

L'encadrement pluriel de la liberté d'installation des professionnels de santé par les conventions nationales

Charlène Collet, Docteur en droit de l'Université de Lorraine (IFG)

De prime abord, l'opportunité d'investir le thème de la convention médicale sous l'angle de la liberté d'installation des médecins, laquelle leur permet « de choisir en toute indépendance le lieu de [leur] activité libérale »⁽¹⁾, ne relève pas de l'évidence.

À l'examen, le « jeu de conventionnement » pour reprendre la formule d'un auteur⁽²⁾, peut cependant emporter des effets notables sur la démographie médicale comme la répartition territoriale de l'offre de soins à l'heure où 9 % à 12 % de la population française vivrait en zone médicalement sous dotée⁽³⁾. La tendance est, d'ailleurs, à la régulation conventionnelle de l'exercice des praticiens libéraux, comme en témoigne la lettre de cadrage des ministres en date du 16 octobre 2023 visant à la reprise des négociations conventionnelles⁽⁴⁾.

Pour mémoire, tandis que les négociations entre l'Assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux avaient échoué à parvenir à un accord en février 2023, un règlement arbitral⁽⁵⁾ était venu se substituer à la convention médicale. Conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, si le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans, les partenaires conventionnels doivent engager de nouvelles négociations au plus tard dans les deux ans qui suivent son entrée en vigueur, de sorte que celui-ci cesse de s'appliquer, le cas échéant, à compter de l'entrée en vigueur d'un nouvel accord.

Aussi, dans le cadre de la réouverture de ces négociations, les ministres, respectivement chargés naguère de la santé et de l'organisation territoriale et des professions de santé, ont demandé aux partenaires conventionnels que celles-ci s'ouvrent autour de l'attractivité de la médecine libérale, de la pertinence et la qualité des soins et des prescriptions, ou encore de l'évolution du rôle du médecin traitant et de la structuration de la médecine spécialisée afin de repenser les modalités de rémunération de la profession.

C'est pourquoi l'analyse de l'encadrement de la liberté d'installation⁽⁶⁾, composante de la liberté d'exercice des médecins⁽⁷⁾, par les conventions nationales, nous apparaissait essentielle dans le cadre de ce dossier thématique.

Initialement⁽⁸⁾, le périmètre des conventions était cantonné à la fixation des tarifs des actes de soins afin de tendre à l'adéquation entre les honoraires des praticiens et les remboursements de l'Assurance maladie. Si la définition des tarifs régulés demeure sa principale raison d'être, le système conventionnel ne se limite plus en effet au champ tarifaire, tel qu'en atteste l'allongement de la liste des domaines de la convention fixée par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Du reste, la nature de la convention a également fait l'objet d'évolutions à travers le temps, passant « du contrat doué d'effets réglementaires au règlement à élaboration concertée »⁽⁹⁾, le juge constitutionnel ayant estimé que son approbation ministérielle lui confère un caractère réglementaire⁽¹⁰⁾.

Les pouvoirs publics auraient ainsi, selon les termes de Xavier Prétot, « modifié les dispositions applicables aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les professions de santé pour en infléchir, parfois en profondeur, le contenu et la portée » (11).

Il s'agira, pour ce qui nous concerne, d'interroger les manifestations de cet interventionnisme de la convention médicale dans le champ de la liberté d'installation.

Par principe, l'accès au conventionnement des professionnels de santé libéraux en France comme dans la plupart des systèmes assurantiels est libre. Depuis le début des années 2000, cependant, s'est développée une réglementation relative au conventionnement plus stricte pour certaines professions. Ainsi en est-il des professions d'infirmier ou d'infirmière, de sage-femme, de masseur-kinésithérapeute et plus récemment, de chirurgien-dentiste. Pour les médecins, la forte opposition du corps médical à la restriction de leur liberté d'installation, laquelle cristallise pourtant autour d'elle l'enjeu de l'accès aux soins, ne permet pour l'heure à la convention médicale de n'être qu'incitative à leur égard.

I - La contrainte à l'installation en zone sur-dotée instituée par les conventions

Face au défi de l'effet ciseau que représente une demande de santé en hausse et une offre de soins en baisse sur les zones les moins attractives du territoire (12), les partenaires conventionnels ont mis en place un mécanisme de conventionnement sélectif pour certaines professions. Cette mesure vise, sauf exceptions (13), à restreindre le conventionnement d'un praticien s'installant en zone dite sur-dotée (14) à la seule hypothèse du départ d'un confrère. Si ce dispositif porte davantage atteinte à la liberté de conventionnement qu'à la liberté d'installation, l'on partagera l'analyse d'un auteur selon laquelle « lorsque l'on connaît l'importance économique du conventionnement pour un professionnel libéral, il est évident que ce système restreint en réalité fortement la liberté d'installation » (15). Pour l'heure, quatre professions ont consenti à l'instauration du conventionnement sélectif, et ainsi à passer « de l'exercice d'une liberté individuelle à l'octroi d'une autorisation administrative pour un exercice conventionné » (16).

A - Une voie empruntée par les infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes

Le ministère chargé de la santé l'avait annoncé dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : « les partenaires conventionnels seront également invités à définir eux-mêmes les outils pour réguler l'installation de nouveaux professionnels de santé dans les zones où ils sont déjà nombreux » (17).

Pour ce faire, une habilitation législative doit leur permettre de subordonner le conventionnement à la zone d'exercice. Comme le rappelle Anne-Sophie Ginon, « le conventionnement est une liberté dont le régime juridique est fixé par l'article 34 de la Constitution » (18), ce qui suppose l'intervention du législateur pour y déroger.

S'agissant des infirmiers diplômés d'État libéraux (IDEL), l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 46 de la LFSS n° 2007-1786 du 19 décembre 2007, permettait pour la première fois aux conventions de déterminer « les conditions à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives [...] à la zone d'exercice ». Le conventionnement sélectif des infirmiers a d'abord fait l'objet d'une expérimentation (19) avant d'être pérennisé en 2011 (20). La profession obtint en contrepartie une revalorisation du prix des actes (21). Si le dispositif permet d'orienter les installations vers les territoires qui en ont le plus besoin, il ne garantissait pas, en revanche, que les IDEL, exerçant au domicile des patients, réalisent de manière effective leurs activités sur ces territoires. En 2019, l'avenant n° 6 a remédié à ce problème en stipulant que « pour renforcer l'adéquation du lieu d'installation de l'infirmier avec les réalités d'exercice [...] l'infirmier libéral conventionné qui s'installe dans l'une des zones intermédiaires ou très

dotées telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique situées en périphérie des zones sur-dotées, doit réaliser les deux tiers de son activité dans sa zone d'installation »⁽²²⁾.

Bien qu'ils en partagent l'essentiel, les régimes juridiques de l'encadrement conventionnel de l'installation des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes ultérieurement construits, diffèrent quant à leurs modalités.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, le conventionnement sélectif a d'abord été introduit par l'avenant n° 3 en 2012. Faute d'habilitation législative, celui-ci fit l'objet d'une annulation partielle par le Conseil d'État⁽²³⁾, de sorte que le conventionnement sélectif n'est effectif à leur égard que depuis 2018, date à laquelle l'avenant n° 5 a légalement⁽²⁴⁾ réintroduit le dispositif. Celui-ci prévoit désormais que le conventionnement est accordé prioritairement, en cas de départ d'un confrère, à celui qu'il désigne comme étant son successeur. En l'absence de désignation, des critères objectifs et subjectifs relatifs tant à l'offre de soins globale qu'aux conditions d'installation antérieures et projetées du demandeur permettront au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de fonder sa décision d'attribution.

S'agissant des sages-femmes⁽²⁵⁾ pour lesquelles un conventionnement sélectif a été instauré en 2012⁽²⁶⁾, une dérogation à la règle « une arrivée pour un départ » permet, lorsqu'une praticienne exerce en zone sur-dotée et qui, pour des raisons personnelles, familiales ou professionnelles se voit contraindre de réduire son activité de moitié, de faire appel à une collaboratrice ou une associée afin de prendre en charge la patientèle restante et assurant la continuité des soins.

Enfin, la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes parue au Journal officiel le 25 août 2023 prévoit que « le conventionnement ne peut être accordé à un chirurgien-dentiste libéral dans une zone « non prioritaire » qu'au bénéfice d'un chirurgien-dentiste libéral désigné comme assurant la succession du professionnel cessant définitivement son activité dans la zone », rejoignant ainsi les modalités d'application du conventionnement sélectif des masseurs-kinésithérapeutes.

B - Une voie ouverte aux médecins

Compte tenu des bénéfices que la mesure à vocation à offrir aux populations des territoires déficitaires en offre de soins, sa transposition aux autres professionnels de santé, et notamment aux médecins, est fréquemment plébiscitée par les parlementaires⁽²⁷⁾.

Cependant, à l'exception des territoires de la Nouvelle-Calédonie⁽²⁸⁾ et de la Polynésie⁽²⁹⁾ sur lesquels s'appliquent un conventionnement sélectif des médecins, la profession demeure régie par la liberté d'installation conformément aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale qui l'érige en principe déontologique fondamental⁽³⁰⁾.

L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 35 de la LFSS n° 2022-1616 du 23 décembre 2022, dispose pourtant que les conventions médicales peuvent définir « les conditions à remplir par les professionnels de santé pour être conventionnés, relatives [...] aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ». A leur égard, la voie du conventionnement sélectif est donc ouverte depuis cette date par le législateur.

Reste que la rencontre des volontés entre l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs de la profession fait défaut. Cette opposition s'inscrit dans le temps long de l'Histoire⁽³¹⁾, les médecins ayant en effet toujours cherché à conserver leur indépendance face aux pouvoirs publics⁽³²⁾.

C'est là que résident, semble-t-il, les limites du mécanisme conventionnel à l'égard de la régulation des installations : s'il permet de « convaincre plus que contraindre »⁽³³⁾, encore faut-il qu'il y parvienne.

En tout état de cause, la transposition ne s'avère peut-être pas aussi opportune qu'elle n'y paraît.

D'abord, restreindre le conventionnement des médecins aux seuls territoires déficitaires en offre de soins fait courir au système de santé un risque de désaffection pour l'exercice libéral, et plus généralement, pour la profession, dans un contexte de démographie médicale en tension. Il pourrait également en résulter une augmentation des déconventionnements, de sorte qu'inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins se juxtaposeraient alors même que les dépassements d'honoraires abusifs peinent à être endigués⁽³⁴⁾.

Ensuite, s'il n'est pas certain que le pire se réalise, il ne l'est pas davantage que le meilleur advienne. Les expériences étrangères enseignent en effet que les effets de la régulation des installations des médecins présentent de modestes bénéfices⁽³⁵⁾. C'est donc davantage sur le terrain de l'incitation que se sont positionnées les conventions médicales.

II - L'incitation à l'installation en zone sous-dotée instituée par les conventions

A - Une impasse pour orienter efficacement les médecins vers les territoires sous-dotés

Aux termes de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les conventions nationales définissent également « des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ».

Il s'agit principalement d'aides financières dont l'octroi peut être conditionné au secteur de conventionnement, à l'exercice en groupe, au recours à un remplaçant pour assurer la continuité des soins, ou encore à la participation à des objectifs de santé publique. Pour les professions étudiées *supra*, elles s'inscrivent en complémentarité du conventionnement sélectif. Pour les médecins, les conventions, rappelons-le, ne sont qu'incitatives. Les premières mesures mises en oeuvre par la convention médicale de 2011 se sont toutefois avérées inefficaces, de sorte que la convention de 2016, dont les stipulations sont prorogées par le règlement arbitral, a refondu le dispositif.

Depuis cette date, quatre aides à l'installation des médecins qui souhaitent exercer en zone sous-dotée sont mises en place. Deux d'entre elles reposent sur une prime forfaitaire. La première dite « contrat d'aide à l'installation pour les médecins » (CAIM) vise à couvrir pour partie les frais d'investissement des praticiens tandis que la seconde dite « contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins » (COSCOM) cible les médecins installés qui sont impliqués dans une démarche d'exercice coordonné pour en favoriser la pratique. Ces dispositifs concernaient respectivement en janvier 2022, 1 999 et 2 446 praticiens pour une aide moyenne individuelle de 4 000 € et 8 000 €.

Les deux autres contrats reposent sur une majoration d'honoraires. Le premier dit « contrat de transition pour les médecins » (COTRAM) s'adresse aux médecins préparant leur cessation d'activité et qui, dans cette perspective, s'engage à accueillir et accompagner un jeune confrère à la reprise de leur cabinet en contrepartie d'une revalorisation de leurs honoraires. Enfin, le second dit « contrat de solidarité territoriale médecin » (CSTM) vise à encourager l'activité ponctuelle en zone déficiente des médecins installés sur les territoires où l'offre de soins présente moins de difficulté. En janvier 2022, 86 et 120 contrats avaient respectivement été signés pour une aide moyenne individuelle de 20 000 € et 12 000 €.

Certains auteurs ont souligné le caractère paradoxal de l'encadrement de la liberté d'installation par les conventions⁽³⁶⁾

(36). Mais si les conventions médicales avaient originellement pour objet de fixer le prix des actes, elles tendent aujourd'hui à réguler l'exercice de la profession ; en permettant que les conventions puissent définir de telles aides, le législateur aurait fait naître un paradoxe : « le régulation démographique incitative qui conduit à octroyer des récompenses financières aux médecins entraîne l'effet inverse de celui recherché dans la maîtrise des dépenses de santé puisqu'elle alourdit les dépenses de sécurité sociale » (37).

Ce raisonnement mérite cependant la nuance. Si les aides à l'installation engendrent sans conteste des coûts directs pour l'Assurance maladie, les inégalités territoriales d'accès aux soins engendrent, elles, des coûts indirects liés à une prise en charge tardive des patients, voire à des renoncements aux soins du fait de l'éloignement géographique ou des files d'attente des professionnels de santé qui s'avèrent bien plus élevés que le montant des aides qui leur sont octroyées pour réduire la fracture territoriale (38).

Les limites de cet effet vertueux résident cependant dans l'efficacité relative de ces mesures (39). Nous plaçons toutefois pour le maintien de la logique incitative afin de « favoriser l'adoption de comportements "meilleurs" » (40). Les ministres eux-mêmes ne s'y trompent pas. Lorsqu'il est question de garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessaires par son état de santé, ces derniers rappellent que l'atteinte de cet objectif nécessite « une convergence forte avec les principaux acteurs de ce système de santé, soit les professionnels de santé eux-mêmes » (41). Une troisième voie pourrait dès lors permettre de sortir de l'impasse.

B - Une troisième voie en construction : l'accompagnement à l'installation

Finalement, c'est peut-être davantage sur le terrain des nouveaux modes d'exercice de la profession que les conventions médicales doivent porter la focale pour répondre à l'enjeu de l'attractivité de la médecine libérale sur les territoires déficitaires.

Pour exemple, le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) a nécessité que les partenaires conventionnels établissent un régime de financement adapté aux nouvelles missions des praticiens qui y exercent. Le mécanisme actuel, dont l'architecture générale émane de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) conclu le 20 juin 2019, repose sur un volet fixe visant à couvrir les frais de fonctionnement de la CPTS, et un volet variable destiné à financer chacune des missions de service public qu'elle déploie, parmi lesquelles peuvent figurer l'amélioration de l'accès aux soins et l'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire (42).

Dans le même sens, ce n'est qu'à partir de l'entrée du financement des actes de téléconsultation dans le droit commun par l'avenant n° 6 conclu le 14 juin 2018 que la pratique a pu prendre de l'envergure. Au soutien de son déploiement, la convention de 2016 a mis en place un « forfait structure » permettant l'octroi d'aides financières pour le recours aux services numériques en santé, tel que l'équipement pour la vidéotransmission sécurisée. C'est à cette condition que la téléconsultation a pu être « perçue par les acteurs privés comme un moyen de rendre immédiate la consultation médicale et ainsi répondre à un besoin en souffrance de la population » (43).

Enfin, le régime juridique des assistants médicaux, fonction créée dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » pour libérer du temps médical disponible, a été établi par la voie conventionnelle avec l'avenant n° 7 approuvé par arrêté du 14 août 2019. Au 1^{er} janvier 2022, ce dispositif aurait permis d'augmenter la file active des médecins de plus d'un million de patients (44).

C'est donc « au regard des enjeux en matière d'accès aux soins, de réduction des inégalités sociales de santé et d'attractivité

de la médecine libérale »⁽⁴⁵⁾ que les partenaires conventionnels ont repris les discussions conventionnelles dès novembre 2023. En la matière, l'objectif devrait notamment porter sur l'accompagnement à l'installation au sein d'un collectif de professionnels et de nouvelles formes de rémunération, gages d'attractivité de la médecine libérale. Sous réserve de parvenir à l'entente, la convention médicale peut ainsi constituer un puissant outil pour relever les défis de l'accès territorial aux soins.

Mots clés :

MEDECINE * Exercice de la profession * Convention médicale * Liberté d'exercice des médecins * Liberté d'installation * Régulation

(1) M.-F. Callu, M. Girer, G. Rousset, Dictionnaire de droit de la santé, LexisNexis, 2^e éd., 2021.

(2) A.-S. Ginon, Le jeu du conventionnement : effets paradoxaux et difficultés juridiques, Journal d'économie médicale, 2009. 211.

(3) H. Maurey, J.-F. Longeot, Rapport d'information du Sénat n° 282, 2020, p. 17.

(4) Lettre de cadrage du ministère de la Santé et de la prévention, 16 oct. 2023.

(5) Arrêté du 23 avr. 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (JO 30 avr. 2023).










(6) Sur les autres formes d'encadrement de la liberté d'installation, nous renvoyons à travaux, C. Collet, La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins, thèse Droit Univ. Lorraine, 2022.

(7) CSS, art. L. 162-2⁽⁴⁶⁾.

(8) Pour rappel, la première convention médicale a été approuvée par arrêté du 29 oct. 1971 (JO 31 oct. 1971, p. 10758). V. pour une approche historique V. Suchard, Historique des conventions médicales, IRDES, mars 2022.

(9) X. Prétot, L'évolution du régime juridique des conventions médicales : du contrat doué d'effets réglementaires au règlement à élaboration concertée, Dr. soc. 1997. 845⁽⁴⁷⁾.

(10) Cons. const. 22 janv. 1990, n° 89-269 DC⁽⁴⁸⁾, Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé ; solution reprise par CE, sect., 9 oct. 1981, n° 20026, *Synd. médecins de la Haute-Loire*, au Lebon⁽⁴⁹⁾ ; v. aussi AJDA 1990. 471⁽⁵⁰⁾, note F. Benoît-Rohmer⁽⁵¹⁾ ; Dr. soc. 1990. 352, note X. Prétot⁽⁵²⁾ ; *ibid.* 1991. 332, étude D. Tabuteau⁽⁵³⁾ ;

RFDA 1990. 406, note B. Genevois  ; RDSS 1990. 360, obs. P. Ligneau  ; *ibid.* 362, obs. P. Ligneau  ; *ibid.* 422, obs. P. Chenillet et F. Kessler  ; *ibid.* 423, obs. P. Chenillet et F. Kessler  ; *ibid.* 437, note X. Prétot  ; *ibid.* 637, note L. Dubouis  ; *ibid.* 778, obs. M. J. Levy  ; Rev. crit. DIP 1990. 497, note M. Simon-Depitre  .

(11) X. Prétot, L'évolution du régime juridique... (*op. cit.*).

(12) Pour une vision globale de la problématique, V. not. O. Babinet, C. Isnard Bagnis, Les déserts médicaux en question, Hygée Éditions, coll. Débat Santé Social, 2021.

(13) Exceptions tenant notamment à la situation médicale du praticien ou d'un des membres de sa famille, à la mutation professionnelle du conjoint, à la situation juridique du praticien entraînant un changement d'adresse professionnelle, tels qu'un divorce et une garde d'enfant partagée.

(14) Aux termes du 2° de l'art. L. 1434-4 du CSP, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine tous les deux ans par arrêté, « 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 ».

(15) G. Rousset, La liberté d'installation des médecins au prisme des inégalités territoriales de santé, une impossible remise en cause ?, Revue de la recherche juridique. Droit prospectif, 2015. 554.


(16) A.-S. Ginon, Le jeu du conventionnement ... (*op. cit.*), p. 216.

(17) Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Les grandes lignes du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, p. 2.



(18) A.-S. Ginon, Le jeu du conventionnement... (*op. cit.*).

(19) Avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux conclu le 4 sept. 2008 et approuvé par arrêté du 17 oct. 2008.

(20) Avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux conclu le 28 sept. 2011 et approuvé par arrêté du 25 nov. 2011.

(21) V. sur ce point, G. Rousset, La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et nouveaux espoirs, RDSS 2012. 1061 .

(22) Avenant n° 6 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux conclu le 29 mars 2019 et approuvé par avis du 13 juin 2019.

(23) CE 17 mars 2014, n° 357594, *Synd. masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs des Landes*, au Lebon  ; AJDA 2014. 1693 .

(24) LFSS n° 2015-1702 du 21 déc. 2015, art. 72 codifié à l'art. L. 162-9 CSS.

(25) Dont le régime conventionnel ne semblait pas davantage pouvoir restreindre l'accès au conventionnement avant l'entrée en vigueur des dispositions de l'art. L. 162-9 du CSS modifiées par la LFSS pour 2016.

(26) Avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes conclu le 9 janv. 2012 et approuvé par arrêté du 12 mars 2012.


(27) V. les multiples propositions de loi en ce sens, not. sur la seule année 2022 : Prop. L. AN n° 5212, 5 avr. 2022, art. 3 ; Prop. L. Sénat n° 721, 21 juin 2022, art. 11 ; Prop. L. AN n° 166, 25 juill. 2022, art. 1^{er} ; Prop. L. AN n° 194, 4 août 2022.




(28) V. délibération n° 255 du 19 oct. 2001 relative à la régulation des conventionnements des professionnels de santé dans les communes de Nouméa, Dumbéa, Païta et Mont-Dore.

(29) V. délibération n° 98-164 AFP du 15 oct. 1998 relative à la maîtrise du conventionnement des médecins libéraux.

(30) La liberté d'installation des médecins a cependant acquis une valeur législative depuis la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, laquelle enterra d'ailleurs l'unique tentative de coercition à l'installation des médecins portée par loi n° 2009-879 du 21 juill. 2009 dite « HPST ».

(31) V. not. C. Collet, Regard rétrospectif sur la liberté d'installation des médecins, RD & Santé, n° 100, 2021. 215.

(32) V. pour ne mentionner qu'un auteur, D. Tabuteau, L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary, Dr. soc. 2009. 383 .

- (33) M. Badel, La convention nationale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ?, RDSS 2012. 520 .
- (34) R. Marié, Le dédale du contentieux des dépassements tarifaires des médecins libéraux, RDSS 2016. 107 .
- (35) D. Polton, C. Chaput, M. Portela, Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale, Les dossiers de la Drees n° 89, 2021.
- (36) V. not. A.-S. Ginon, Le jeu du conventionnement... (*op. cit.*).
- (37) *Ibid.*
- (38) Selon les estimations de la Cour des comptes rapportées par le Sénat, les inégalités territoriales d'accès aux soins représenteraient un coût de 900 millions à 3 milliards d'euros par an (V. H. Maurey, J.-F. Longeot, *op. cit.*, p. 29) tandis que le montant des aides conventionnelles pour l'année 2020 s'élevaient à 28,8 millions d'euros (V. B. Rojouan, rapport d'information du Sénat n° 589, mars 2022, p. 48).
- (39) V. C. Collet, Liberté, égalité, inefficacité : à propos des politiques publiques mises en oeuvre pour lutter contre la désertification médicale, RD & Santé n° 86, 2018. 992.
- (40) A.-S. Ginon, Le jeu du conventionnement... (*op. cit.*), p. 215.
- (41) Lettre de cadrage du ministère de la Santé et de la prévention, 16 oct. 2023.
- (42) CSP, art. L. 1434-12-2 .
- (43) L. Williate-Pellitteri, Regard juridique sur l'avènement de la télésanté lors de la crise sanitaire, RD & Santé, n° 96, 2020. 821.
- (44) B. Rojouan, rapport d'information du Sénat n° 589, mars 2022, p. 26.
- (45) Communiqué de presse de l'Assurance maladie, 8 février 2023.

