

SÉNAT

QUATRIÈME SESSION EXTRAORDINAIRE DE 1981-1982

Annexe au procès-verbal de la séance du 23 septembre 1982.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, modifiant l'article L. 680 du Code de la santé publique relatif aux activités de secteur privé dans les établissements d'hospitalisation publics.

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

(1) Cette Commission est composée de : MM. Robert Schwint, *président* ; André Rabineau, Victor Robini, Louis Boyer, Jean Chérioux, *vice-présidents* ; Roger Lise, Jacques Bialski, Hubert d'Andigné, Hector Viron, *secrétaires* ; Jean Amelin, Pierre Bastié, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Charles Bonifay, Pierre Bouneau, Louis Caiveau, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Henri Collette, Michel Crucis, Georges Dagonia, Charles Ferrant, Marcel Gargar, Mme Cécile Goldet, MM. Jean Gravier, André Jouany, Louis Jung, Louis Lazuech, Bernard Lemarié, Pierre Louvot, Jean Madelain, André Méric, Mme Monique Midy, MM. Michel Moreigne, Jean Natali, Charles Ornano, Bernard Pellarin, Raymond Poirier, Henri Portier, Paul Robert, Gérard Roujas, Pierre Sallenave, Louis Souvet, René Touzet, Georges Treille, Jean Varlet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7^e législ.) : 853, 961 et in-8° 188.

Sénat : 430 (1981-1982).

Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure. — Centres hospitaliers - Médecins - Professions et activités médicales - Secteur privé - Code de la santé publique.

SOMMAIRE

	Pages
Avant-propos	3
I. — Le « secteur privé » : l'instrument essentiel de la modernisation de l'hôpital public	5
A. — La réglementation actuelle : un régime complexe qui respecte la réalité de l'hôpital public	7
1. Le régime applicable aux disciplines cliniques	8
2. Le régime applicable aux disciplines techniques	9
B. — La pratique actuelle de l'exercice d'une activité privée à l'hôpital public : un usage modéré, des abus limités	10
1. La réalité statistique du secteur privé : un usage modéré	10
2. La réalité financière du secteur privé : un bilan nuancé	10
3. La réalité quotidienne du secteur privé : une réglementation perfectible	11
C. — La réforme de M. Jacques Barrot (5 décembre 1980) : une initiative courageuse, respectueuse des droits acquis	13
1. Les dispositions du décret du 5 décembre 1980	13
2. Les retards d'application du décret	14
II. — La suppression du « secteur privé » : une menace grave pour l'avenir de la médecine française	15
A. — Les modalités de la suppression du secteur privé proposées par le Gouvernement : un dispositif inacceptable	16
1. Le dispositif législatif	16
2. Les mesures sociales	19
3. Les mesures statutaires	22
B. — Le maintien du secteur privé : une garantie pour la médecine française tout entière	25
1. Les arguments du Ministre	25
2. Les arguments de votre Commission	26
Conclusions de la Commission	27
Travaux de la Commission	29
Tableau comparatif	35
Amendements présentés par la Commission	37

MESDAMES, MESSIEURS,

Le projet de loi soumis aujourd'hui à votre examen tend à supprimer la faculté offerte aux médecins hospitaliers publics à plein temps d'exercer une activité de secteur privé dans les établissements de soins ; cette faculté avait été introduite à l'occasion de la réforme hospitalière intervenue en 1958, dans le souci d'attirer les praticiens à l'hôpital public.

Le texte prévoit la disparition totale des lits privés au 31 décembre prochain, date à laquelle des avantages sociaux nouveaux seraient accordés à tous les médecins hospitaliers publics, notamment en matière d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dès lors qu'ils n'ont pas demandé ou qu'ils cessent de demander à exercer une activité privée.

A la même date, un régime transitoire serait mis en place au profit de ceux des praticiens qui, souhaitant conserver leur activité en secteur privé, bénéficieraient du droit aux consultations jusqu'au 31 décembre 1986.

Votre Commission ne peut accepter une telle proposition car, au-delà de la suppression du secteur privé, elle menace l'éthique qui fonde l'exercice de la médecine dans notre pays.

Certes, la réglementation et la pratique actuelle du secteur privé à l'hôpital public ne sont pas à l'abri de toute critique. M. Jacques Barrot, alors ministre de la Santé, avait engagé, quelques mois avant la dernière élection présidentielle, une réforme qui, destinée à répondre à ces critiques, maintenait les droits acquis des intéressés.

Rien ne justifie, cependant, une suppression pure et simple de cette faculté contraire aux engagements du Président de la République, elle s'appuie sur une amélioration de la couverture sociale des médecins très insuffisante.

Telles sont les deux orientations autour desquelles s'organise le présent rapport, dont la conclusion ne peut être qu'une fin de non-recevoir aux sollicitations gouvernementales.

I. — « LE SECTEUR PRIVÉ » : L'INSTRUMENT ESSENTIEL DE LA MODERNISATION DE L'HOPITAL PUBLIC

Seul le rappel des circonstances historiques de l'introduction du statut de la médecine hospitalière permet d'éclairer et de justifier l'institution, à l'hôpital public, d'un secteur d'activité privée.

En effet, jusqu'à l'intervention des ordonnances de 1958 qui, portant réforme de l'hôpital, ont notamment organisé le statut des médecins hospitaliers, ces derniers exerçaient leur activité dans des conditions proches du bénévolat.

Percevant une rémunération symbolique des établissements, les praticiens exerçaient principalement dans leur cabinet privé, tirant de leur activité hospitalière une notoriété que leur clientèle ne manquait pas de récompenser.

L'hôpital, longtemps confiné dans son rôle d'assistance et de soins aux plus démunis, a toutefois reçu, en 1941, une organisation financière qui, instituant le prix de journée, prévoyait la rémunération d'un corps médical hospitalier continuant à exercer son activité à temps partiel. En 1943, le paiement à l'acte est introduit à l'hôpital dans des conditions qui conduisent à faire dépendre la rémunération des médecins du volume d'activité de leur service.

Ce système est resté en vigueur pour l'essentiel jusqu'en 1958.

Tel est le cadre général dans lequel s'est inscrite la réforme inspirée par le professeur Robert Debré et mise en œuvre, au plan législatif, par son fils, Michel Debré, alors Premier ministre, à travers les ordonnances des 11 et 30 décembre 1958.

Les objectifs principaux de la réforme étaient de deux ordres :

— d'une part, renforcer et améliorer l'encadrement des services hospitaliers par l'introduction d'un statut de médecin à plein temps, destiné à permettre aux praticiens de se consacrer complètement à l'hôpital public ;

— d'autre part, lier les fonctions d'enseignement et de recherche à l'activité médicale, en autorisant les intéressés à poursuivre une double carrière à l'hôpital.

La mise en œuvre de ces deux objectifs a conduit à diversifier à la fois les statuts des établissements et ceux des praticiens.

Etaient désormais distingués les centres hospitaliers universitaires (C.H.U.) des centres hospitaliers non universitaires.

Quatre corps principaux de médecins hospitaliers, deux au titre du plein, deux au titre du temps partiel, ont été institués.

Toutefois, la réussite de cette réforme passait par un point essentiel : il convenait de convaincre les praticiens, et parmi eux les meilleurs, de choisir de consacrer l'essentiel de leur activité à l'hôpital public en optant pour son exercice à plein temps.

Telle est la raison qui a conduit les inspirateurs de la réforme et, au premier chef le professeur Robert Debré, à autoriser, sous certaines conditions, les médecins à plein temps à recevoir, à l'hôpital, une clientèle privée.

Votre Rapporteur ne se hasarderait pas à interpréter la pensée du professeur Debré, aujourd'hui disparu.

M. Jack Ralite, ministre de la Santé, affirme que, dans l'esprit de cette autorité médicale, le secteur privé ne devait être introduit qu'à titre transitoire afin de faciliter le succès de sa réforme. A l'Assemblée nationale, certains députés, et singulièrement M. Michel Debré, dont les déclarations ne sauraient être contestées, ont voulu assurer leurs collègues du contraire. On constatera simplement que dans sa rédaction actuelle, l'article L. 680 du code de la Santé publique ne prévoit aucune limitation dans le temps à la faculté qu'il offrait aux praticiens.

Votre Rapporteur vous propose donc d'étudier successivement la réglementation mise en place en 1958, avant d'examiner les conditions dans lesquelles le secteur privé s'est développé depuis lors.

A. — LA RÉGLEMENTATION ACTUELLE : UN RÉGIME COMPLEXE QUI RESPECTE LA RÉALITÉ DE L'HOPITAL PUBLIC

L'article 5 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 stipule, dans son troisième alinéa : « les membres du personnel médical et scientifique des C.H.U. consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut ».

L'article L. 680, introduit dans le Code de la santé publique par l'ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 prévoit quant à lui que les hôpitaux peuvent être autorisés, dans les limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat « à réserver des lits pour la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens, spécialistes de l'établissement lorsque ceux-ci lui consacrent toute leur activité professionnelle et à permettre à ces praticiens de recevoir en consultation des malades qui leur sont adressés personnellement ».

Telles sont les deux dispositions législatives qui fondent le droit des médecins hospitaliers à l'exercice d'une activité privée au sein de l'hôpital public. Il convient de noter que les dérogations prévues par l'article 5 de l'ordonnance précitée du 30 décembre 1958 ne concerne pas seulement ce droit mais encore celui, pour les intéressés d'être appelés en consultation externe, de réaliser des expertises ou de produire des œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques.

Sur la base de ces dispositions législatives, deux décrets sont intervenus, le 24 septembre 1960 en ce qui concerne le personnel enseignant et hospitalier des C.H.U. et le 24 août 1961 pour les personnels des autres établissements.

Ces textes ont été maintes fois remaniés et notamment, s'agissant des praticiens exerçant en C.H.U., par un décret du 7 avril 1962 et un arrêté du 29 avril 1964 et, s'agissant des médecins des hôpitaux généraux, par un décret du 8 mars 1978.

Le régime institué par ces textes varie, pour l'essentiel, selon la discipline, clinique ou technique, des praticiens. Votre rapporteur vous propose donc d'examiner successivement ces deux situations.

1. Le régime applicable aux disciplines cliniques.

a) *Le droit aux consultations privées.*

Les médecins, chirurgiens ou spécialistes, chefs de service ou non, les adjoints et les assistants sont, dès lors qu'ils exercent à plein temps, tenus de consacrer onze demi-journées par semaine à leur activité hospitalière. Toutefois, ils sont autorisés à recevoir, à l'intérieur de leur temps de service public, des malades personnels en consultation privée, dans la limite de deux journées par semaine.

Les praticiens fixent librement les honoraires qu'ils demandent à leurs malades personnels, dans le cadre de leur conventionnement avec les régimes de sécurité sociale. Il convient de souligner qu'un certain nombre d'entre eux bénéficient du droit permanent au dépassement du tarif conventionnel. Ceci est particulièrement fréquent en ce qui concerne les médecins exerçant en centre hospitalier universitaire.

Le règlement des honoraires peut intervenir soit directement auprès du médecin — cas le plus fréquent — soit à la caisse de l'hôpital.

b) *Les lits privés.*

Les chefs de service, les non-chefs de service des C.H.U., les adjoints et les assistants des hôpitaux généraux peuvent traiter leur clientèle privée dans des lits de l'établissement.

Le nombre des lits privés ne peut excéder 8 % du total des lits des C.H.U. Le pourcentage est porté à 10 dans huit spécialités où la durée d'hospitalisation est particulièrement longue.

Dans les hôpitaux généraux, les praticiens ne peuvent disposer de moins de quatre lits dans les services de médecine générale, de chirurgie générale et de maternité, ou de deux lits en spécialité, sans que ce nombre puisse être supérieur à cinq en psychiatrie et pneumophysiologie.

A l'intérieur de ces quotas, les chefs de service peuvent disposer de 5 % du nombre des lits dans les C.H.U. (7 % pour les disciplines de longue durée) et de 5 % des lits des hôpitaux généraux, nombre diminué des droits reconnus aux adjoints et aux assistants.

Quant aux non-chefs de service des C.H.U., praticiens du cadre hospitalier, adjoints et assistants des hôpitaux généraux, ils ont droit à 3 % des lits en C.H.U. et à un lit par adjoint et assistant en deuxième catégorie.

c) Les redevances dues à l'établissement.

Une redevance est exigible sur tous les actes, égale à 30 % des honoraires conventionnels pour les consultations et à 10 % pour l'hospitalisation. Elle n'est donc pas calculée sur les honoraires effectivement perçus par le praticien.

Cette redevance est destinée à indemniser l'établissement, pour les moyens en personnel et en matériel mis à la disposition des médecins, qui sont tenus d'indiquer trimestriellement à l'administration hospitalière le nombre et la nature des actes.

2. Le régime applicable aux disciplines techniques.

Les praticiens exerçant des disciplines techniques, qui n'ont pas de lit à leur disposition, sont soumis à un régime particulier appliqué plus précisément aux médecins électroradiologistes, aux médecins anesthésistes réanimateurs et aux biologistes, qu'ils soient médecins ou pharmaciens.

Les honoraires sont recouverts par l'hôpital et les intéressés ne peuvent percevoir à ce titre une rémunération supérieure à 30 % de leurs émoluments annuels.

S'agissant des actes accomplis sur les malades personnels de ces praticiens, les honoraires versés sont établis sur la base des tarifs conventionnels et la redevance, de 5 %, est calculée par référence au tarif hospitalier, inférieur au précédent. Cette redevance est consacrée à la recherche, à l'équipement ou à la modernisation de l'équipement des services.

Quant aux actes accomplis sur des malades admis en lits privés ou en consultation privée auprès des autres praticiens publics, leurs honoraires sont calculés sur la base du tarif hospitalier et ne sont pas soumis à redevance.

B. — LA PRATIQUE ACTUELLE DE L'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ PRIVÉE A L'HOPITAL PUBLIC : UN USAGE MODÉRÉ, DES ABUS LIMITÉS

M. le ministre de la Santé, suivi en cela par les députés de la majorité de l'Assemblée nationale, a voulu stigmatiser certains abus, soulignés d'ailleurs avant eux par la Cour des comptes et l'inspection générale des Affaires sociales. Il convient à cet égard de ramener les faits à leur juste proportion.

1. La réalité statistique du secteur privé : un usage modéré.

Au 1^{er} janvier 1980, 15.270 médecins exerçaient à plein temps leurs fonctions à l'hôpital public. 3.889 d'entre eux avaient, au 31 janvier 1980, choisi de disposer d'un secteur privé, soit 25,5 % répartis à raison de 1.500 environ dans les C.H.U. et 2.500 dans les hôpitaux généraux.

2. La réalité financière du secteur privé : un bilan nuancé.

Les chiffres présentés par le Ministre, destinés à justifier le bien fondé de son projet de loi, n'ont pas manqué de provoquer la réaction, justifiée, des intéressés.

Ainsi, comme l'a rappelé fort justement M. Claude Gérard Marcus à l'Assemblée nationale, s'il est vrai qu'un radiologue a pu réaliser un nombre d'actes correspondant à 387.000 F, il faut immédiatement ajouter que la somme effectivement versée ne peut excéder 30 % des émoluments hospitaliers de l'intéressé, soit 61.500 F.

Cet exemple montre que cette « bataille de chiffres » fort navrante ne saurait justifier la suppression du secteur privé, et contribue à menacer l'honorabilité incontestable de notre médecine hospitalière et l'intérêt fondamental de nos malades.

En outre, il n'est pas inutile de rappeler que les redevances versées au titre du secteur privé représentent une somme évaluée, pour

1981, à 150 millions de francs. Certes, une partie de ce montant correspond à l'indemnisation de l'utilisation des équipements de l'hôpital mais il reste que, pour l'essentiel, elle est, ou peut être, consacrée au renforcement des moyens de soins, d'enseignement ou de recherche.

3. La réalité quotidienne du secteur privé : une réglementation perfectible.

Votre Rapporteur ne décrira pas les abus dénoncés avec délectation par ceux qui, au-delà de la suppression du secteur privé, entendent porter atteinte à l'honneur de notre médecine. Ces cas particuliers, dénoncés par la Cour des comptes, ne sont pas suffisants pour jeter l'opprobre sur une profession tout entière.

En revanche, votre Rapporteur ne peut nier que, dans sa rédaction actuelle, la réglementation ne manque pas de prêter le flanc à certaines critiques.

a) L'attitude « permissive » de l'administration hospitalière.

Il n'est pas contestable qu'au-delà de ses insuffisances la réglementation actuelle est mal respectée parce qu'insuffisamment appliquée aux praticiens par l'administration hospitalière.

Certes, il n'est pas aisé de contrôler le temps consacré aux consultations privées. Toutefois, l'établissement régulier du tableau d'activité des services devrait suffire à éviter les excès. Certes, non plus, il n'est pas possible de contrôler strictement le nombre d'actes accomplis par les médecins mais il est cependant possible d'exiger que l'état trimestriel d'activité privée soit convenablement et ponctuellement adressé à l'administration. Or, la disparité souvent choquante entre les états dressés par les établissements et les statistiques des caisses de sécurité sociale manifestent un laxisme regrettable.

Certes, enfin, la réglementation n'exclut pas qu'un malade puisse être transféré d'un lit privé à un lit public en cas de nécessité. L'usage quelquefois excessif d'une telle faculté ne saurait cependant être accepté.

b) Les faiblesses de la réglementation applicable aux disciplines cliniques.

Une grande part des reproches adressés aujourd'hui au secteur privé disparaîtrait si les honoraires étaient reçus directement par les

services comptables de l'hôpital. Il est vrai qu'une telle solution porterait atteinte au principe du dialogue singulier entre le patient et son médecin. Mais le montant des honoraires consentis satisfait selon votre Rapporteur, à la qualité des rapports médicaux et le paiement direct à la caisse de l'hôpital suffirait à faire taire les insinuations regrettables de certains détracteurs de la médecine publique.

En outre, ainsi que le souligne la Cour des comptes, la redevance de 10 % appliquée aux actes chirurgicaux ne semble pas réellement en rapport avec les services mis gratuitement à la disposition du médecin.

c) Les faiblesses de la réglementation applicable aux disciplines techniques.

S'agissant des disciplines techniques, il est regrettable que les malades adressés aux intéressés par leurs confrères, médecins hospitaliers, soient tenus au paiement d'honoraires inférieurs au tarif conventionnel, comme le prévoient pourtant bien les textes.

En outre, les électroradiologistes et les anesthésistes réanimateurs qui exercent dans un établissement non universitaire ont progressivement obtenu la faculté d'exercer leur activité dans le cadre des règles qui régissent leurs confrères cliniciens. Cette diversité de régimes n'est pas réellement justifiée.

C. — LA RÉFORME DE M. JACQUES BARROT (5 DÉCEMBRE 1980): UNE INITIATIVE COURAGEUSE, RESPECTUEUSE DES DROITS ACQUIS

L'ensemble des remarques qui précèdent n'avait pas échappé aux gouvernements antérieurs au 10 mai 1981.

M. Jacques Barrot, alors ministre de la Santé, a voulu, par un décret en date du 5 décembre 1980, limiter les abus en suivant, en grande partie, les remarques formulées par la Cour des comptes.

1. Les dispositions du décret du 5 décembre 1980.

Quatre innovations ont été apportées à la réglementation par le décret du 5 décembre 1980.

a) La procédure d'ouverture du secteur privé.

Le décret prévoyait que, désormais, le préfet devait décider, après avis de la commission médicale consultative et du conseil d'administration, d'accepter ou de refuser le droit au secteur privé. Antérieurement, seul le nombre de lits accordés au praticien était fixé par l'autorité préfectorale.

b) Activités publique et privée.

L'article 4 du décret prévoyait que « les praticiens ne pouvaient exercer en secteur privé s'ils n'exerçaient pas personnellement et à titre principal la même activité dans le secteur public ». Une circulaire d'interprétation du 30 janvier 1981 précisait que la « même activité » devait s'entendre comme le temps consacré aux deux secteurs.

c) L'encaissement direct des honoraires par l'hôpital.

Cette mesure essentielle a été très fortement critiquée par les praticiens soucieux de protéger leurs rapports directs avec les malades. La circulaire précitée prévoyait donc la possibilité de « décentraliser » la caisse de l'hôpital par l'institution de régies de recette et de prendre toutes les mesures destinées à protéger l'anonymat des patients.

d) La création d'une sous-commission chargée du contrôle du secteur privé.

Une sous-commission était enfin créée au sein de la commission médicale consultative qui, composée de médecins à plein temps, devait avoir un triple rôle d'information, de proposition et de contrôle.

Enfin, le régime des redevances était aménagé sur des points mineurs.

2. Les retards d'application du décret.

Le décret du 5 décembre 1980 n'a pas été effectivement appliqué avant le départ du gouvernement auquel appartenait M. Jacques Barrot, en mai 1981.

Les réactions des intéressés, la volonté de rechercher une solution moins brutale, mais tout aussi efficace, ont justifié le retard de son application. Le changement politique a mis un terme à la réalisation de cette réforme.

Mais votre Rapporteur rejette catégoriquement les accusations de ceux qui prétendent que le Gouvernement s'était alors rendu aux sollicitations insistantes d'un groupe de pression. Un tel jugement déshonore ceux qui le portaient, lorsqu'on se souvient des efforts constants déployés par M. Jacques Barrot, pour apporter à notre système de santé les retouches rendues nécessaires par des circonstances économiques et sociales difficiles.



Telles furent donc, jusqu'en mai 1981, les conditions dans lesquelles s'est développé le secteur privé à l'hôpital public.

Aujourd'hui, il vous est proposé, au nom du programme du candidat élu à la présidence de la République, de supprimer ce secteur privé pour des motifs qui, le plus souvent, tiennent plus du préjugé idéologique que de l'intérêt de l'hôpital et de ses malades.

Votre Commission ne saurait souscrire à une telle démarche. Elle vous suggérera donc de refuser de suivre le Gouvernement, après avoir décrit le contenu et la portée du dispositif soumis à votre examen.

II. — LA SUPPRESSION DU SECTEUR PRIVÉ : UNE MENACE GRAVE POUR L'AVENIR DE LA MÉDECINE FRANÇAISE

M. François Mitterrand, alors candidat à la présidence de la République, écrivait au président du Syndicat national des cadres hospitaliers, le 7 mai 1981 :

« J'ai indiqué très clairement mon souhait de voir disparaître, pour l'avenir, le secteur privé à l'hôpital public, avec maintien par extinction à ceux qui les détiennent actuellement, notamment à ceux qui ont choisi le plein temps après avoir exercé à titre privé et ceux qui ont amené une clientèle à l'hôpital. »

C'est sur la base de cet engagement que M. Jack Ralite engageait avec les intéressés une concertation — votre Rapporteur dira pour sa part une consultation — qui, rapidement menée, devait déboucher sur l'adoption, le 5 mai 1981, par le Conseil des ministres d'un projet de loi tendant à abroger l'article L. 680 du Code de la santé publique.

Ce projet a été examiné le 25 juin dernier par l'Assemblée nationale.

Votre Rapporteur vous présentera d'une part les modalités retenues par les projets législatifs et réglementaires du Gouvernement.

Il analysera d'autre part les arguments échangés au cours du débat.

A. — LES MODALITÉS DE LA SUPPRESSION DU SECTEUR PRIVÉ PROPOSÉES PAR LE GOUVERNEMENT : UN DISPOSITIF INACCEPTABLE.

Le dispositif que vous propose le Gouvernement est de deux ordres :

— d'une part, le projet de loi soumis à votre examen supprime la référence législative au secteur privé à compter du 31 décembre 1982, en organisant un régime transitoire de consultations privées jusqu'au 31 décembre 1986 ;

— d'autre part, le ministre de la Santé a pris un certain nombre d'engagements qui se traduiront prochainement par la parution de textes réglementaires destinés à améliorer la situation sociale et statutaire des médecins publics.

1. Le dispositif législatif.

a) Pourquoi une loi ?

Saisi par le Gouvernement, le Conseil d'Etat a, dans un avis du 23 mars dernier, indiqué très précisément les motifs pour lesquels seul un texte législatif pouvait permettre de supprimer le secteur privé à l'hôpital public. Il n'est pas inutile de reproduire ici l'intégralité de cet avis :

« Le Conseil d'Etat, saisi par le Premier ministre de la question de savoir si, nonobstant les dispositions de l'article L. 680 du Code de la santé publique, il est possible par la voie réglementaire de retirer aux praticiens à plein temps des établissements publics d'hospitalisation la faculté d'exercer une activité de clientèle privée est d'avis qu'il y a lieu de répondre à la question posée dans le sens des observations suivantes :

« I. — Les praticiens à plein temps des établissements hospitaliers publics ne tiennent de leur statut, qui relève du pouvoir réglementaire en vertu de l'article L. 695 du Code de la santé publique, aucun droit au maintien de la faculté de recevoir à l'hôpital des malades en consultation privée ou de les faire admettre à titre privé.

« II. — Mais l'organisation du « secteur privé » dans les hôpitaux publics relève essentiellement de dispositions autres que statutaires et qui sont contenues dans l'article L. 680 du Code de la santé publique, issu de l'ordonnance du 11 décembre 1958 prise sur le fondement de l'article 92 de la Constitution, aux termes duquel :

« les hôpitaux peuvent être autorisés, dans les limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat : ...

« 2° A réserver des lits pour la clientèle personnelle des médecins chirurgiens, spécialistes de l'établissement lorsque ceux-ci lui consacrent toute leur activité professionnelle et à permettre à un praticien de recevoir en consultation des malades qui leur sont adressés personnellement.

« Cette disposition concerne l'autonomie des centres hospitaliers, qui ont la qualité d'établissements publics locaux, et touche par là même au principe de la libre administration des collectivités locales et de leurs établissements publics, domaine réservé à la loi par l'article 34 de la Constitution.

« III. — Il résulte de ce qui précède :

« — que, d'une part, il appartient au Gouvernement de fixer, par décret en Conseil d'Etat, sans qu'y puissent faire obstacle les droits statutaires des praticiens, les limites et les conditions dans lesquelles les établissements hospitaliers peuvent user de la faculté que leur ouvre l'article L. 680 du Code précité, compte tenu notamment des nécessités du bon fonctionnement du service public, ainsi que l'a rappelé à plusieurs reprises le Conseil d'Etat,

« — mais que, d'autre part, de telles mesures réglementaires ne pourraient avoir pour objet de mettre fin, soit immédiatement, soit à terme, à l'exercice de toute activité privée à l'hôpital par des praticiens à plein temps, sous peine de priver illégalement les établissements publics hospitaliers d'une faculté qu'ils tiennent de la loi et qui ne peut leur être retirée que par le législateur. »

Deux points essentiels ressortent de la position de l'Assemblée du Palais-Royal :

— d'une part, l'article L. 680 du Code de la santé publique, fondé sur le principe de la libre administration des collectivités locales, ne peut être valablement modifié que par le législateur ;

— d'autre part, cet article ne constitue pas un droit statutaire des intéressés.

Tels sont donc les arguments au terme desquels le Gouvernement a finalement décidé d'adopter le projet de loi soumis aujourd'hui à votre examen.

b) La portée du texte : une suppression modulée du secteur privé.

Le projet de loi supprime totalement, à compter du 1^{er} janvier prochain, la faculté de disposer de lits privés à l'hôpital public.

Toutefois, à titre transitoire, ce droit est intégralement maintenu au profit de ceux qui en sont titulaires à la date de promulgation de la loi et jusqu'au 31 décembre 1982.

D'autre part, la faculté est offerte aux intéressés de demander, avant la fin de la présente année, à exercer une activité de consultation privée jusqu'au 31 décembre 1986.

Ceux d'entre eux qui auront opté pour cette solution ne bénéficieront pas des mesures d'amélioration de leur protection sociale et continueront à cotiser à la caisse autonome de retraite des médecins français sur les revenus retirés de leur activité privée.

Les conditions d'exercice de cette dernière seront organisées par voie réglementaire, autour des principes définis ainsi par le Ministre :

« Pour les médecins, chirurgiens et spécialistes qui conserveront un secteur privé à l'hôpital public à compter du 1^{er} juillet 1982 et jusqu'au 31 décembre 1986, dernier délai, les activités dans ce secteur privé seront pratiquées de la manière suivante :

« — Les lits privés étant supprimés, les activités ne pourront plus être que des consultations ou des actes médico-techniques effectués par le praticien lui-même à raison de deux demi-journées maximum par semaine, demi-journées qui devront être fixes et établies d'un commun accord entre le médecin et l'administration.

« — Lorsque la pratique des examens ou des actes médicaux nécessite une hospitalisation, celle-ci s'effectue dans les chambres et les lits du secteur public. Le nombre de lits publics susceptibles d'accueillir les malades personnels dans de telles conditions connaîtra les limites actuellement fixées pour les lits privés.

« — Les médecins, chirurgiens et spécialistes ainsi concernés seront rémunérés directement par leurs malades personnels pour les activités de secteur privé.

« Ils verseront à l'hôpital une redevance tenant compte du service rendu par l'établissement et du temps non consacré par le praticien au service public.

« Le montant de cette redevance est fixé à 30 % des honoraires correspondant aux actes effectués en secteur privé. »

c) *Le maintien de certaines formes d'activités extra-hospitalières.*

« Tous les médecins hospitaliers ou hospitalo-universitaires bénéficieront désormais de la possibilité d'exercer une pratique médicale et technique à l'extérieur de l'établissement à raison d'une vacation d'une demi-journée par semaine, donnant lieu à une rémunération supplémentaire versée à l'hôpital selon des accords type concernant les conditions d'exercice, les frais de déplacements, les assurances et reversée à l'intéressé.

« Ces activités pourront se dérouler dans des établissements publics ou para-publics :

- « — autres hôpitaux ;
 - « — établissements pour personnes âgés ;
 - « — centres de soins, dispensaires, crèches ;
 - « — centre médicaux (S.N.C.F., Sécurité sociale, immigration, compagnies nationalisées) ;
 - « — mutuelles ;
 - « — instituts médico-pédagogiques ;
 - « — centres de rééducation ;
 - « — consultations spécialisées des entreprises, etc. ;
- selon des listes régionales. »

A cette faculté annoncée dans ces termes par le Ministre, s'ajoute sans nul doute aussi celle de produire des œuvres littéraires, scientifiques ou artistiques.

2. Les mesures sociales.

Les mesures sociales annoncées par le Ministre sont relatives à la fois à l'assurance maladie et à l'assurance vieillesse.

a) *L'assurance maladie.*

Les personnels relevant du Livre IX du Code de la santé publique (infirmières, personnels paramédicaux, etc.) bénéficient, en cas de maladie des mêmes dispositions que les fonctionnaires de l'Etat et des collectivités locales.

Tel n'était pas le cas, jusqu'à présent, des médecins hospitaliers qui bénéficieront désormais de ces dispositions, dans les conditions suivantes :

- D'une part, les médecins hospitaliers des hôpitaux généraux mono-appartenants relevant des C.H.U. et anesthésistes-réanimateurs seront soumis à des règles plus favorables :

- le congé de maladie sera indemnisé à hauteur de 100 % des émoluments pendant les trois premiers mois et de 50 % pendant les neuf mois suivants, au lieu, respectivement, des deux tiers et du tiers ;

- l'indemnité de congé de longue maladie sera portée à 100 % des émoluments au cours de la première année (au lieu des deux tiers) et à 50 % pendant les deux années suivantes (au lieu du tiers).

- D'autre part, les professeurs et chefs de travaux des C.H.U. recevront pendant un mois leur salaire hospitalier en cas de maladie et pendant toute la durée légale du congé en cas de maternité alors qu'aucun droit n'existait jusqu'à présent à ce titre.

b) *L'assurance vieillesse.*

C'est assurément en matière d'assurance vieillesse que la situation des médecins hospitaliers publics est la plus insuffisante. Leur durée de carrière, relativement courte, autant que les conditions de détermination de leurs droits ne contribuent pas à permettre aux intéressés de bénéficier d'une retraite en rapport avec les services rendus à la collectivité.

Il convient ici de distinguer la situation des médecins des centres hospitaliers généraux des mono-appartenants des C.H.U. et des anesthésistes réanimateurs de celle des médecins hospitaliers universitaires. Enfin, des mesures visent l'ensemble de ceux des intéressés qui, ayant un secteur privé, cotisaient à ce titre à la Caisse autonome de retraite des médecins français (C.A.R.M.F.).

- Les médecins des hôpitaux généraux.

La retraite des médecins des hôpitaux généraux est constituée de deux éléments :

- la retraite d'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale qui permet d'atteindre 50 % du plafond, à soixante-cinq ans, pour 37,5 annuités de cotisation. Au 1^{er} janvier 1981, l'avantage maximum s'élevait à 39.540 F par an. Mais la durée de carrière des intéressés ne leur permet que rarement d'atteindre ce maximum ;

- la retraite complémentaire versée par l'institution de la retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales (I.R.C.A.N.T.E.C.) dont les cotisations sont assises sur 66 % des émoluments des médecins.

La proposition gouvernementale conduit à porter à 100 % des émoluments l'assiette des cotisations des intéressés.

- Les médecins hospitalo-universitaires.

Les médecins hospitalo-universitaires bénéficient du même système de retraite que les fonctionnaires, soit d'une pension qui, pour 37,5 années de cotisation est égale à 75 % de leurs émoluments.

— Seuls les émoluments universitaires sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations. Le traitement hospitalier est en effet écarté en application de l'interdiction du cumul des pensions acquises au titre d'activités simultanées.

L'exercice d'une activité de secteur privé leur permettait de cotiser à la C.A.R.M.F.

Le Gouvernement s'engage à verser aux intéressés une prime annuelle de 10.000 F, représentative de la cotisation au régime complémentaire de la C.A.R.M.F., afin de leur permettre de continuer à cotiser.

La même prime sera accordée, également, aux autres médecins qui, n'ayant pas exercé en secteur privé, pourront toutefois cotiser à d'autres régimes complémentaires.

— Les effets de la réforme sur les retraites servies par la C.A.R.M.F.

Comme leurs collègues libéraux, les médecins hospitaliers publics qui ont opté pour le secteur privé sont tenus de cotiser au régime d'allocations familiales des travailleurs indépendants, au régime d'assurance maladie des médecins conventionnés et à la C.A.R.M.F.

Ces cotisations sont calculées sur les seuls revenus tirés de l'exercice du secteur privé.

En contrepartie de cette cotisation, la C.A.R.M.F. accorde aux intéressés :

— une retraite de base accordée, depuis l'adoption récente de la loi n° 82-599 du 13 juillet 1982 relative aux prestations de vieillesse, d'invalidité et de veuvage, sans condition de durée minimale d'assurance ;

— une retraite complémentaire acquise complètement à soixante-trois ans pour vingt ans d'exercice et 140 points de cotisation, proportionnellement entre dix et vingt ans. Pour moins de dix ans de cotisation, les intéressés peuvent opter soit pour une retraite proportionnelle, soit pour le remboursement, indexé, de leurs cotisations ;

— un avantage social vieillesse, accordé à ceux des praticiens conventionnés plus de dix ans. Pour une durée inférieure à dix ans, les contributions des intéressés sont remboursées avec indexation au-delà de cinq ans de cotisation.

Il est donc clair que la suppression du secteur privé entraînera, pour un certain nombre de médecins, une perte considérable au titre de la retraite complémentaire, comme à celui de l'avantage social vieillesse.

3. Les mesures statutaires.

Un groupe de travail a été constitué sur la réforme du statut de la médecine hospitalière, qui a rendu récemment ses conclusions.

Il est malheureusement trop tôt pour connaître précisément le profil exact de ce nouveau statut.

Votre Rapporteur préfère donc s'en tenir, sur ce point, à la reproduction intégrale des déclarations faites par le Ministre devant l'Assemblée nationale :

« Premièrement, il y aura un statut unique des médecins hospitaliers.

« Deuxièmement, interviendra une titularisation précoce que méritent et mériteront les internes, d'autant plus qu'ils seront mieux formés dans toutes les spécialités, y compris dans la médecine générale, grâce à la réforme à venir de l'internat.

« Troisièmement, il y aura dissociation du grade et de la fonction.

« Quatrièmement, les intéressés connaîtront une carrière linéaire, avec possibilité d'évolution pour tous et pas seulement sur le seul critère de l'ancienneté.

« Cinquièmement, chacun assumera une responsabilité personnelle, ce qui facilitera le libre choix du malade et placera tous les médecins à égalité de droits et de devoirs, dans le cadre des départements, où s'épanouira la coopération pour de meilleurs soins. »

*
**

Telles sont donc les propositions du Gouvernement. S'il serait injuste d'en nier absolument la portée, il n'est pas contestable que ces propositions sont très nettement insuffisantes.

En premier lieu, elles ne respectent aucunement l'engagement du Président de la République, rappelé plus haut, selon lequel la suppression interviendrait par extinction.

A cet égard, la Cour des comptes, comme l'inspection générale des Affaires sociales, manifestaient l'une et l'autre leur souci du respect des droits acquis.

La Cour des comptes indiquait, pour sa part :

« Le problème se trouve dès lors posé de l'opportunité d'une suppression du secteur privé des praticiens à plein temps. Dans l'hypothèse où, à titre transitoire, cette faculté devait être maintenue au profit des titulaires en fonction, les aménagements évoqués plus haut devraient être mis en œuvre. »

Quant à l'I.G.A.S., ses conclusions, rendues en 1978, étaient plus nettes encore.

En cas de suppression du secteur privé :

« • La précaution essentielle consisterait dans le maintien des droits acquis :

« • D'abord, parce que c'est une pratique traditionnelle en France que de respecter les droits acquis. Autant, dès lors, les maintenir plutôt que de les indemniser.

« • Ensuite, parce que ceci correspondrait très exactement à une réalité concrète : à savoir que ceux des praticiens à plein temps qui se montrent soucieux du maintien d'un secteur privé sont presque toujours des praticiens assez anciens (même si la coïncidence n'est évidemment pas parfaite dans les deux sens).

« Le maintien des droits acquis s'adapterait à cette différence de point de vue entre les classes d'âges.

« La suppression du secteur privé n'interviendrait en quelque sorte que pour l'avenir.

« • Pour tous les praticiens entrant dans le plein temps à partir de l'entrée en vigueur du décret modifiant le statut de ceux-ci (texte qu'il conviendrait de prendre) : pas de possibilité de secteur privé.

« • Pour les praticiens à plein temps disposant d'un secteur privé : possibilité de conserver celui-ci jusqu'à leur cessation d'activité, s'ils le désirent (la possibilité inverse, celle d'y renoncer et d'entrer dans le nouveau système, leur étant par ailleurs réservée pendant les six premiers mois d'application du nouveau système).

« • Pour les praticiens à plein temps qui, recrutés alors que la possibilité du secteur privé existait, ne l'utiliseraient pas actuellement, on pourrait concevoir un droit d'option, là encore dans les six mois suivant la parution du nouveau texte.

« De cette façon, aucune catégorie de praticiens ne risquerait de se trouver lésée dans ses droits tels qu'elle a pu les apprécier au moment où elle a fait le choix du plein temps : l'honnêteté serait

donc respectée. De cette façon aussi, une progressivité de fait se trouverait réalisée dans l'application de la mesure dans le temps, toute brusquerie serait évitée et les transitions seraient aménagées.

« • Une autre précaution importante à prendre, pour le fonctionnement des hôpitaux généraux serait le maintien des consultations privées (pour les praticiens à plein temps) dans ces établissements, au moins tant que l'amélioration récemment intervenue dans le domaine de la couverture sociale desdits praticiens n'aura pas pleinement produit ses effets sur les mentalités. »

En second lieu, les mesures sociales, si elles sont positives, sont loin d'être suffisantes. En particulier, les mesures nouvelles relatives à l'assurance vieillesse dissimulent mal les pertes qui résulteront de la cessation de cotisation auprès de la C.A.R.M.F.

Mais votre Rapporteur n'entend pas engager un débat chiffré avec le Ministre, qui écarterait le Sénat de l'essentiel :

— le secteur privé reste nécessaire au développement de l'hôpital public ;

— sa suppression constituerait une première atteinte à l'organisation actuelle de notre médecine.

B. — LE MAINTIEN DU SECTEUR PRIVÉ : UNE GARANTIE POUR LA MÉDECINE FRANÇAISE TOUT ENTIÈRE

Votre Rapporteur vous propose d'examiner les arguments présentés par le Gouvernement, avant de défendre ceux qui militent en faveur du maintien du secteur privé à l'hôpital public.

1. Les arguments du Ministre.

a) *L'égalité entre les malades.*

Cet argument n'est pas recevable. En effet, il est inacceptable de penser que les soins accordés dans le secteur privé soient de meilleure qualité que ceux qui sont dispensés dans le secteur public.

Le malade soigné en secteur privé a fait un double choix :

— celui d'un accueil « hôtelier » plus soigné, payé d'ailleurs à son juste prix.

— celui, surtout, d'un rapport singulier avec le médecin.

L'argument de « l'inégalité devant l'argent » ne peut pas davantage être reçu :

— d'une part, l'égalitarisme systématique est irrecevable ;

— d'autre part, l'intervention des mutuelles corrige les inégalités de revenus.

b) *La suppression du secteur privé : la condition préalable à l'amélioration du statut des médecins.*

Le Ministre présente le secteur privé comme le moyen d'occulter, au profit de quelques-uns, les revendications de la plus grande part des médecins publics en faveur d'une amélioration de leur statut et de leur protection sociale.

Il s'agit là d'un argument bien regrettable et il suffit, pour s'en convaincre, de constater qu'une grande majorité des médecins publics, qu'ils exercent ou non une activité privée à l'hôpital, condamnent

solidairement ce projet de loi parce que, au fond, il met en cause l'essence même de l'exercice de la profession médicale à l'hôpital public d'abord, mais d'une façon plus générale ensuite.

2. Les arguments de votre Commission.

Le premier argument appartient d'abord aux malades à qui il paraît important de préserver la liberté du choix du rapport qu'ils entendent établir avec leur médecin. L'hôpital est aujourd'hui le lieu obligé du passage de certains malades qui doivent en même temps pouvoir exercer cette liberté.

En second lieu, le secteur privé est avant tout, par la communauté du mode d'exercice, le moyen de renforcer les rapports entre la médecine publique et la médecine de ville.

En troisième lieu, le secteur privé ne profite pas seulement à quelques grands patrons mais il constitue en même temps un mode d'exercice pour leurs collaborateurs et une forme d'activité souvent souhaitée par les agents.

En quatrième lieu, les redevances versées au titre de l'activité privée enrichissent l'hôpital public d'une somme évaluée, en 1981, à 150 millions de francs. Elles constituent un moyen propice à améliorer la qualité des services rendus et à favoriser l'effort d'enseignement et de recherche.

Il reste un ultime argument : ne risque-t-on pas de dissuader nombre de médecins de qualité d'entrer à l'hôpital public dès lors que la disposition voulue par le professeur Robert Debré, et nécessaire à la modernisation des établissements publics, serait supprimée.

Pire, ne pourrait-elle pas conduire au départ de certains médecins hospitaliers vers d'autres secteurs d'activité ?

CONCLUSIONS DE LA COMMISSION

Tels sont donc, rapidement présentés, les arguments échangés au cours du débat qui s'est déroulé sur ce projet de loi. Mais, au fond, il en reste un, tout à fait décisif, d'une nature exclusivement politique, sur lequel il appartient à notre Assemblée de trancher souverainement.

Si la suppression du secteur privé doit conduire à la dénaturation de l'essence même de l'exercice de la profession médicale à l'hôpital public et doit être le premier pas vers une disparition progressive de la médecine libérale, alors cette suppression doit être refusée. Or, de toutes parts, s'agissant aussi bien des études médicales, du statut futur des médecins hospitaliers publics, du développement de certaines formes de médecine publique en ville, ou encore des rapports entre les médecins et la Sécurité sociale, votre Commission craint que la volonté du Ministre soit bien de mettre en cause l'exercice libéral de la médecine.

Au-delà des caractéristiques propres de l'exercice d'une activité privée à l'hôpital public, au-delà des débats de chiffres qui se sont développés sur les avantages sociaux concédés aux médecins publics, c'est donc sur une question de principe que votre Commission s'est, pour sa part, prononcée.

Elle a décidé de vous demander de *rejeter* purement et simplement ce projet de loi en adoptant deux amendements, tendant successivement à supprimer les articles premier et deux qu'il contient.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. — AUDITION DU MINISTRE

Mercredi 28 juillet 1982.

Sous la présidence de M. Robert Schwint, président, la Commission a entendu M. Jack Ralite, ministre de la Santé, sur le projet de loi n° 430 (1981-1982), adopté par l'Assemblée nationale, modifiant l'article L. 680 du Code de la santé publique relatif aux activités de secteur privé dans les établissements d'hospitalisation publics.

Le Ministre a présenté son projet comme un progrès qualitatif de l'hôpital public. Il a rappelé que deux rapports publiés par l'inspection générale des Affaires sociales et par la Cour des comptes ont proposé depuis quelques années déjà la suppression de la faculté offerte aux médecins d'exercer une activité privée au sein de l'hôpital public. Selon le Ministre, l'existence du secteur privé entraîne une triple inégalité de traitement entre les malades, entre les médecins et entre les agents du service hospitalier. Il a ajouté que de tels avantages provoquent également des disparités entre les médecins libéraux et les médecins publics.

Le Ministre a, enfin, rappelé que son prédécesseur avait lui-même envisagé de limiter les abus auxquels conduit le secteur privé et que le Conseil d'Etat avait, à cette occasion, souhaité que les pouvoirs publics aillent encore plus loin.

M. Jack Ralite a estimé, en conséquence, que le moment était venu de supprimer purement et simplement cette faculté reconnue actuellement par l'article L. 680 du Code de la santé publique. Il a indiqué qu'une telle suppression ne constituait pas, selon le Conseil d'Etat, une modification statutaire de la situation des médecins intéressés et qu'une loi n'était rendue nécessaire que par le fait que la réforme hospitalo-universitaire de 1958, qui doit tant au professeur Robert Debré, comportait cette disposition.

Le Ministre a, alors, décrit le dispositif soumis au Parlement en précisant que les lits privés disparaîtraient au 31 décembre 1982, date à laquelle les médecins concernés pourront soit pratiquer des consultations privées jusqu'au 31 décembre 1986, soit bénéficier des nouvelles

garanties sociales offertes à ceux de leurs confrères qui n'exercent pas d'activité privée.

S'agissant de ces garanties sociales nouvelles, le ministre a rappelé qu'au 1^{er} janvier 1983 les médecins des hôpitaux généraux seraient alignés en matière d'assurance maladie sur les agents visés par le Livre IV du Code de la santé publique et bénéficieraient d'un élargissement de l'assiette servant de base au calcul de leurs cotisations au régime complémentaire géré par l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques. Quant aux médecins exerçant dans les établissements hospitalo-universitaires, leurs droits à l'assurance maladie sur la part de leur salaire correspondant à l'activité hospitalière seront portés à un mois ; l'indemnisation des femmes en congé de maternité sera accordée en application du droit commun. En outre, ces médecins recevront une prime destinée au financement de leur retraite complémentaire.

Mais, au-delà des garanties sociales, le Ministre a annoncé que le statut des médecins hospitaliers était en cours d'élaboration et que le groupe de travail constitué à ce sujet a rendu ses conclusions le 28 juin dernier.

M. Jack Ralite a souligné, à cet égard, que le projet ne conduisait en aucun cas au nivellement des agents mais permettait au contraire, en distinguant le grade de la fonction, d'assurer la régularité de la carrière des intéressés en les incitant à la mise en jeu pleine et entière de leurs responsabilités personnelles.

Le Ministre a, enfin, rappelé que les médecins pourront exercer une activité extérieure dans le cadre d'une demi-journée par semaine, ce qui leur permettra d'agir dans d'autres établissements publics et parapublics. Le Ministre a voulu considérer les arguments des adversaires de son projet de loi comme « quasiment posthumes ».

Il a conclu que cette loi constituait une avancée sociale et le préalable nécessaire à une réforme ambitieuse de l'hôpital public.

M. Louis Boyer, rapporteur, a demandé au Ministre de préciser davantage les droits reconnus aux médecins en matière de retraite complémentaire. Le rapporteur a également demandé au ministre les raisons pour lesquelles il avait préféré la suppression pure et simple du secteur privé à la mise en application des dispositions de nature à limiter les abus dans des termes comparables à ceux qu'avait retenus M. Jacques Barrot. M. Louis Boyer a proposé, enfin, que le droit à consultation privée soit prolongé jusqu'en 1992, de manière à permettre aux intéressés d'ajuster leurs ressources à leurs contraintes personnelles ou que, limité à quatre ans, ce droit à consultation privée ne prive pas les médecins des garanties sociales accordées à leurs collègues.

M. Jean Chérioux a demandé au ministre dans quelle mesure le projet conduirait à une amélioration de la qualité des soins. Il a égale-

ment demandé au Ministre de lui fournir des chiffres précis sur le nombre de lits privés, le taux d'occupation de ceux-ci, le montant des honoraires versés aux médecins et la part que représentaient les mutualistes parmi les malades reçus en secteur privé.

Le Ministre, après avoir répondu aux questions du Rapporteur relatives à la protection sociale des médecins, et pris l'engagement de communiquer à M. Jean Chérioux les renseignements chiffrés demandés par celui-ci, a rejeté l'idée de prolonger encore le droit à la consultation privée dès lors que, selon lui, les garanties sociales et statutaires accordées aux agents constituaient une juste compensation d'un avantage contraire à la morale sociale de notre pays.

M. Michel Moreigne a, alors, interrogé le ministre sur l'avenir du statut à temps partiel.

M. Jack Ralite a répondu que les pouvoirs publics n'avaient aucune intention particulière dans ce domaine.

II. — EXAMEN EN COMMISSION

Sous la présidence de M. Robert Schwint, président, la Commission a examiné le jeudi 23 septembre 1982 le rapport de M. Louis Boyer. Ce dernier a indiqué que le projet de loi tendait à supprimer les lits privés à l'hôpital public à compter du 31 décembre prochain, date à laquelle les avantages sociaux nouveaux seraient accordés à tous les médecins hospitaliers publics. A la même date, un régime transitoire serait mis en œuvre au profit de ceux des praticiens qui, souhaitant conserver leur activité privée, bénéficieraient du droit aux consultations jusqu'au 31 décembre 1986.

Le Rapporteur a rappelé que, dans l'esprit du professeur Robert Debré, l'ambitieuse réforme de l'hôpital public engagée en 1958 ne pouvait réussir qu'à la condition que les praticiens les plus prestigieux acceptent d'exercer leur activité à plein temps dans les établissements. Un tel objectif n'était réalisable que s'il leur était permis d'amener leur clientèle privée à l'hôpital public. Tel est l'objet des dispositions de l'article L. 680 du Code de la sécurité sociale aujourd'hui remis en cause par le Gouvernement.

Après avoir rapidement décrit les dispositifs législatif, réglementaire, et leurs implications sociales, tels qu'envisagés par le Gouvernement, le Rapporteur a présenté successivement les arguments en faveur de la suppression et du maintien du secteur privé à l'hôpital public ; écartant les procès d'intention, il a rejeté l'argument selon lequel la suppression du secteur privé rétablirait l'égalité entre les malades autant que celui qui consistait à présenter le secteur privé comme un obstacle à la réalisation des revendications statutaires et sociales des médecins publics. Le Rapporteur a au contraire insisté sur la nécessité de respecter la liberté des choix des malades et de maintenir une forme d'activité qui assure de meilleures relations entre le médecin public et le médecin de ville et qui contribue enfin à assurer des ressources non négligeables aux établissements.

Enfin, le Rapporteur a indiqué que selon lui ce projet de loi constituerait la première étape d'une politique visant à remettre en cause l'organisation et l'éthique actuelles de la médecine française. Au nom de cette considération de principe et au-delà des préoccupations sociales et statutaires, le Rapporteur a proposé à la Commission de rejeter le projet de loi en adoptant deux amendements tendant à supprimer les articles qu'il contient.

M. Jean Chérioux, après avoir approuvé les conclusions du Rapporteur et reconnu que le secteur privé avait pu conduire à certains abus, a considéré que, sur le principe, le projet de loi était inacceptable dès lors qu'il s'inscrivait dans une politique visant à remettre en cause l'organisation actuelle de la médecine française.

Le président Robert Schwint, s'exprimant à titre personnel, a considéré pour sa part que la liberté de choix était bien de placer tous les malades dans la même situation, constatant qu'aujourd'hui la rapidité d'exécution des soins passait souvent pour les malades par le choix, contraint, du secteur privé.

Mme Marie-Claude Beaudeau s'est déclarée totalement hostile au rapport qui venait d'être présenté et a rappelé que le projet de loi ne touchait pas à la médecine libérale et que son objectif était bien limité à la seule suppression de l'exercice d'une activité privée à l'hôpital public.

M. Michel Moreigne a constaté que le Rapporteur avait présenté trop d'arguments pour que chacun d'entre eux soit réellement convaincant. Après avoir rendu hommage au professeur Robert Debré qui a permis à des praticiens éminents de venir à l'hôpital public, M. Michel Moreigne a considéré qu'aujourd'hui l'existence du secteur privé ne se justifiait plus par les raisons invoquées en 1958. Il a voulu démontrer que les arguments du Rapporteur étaient pour le moins réversibles et que le régime transitoire, autant que les mesures sociales prises en faveur des médecins, garantissait le maintien des avantages acquis.

M. Noël Berrier a reproché au Rapporteur de s'écarter du projet de loi en invoquant une menace imaginaire qui pèserait aujourd'hui sur la médecine libérale. Il a rappelé les abus auxquels donnaient lieu aujourd'hui la pratique du secteur privé et la nécessité, qui selon lui s'imposait, de rétablir l'égalité entre les malades, grâce à un projet de loi dont les mesures transitoires garantissaient les intérêts des médecins.

M. Jean Chérioux est intervenu à nouveau pour constater que l'hommage rendu à l'action du professeur Robert Debré n'avait pas perdu son actualité et que le maintien de la qualité du service public imposait que la faculté reconnue aujourd'hui aux médecins publics soit maintenue.

M. André Rabineau a exprimé la crainte que les médecins quittent les établissements publics pour se consacrer désormais aux institutions privées.

M. Jean Chérioux a ajouté que l'égalité entre les malades, attendue de la suppression du secteur privé, ne réduirait pas l'encombrement actuel des hôpitaux publics. Il a souligné à cet égard les insuffisances notables du service médical public de la Grande-Bretagne.

M. Michel Moreigne a repris la parole pour rappeler que l'objectif essentiel de Robert Debré n'était pas l'institution du secteur privé à l'hôpital public mais la réconciliation entre l'hôpital et l'université.

La Commission a alors adopté les deux amendements de suppression présentés par le Rapporteur par 15 voix contre 7, un commissaire ne prenant pas part au vote.

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 680 du Code de la santé publique.</i> — Les hôpitaux peuvent être autorisés, dans les limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat :</p>	Article premier.	Article premier.	Article premier.
<p>1° à créer et faire fonctionner des cliniques ouvertes, dans lesquelles les malades, blessés ou femmes en couches admis à titre payant sont libres de faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes de leur choix ainsi qu'aux sages-femmes n'appartenant pas au personnel titulaire de l'établissement ;</p>	Le 2° de l'article L. 680 du Code de la santé publique est abrogé.	Sans modification.	<i>Supprimé.</i>
<p>2° à réserver des lits pour la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens, spécialistes de l'établissement lorsque ceux-ci lui consacrent toute leur activité professionnelle et à permettre à ces praticiens de recevoir en consultation des malades qui leur sont adressés personnellement.</p>	Art. 2.	Art. 2.	Art. 2.
	A titre transitoire, les établissements d'hospitalisation publics peuvent :	Sans modification.	<i>Supprimé.</i>
	1° jusqu'au 31 décembre 1982, maintenir les modalités d'organisation du service permettant l'exercice d'une activité de clientèle privée au sein du service public hospitalier par les praticiens à plein temps qui exercent une telle activité à la date de promulgation de la présente loi ;		

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté
par l'Assemblée nationale**

**Propositions
de la Commission**

2° jusqu'au 31 décembre 1986, organiser dans des conditions et limites fixées par voie réglementaire, l'exercice, par ceux des praticiens mentionnés au 1° qui en auront fait la demande, d'une activité de clientèle privée au sein du service public hospitalier, à condition que cette organisation ne comporte pas de réservation de lits pour la clientèle personnelle de ces praticiens ; les demandes correspondantes devront être présentées au plus tard le 31 décembre 1982.

AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

Article premier.

Amendement : supprimer cet article.

Article 2.

Amendement : supprimer cet article.