembre 2017 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal saisonnier pratiquée par un infirmier ou une infirmière, JORF n°0222 du 26 septembre 2018.
- 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, JORF n°0183 du 10 août 2018.
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du Code de la santé publique, JORF n°0164 du 19 juillet 2018.
- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19 juillet 2018.
- Arrêté du 4 décembre 2017 relatif à la déclaration préalable de prestation de services pour les professions médicales et les pharmaciens, JORF n°0283 du 5 décembre 2017.
- 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.
- Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, JORF n°0182 du 5 août 2017.
- Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L.1110-12 CSP, JORF n°0280 du 2 décembre 2016.
- 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, JORF n°0248 du 23 octobre 2016.
- Arrêté du 10 octobre 2016 fixant la liste des vaccinations que les sage-femmes sont autorisées à pratiquer, JORF n°0244 du 19 octobre 2016.
- Arrêté du 1er octobre 2013 relatif à la méthodologie applicable à la profession de chirurgien-dentiste pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique.
- Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire, JORF n°0170 du 25 juillet 2010.
- Arrêté du 5 octobre 2004 fixant le modèle du formulaire « établissements de santé privés – bordereau de facturation », JORF n°245 du 20 octobre 2004.
- Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non-médecins, JORF du 1er février 1962.

**Instructions**

- Note d'information n°DGOS/RH1/2021/108 du 26 mai 2021 relative au développement de l'apprentissage dans la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant.
- Instruction n°DSS/SD1A/2020 du 29 mai 2020 relative aux modalités de rémunération des médecins libéraux exerçant dans les unités de réanimation et de médecine Covid-19 dans les établissements de santé privés.
- Instruction n°DGOS/DIR/2019/XX du 30 janvier 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires ».
- Instruction n°DGOS/R2/R5//2014/22 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux.

**Directives**

- Directive 2006/123/CE du parlement et du Conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur.
- Directive n°2005/36/CE du parlement et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

**Codes**

Code civil

- Article 1106

Code de la santé publique

- Article L.1110-5.
- Article L.1110-8.
- Article L.1110-12.
- Article L.3131-8.
- Articles L.1434-1 à L.1434-14.
- Article L.3131-8.
- Article L.3131-15.
- Article L.4011-3.
- Articles L.4111-1 à L.4163-10.
- Article L.4112-1.
- Article L.4151-1.
- Article L.4161-1.

- Articles L.4211-1 à L.4253-3.
- Articles L.4212-1 à L.4212-8.
- Article L.4301-1.
- Article L.4311-1.
- Articles L.5125-3 et s.
- Article L.6111-3-1.
- Articles L.6132-1 et s.
- Article L.6133-1.
- Article L.6146-2.
- Article L.6154-2.
- Articles L.6321-1 et s.
- Articles L.6323-1 à L.6323-3.
- Article L.6327-1.
- Article R.4113-23.
- Article R. 4113-74.
- Article R.4113-111.
- Article R.4127-4.
- Article R.4127-5.
- Article R.4127-6.
- Article R.4127-8.
- Article R. 4127-19.
- Article R.4127-53.
- Article L.4127-74.
- Article R.4127-83.
- Article R.4312-72.
- Article R.6111-24.
- Article R.6146-17.
- Article R.6152-3.
- Article R.6315-4.

Code de la sécurité sociale

- Article L.114-18.
- Article L.162-2.
- Article L.162-5-3.
- Articles L.162-14-1 et s.
- Article L.640-1.

Code de l'action sociale et des familles

- Article L.113-2.
- Article L.113-3.

- Article L.312-1.

# IX. JURISPRUDENCES

## Conseil constitutionnel

- CC, 12 juillet 1979, n°79-107 DC.
- CC, 16 janvier 1982, n°81-132 DC.
- CC, 23 janvier 1987, n°86-227 DC.
- CC, 28 juillet 1989, n°89-260 DC.
- CC, 17 janvier 2013, n°2012-289 QPC.
- CC, 21 janvier 2016, n°2015-728 DC.

## Cour de cassation

Assemblée plénière

- Ass. Plen., 28 mai 1975, n°75-10.371.
- Ass. Plen., 25 février 2000, n°97-17.378, 97-20.152.

Première chambre civile

- Civ., 30 décembre 1936 dit arrêt Mercier.
- Civ.1ère, 21 février 1961.
- civ.1ère, 3 janvier 1996, n°94-10.177.
- Civ.1ère, 11 mai 1999, n°97-14.493.
- Civ.1ère, 9 novembre 2004, n°01-17.908, n°01-17.168.
- Civ.1ère, 21 février 2006, n°02-21.240.
- Civ.1ère, 31 mai 2007, n°05-19.978.
- Civ.1ère, 31 janvier 2008, n°2008-042542.
- Civ.1ère, 16 octobre 2013, n°12-23.333.
- Civ.1ère, 16 octobre 2013, n°12-27.574.
- Civ.1ère, 4 février 2015, n°13-26.452.
- Civ.1ère, 13 juillet 2016, n°15.20-268.
- Civ.1ère, 16 octobre 2013, n°12-27.574.
- Civ.1ère, 5 avril 2018, n°17-11.897.
- Civ.1ère, 14 novembre 2018, n°17-23.135.
- Civ.1ère, 25 novembre 2020, n°19-20.748.

Deuxième chambre civile

- Civ.2ème, 12 avril 2018, n°16-23.863.

Chambre Sociale

- Soc., 22 juillet 1954 : Bull. civ. 1954.
- Soc., 3 février 1972, n°71-40.214.
- Soc., 18 juin 1992, n°90-13.594.
- Soc., 13 novembre 1996, n°94-13.187.
- Soc., 7 mai 1997, n°87-43.470.
- Soc., 10 juillet 2002, n°00-45.135.
- Soc., 7 novembre 2006, n°04-47.683.
- Soc., 3 février 2010, n°08-43.031.
- Soc., 29 janvier 2014, n°12-27.511.

Chambre commerciale

- Com., 26 janvier 2010, n°09-65.086.
- Com., 7 octobre 2014, n°13-21.086.

Chambre criminelle

- Crim., 25 mai 1905.
- Crim., 12 juin 1978, n°77-93.769.

Cour d'appel

- CA Versailles, 29 septembre 1995, n°1995-046745.
- CA Nîmes, 27 janvier 2004, n°2004-234698.
- CA Douai, 21 novembre 2006, n°05/01607.
- CA Riom, 31 janvier 2007, n°06/00440.
- CA Orléans, 7 mai 2007, n°06/01390.
- CA Nîmes, 25 novembre 2008, n°07/03121.
- CA Lyon, 11 décembre 2007, n°2007-355081.
- CA Rennes, 4 mai 2010, n°09/04272.
- CA Aix-en-Provence, 13 décembre 2010, n°08/09571.
- CA Caen, 26 octobre 2012, n°10/02864.
- CA Pau, 13 janvier 2013, n°14/01369.
- CA Montpellier, 28 avril 2015, n°13/08864.
- CA Paris, 11 mars 2016, n°14/14567.
- CA Douai, 27 octobre 2016, n°15/03076.
- CA Lyon, 4 janvier 2017, n°14/08126.
- CA Dijon, 5 janvier 2017, n°14/00796.
- CA Agen, 14 février 2017, n°15/01594.
- CA Montpellier, 16 mars 2017, n°16/04867.
- CA Reims, 10 avril 2018, n°17/00488.

- CA Douai, 30 novembre 2018, n°16/04794.
- CA Paris, 29 mars 2019, n°15/02904.
- CA Aix-en-Provence, 3ème et 4ème ch. réunies, 8 juillet 2021.

**Conseil d'État**

- CE, 20 mars 1901, n°94580.
- CE Ass., 2 avril 1943, n°72210.
- CE, 2 février 1945, n°76127.
- CE Ass., 22 novembre 1946, n°74725.
- CE, 30 avril 1948.
- CE sect., 7 décembre 1956, n°26528.
- CE, 9 juin 1967, n°68156.
- CE, 14 février 1969, n°71978.
- CE, 3 juillet 1970, n°78636.
- CE, 30 avril 1997 n°173044 et n°174212.
- CE, 18 février 1998, n°171851.
- CE, 9 décembre 2003, n°262186.
- CE, 24 mars 2006, n°288460.
- CE, 23 juillet 2010, n°320390.
- CE Ass., 30 décembre 2014, n°381245.
- CE, 13 juillet 2016, n°387763.
- CE, 13 janvier 2017, n°386799.
- CE, 15 mars 2017, n°395398.
- CE, 11 octobre 2017, n°402497.
- CE, 12 avril 2019, n°427173.
- CE, 6 novembre 2019, n°416948 et 420225.
- CE, 2 mars 2020, n°418219.
- CE, 17 avril 2020, n°440057.
- CE, 18 novembre 2020, n°431554.
- CE, 23 novembre 2020, n°434354.
- CE, 13 octobre 2021, n°427355.
- CE, 29 décembre 2021, n°441568.
- CE, 18 juillet 2022, n°465316.

**Cour administrative d'appel**

- CAA Lyon, 1er mars 2012, n°11LY00782.
- CAA Lyon, 19 décembre 2017, n°15LY02815.
- CAA Lyon, 11 décembre 2018, n°17LY00847.

**Tribunal administratif**

- TA Sarrebourg, 17 avril 2018, n°1503238, n°1503319, n°1505931.
- TA Châlons-en-Champagne, 9 octobre 2015, n°1501768, 1501769.

**Tribunal des conflits**

- TC, 14 février 2000, n°02929.

**Cour de justice de l'Union européenne**

- CJCE, 14 juillet 1972, Azienda Colori Nazionali c/ Commission.
- CJUE, 4 mai 2017, aff. C-339/15, arrêt Luc Vanderborght.

**Cour européenne des droits de l'Homme**

- CEDH, 13 juin 1979, Marckx c/ Belgique.
- CEDH, 27 juillet 2006, Dr G. c/ France, n°69742/01.
- CEDH, 19 mars 2019, n°32216/15, Nicolas Bonnemaison c/ France.

**Autres**

- Cour Royale de Nîmes, 27 mai 1829.
- Chambre disciplinaire de 1ère instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Languedoc-Roussillon, 3 juillet 2010, dossier n°8/7/10.
- Décision n°2018.0117/DC/SEEP du 25 juillet 2018 du collège de la HAS portant adaptation de la recommandation vaccinale relative à l'extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination contre la grippe.
- Décision du 30 octobre 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la modification du dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins libéraux conventionnés, JORF n°0294, du 20 décembre 2018.
- Ch. Disc. Nationale des médecins, 21 février 2021, Dr C., req. N°11088.

## X. SITES INTERNET


- www.academie-medecine.fr.
- www.ameli.fr.
- www.aphp.fr/professionnel-de-sante/cooperations-bonnes-pratiques/protocoles-de-cooperations-entre-professionnels.
- www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-santé.
- www.blog.madeformed.com/avenir-exercice-liberal-medecin.
- www.blog.nalo.fr/lexique/laissez-faire.
- www.caducee.net.
- www.canalacademie.com/ida10759-Social-et-societal.html.
- www.ccomptes.fr.
- www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.htlm.
- www.conseil-etat.fr/decisions-de-justice/jurisprudence/les-grandes-decisions-depuis-1873/conseil-d-etat-2-avril-1943-bouguen.
- www.conseil-national.medecin.fr.
- www.dictionnaire-academie.fr.
- www.dress.solidarites-sante.gouv.fr.
- www.e-marketing.fr.
- www.economie.gouv.fr.
- www. economie.gouv.fr/saef-marches-publics-14-18/sources-grande-guerre
- www.france3-regions.francetvinfo.fr.
- www.esante.gouv.fr/virage-numerique/feuille-de-route.
- www.essentiel-sante-magazine.fr/sante/acces-aux-soins/les-bus-sante-itinerants-luttent-contre-les-deserts-medicaux-et-les-difficultes-dacces-a-la-sante.
- www.filieris.fr.
- www.fredericbizard.com/analyse-historique-et-economique-de-la-medecine-liberale-de-la-revolution-a-nos-jours/
- www.henriverdier.com/2010/01/medecine-la-fin-du-colloque-singulier.
- www.houdart.org.
- www.iledefrance.ars.sante.fr.
- www.infirmiers.com/profession-infirmiere.
- www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/pratiques-avancees-de-quoi-parlons-nous.htlm
- www.journals.openedition.org/regulation/11120.
- www.laviedesidées.fr.
- www.lefigaro.fr/economie/le-scan-echo.

- www.lequotidiendumedecin.fr.
- www.neuflizeobc.fr/actualites/crise-sanitaire-revele-nouveau-paradigme-pour-sante.htlm.
- www.osteopathe-syndicat.fr/medias/page/6388-Code-de-deontologie-des-osteopathes-du-SFDO.pdf.
- www.ordre-infirmiers.fr.
- www.paca.ars.sante.fr.
- www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf.
- www.service-public.fr.
- www.universalis.fr/encyclopedie/medecine-relation-malade-medecin/.
- www.urssaf.fr/home/independant/je-cree-mon-entreprise/le-conjoint-collaborateur.html
- www.vidal.fr.
- www.vie-publique.fr.
- www.village-justice.com.
- www.vincenthazebroucq.fr/Nouvelles_cooperations.htm.

## XI. AUTRES


**ANCIEN TESTAMENT,**

**ANNAN (K.),**

- Discours à l'Assemblée générale de l'ONU, 24 septembre 2001.

**ARS OCCITANIE,**

- Communiqué de presse, *19 nouvelles maisons de santé en Occitanie*, 25 mars 2021.

**BATTAGLIA (M.) et CLAVREUL (L.),**

- *Interview de BRAUN (F.)*, Le Monde, 30 septembre 2022.

**BELLEVILLE (T.) et LACHAUD (Y.),**

- *Le contrat d'exercice médical à l'épreuve des restructurations des cliniques privées* », projet article contrats cliniques, 21 septembre 2009.

**BOURGEOIS (I.), FOURNIER (C.) et NAIDITCH (M.),**

- *Action de santé libérale en équipe (ASALEE) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires*, IRDES, Questions d'économie de la santé, avril 2018, n°232.

**BOURGUEIL (Y.), CASES (C.) et LE FUR (P.),**

- *Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles*, Questions d'économie de la santé, n°144, juillet 2009.

**BUZYN (A.),**

- Discours, conférence de presse « Ma santé 2022 », 18 septembre 2018.

**CARMF,**

- Guide, *cumul retraite/ activité libérale*, 2019.

**CHARTE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE,**

- 30 novembre 1927.

**CNAM,**

- *Séance d'ouverture des négociations conventionnelles d'assistants médicaux*, 24 janvier 2019.

**CNOM,**

- *À quoi sert la déontologie aujourd'hui ?*, 14ème jeudi de l'Ordre, 24 janvier 2002.

- *Histoire de l'ordre national des médecins français*, à partir d'un texte présenté à la Société française d'histoire de la médecine, séance du 15 mai 2004.

**CONCOURS PLURIPRO,**

- *Centres de santé – nouveaux modèles, nouvelles pratiques ?*, n°18, octobre 2022.

**CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE CÔTE D'OR DE L'ORDRE DES MÉDECINS,**

- *L'insécurité des médecins*, avril 2017.

**CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS,**

- *Guide pratique d'exercice professionnels à l'usage des médecins* », 6ème éd. mise à jour, Masson et Cie, 1966.
- *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, Dr. M. LEGMANN, avril 2010.
- *Observatoire pour la sécurité des médecins* », 2014.
- *Pour l'avenir de la santé*, Libre blanc, 26 janvier 2016.
- *Grande consultation – Les propositions de l'Ordre,* Le bulletin de l'Ordre des médecins, n°42, janv/fev. 2016.
- *Observatoire de la sécurité des médecins en 2018 – Recensement national des incidents par la section EP du CNOM*, avril 2019.
- *Les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires*, avril 2019.

**DALLOZ,**

- Fiche d'orientation, « *Sécurité juridique* », décembre 2021.

**DELAMAIRE (M-L.) et LAFORTUNE (G.),**

- *Les pratiques avancées : une description et évaluation des expériences dans douze pays développés*, document de travail de l'OCDE sur la santé, n°54, 2010.

**DEVULDER (F.),**

- *Conférence de presse*, septembre 2022.

**DEWITTE (J-P.),**

- Ancien Président de la conférence des DG de CHU, discours introductif, 2018.

**EHESP,**

- *Les hôpitaux de proximité peuvent-ils contribuer à améliorer l'accès aux soins* ?, Module interprofessionnel de santé publique, 2020.

**ÉVIN (C.) et POUILLAUDE (H-B.),**

- *Quelles coopérations entre les acteurs de santé post covid-19?*, Webinaire BRL Avocats, 30 juin 2020.

**FATÔME (T.),**

- Discours, Directeur général de la CNAM, journée de rentrée du Centre national des professions libérales de santé, 8 octobre 2020.

**GHARBI (L.),**

- Discours, Rencontres de la FHP, 2022.

**HAS**

- *Téléconsultation et téléexpertise – mise en œuvre*, fiche Mémo, mai 2019.
- Communiqué de presse, *Vaccination contre la Covid-19 : impliquer davantage de professionnels pour accélérer la campagne*, mis en ligne le 26 mars 2021.

**INSTITUT DROIT ET SANTÉ,**

- Ebook, *Les professionnels de santé en Europe : la notion de « profession de santé »*, Repères Droit Santé, juin 2018.

**KOUCHNER (B.),**

- Ouverture des débats, loi du 4 mars 2002.

**LE CONCOURS MÉDICAL**

- Journal de médecine et de chirurgie, 1883.

**MATTEI (J-F.),**

- *Le pouvoir médical*, conférence prononcée devant l'Académie des sciences morales et politiques, Institut de France, 5 décembre 2020.

**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ,**

- Stratégie nationale de santé 2018-2022, août 2018,
- Dossier de presse, *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?*, Ministre des solidarités et de la santé, 3 mai 2019.
- Guide relatif aux évolutions des SISA, *Maisons de santé pluriprofessionnelles : évolution du statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires – ce qu'il faut retenir de l'ordonnance du 12 mai 2021*, mai 2021.

**NAYRAC (C.),**

- Interview de A. FIRMIN LE BODO, Hospimédia, 22 septembre 2022.

**ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS,**

- Communiqué de presse, *Enquête sur l'avenir de la profession infirmière auprès de 30 000 infirmiers*, 8 mai 2021.

**PHILIPPE (E.),**

- Discours, Stratégie de transformation du système de santé, 13 février 2018.

**PORTES (L.),**

- *Du consentement du malade à l'acte médical*, communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950.

**SABOURIN (C.),**

- Interview de BRAUN (F.), *Il faut réformer l'ensemble du système de santé,* Question d'actu, 5 juillet 2022.

**SÉNAT,**

- Question écrite n°09610 de BÉRIT-DÉBAT (M. C.), publiée dans le JO du Sénat le 21 mars 2019.

**SYNDICAT DES MEDECINS LIBÉRAUX,**

- *Lettre ouverte aux Français*, 14 juin 2022.

**THINK TANK CRAPS,**

- Participation du Dr. ORTIZ, *Quel sera le médecin de ville de demain ?*, épisode 38, penser le social, 25 avril 2022.

**UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

- URPSML PACA, *Livre blanc PACA : les médecins libéraux face à la Covid-19*, juillet 2020.

**VÉRAN (O.),**

- Communiqué de presse, *Ségur de la santé : 22 sites pilotes pour préfigurer le service d'accès aux soins (SAS)*, 23 novembre 2020.
- *Conclusions du Ségur de la santé*, 21 juillet 2020.

# INDEX

*Les numéros renvoient aux paragraphes*


**Accès aux soins.** 89, 101, 109 et s., 128, 156, 168, 179, 204 et s., 216, 229, 234, 255, 268, 286, 342.

**Agence régionale de santé.** 90, 106 et s., 122, 176, 183, 189 et s.

**Aide à l'installation.** 70, 86, 144, 123, 126 et s., 190, 192 et s., 205, 224.

**Assurance maladie.** 14, 45, 63, 86, 96 et s., 114, 159, 174, 192, 333, 341.

**Colloque.**

- **Singulier.** 16, 94, 105, 247, 317, 319 et s., 328, 331, 335, 346.
- **Pluriel.** 247, 318, 323 et s., 328, 346.

**Communauté professionnelle territoriale de santé.** 94, 127, 135, 139, 148, 164 et s., 180 et s., 195 et s., 200, 203, 214 et s., 224, 253, 307, 349.

**Contrat d'exercice libéral.** 81, 146, 297 et s., 302 et s., 311.

**Maison de santé pluriprofessionnelle.** 75, 94, 144, 123, 127, 135, 164, 198, 202, 214, 256, 349.

**Médecine libérale.** 14 et s., 35 et s., 63, 81, 84, 96 et s., 102 et s., 121, 133, 134 , 141 et s., 207, 210, 219, 262, 306, 326, 329, 333, 341, 352, 359.

**Mode d'exercice.** 10, 24, 30, 34, 39 et s., 46, 65, 67, 75, 79, 82, 84 et s., 87 et s., 185, 198, 209, 231, 255, 272, 274, 314, 353.

**Monopole.** 6, 14, 18, 20, 247, 257.

**Nouvelles technologies.** 322, 323, 325, 335 et s., 340 et s., 345, 347, 349, 354.

**Officier de santé.** 244.

**Ordre professionnel.** 63, 69, 74, 81 et s., 85 et s., 91, 107, 145, 238, 266, 269 et s., 275 et s., 280 et s., 285 et s., 290 et s., 297, 301 et s., 309.

**Coopération.** 26, 111, 132 et s., 139, 144 et s., 150, 158, 169, 178, 182, 195, 203, 208, 235, 241, 253 et s., 258, 261 et s., 283, 286, 307, 324, 334.

**Coordination.** 75, 91, 94, 106, 134, 138 et s., 161 et s., 195, 217 et s., 227, 265, 353.

**Crise sanitaire.** 95, 167, 169, 174, 177 et s., 250, 253, 343 et s., 353.

**Délégation**. 89, 154, 158, 179, 233, 235, 244.

**Déontologie.** 4, 8, 30, 38, 42, 60, 265 et s., 275 et s., 288 et s., 308, 329.

**Déserts médicaux.** 112 et s., 116 et s., 120, 126, 128 et s., 135, 148, 169, 179.

**Organisation des soins.** 15, 22, 77, 102, 118, 184, 218, 258, 322, 325, 333 et s., 339, 343 et s., 349, 356, 359 et s.

**Paiement à l'acte.** 103, 153 et s., 333.

**Patient.** 10, 16, 25, 31, 44, 56, 62, 84, 88, 92, 98, 100 et s., 106 et s., 117, 130, 132 et s., 139, 147, 150 et s., 156, 160 et s., 168 et s., 175 et s., 182, 198 et s., 207 et s., 211, 214, 216, 221, 224 et s., 231 et s., 239 et s., 247, 254, 265, 273 et s., 280, 286, 289, 293, 301, 309 et s., 315 et s., 320 et s., 327 et s., 330 et s., 335 et s., 340, 342 et s., 346 et s., 354, 358.

**Pratique avancée.** 128, 129, 155, 228 et s., 235 et s., 240 et s., 248, 257.

**Praticien.**

- **Hospitalier.** 17, 94, 131, 141 et s., 146, 261.
- **Libéral.** 15, 21, 67, 68, 89, 93, 97, 108, 113, 120, 123, 127, 145 et s., 150 et s., 156 et s., 160, 162, 165, 169, 180 et s., 190 et s., 196, 221 et s., 216 et s., 219 et s., 228, 240, 245, 258 et s., 284 et s., 297 et s., 304, 307 et s., 314, 321, 332 et s., 336 et s., 341, 346 et s., 352.
- **Territorial :** 114.

**Profession libérale.** 1, 4, 7, 11, 24, 33 et s., 39 et s., 48, 50 et s., 55, 58. 65 et s., 74, 76 et s., 104, 185, 316.

**Équipe de soins.** 94, 138, 164, 182, 195, 224, 255 et s., 286, 321, 323, 332, 341.

**E-santé.** 341, 350.

**Établissements privés de santé.** 81, 173, 276, 298 et s., 314.
- **Clinique.** 50, 82, 174, 298 et s., 304 et s., 308 et s., 313.

**Établissements publics de santé.** 81, 141, 145 et s., 172, 273, 297.
- **Groupement hospitalier de territoire.** 141, 132 et s., 197, 253.
- **Hôpital de proximité.** 136 et s., 144, 261.

**Exercice libéral.** 1, 7, 13 et s., 21 et s., 30 et s., 51 et s., 58, 67, 74, 77 et s., 81 et s., 94 et s., 99 et s., 110 et s., 122, 141, 145, 159, 178, 184 et s., 195, 202, 204 et s., 209, 219 et s., 225, 262, 266, 273, 297 et s., 302, 305 et s., 317 et s., 322, 326, 328 et s., 332, 33', 341, 345 et s., 352, 354 et s., 360.

**Exercice mixte.** 81, 94, 126, 140, 143 et s., 261 et s.

**Liberté d'installation.** 17, 70, 91, 97 et s., 112 et s., 121, 128, 179, 266 et s., 360.

**Publicité.** 5, 285.

**Site.**
- **D'exercice.** 265, 268.
- **Exercice multisite.** 219, 260, 265 et s.

**Système de santé.** 1 et s., 9 et s., 14, 24, 26, 42, 77, 83 et s., 89 et s., 94 et s., 102, 106, 109, 111 et s., 123, 131 et s., 135, et s., 140, 148 et s., 154, 160 et s., 165 et s., 178 et s., 183 et s., 187 et s., 194, 196, 202, 210, 217, 222, 225 et s., 235 et s., 241 et s., 249, 253, 257 et s., 281, 291, 313 et s., 321, 326 et s., 336 et s., 341, 343 et s., 352 et s.

**Télémédecine.** 138, 156 et s., 338, 340 et s., 349.

**Territorialisation.** 90, 176.

# TABLE DES MATIÈRES

**AVERTISSEMENT** 2

**REMERCIEMENTS** 3

**SOMMAIRE** 5

**SIGLES ET ABRÉVIATIONS** 6

**Introduction générale** 14

I – Les professions libérales en droit 16

II – L'organisation du système de santé français 21

III – L'exercice libéral de la profession 24

A – Une fonction à réadapter 24

B – L'approche du sujet d'étude 26

**Partie I - L'approche classique de l'offre de soins libérale** 34

**Titre I - Les ambiguïtés du terme « libéral »** 36

**Chapitre I - La notion dépassée de profession libérale** 39

Section I – La définition et les contours de cette notion de profession 42

§1 – La définition traditionnelle de profession libérale 45

A – Les caractéristiques originelles 45

B – Les caractéristiques légiférées 47

§2 – Les contours étriqués de cette notion 50

A – La notion dans les textes 50

B – La notion dans la pratique 53

Section II - La distinction fondamentale entre activité libérale et exercice libéral d'une profession 56

§1 - L'activité libérale d'une profession 57

A – Les spécificités originelles de l'activité libérale d'une profession 57

1 - Le caractère intellectuel 57

2 - Le caractère indépendant 58

3 - Le caractère désintéressé 62

B – Les spécificités dépassées de l'activité libérale d'une profession 64

1 – Le caractère indépendant 64
2 – Le caractère désintéressé 65
§2 - L'exercice libéral d'une profession 67
A - Le choix du mode d'exercice 68
B – Les différentes formes de sociétés 71
1 - La société civile de moyens (SCM) 71
2 - La société civile professionnelle (SCP) 72
3 - La société d'exercice libéral (SEL) 73
4 - La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) 74
**Conclusion de chapitre 77**
**Chapitre II - La notion actuelle d'exercice libéral 78**
Section I - Le manque d'attrait des professionnels pour l'exercice libéral 80
§1 – L'évident désintérêt pour l'exercice libéral 82
A - Le constat de ce phénomène 82
B - L'accompagnement des acteurs étatiques 85
§2 - Les causes multiples de ce constat 88
A - Les contraintes organisationnelles et territoriales 88
B - Les répercussions professionnelles 93
Section II - Les conséquences sur le statut du professionnel de santé 96
§1 – La remise en cause de la médecine dite libérale 97
A - L'aménagement proposé des caractéristiques de la médecine libérale 97
B - La viabilité de telles propositions 102
§2 – L'encadrement étatique grandissant 104
A – La tutelle inévitable de l'État 104
B – L'implication des Agences Régionales de Santé 107
**Conclusion de chapitre 113**
**Conclusion de titre 114**
**Titre II - L'inadaptation de l'exercice libéral à l'offre de soins 115**
**Chapitre I - L'exercice libéral confronté au maillage territorial 117**
Section I - La répartition disparate de ces professionnels 121

§1 - L'émergence croissante de zones fragiles 123
A – Les mots de la notion 123
B – Les maux de la notion 127
§2 - Le bilan en demi-teinte des mécanismes incitatifs 131
A – Les dispositifs existants 131
B – Les dispositifs repensés 134
1 - Au niveau structurel 135
2 - Au niveau humain 138
Section II - La présence accrue de structures hospitalières 140
§1 - Le déploiement de nouvelles formes hospitalières 142
A – La naissance des groupements hospitaliers de territoire 142
B – Le renouveau des hôpitaux de proximité 145
§2 - Le statut flexible des praticiens hospitaliers 151
A – L'activité libérale des praticiens hospitaliers 151
1 – L'assouplissement de l'activité libérale intra-hospitalière 152
2 – La consécration de l'activité libérale extra-hospitalière 154
B – L'activité hospitalière des praticiens libéraux 155
1 – L'existence de deux dispositifs avérés 156
2 – La validation d'un régime dérogatoire en temps de crise 157

**Conclusion de chapitre 160**

**Chapitre II - L'ineffectif décloisonnement des modes d'activité 161**
Section I – Les vaines tentatives législatives 163
§1 - Les contraintes administratives trop lourdes 164
A – L'existence incontestable de tâches non médicales 164
B – L'existence avérée de réponses dérivatives 168
§2 - L'absence de dispositions innovantes 176
A - La multiplicité des structures 176
B – La flexibilité des structures 180
Section II - La considération délicate de la réalité de terrain 183
§1 - La place incertaine en temps de crise 185
A – L'exclusion en première intention 186

B - La participation comme solution 188
2§ -Le renforcement législatif attendu 192
A - Le constat de l'existant 192
B – La nécessité de se structurer 195
**Conclusion de chapitre 198**
**Conclusion de titre 199**
**Conclusion de partie 200**
**Partie II - L'approche rénovée de l'exercice libéral 201**
**Titre I - La nécessaire adaptation de l'exercice libéral 202**
**Chapitre I – L'inapplication des mécanismes existants 204**
Section I - Les lacunes de ces outils 205
§1- L'hétérogénéité historique de ces mécanismes 206
A – La disparité institutionnelle 206
B – La disparité structurelle 209
1 - Les services de santé 210
2 - Les aides à l'installation 211
§2- L'hétérogénéité préjudiciable de ces mécanismes 213
A - La pluralité des mécanismes : rafraîchir sans déconstruire 213
1– Les communautés professionnelles territoriales de santé 214
2 – Les maisons de santé pluridisciplinaires 215
B – La pérennisation attendue 217
1 – La pérennisation structurelle 217
2 – La pérennisation financière 219
Section II - L'aménagement primordial du cadre libéral 223
§1 - L'essai d'une nouvelle définition de l'exercice libéral 225
A – La reconsidération essentielle de cet exercice 225
B - L'amélioration nécessaire des conditions d'exercice 228
§2 - Les propositions de facilitation de l'exercice libéral 234
A – Les propositions inhérentes au professionnel 234
B - Les propositions inhérentes à l'exercice 237

**Conclusion de chapitre** **240**

**Chapitre II - La réalisation de mécanismes innovants** **242**

Section I - Le rôle des nouveaux professionnels de santé 243

§1 - La création de nouveaux statuts professionnels 244

A – La consécration de la pratique avancée 245

B – L'avenir de la pratique avancée 249

1 - La psychiatrie et les urgences 249

2 – L'extension attendue de ce modèle 253

§2 - L'émergence de l'intercomplémentarité professionnelle 257

A – Le fondement juridique du glissement des tâches 257

B – Le glissement des tâches de fait 261

Section II – L'indispensable partage des compétences 265

§1 - Le partage de moyens 267

A - Le partage structurel 267

B - Le partage humain 270

§2 - Le partage d'exercice 275

A – La valorisation de l'exercice mixte 275

1 - Pour les médecins 279

2 – Pour les infirmiers et les sages-femmes 282

**Conclusion de chapitre** **284**

**Conclusion de titre** **285**

**Titre II - L'originalité préservée de l'exercice libéral** **286**

**Chapitre I - L'exercice libéral garant de la qualité et de la sécurité des soins** **287**

Section I - La régulation à travers la déontologie 288

§1 - Le rôle prégnant du Conseil de l'Ordre 290

A – Le cadre déontologique 290

B- Le cadre pratique 295

§2 - La dualité entre protection et sanction de la profession 298

A - L'existence d'instances disciplinaires incontournables 298

B - La reconnaissance de sanctions par les pairs 302

Section II - La régulation à travers l'encadrement contractuel 307
§1 - Les contrats d'exercice libéral 308
A – La contractualisation ardue de ces relations 308
B – La contractualisation impérative de ces relations 312
§2 – Les manquements aux obligations synallagmatiques dans le CEL 317
A - Les clauses liées à la profession et à l'établissement 317
1 – Les clauses liées à la déontologie 318
2 – Les clauses liées à l'établissement 319
B - Les clauses liées à la liberté contractuelle 320
**Conclusion de chapitre 325**
**Chapitre II - L'exercice libéral garant de la confiance du patient 326**
Section I - L'ancrage historique de cette relation 328
§1 – La représentation dogmatique du médecin de famille 329
A – L'effondrement du colloque singulier 329
B – L'avènement du colloque pluriel 332
§2 - La disparition progressive de cette forme de médecine 335
A – Le comportement induit du patient 336
B – Le passage de « l'artisanat médical à l'industrie du soin » 340
Section II - Les aménagements de cette relation 343
§1 - L'émergence de nouvelles technologies 345
A – L'approche numérique de la santé 346
B – L'ouverture confortée aux évolutions technologiques 349
§2 - Leurs incidences sur l'exercice de la médecine libérale 353
A – Les caractéristiques repensées de cet exercice 353
B – La restauration de l'exercice libéral 356
**Conclusion de chapitre 360**
**Conclusion de titre 361**
**Conclusion de partie 362**
**Conclusion générale 364**
I - Construire pour déconstruire 364

II - Déconstruire pour reconstruire 365
III - Reconstruire sans dénaturer 366

**BIBLIOGRAPHIE 368**
I. OUVRAGES GÉNÉRAUX, MANUELS, TRAITÉS ET DICTIONNAIRES 369
II. OUVRAGES SPÉCIAUX ET OUVRAGES COLLECTIFS 372
III. ACTES DE COLLOQUE 379
IV. THÈSES ET MÉMOIRES 382
V. ARTICLES 385
VI. NOTES ET OBSERVATIONS 408
VII. RAPPORTS, RECOMMANDATIONS ET AVIS 409
VIII. TEXTES LÉGISLATIFS ET RÈGLEMENTAIRES 415
IX. JURISPRUDENCES 429
X. SITES INTERNET 433
XI. AUTRES 435

**INDEX 440**

**TABLE DES MATIÈRES 443**

**Résumé en français :**
L'exercice libéral, tel qu'il se présente aujourd'hui en France, est le fruit d'une longue construction. Il fut longtemps le cœur même de notre système de santé, avant de se fondre dans une organisation des soins où le nombre d'acteurs est allé croissant. Les réformes successives ont progressivement vu la part de l'offre de soins publique prendre le pas sur la logique de l'exercice libéral, l'épicentre du système de santé s'étant alors déplacé. Ces travaux de recherche conduisent à confronter l'exercice libéral au reste de l'offre de soins, notamment publique, et à étudier sa répartition territoriale. Ils s'inscrivent ainsi dans un contexte global et une offre de soins plurielle, publique et privée ; tout en abordant le désintérêt des professionnels de la médecine pour l'exercice libéral et en vérifiant que l'approche classiquement admise correspond toujours aux réalités contemporaines. Il s'agit alors de s'interroger sur le devenir, disparition ou survie, de cette forme d'exercice qui ne peut perdurer sans se renouveler. Faut-il alors réinventer l'exercice libéral de la médecine, ou plus modestement proposer des voies d'adaptation, afin que survivent une offre de soins plurielle et des acteurs diversifiés, et complémentaires, au sein de l'organisation des soins ? Pour envisager cet avenir rénové, il convient de mettre à jour les « invariants » et les « contingents » de l'exercice libéral qui sera distingué de la notion de profession libérale telle que définie par le Professeur Jean Savatier, à savoir une profession intellectuelle, indépendante et désintéressée.

**Titre et résumé en anglais : The place of the liberal health professional in the organization of care**

Liberal practice, as it exists today in France, is the fruit of a long construction. For a long time, it was at the very heart of our health care system, before merging into a health care organization in which the number of players increased. Successive reforms have progressively seen the share of public health care supply take precedence over the logic of private practice, the epicenter of the health care system having shifted. This research work compares private practice with the rest of the health care supply, particularly public health care, and studies its territorial distribution. They are thus set in a global context and a plural supply of care, both public and private, while addressing the disinterest of medical professionals in private practice and verifying that the classically accepted approach still corresponds to contemporary realities. It is then a question of questioning the future, disappearance or survival, of this form of practice which cannot last without renewing itself. Should we then reinvent the liberal practice of medicine, or more modestly propose ways of adapting it, so that a plural offer of care and diversified, and complementary, actors within the organization of care survive? In order to envisage this renewed future, it is necessary to update the "invariants" and "contingents" of liberal practice, which will be distinguished from the notion of liberal profession as defined by Professor Jean Savatier, namely an intellectual, independent and disinterested profession.

---

**Discipline :**
Droit privé et sciences criminelles

---

**Mots-clés :**
Professionnel libéral – organisation des soins – exercice libéral – territorialisation – coordination

---

**Intitulé et adresse de la Faculté ou du Laboratoire :**
U.F.R Droit et Science Politique – UR-UM 206 – École de droit de la santé – Université de Montpellier
39 rue de l'Université, 34060 Montpellier