

N/ Réf : SFSO / CC
V/ Réf : saisine n°2015-727

Objet : Recours amiable

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Conseillers,

Je viens vers vous ès qualité de conseil du **Syndicat Français des Spécialistes en Orthodontie (SFSO)**, syndicat représentatif des chirurgiens-dentistes spécialisés en Orthopédie-dento-faciale, dans le cadre de la saisine n°2015-727 DC du 17 décembre 2015 soumettant à votre contrôle de constitutionnalité la loi de modernisation de notre système de santé.

A ce titre, le SFSO souhaite vous soumettre quelques éléments de réflexion concernant les dispositions relatives au tiers payant généralisé, prévu à l'article 83 de la loi.

Comme cela est indiqué dans la saisine n°2015-727 DC, l'article 83 contrevient aux dispositions de l'article L. 126-2 du Code de la sécurité sociale, lequel prévoit le respect des « *principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin* ».

· **Sur l'atteinte à la déontologie et la sécurité juridique**

Il contrevient donc de ce fait également aux dispositions déontologiques applicables aux chirurgiens-dentistes, telles qu'édictées à l'article R41247-210 du code de la santé publique :

« Les principes ci-après énoncés, traditionnels dans la pratique de l'art dentaire, s'imposent à tout chirurgien-dentiste, sauf dans les cas où leur observation serait incompatible avec une prescription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale.

Ces principes sont :

- *Libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ;*
- *Liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste ;*
- *Entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ;*
- *Paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste*

Lorsqu'il est dérogé à l'un de ces principes pour l'un des motifs mentionnés à l'alinéa premier du présent article, le praticien intéressé doit tenir à la disposition du conseil départemental et éventuellement du Conseil national de l'ordre tous documents de nature à établir que le service ou l'institution auprès duquel le praticien exerce entre dans l'une des catégories définies audit alinéa premier et qu'il n'est pas fait échec aux dispositions de l'article L. 4113-5. »

Cette disposition législative est donc inapplicable, en ce qu'elle oblige s'oppose directement à des dispositions portant Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

Elle revient à obliger les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes, professions réglementées, à enfreindre leurs obligations déontologiques et donc les expose à des sanctions ordinaires.

Étendre le système du tiers payant au-delà de la médecine sociale constitue donc une atteinte à la sécurité juridique nécessitant une clarification législative et réglementaire dont la rédaction actuelle de l'article 83 de la loi s'affranchit.

Vous ne pourrez donc que constater que cette disposition est contraire à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi qui découle de l'article 34 de la Constitution et des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration de 1789 (décision n°99- 421 DC du 16 décembre 1999).

· **Sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et la spécificité des lois de financement de la sécurité sociale**

Depuis les ordonnances du 24 avril 1996, il est prévu un objectif de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, portant efficacité dans la gestion de la sécurité sociale et le financement des soins, notamment en instaurant le Parlement comme Grand argentier de l'assurance maladie.

Cette mission de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie a été dévolue au Parlement dans le cadre d'un dispositif et processus législatif spécifique que sont les lois de financement de la sécurité sociale.

Article 34 de la Constitution de la 1958 :

*« La loi détermine les principes fondamentaux :
- du droit du travail, du droit syndical et de la sécurité sociale.
(...)*

*Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique.
Des lois de programmation déterminent les objectifs de l'action de l'État. »*

En s'accaparant cette compétence dans la rédaction d'une loi de réforme générale qu'est la loi de modernisation de notre système de santé, loi à portée générale et impersonnelle, alors qu'elle relève de par l'article 34 de la Constitution de la procédure spécifique et dérogatoire des lois de financement de la sécurité sociale, le législateur porte atteinte aux dispositions de l'article 34 de la Constitution ainsi qu'aux objectifs de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi qui découle de l'article 34 de la Constitution et des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration de 1789 (décision n°99- 421 DC du 16 décembre 1999).

· **Sur l'accès à tous aux soins, la solidarité nationale et l'extension du tiers payant aux complémentaires santé**

En vertu du Préambule de la Constitution de 1946, la loi garanti à tous l'accès à la santé, lequel est fondé sur le principe de la solidarité nationale, reposant sur le postulat non contestable que chacun y contribue selon ses ressources et bénéficie selon ses besoins.

Préambule de la constitution de 1946

« **11.** Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. »

Article L111-1 du code de la sécurité sociale :

« La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale. »

Article L111-2-1 du code de la sécurité sociale :

« I.-La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.

La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection.

L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat.

Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie. »

Sous cette forme, le système du tiers payant sur la part sécurité sociale dans des structures de soins, notamment de premier recours, s'inscrit dans les principes fondamentaux et républicains d'accès aux soins.

En revanche, le régime que souhaite institué la généralisation de ce tiers payant porte atteinte à ces principes d'accessibilité et de solidarité.

En effet, concernant l'extension à la médecine de « ville », la généralisation du tiers payant, loin de permettre de réguler le recours aux services d'urgence en incitant les patients à se tourner vers les médecins de ville, comme invoqué comme justificatif dans les travaux parlementaires, va au contraire générer un flux supplémentaire de patients vers une médecine de ville qui n'était pas en mesure de répondre à la demande existante de soins, augmentant d'autant plus les délais d'accès à un praticien, et donc au soin.

Ce faisant, cette disposition est contreproductive en ce qu'elle devrait permettre l'accès aux soins.

Par ailleurs, l'extension du tiers payant à la médecine de « ville » pour la partie complémentaire santé porte atteinte au principe de la solidarité nationale puisque la prise en charge des soins par les complémentaires santé varie en fonction non pas des besoins de l'adhérent mais de ses capacités financières et du contrat souscrit.

En généralisant le tiers payant sur la partie complémentaire santé aux soins de ville, la disposition crée une rupture d'égalité devant les charges publiques, d'autant plus manifeste dans le secteur des soins de la médecine bucco-dentaire, où l'assurance maladie s'est presque totalement désengagée au « profit » des complémentaires santé et des réseaux de soins.

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen :

« Art. 13. Pour l'entretien de la force publique, et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable : elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés. »

« Art. 14. Tous les Citoyens ont le droit de constater, par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement, d'en suivre l'emploi, et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée. »

· **Sur la déresponsabilisation des patients aux dépenses d'assurance maladie.**

Les politiques publiques sont conscientes que les systèmes d'avance des frais de santé (tiers payant) et/ou de prise en charge intégrale des soins, notamment concernant les soins relevant communément des champs des complémentaires santé (CMUC en soins prothétiques dentaires ...) s'accompagnent malheureusement d'une déresponsabilisation du patient par une impression ressentie de « gratuité », voir la revendication d'un « dû ».

Ces mêmes secteurs sont les plus fréquents en termes de fraude à la carte vitale.

Cette prise de conscience d'un état de fait sociétal est au demeurant perceptible à l'article 94 de la loi, qui impose une information financière lors de la sortie d'un établissement de santé :

« Après l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-3-1 ainsi rédigé : « Art. L. 1111-3-1. – Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter. » »

De surcroît, il convient de constater qu'une telle mesure n'est pas prévue pour les praticiens de ville, ce qui outre le risque de déconsidération des prestations effectuées par ces praticiens, constitue une rupture de l'égalité entre les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux (soins de ville) contraire à l'objectif de la loi.

Cette disposition est donc contraire aux principes fondateurs de notre République

Selon votre doctrine et vos décisions (DC, 9 avril 1996): « le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit » (DC, 9 avril 1996).

Selon votre doctrine et vos décisions, il est de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi qui découle de l'article 34 de la Constitution et des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration de 1789, tant et si bien qu'une disposition législative qui est incompréhensible et donc inapplicable est entachée d'incompétence négative (décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999).

Vous en souhaitant bonne réception et réflexion,

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Conseillers, à l'assurance de la sincère considération du Syndicat Français des Spécialistes en Orthodontie (SFSO) et de mes sentiments dévoués.

Laurent DELPRAT