

Projet de loi

de modernisation de notre système de santé

Proposition d'amendements

RÉMI PELLET*

Amendement n° 1

L'accès aux données de santé

Article 47

I. Au 2° de l'article L. 1461-3

après "établissements publics"

ajouter une virgule et rédiger ainsi la fin de l'alinéa :

"des instances représentatives des professions de santé libérales dont les actes ou prestations sont pris en charge en tout ou partie par l'assurance maladie, telles que l'Union nationale des professionnels de santé mentionnée à l'article L 182-4 du code de la sécurité sociale, ou des organismes chargés d'une mission de service public compétents, dans les conditions définies au III du présent article"

II. En conséquence,

1° au III du même article L 1461-3,

après les mots "établissements publics"

ajouter une virgule et rédiger ainsi la fin du paragraphe :

"des instances représentatives des professions de santé libérales, telles que l'Union nationale des professionnels de santé, ou des organismes chargés d'une mission de service public autorisés à traiter des données à caractère personnel du système national des données de santé pour les besoins de leurs missions. Ce décret précise, pour chacun de ces services, établissements, institutions représentatives ou organismes, l'étendue de cette autorisation, les conditions d'accès aux données et celles de la gestion des accès".

2° au 4° de l'article L 1461-7,

après le mot "établissements"

ajouter une virgule et rédiger ainsi la fin du paragraphe :

"des instances représentatives des professions de santé libérales ou des organismes bénéficiant de l'autorisation mentionnée au même III" ;

Objet

Cet amendement s'inscrit dans l'objectif proclamé par le titre du chapitre V du projet de loi : "Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé". Il a ainsi pour objet d'inclure l'Union nationale des professions de santé (UNPS) dans la liste des personnes morales autorisées pour les besoins de leurs missions à traiter des données de santé à caractère personnel dont la gestion est confiée au "Système national des données de santé" (SNDS). Telle qu'elle a été fixée dans le texte adopté par l'Assemblée nationale, ladite liste ne permettrait pas à l'UNPS de travailler sur les données de santé alors qu'en application de l'article L 182-4 du code de la sécurité sociale cette Union "reçoit une contribution à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés" (CNAMTS) afin de conduire la mission, d'une part, d'émettre des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) relatives à la participation des assurés sociaux aux tarifs des actes et prestations des professionnels et établissements de santé, d'autre part, d'examiner annuellement un programme annuel de concertation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Pour apprécier le bien-fondé de l'évolution des tarifs des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie et de la participation qui est demandée aux assurés sociaux, l'UNPS devrait être en mesure de conduire des études sur la formation de ces tarifs et sur les économies qu'il serait pos-

*Professeur à l'Université Sorbonne Paris Cité – Faculté de droit Paris Descartes et Sciences-Po Paris – Institut de droit de la santé, Inserm UMR S 1145

sible de réaliser en rationalisant le système de soins, sachant d'autre part que l'UNPS doit se concerter avec l'UNCAM et l'UNOCAM qui doivent déterminer "annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque" (article L 182-3 CSS).

Les professionnels de santé libéraux alimentent le SNDS qui a notamment pour mission de contribuer "à la recherche, aux études, à l'évaluation et à l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale" (art. L. 1461-1, III-6° du code de la santé publique). Il serait donc normal que leurs représentants puissent travailler sur les données anonymisées du SNDS afin, notamment, de comprendre les parcours de soins suivis par les patients, entre les cabinets de ville et les hôpitaux. **Ces travaux permettraient d'accroître la qualité des soins et de la prise en charge des patients des praticiens libéraux, tout en réduisant les actes et prescriptions inutiles et coûteux.**

Amendement n° 2

Données de santé hospitalières Article 47

Est créé un XIV qui dispose :

"XIV. L'article L 6 113-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :"

1° *Après les deux premiers alinéas, insérer l'alinéa suivant:*
"Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie le numéro de code des auteurs des actes ou prestations effectués".

2° *Au dernier alinéa :*

remplacer "premier alinéa" par "premier et troisième alinéas".

Objet

Cet amendement a pour objet de permettre au Système national des données de santé (SNDS) de connaître les informations anonymisées (numéros de code) relatives aux praticiens qui réalisent au sein des établissements publics de santé (hôpitaux) les actes et prestations qui sont facturés à l'Assurance maladie. Cette réforme permettrait d'améliorer la sécurité des soins dispensés aux patients et de réduire les dépenses de l'Assurance maladie.

Dans les établissements de santé privés (cliniques) où exercent des praticiens libéraux, les auteurs des actes et prestations facturés à l'Assurance maladie sont clairement identifiés par cette dernière. En revanche, au sein des établissements de santé publics, si les auteurs des actes de soins et prestations sont également identifiés, l'information n'est pas transmise par les hôpitaux à l'Assurance maladie.

Or, toutes les études de prévention des accidents médicaux indiquent que les risques auxquels les patients sont exposés sont, jusqu'à un certain seuil, inversement proportionnels au nombre d'actes effectués par les praticiens. Il est donc indispensable de pouvoir procéder à des comparaisons entre l'activité des praticiens des hôpitaux publics et celle de leurs confrères libéraux qui exercent dans les cliniques privées, afin de réduire les risques d'accidents et les dépenses afférentes (pour les soins de réparation des dommages commis par les praticiens insuffisamment expérimentés).

En l'état actuel du droit, le programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers (PMSI), régi par les articles L. 6113-7 et 6113-8 du Code de la santé publique, repose sur un recueil - opéré à l'issue des séjours hospitaliers - de résumés de sortie standardisés qui sont transmis, sans le nom du malade et avec un numéro de sécurité sociale chiffré, à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) afin de servir de base au financement des hôpitaux, selon le principe de la Tarification à l'activité ou T2A instaurée en 2004 et généralisée depuis 2009. Depuis 2007 l'ATIH transmet une copie de ces données au Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, SNIIRAM, dans les conditions prévues aux articles L. 161-28-1, L. 161-29, R. 161-29 et R. 161-30 du CSS.

L'amendement impose que figurent parmi les données des hôpitaux publics transmises à l'ATIH, avant d'être adressées au SNDS, les informations, codées et donc anonymisées, relatives aux auteurs des actes et prestations réalisés au sein de ces établissements publics de santé, comme c'est déjà le cas concernant les praticiens libéraux exerçant dans les cliniques privées. **De cette façon, le SNDS permettra de comparer sur des bases objectives la productivité des praticiens publics et privés.**

Amendement n° 3

Elections aux URPS 2^{ème} Collège Article 41

Au I. remplacer le 4° (nouveau) par le texte suivant :

À la fin du 4^{ème} alinéa de l'article L 162-15 du code de la sécurité sociale, ajouter les dispositions suivantes : "De même, une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national réunissant au moins soixante-dix pour cent des suffrages exprimés dans un seul des trois collèges peuvent former opposition aux dispositions d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre qui concernent les praticiens représentés dans ce collège".

Au I. Supprimer le 5° (nouveau) et supprimer le I. bis (nouveau)

Objet

Cet amendement vise à concilier les recommandations de la Cour des comptes tendant à éviter un éventuel blocage du système conventionnel avec la double exigence d'une représentation spécifique des praticiens des blocs opératoires et d'une protection des professions médicales ou chirurgicales minoritaires.

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a prévu que les élections des médecins au sein des Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) devaient se faire en trois collèges distincts, les généralistes d'une part, les spécialistes d'autre part, et, enfin, un collège spécifique aux chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens. Cette disposition avait pour but de permettre aux spécialistes des blocs opératoires d'exprimer leurs spécificités : puisqu'ils ne peuvent exercer leur art qu'au sein des établissements de santé, **ces praticiens sont soumis à des contraintes (liberté d'installation très limitée du fait de la planification hospitalière, notamment) et des risques (primes très élevées d'assurance de leur responsabilité civile professionnelle, par exemple) très particuliers** qui étaient insuffisamment pris en compte par le système antérieur de représentation car il ne comprenait qu'un seul collège pour l'ensemble des spécialités (médicales et chirurgicales). La création du collège dédié aux seuls chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens, a d'ailleurs été accueillie très favorablement par ces spécialistes : cela explique que lors des premières élections à ce collège, le syndicat Le Bloc, distinct des syndicats pluri-catégoriels rassemblant toutes les spécialités (comme la CSMF), ait rencontré immédiatement un grand succès auprès des intéressés. Cependant, dans son rapport de juin 2014, adressé à la Commission des affaires sociales du Sénat, sur "Les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé", la Cour des comptes avait relevé le risque de blocage du système des conventions médicales lié au fait que "une convention n'est valide que si elle a été conclue par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives ayant réuni au moins 30% des suffrages exprimés au niveau national aux élections aux URPS", sachant que, pour les médecins, "le seuil des 30% conditionnant la validité de la signature est apprécié dans chacun des trois collèges" : pour la Cour, "une telle fragmentation des collèges, pour une seule convention, constitue un élément de fragilité qui la rend discutable au regard de l'efficacité de la politique conventionnelle" car "le collège n° 2 qui concerne les seuls anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens ne rassemble que 12,2% des inscrits aux trois collèges (14 613 sur 199 382), alors que le syndicat Le Bloc a été tout près d'obtenir, lors des dernières élections, la possibilité de paralyser la négociation de la convention". Le projet de loi Santé originel ne comprenait aucune disposition à ce sujet et c'est à la fin des débats devant l'Assemblée nationale que le gouvernement a jugé opportun de faire adopter des textes concernant le collège des spécialistes des blocs opératoires.

Le premier de ces textes (3°, nouveau) dispose que la validité des conventions médicales ne sera plus subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations ayant réuni, aux élections à l'URPS regroupant les médecins, au moins 30% des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges : désormais, les conventions seront valides dès lors qu'un syndicat aura obtenu 30%, d'une part dans le collège des médecins généralistes et, d'autre part, "au regard des résultats agrégés des deux collèges de spécialistes". Cette disposition est bienvenue car elle permettra, à elle seule, d'éviter le risque de blocage du système conventionnel par un syndicat qui ne serait représenté que dans le collège réservé aux anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens.

Mais, malheureusement, d'autres dispositions nouvelles (4° et 5° du I et I bis) ont été adoptées par l'Assemblée nationale, qui suppriment, "A compter des prochaines élections aux Unions régionales des professionnels de santé organisées après le 31 décembre 2016", le collège réservé aux anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens. Si elle était adoptée, cette mesure serait une véritable régression car elle priverait les praticiens qui exercent dans les établissements de santé de la possibilité d'exprimer au niveau national les contraintes et risques particuliers de leur métier qui sont profondément différents de ceux que connaissent les autres spécialistes. C'est pourquoi le présent amendement de suppression vise à éviter une telle régression, tout en maintenant le texte qui réforme les conditions de conclusion des conventions médicales (en tenant compte des résultats agrégés des deux collèges de spécialistes pour le calcul du seuil des 30%).

D'autre part, en l'état actuel du droit, une convention ou un accord-cadre peuvent être conclus par les représentants de deux collèges aux dépens des intérêts fondamentaux du troisième. Il convient donc d'empêcher une telle iniquité mais sans fragiliser le système conventionnel. **Cet équilibre sera obtenu en permettant à une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national réunissant au moins soixante-dix pour cent (70%) des suffrages exprimés dans un seul des trois collèges de faire opposition aux dispositions d'une convention ou d'un accord qui concernent les praticiens représentés dans ce collège.** C'est également l'objet du présent amendement qui complète l'article L 162-15 CSS.

Amendement n° 4

Responsabilité civile professionnelle

Titre V

À la suite de l'article 50 B, un article 50 C est inséré. Il est ainsi rédigé :

Article 50 C

I. Au premier alinéa du IV de l'article 146 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 la date du "1^{er} janvier 2012" est remplacée par celle du "5 septembre 2001".

II. Au terme du premier alinéa de l'article 252-1 du code des assurances est ajoutée la phrase suivante : "Il en est de même des personnes soumises à la même obligation et se voyant opposer à deux reprises des exigences de primes augmentées au-delà des seuils maximums d'appel de cotisations retenus pour la fixation de l'aide à la souscription d'assurance prévue à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2014".

III. Au sein du premier alinéa de l'article L 1142-29 du code de la santé publique, sont insérés les termes "au coût de leur couverture assurantielle" entre les termes "à leur indemnisation" et "et à l'ensemble des conséquences financières qui en découlent".

Objet

Cet amendement a pour objet de simplifier et de rendre plus justes, d'une part, les conditions d'intervention du fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral, d'autre part, les conditions de saisie par les médecins libéraux du Bureau central de tarification (BCT) - qui a pour rôle de fixer le montant de la prime par laquelle un assureur est tenu de garantir le risque qui lui a été proposé -, et, enfin, le mode de fonctionnement de l'observatoire des risques médicaux (ORM).

Pour faire revenir les assureurs sur le marché de la responsabilité civile professionnelle des praticiens et établissements de santé, les lois n° 2002-303 du 4 mars 2002 (dite "Kouchner") et n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 (dite "About") ont modifié la couverture d'assurance responsabilité civile professionnelle médicale. Ces réformes, qui ont créé une grande complexité juridique, ont eu pour effet secondaire regrettable de priver les médecins, dans plusieurs hypothèses, d'une couverture d'assurance suffisante, de sorte que ces praticiens de santé furent alors exposés à des risques de "trous de garantie" dans la couverture de leur assurance.

Une première réforme du dispositif est intervenue par l'adoption de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Mais cette disposition s'est avérée insuffisante concernant particulièrement les obstétriciens car, lorsqu'un enfant est victime d'un grave handicap à la naissance, la prescription ne commence qu'au jour de la majorité de cet enfant et les dommages-intérêts alloués par les juges tiennent compte du coût des soins à délivrer toute une vie à une personne lourdement handicapée : la réforme ne protégeait pas les obstétriciens d'un risque de ruine du fait d'un dépassement des plafonds d'assurance. Une nouvelle intervention législative s'est donc avérée nécessaire.

L'article 146 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 a alors créé "un fonds de garantie des

dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral". Financé par une contribution forfaitaire annuelle à la charge des professionnels de santé libéraux, ce fonds doit prendre en charge la part des indemnités allouées aux victimes et, en cas de décès, à leurs ayants droit, qui dépasse le montant minimal d'un plafond fixé par décret ou, s'il est supérieur, du plafond de garantie prévu par le contrat d'assurance.

Cependant, le paragraphe IV de l'article 146 précité limite l'intervention du fonds de garantie aux cas des sinistres faisant l'objet d'une réclamation "mettant en jeu un contrat d'assurance conclu, renouvelé ou modifié à compter du 1^{er} janvier 2012". En clair, cela signifie que si une réclamation a été portée avant 2012 contre un praticien qui a ensuite changé d'assureur - soit qu'il y ait été contraint du fait d'une augmentation insoutenable de la prime d'assurance, soit qu'il ait pu faire jouer la concurrence, comme le recommandent les pouvoirs publics -, alors ce praticien ne peut bénéficier de l'intervention du Fonds de garantie qui ne prendra pas en charge la part des indemnités allouées qui dépasse le plafond de la couverture d'assurance puisque le contrat applicable à compter du 1^{er} janvier 2012 n'avait pas été conclu antérieurement et n'est donc pas "mis en jeu par la réclamation" et qu'il ne peut être considéré comme un renouvellement ou une modification du précédent.

De plus, lorsqu'un praticien a cessé toute activité avant 2012, le dernier contrat conclu par le praticien continue à faire effet pendant dix ans après l'arrêt du travail mais si une réclamation est portée pendant cette période ou avant même la cessation d'activité, la part des indemnités supérieure au plafond de la couverture d'assurance reste là encore à la charge du praticien, car la réclamation ne met pas en jeu un contrat "conclu, renouvelé ou modifié à compter du 1^{er} janvier 2012".

Malheureusement, ces hypothèses ne sont pas théoriques : plusieurs obstétriciens sont aujourd'hui menacés de ruine car ils ont fait l'objet de réclamations déposées avant 2012 et pour lesquelles les juges ne fixeront le montant définitif de l'indemnisation que dans plusieurs années, à la majorité des victimes des dommages. Or, compte tenu des progrès de la médecine, l'espérance de vie d'un enfant handicapé, même lourdement, est comparable à celle des autres personnes : les indemnités doivent donc couvrir le coût de soins qui seront dispensés pendant toute une vie, en tenant compte de surcroît des effets de l'inflation prévisible pendant cette période. Pour ces raisons, les dommages-intérêts qui seront définitivement arrêtés pourront s'élever à des sommes considérables qui dépasseront de beaucoup les plafonds de couverture d'assurance en vigueur au moment où les réclamations ont été portées, alors que le Fonds de garantie ne pourra pas intervenir parce que chacune de ces affaires exceptionnelles ne met pas en jeu un contrat

"conclu, renouvelé ou modifié à compter du 1^{er} janvier 2012." Il convient de souligner de surcroît que le "trou de garantie" peut naître du dépassement du plafond fixé dans les contrats des compagnies désignées par le Bureau central de tarification (BCT) lorsqu'il a été saisi par des praticiens qui avaient fait l'objet d'au moins deux refus d'assurance (cf. *infra*).

Le risque de ruine auquel sont exposés plusieurs obstétriciens ne repose sur aucune logique, alors surtout que la création du Fonds de garantie avait précisément pour objectif d'éviter de telles situations qui peuvent s'avérer dramatiques pour les praticiens concernés et leurs familles. Pour l'ensemble de ces raisons, le premier paragraphe du présent amendement a pour objectif d'**étendre le champ d'intervention du Fonds de garantie créé en 2011** afin qu'il couvre le champ des contrats conclus, renouvelés ou modifiés à compter non plus du 1^{er} janvier 2012 mais du 5 septembre 2001, date de prise d'effet de la loi précitée du 4 mars 2002. **Cette réforme ne coûtera rien à la collectivité publique puisque le Fonds de garantie est financé par les seuls praticiens libéraux.**

D'autre part, si les praticiens de santé sont assujettis à l'obligation de souscrire une assurance pour couvrir leur responsabilité professionnelle, certains spécialistes, comme les obstétriciens, se heurtent fréquemment à des refus d'assurance. L'article L 252-1 du code des assurances, créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précitée, autorise certes ces praticiens, s'ils ont fait l'objet de deux refus, à saisir le Bureau central de tarification (BCT), précité, qui "a pour rôle exclusif de fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé".

Mais, depuis la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 précitée, le contrat conclu par le praticien lors de sa dernière année d'activité couvre ce dernier pour les plaintes portées pendant les dix années qui suivent la cessation d'activité. Pour cette raison, les assureurs élèvent fortement les primes d'assurance des praticiens qui approchent l'âge auquel ils peuvent prendre leur retraite. Ces niveaux de prime s'avèrent alors excessifs en regard des tarifs des actes fixés par l'assurance maladie et qui servent de base de rémunération des praticiens. Ces derniers ne peuvent saisir le BCT pour fixer une prime raisonnable car une proposition de prime très élevée, même manifestement excessive, n'est pas considérée par le BCT comme un refus d'assurance. Cette situation conduit de nombreux médecins aguerris à cesser d'exercer leur spécialité de façon anticipée alors que leur expérience serait nécessaire au bon fonctionnement du système de santé. D'autres praticiens encore se voient proposer au cours de leur carrière de brutales augmentations de primes d'assurance qui ne sont pas justifiées par une augmentation significative de la sinistralité. Or, compte tenu du petit nombre d'assurances sur le marché de la responsabilité médicale, les chirurgiens et obstétriciens ne peuvent espérer

résister aux augmentations abusives des primes en faisant jouer la concurrence entre les compagnies d'assurance.

Pour ces raisons, le deuxième paragraphe du présent amendement a pour objectif d'**élargir le droit des praticiens à saisir le BCT afin que celui-ci puisse déterminer le montant des primes d'assurance des praticiens sur des bases objectives et rationnelles**, lorsque les propositions des assureurs ne paraissent pas justifiées par la sinistralité des demandeurs et qu'elles pourraient s'analyser comme un refus d'assurance dissimulé. La réforme s'inspire du mécanisme institué pour la fixation du montant de l'aide à la souscription d'assurance prévue à l'article 16 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et plus particulièrement des seuils maximums d'appel de cotisations fixés sur ce point par un décret.

Enfin, si l'article L 1142-29 du code de la santé publique prévoit le rattachement à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) d'un "observatoire des risques médicaux [ORM] dont l'objet est d'analyser les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales, à leur indemnisation et à l'ensemble des conséquences, notamment financières, qui en découlent", cet ORM ne collecte pas les informations relatives aux primes versées par les praticiens de santé, lesquelles ne peuvent être donc mises en regard des indemnités versées par les assureurs. Le troisième paragraphe du présent amendement a pour objectif de corriger cette lacune afin **que l'ORM soit en mesure d'apprécier le bien-fondé de la politique tarifaire des assurances au regard du coût réel de la sinistralité médicale.**

Amendement n° 5

Service public hospitalier

Articles 26 et 26 ter

Ces articles sont supprimés

Objet

Cet amendement a pour objet d'éviter un risque sérieux d'inconstitutionnalité car les articles 26 et 26 ter du projet de loi créent une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges du service public entre les praticiens hospitaliers publics et privés.

L'article 26 est ainsi rédigé :

"Art. L. 6112-3. – Le service public hospitalier est assuré par :

"1° Les établissements publics de santé ; "2° Les hôpitaux des armées ;

"3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif [ESPIC] en application de l'article L. 6161-5 ;

"4° (nouveau) Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

"Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé, s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2".

Ledit article L 6112-2 comprend les dispositions suivantes :

"I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services : (...)

"4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale".

En application de ces textes les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier ne pourraient donc pas facturer des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs fixés par l'assurance maladie (T2A pour les établissements, tarifs conventionnels pour les praticiens). Mais la loi ne remet pas en cause les dispositions du Code de la santé publique (CSP) sur l'"*Activité libérale des praticiens temps plein*" qui accordent aux praticiens hospitaliers le droit d'exercer une partie de leur activité en secteur privé (articles L 6154-1 et suivants CSP) en percevant des dépassements d'honoraires dans le cadre du secteur 2 conventionnel. Or la loi exige que "*le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique*". (art 6154-2 CSP), ce qui signifie que les praticiens des hôpitaux publics peuvent réaliser jusqu'à près de la moitié de leurs actes et consultations en secteur privé. De plus, une étude de "60 millions de consommateurs", rendue publique le 16 janvier 2015, montre que les dépassements d'honoraires les plus importants sont pratiqués dans les hôpitaux publics : <http://www.66millionsdimpatients.org/?p=5236>

Enfin, les hôpitaux publics trouvent un double intérêt au maintien et au développement de secteur privé car :

- d'une part, cette "activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance" (article L6154-3 CSP) : en pratique, les hôpitaux perçoivent 20% environ des honoraires ;
- d'autre part, en application de l'article L6154-2 CSP, "*l'activité libérale peut comprendre (...) des soins en hospitalisation*" : or, en cas d'hospitalisation des patients soignés en secteur privé, les établissements publics de santé sont rémunérés sur la base d'une tarification à l'activité (T2A) dont n'est pas déduite la part qui correspond à la rémunération des praticiens ; ainsi, d'un côté le praticien hospi-

talier est rémunéré comme s'il s'agissait d'un praticien libéral, d'un autre côté, l'hôpital est rémunéré comme s'il s'agissait de soins dispensés dans le cadre du service public, à un tarif qui comprend déjà la rémunération du praticien.

En revanche, **concernant les cliniques privées, le projet de loi conditionne leur participation au service public hospitalier au fait qu'elles s'engagent à exercer l'ensemble de leur activité sans dépassements tarifaires :**

ainsi, au sein des établissements privés de santé qui seraient chargés du service public hospitalier, les praticiens libéraux ne pourraient plus demander aucun dépassement d'honoraires alors que ce droit serait maintenu aux praticiens hospitaliers publics dans le cadre de leur secteur privé au sein des hôpitaux publics. À l'évidence donc, les dispositions susvisées du projet de loi sont contraires au principe constitutionnel d'égalité devant les charges du service public.

Le gouvernement prétend cependant que le grief d'inconstitutionnalité est infondé au motif que les praticiens libéraux pourraient continuer de pratiquer des dépassements d'honoraires pour les soins qu'ils dispensent *en dehors* des établissements privés chargés du service public hospitalier. Mais ce raisonnement est incohérent. En effet, les chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes libéraux ne peuvent évidemment pas opérer ou accoucher des patientes au sein de leur cabinet de ville, où ils ne peuvent réaliser que des "consultations", alors que les praticiens des hôpitaux publics exercent leur "secteur privé" *au sein* de ces établissements et *ils y opèrent leurs patients, auxquels ils peuvent demander des dépassements d'honoraires*.

Autrement dit, pour apprécier l'égalité des praticiens devant le service public hospitalier, il faut logiquement comparer la situation qui est faite aux chirurgiens et obstétriciens au sein de leurs établissements d'exercice respectifs, publics et privés. Or, le texte du gouvernement ne remet pas en cause le droit des chirurgiens et obstétriciens hospitaliers "publics" de pratiquer des dépassements d'honoraires dans le cadre de leur secteur privé exercé au sein des établissements publics de santé, alors que les praticiens libéraux perdraient leur droit de facturer toute forme de dépassement dès lors que les établissements de santé privés dans lesquels ils opèrent participeraient au service public hospitalier.

Toutes les études reconnaissent que les chirurgiens et obstétriciens libéraux ne peuvent couvrir les charges liées à leurs activités opératoires (par ex. le coût des assurances de la responsabilité civile professionnelle et les redevances payées par ces praticiens aux cliniques pour pouvoir y opérer) par les seuls tarifs de la sécurité sociale parce que ceux-ci n'ont pas été correctement revalorisés depuis plusieurs dizaines d'années : le rapport de la Cour des comptes remis à la Commission des affaires sociales du Sénat en juin 2014 sur "les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé" souligne ainsi le fait que les pouvoirs publics ont utilisé le secteur 2 "comme un

élément modérateur de la revalorisation des tarifs opposables, en contrepartie d'un laisser-faire sur la progression des dépassements". Dans ces conditions, subordonner la participation des cliniques privées au service public hospitalier au fait qu'elles s'engagent à exercer l'ensemble de leur activité sans dépassement d'honoraires conduirait à réserver cette participation aux seules cliniques qui emploient des praticiens salariés (lesquels sont donc rémunérés par les cliniques et pas par les patients).

Or, à l'heure actuelle, les praticiens libéraux de plusieurs centaines de cliniques privées participent au service public hospitalier en prenant en charge les urgences, dans le respect des tarifs conventionnels, c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires, tout en conservant leur droit à dépassement pour les actes qui réalisés en dehors des situations d'urgence et avec le consentement des patients. L'application des dispositions précitées de l'article 26 du projet de loi aurait donc conduit à retirer à ces cliniques la possibilité d'assurer des urgences, ce qui aurait créé un grave problème de santé publique.

Aussi, à la suite des manifestations des praticiens libéraux et après le dépôt du projet de loi au Parlement, le gouvernement a-t-il pris l'initiative d'ajouter à l'article 26 les dispositions suivantes :

"Art. L. 6112-4-1 (nouveau). – Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

"Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

"L'établissement associé au service public hospitalier s'assure par tout moyen que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires (...)".

En application de ces dispositions, les cliniques privées pourraient être "associées au service public hospitalier" en prenant en charge les urgences au tarif conventionnel sans que leurs praticiens libéraux perdent leur droit à pratiquer des dépassements de tarif pour le reste de leur activité (chirurgie et obstétrique programmées). Cette réforme du projet de loi initialement déposé par le gouvernement est évidemment bienvenue mais elle ne rétablit pas totalement l'égalité devant les charges du service public hospitalier, sachant que l'actuel article 6112-1 CSP donne une longue liste des "missions de service public" que *"les établissements de santé peuvent être appelés à assurer en tout ou partie :*

1° La permanence des soins ;

2° La prise en charge des soins palliatifs ;

3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;

4° La recherche ;

5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

10° Les actions de santé publique ;

11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté."

Si le projet de loi n'était pas modifié, les cliniques qui souhaiteraient ne pas être seulement "associées" au service public hospitalier, en prenant en charge les urgences, mais voudraient y participer totalement – en prenant en charge l'ensemble des missions actuellement énumérées à l'article 6112-1 CSP précité –, au même titre que les hôpitaux publics, comme le texte adopté par l'Assemblée nationale le prévoit (article L. 6112-3, 4°, CSP), seraient contraintes d'exiger de leurs chirurgiens et obstétriciens libéraux qu'ils cessent totalement de pratiquer des dépassements de tarifs pour les actes de soins qu'ils dispensent au sein de ces établissements de santé privés, alors que les chirurgiens et obstétriciens des hôpitaux publics pourraient eux continuer, dans le cadre de leur secteur privé, de pratiquer des dépassements de tarifs pour des patients soignés au sein de ces établissements publics de santé.

Comme la loi autorise ces praticiens hospitaliers publics à réaliser jusqu'à près de la moitié de leurs actes et consultations en secteur privé au sein des hôpitaux publics (art 6154-2 CSP précité), la rupture d'égalité devant les charges du service public hospitalier serait considérable.

De surcroît, si l'article 26 était adopté les cliniques seraient dissuadées de demander à participer pleinement au service public hospitalier (SPH), alors que l'article 26 ter du projet de loi prévoit de ne pas accorder aux établissements simplement "associés" au SPH - qui pratiquent donc des dépassements d'honoraires en dehors des urgences - le bénéfice d'"une mission d'intérêt général" puisque celui-ci serait réservé aux seuls "établissements publics, établissements de santé privés d'intérêt collectif et établissements de

santé privés organisés pour fonctionner sans aucun dépassement d'honoraires en leur sein". Or, la reconnaissance du droit de mettre en œuvre "une mission d'intérêt général" s'accompagne d'avantages financiers dont les cliniques ne pourraient profiter que si elles privaient leurs praticiens de la possibilité de réaliser toute forme de dépassement d'honoraires, alors que les praticiens hospitaliers publics conserveraient eux, ce droit dans tous les cas.