



Décision n° 2019 - 792 QPC

**Dernier alinéa du paragraphe II de l'article L. 6154-2 du code de la
santé publique**

*Dépassement d'honoraires dans le cadre de l'activité libérale des praticiens
des établissements publics de santé*

Dossier documentaire

Source : services du Conseil constitutionnel - 2019

Sommaire

I. Dispositions législatives.....	4
II. Constitutionnalité de la disposition contestée	17

Table des matières

I. Dispositions législatives.....	4
A. Dispositions contestées	4
1. Code de la santé publique	4
- Article L. 6154-2.....	4
B. Évolution des dispositions contestées	5
1. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle	5
- Article 54	5
1. Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique	5
- Article L. 6154-2.....	5
2. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé	6
- Article 138	6
- Article L. 6154-2.....	6
3. Ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé	7
- Article 1	8
- Article L. 6154-2.....	8
C. Autres dispositions	9
1. Code de la santé publique	9
- Article L. 6112-2.....	9
- Article L. 6112-3.....	10
- Article L. 6154-3.....	10
- Article L. 6154-5-1	11
- Article L. 6161-1.....	11
- Article L. 6161-1-1	12
- Article L. 6161-2.....	12
- Article L. 6161-2-1	12
- Article L. 6161-2-2	12
- Article L. 6161-3.....	12
- Article L. 6161-3-1	13
- Article L. 6161-3-2	13
- Article L. 6161-5.....	13
- Article R. 6154-7	14
- Article D. 6154-10-1	14
2. Code de la sécurité sociale	14
- Article L. 162-14-1	14
D. Application des dispositions contestées	16
1. Jurisprudence	16
a. Tribunal des conflits	16
- TC, 31 mars 2008, N° C3616.....	16
II. Constitutionnalité de la disposition contestée	17
A. Normes de référence.....	17
1. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789	17
- Article 6	17

2. Constitution du 4 octobre 1958	17
- Article 4	17
B. Jurisprudence du Conseil constitutionnel.....	18
1. Sur l'égalité devant la loi	18
- Décision n° 86-225 DC du 23 janvier 1987, Loi portant diverses mesures d'ordre social.....	18
- Décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	18
- Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, Loi de modernisation de notre système de santé	19
2. Sur la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle.....	20
- Décision n° 2017-649 QPC du 4 août 2017, Société civile des producteurs phonographiques et autre [Extension de la licence légale aux services de radio par internet]	20

I. Dispositions législatives

A. Dispositions contestées

1. Code de la santé publique

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre V : Personnels médicaux et pharmaceutiques

Chapitre IV : Activité libérale des praticiens temps plein.

- **Article L. 6154-2**

Version issue de l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹ - art. 1er

I. - Peuvent exercer une activité libérale les seuls praticiens adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

En cas de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de cette convention, résultant d'une décision du directeur d'un organisme d'assurance maladie, et après expiration des voies de recours, l'autorisation mentionnée à l'article L. 6154-4 du présent code est suspendue pendant toute la durée de la mise hors convention.

Les praticiens faisant l'objet d'une telle mesure ne peuvent pas siéger au sein des commissions locales et régionales de l'activité libérale, mentionnées, respectivement, aux articles L. 6154-5 et L. 6154-5-1, pendant la durée restante de leur contrat.

Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

II. - L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° 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.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Des dispositions réglementaires, qui peuvent, le cas échéant, déroger aux dispositions du 4° du I de l'article L. 6112-2, fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale.

III. - Par dérogation à l'article L. 6152-5-1, seules les clauses prévues au IV du présent article s'appliquent aux praticiens hospitaliers autorisés à exercer une activité libérale.

IV. - Le contrat mentionné à l'article L. 6154-4 prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte.

En cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité, dont les modalités de calcul sont prévues au contrat, ne peut être supérieur à 30 % du montant mensuel

¹ L'ordonnance a été ratifiée par la loi n° 2017-1487 du 23 octobre 2017 ratifiant l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. unique.

moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause prévue au premier alinéa du présent IV n'a pas été respectée.

Dès que le non-respect de cette clause a été dûment constaté dans le respect du contradictoire, sur proposition du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement et après avis de la commission consultative régionale de l'activité libérale, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie au praticien, par tout moyen approprié, la décision motivée lui appliquant l'indemnité prévue au contrat et en déterminant le montant.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux praticiens exerçant à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille en raison des configurations particulières de l'offre de soins dans ces agglomérations urbaines.

Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

B. Évolution des dispositions contestées

1. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

- Article 54

I. - L'article L. 714-31 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Article L. 714-31 :

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° 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.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale.

1. Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique

Annexe :

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre V : Personnels médicaux et pharmaceutiques

Chapitre IV : Activité libérale des praticiens temps plein.

- Article L. 6154-2

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° 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.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale.

2. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

- Article 138

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6154-2 est ainsi modifié :

a) Au début, il est ajouté un I ainsi rédigé :

« I.-Peuvent exercer une activité libérale les seuls praticiens adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

« En cas de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de cette convention, résultant d'une décision du directeur d'un organisme d'assurance maladie, et après expiration des voies de recours, l'autorisation mentionnée à l'article L. 6154-4 du présent code est suspendue pendant toute la durée de la mise hors convention.

« Les praticiens faisant l'objet d'une telle mesure ne peuvent pas siéger au sein des commissions locales et régionales de l'activité libérale, mentionnées, respectivement, aux articles L. 6154-5 et L. 6154-5-1, pendant la durée restante de leur contrat.

« Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

b) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « II.-> » ;

c) Au premier alinéa, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « ; elle est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique » ;

d) Sont ajoutés des III et IV ainsi rédigés :

« III.-Par dérogation à l'article L. 6152-5-1, seules les clauses prévues au IV du présent article s'appliquent aux praticiens hospitaliers autorisés à exercer une activité libérale.

« IV.-Le contrat mentionné à l'article L. 6154-4 prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte.

« En cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité, dont les modalités de calcul sont prévues au contrat, ne peut être supérieur à 30 % du montant mensuel moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause prévue au premier alinéa du présent IV n'a pas été respectée.

« Dès que le non-respect de cette clause a été dûment constaté dans le respect du contradictoire, sur proposition du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement et après avis de la commission consultative régionale de l'activité libérale, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie au praticien, par tout moyen approprié, la décision motivée lui appliquant l'indemnité prévue au contrat et en déterminant le montant.

« Ces dispositions ne sont pas applicables aux praticiens exerçant à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille en raison des configurations particulières de l'offre de soins dans ces agglomérations urbaines.

« Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

(...)

Article consolidé :

- Article L. 6154-2

I.-Peuvent exercer une activité libérale les seuls praticiens adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

En cas de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de cette convention, résultant d'une décision du directeur d'un organisme d'assurance maladie, et après expiration des voies de recours, l'autorisation mentionnée à l'article L. 6154-4 du présent code est suspendue pendant toute la durée de la mise hors convention.

Les praticiens faisant l'objet d'une telle mesure ne peuvent pas siéger au sein des commissions locales et régionales de l'activité libérale, mentionnées, respectivement, aux articles L. 6154-5 et L. 6154-5-1, pendant la durée restante de leur contrat.

Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

II.-L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° 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.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale.

III.-Par dérogation à l'article L. 6152-5-1, seules les clauses prévues au IV du présent article s'appliquent aux praticiens hospitaliers autorisés à exercer une activité libérale.

IV.-Le contrat mentionné à l'article L. 6154-4 prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte.

En cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité, dont les modalités de calcul sont prévues au contrat, ne peut être supérieur à 30 % du montant mensuel moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause prévue au premier alinéa du présent IV n'a pas été respectée.

Dès que le non-respect de cette clause a été dûment constaté dans le respect du contradictoire, sur proposition du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement et après avis de la commission consultative régionale de l'activité libérale, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie au praticien, par tout moyen approprié, la décision motivée lui appliquant l'indemnité prévue au contrat et en déterminant le montant.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux praticiens exerçant à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille en raison des configurations particulières de l'offre de soins dans ces agglomérations urbaines.

Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

3. Ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

(Ordonnance ratifiée par la loi n° 2017-1487 du 23 octobre 2017 ratifiant l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)

Rapport au Président de la République de l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 relative à la mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

L' article 225 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a habilité le Gouvernement à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de cette loi et à abroger les dispositions devenues sans objet.

Le titre Ier est relatif au service public hospitalier (articles 1er à 4).

La présente mesure vise donc à l'adoption des dispositions de coordination rendues nécessaires par l'article 99 de la loi du 26 janvier 2016 précitée portant réaffirmation du service public hospitalier.

(...)

L'article L. 6154-2 explicite l'articulation entre le principe de l'interdiction des dépassements d'honoraires au sein du service public hospitalier et le maintien d'une dérogation possible dans le cadre de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein.

- Article 1

(...)

16° Au II de l'article L. 6154-2, après les mots : « dispositions réglementaires » sont insérés les mots : «, qui peuvent, le cas échéant, déroger aux dispositions du 4° du I de l'article L. 6112-2, » ;

Article consolidé :

- Article L. 6154-2

Modifié par Ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017 - art. 1

I. - Peuvent exercer une activité libérale les seuls praticiens adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

En cas de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de cette convention, résultant d'une décision du directeur d'un organisme d'assurance maladie, et après expiration des voies de recours, l'autorisation mentionnée à l'article L. 6154-4 du présent code est suspendue pendant toute la durée de la mise hors convention.

Les praticiens faisant l'objet d'une telle mesure ne peuvent pas siéger au sein des commissions locales et régionales de l'activité libérale, mentionnées, respectivement, aux articles L. 6154-5 et L. 6154-5-1, pendant la durée restante de leur contrat.

Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

II. - L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° 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.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Des dispositions réglementaires, **qui peuvent, le cas échéant, déroger aux dispositions du 4° du I de l'article L. 6112-2**, fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale.

III. - Par dérogation à l'article L. 6152-5-1, seules les clauses prévues au IV du présent article s'appliquent aux praticiens hospitaliers autorisés à exercer une activité libérale.

IV. - Le contrat mentionné à l'article L. 6154-4 prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte.

En cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité, dont les modalités de calcul sont prévues au contrat, ne peut être supérieur à 30 % du montant mensuel moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause prévue au premier alinéa du présent IV n'a pas été respectée.

Dès que le non-respect de cette clause a été dûment constaté dans le respect du contradictoire, sur proposition du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement et après avis de la commission consultative régionale de l'activité libérale, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie au praticien, par tout moyen approprié, la décision motivée lui appliquant l'indemnité prévue au contrat et en déterminant le montant.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux praticiens exerçant à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille en raison des configurations particulières de l'offre de soins dans ces agglomérations urbaines.

Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

C. Autres dispositions

1. Code de la santé publique

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre Ier : Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre II : Service public hospitalier

- Article L. 6112-2

Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 21

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 :

1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

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.

Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

II.-Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :

1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, prévue à l'article L. 1112-3, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire ;

2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.

III.-Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

1° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

2° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées au III de l'article L. 1434-10 ou, dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

5° Ils développent des actions en matière de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

IV. - Les dispositions du I, du 1° du II et du III s'appliquent aux hôpitaux des armées, dans le respect de leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées, dans les conditions suivantes :

1° Les représentants des usagers du système de santé sont consultés sur les décisions relatives à la stratégie et à la gestion de l'établissement, dans le cadre d'une commission des usagers dont les missions et la composition sont fixées par décret en Conseil d'Etat ;

2° Les actions mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 5° du III ne peuvent être mises en œuvre qu'après accord du ministre de la défense.

- **Article L. 6112-3**

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 99

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 en application de l'article L. 6161-5 ;

4° 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.

En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.

Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre V : Personnels médicaux et pharmaceutiques

Chapitre IV : Activité libérale des praticiens temps plein.

- **Article L. 6154-3**

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 138

Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au directeur et au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel il exerce les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations, le nombre et la nature des actes qu'il effectue et ses dépassements d'honoraires éventuels, en vue d'exercer les prérogatives prévues au présent chapitre.

L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret.

Les actes de scanographie donnent lieu au reversement, au bénéfice du praticien radiologue hospitalier par l'établissement public qui l'emploie, d'une quote-part du forfait technique lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre de l'exercice libéral de ce praticien. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de cette disposition.

- **Article L. 6154-5-1**

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 138

Une commission régionale de l'activité libérale est placée auprès du directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission établit périodiquement le bilan régional de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein.

A la demande du directeur général de l'agence régionale de santé, la commission émet un avis sur les autorisations d'exercice délivrées en application de l'article L. 6154-4. Elle est obligatoirement consultée sur les mesures de suspension ou de retrait d'autorisation proposées en application de l'article L. 6154-6 ainsi que sur la décision d'appliquer l'indemnité prévue au deuxième alinéa du IV de l'article L. 6154-2. Elle peut également faire des propositions afin d'améliorer les conditions dans lesquelles il est veillé au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables en matière d'activité libérale.

Elle est présidée par une personnalité indépendante nommée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La composition et les conditions de fonctionnement de cette commission consultative régionale de l'activité libérale, au sein de laquelle doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé, au sens de l'article L. 1114-1, sont fixées par voie réglementaire.

Sous réserve du respect du secret médical, le directeur général de l'agence régionale de santé et la commission consul

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre VI : Etablissements de santé privés

Chapitre Ier : Dispositions générales.

- **Article L. 6161-1**

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 26

Dans les établissements de santé privés, quel que soit leur statut, les salariés sont représentés dans les conseils d'administration ou dans les conseils de surveillance ou dans les organes qui en tiennent lieu selon des modalités prévues aux articles L. 2323-62 à L. 2323-66 du code du travail, sous réserve des adaptations nécessaires fixées par voie réglementaire et dans le respect des obligations imposées par les articles L. 2143-21 et L. 2325-5 du même code.

Un décret apporte aux modalités de la représentation des salariés les adaptations nécessaires en fonction de la nature juridique des établissements.

- **Article L. 6161-1-1**

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 195

Dans les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier dans les conditions définies à l'article L. 6112-3, quel que soit leur statut, les usagers sont représentés par deux représentants issus d'associations d'usagers du système de santé mentionnées à l'article L. 1114-1 dans les conseils d'administration ou dans les conseils de surveillance ou dans les organes qui en tiennent lieu, selon des modalités prévues par voie réglementaire tenant compte de la nature juridique des établissements.

- **Article L. 6161-2**

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 195

Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé à but lucratif forment de plein droit une conférence médicale, dont les attributions sont prévues au I de l'article L. 6161-2-2.

- **Article L. 6161-2-1**

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 195

Dans les établissements de santé privés à but non lucratif, une commission médicale est élue par les praticiens qui y exercent. Ses attributions sont prévues au I de l'article L. 6161-2-2. Les matières sur lesquelles elle est consultée ainsi que ses modalités de fonctionnement sont précisées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 6161-11.

- **Article L. 6161-2-2**

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 195

I.-La conférence et la commission mentionnées, respectivement, aux articles L. 6161-2 et L. 6161-2-1 sont chargées de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. Elles donnent leur avis sur la politique médicale de l'établissement et sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement. Ces prévisions d'activité sont communiquées à l'agence régionale de santé selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-3. Elles contribuent à la définition de la politique médicale de l'établissement et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elles proposent au responsable de l'établissement un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi prenant en compte les informations contenues dans le rapport de la commission des usagers. Elles sont consultées sur toute demande de l'établissement tendant à être habilité à assurer le service public hospitalier.

La conférence et la commission mentionnées, respectivement, aux articles L. 6161-2 et L. 6161-2-1 sont consultées sur les matières relevant de leurs attributions, dans des conditions fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 6161-11.

Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence et de la commission mentionnées, respectivement, aux articles L. 6161-2 et L. 6161-2-1 est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier.

II.-Les établissements de santé rendent publics, chaque année, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect de l'obligation prévue au premier alinéa du présent II, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, dans des conditions définies par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 6161-11.

- **Article L. 6161-3**

Modifié par Ordonnance n°2016-1360 du 13 octobre 2016 - art. 51

Les comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'agence régionale de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière.

Les rapports de certification sont transmis à la Cour des comptes en application des articles L. 132-4 et L. 141-12 du code des juridictions financières.

- **Article L. 6161-3-1**

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 112 (V)

Les règles relatives à l'organisation financière des établissements publics de santé sont applicables aux établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve des règles d'organisation et de fonctionnement de droit privé ou des dispositions du code de la santé publique qui leur sont spécifiques, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

- **Article L. 6161-3-2**

Modifié par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 93 (V) JORF 22 décembre 2006

En cas de fermeture définitive d'un établissement ou d'un service géré par un organisme privé, sont reversées au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) les sommes affectées à l'établissement ou service fermé apportées par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics ou par les organismes de sécurité sociale et ayant permis le financement de l'actif immobilisé de l'établissement ou du service. Ces sommes sont revalorisées selon des modalités fixées par décret.

En outre, lorsqu'il s'agit d'un organisme à but non lucratif, il reverse au fonds mentionné au premier alinéa les sommes énumérées ci-après :

1° Les réserves de trésorerie de l'établissement ou du service constituées par majoration des produits de tarification et affectation des excédents d'exploitation réalisés avec les produits de la tarification ;

2° Des excédents d'exploitation provenant de la tarification affectés à l'investissement de l'établissement ou du service, revalorisées dans les conditions mentionnées au premier alinéa ;

3° Les provisions pour risques et charges, les provisions réglementées et les provisions pour dépréciation de l'actif circulant constituées grâce aux produits de la tarification et non employées le jour de la fermeture.

L'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service fermé peut, avec l'accord de l'autorité de tarification, s'acquitter des obligations prévues au premier alinéa et au 2° ci-dessus en procédant à la dévolution de l'actif net immobilisé de l'établissement ou du service.

- **Article L. 6161-5**

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (VT)

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 99

Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1er de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.

Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification.

Partie réglementaire

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre V : Personnels médicaux et pharmaceutiques

Chapitre IV : Activité libérale des praticiens temps plein

Section 1 : Modalités d'exercice

- **Article R. 6154-7**

Pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien reçoit, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix.

En cas d'hospitalisation, il formule expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien.

Les dispositions de l'article R. 1112-23 sont applicables dans tous les établissements publics de santé.

- **Article D. 6154-10-1**

Modifié par Décret n°2008-464 du 15 mai 2008 - art. 1

La redevance mentionnée à l'article L. 6154-3, due à l'établissement par les praticiens qui exercent une activité libérale, est fixée en pourcentage des honoraires qu'ils perçoivent au titre de cette activité.

Toutefois, ne sont pas soumis à redevance les honoraires perçus au titre des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil.

2. Code de la sécurité sociale

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins et à la prévention

Section 3.1 : Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3

- **Article L. 162-14-1**

Modifié par LOI n°2018-1203 du 22 décembre 2018 - art. 42 (V)

I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémedecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance maladie sont effectués par vidéo transmission ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction

de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 613-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 646-3 ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

7° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné.

II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.

D. Application des dispositions contestées

1. Jurisprudence

a. Tribunal des conflits

- **TC, 31 mars 2008, N° C3616**

Considérant que les actes accomplis par les médecins, chirurgiens et spécialistes au profit des malades hospitalisés dans le service privé d'un hôpital public le sont en dehors de l'exercice des fonctions hospitalières ; que les rapports qui s'établissent entre les malades admis dans ces conditions et les praticiens relèvent du droit privé ; que si l'hôpital peut être rendu responsable des dommages subis par de tels malades lorsqu'ils ont pour cause un mauvais fonctionnement résultant soit d'une mauvaise installation des locaux, soit d'un matériel défectueux, soit d'une faute commise par un membre du personnel auxiliaire de l'hôpital mis à la disposition des médecins, chirurgiens et spécialistes, ceux-ci doivent répondre des dommages causés par leurs propres manquements dans les conditions du droit privé ; qu'il n'appartient qu'à la juridiction judiciaire de connaître d'une action dirigée à leur encontre ; que c'est à tort que le tribunal de grande instance de Grenoble s'est déclaré incompétent pour en connaître ;

II. Constitutionnalité de la disposition contestée

A. Normes de référence

1. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789

- **Article 6**

La Loi est l'expression de la volonté générale. Tous les Citoyens ont droit de concourir personnellement, ou par leurs Représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse.

2. Constitution du 4 octobre 1958

- **Article 4**

La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi.

B. Jurisprudence du Conseil constitutionnel

1. Sur l'égalité devant la loi

- Décision n° 86-225 DC du 23 janvier 1987, Loi portant diverses mesures d'ordre social

19. Considérant que l'article 23 de la loi déferée insère dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière les articles 25-1 à 25-6 qui ont pour objet d'autoriser les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements d'hospitalisation publics à exercer également dans ces établissements une activité libérale, dans les conditions qu'il définit ;

20. Considérant que les députés auteurs de l'une des saisines font grief aux dispositions de l'article 23 de méconnaître le principe d'égalité, d'une part, en ce que l'exercice d'une activité libérale bénéficiera par priorité aux chefs de service, et d'autre part, en ce que certains praticiens auront, en pratique, moins de possibilités que d'autres d'utiliser la faculté ouverte par la loi, en raison de l'interdépendance des disciplines qui conduira à ce que le refus de certains praticiens d'exercer à titre libéral rende impossible à ceux de leurs collègues dont l'activité dépend d'eux, de bénéficier effectivement des dispositions de l'article 23 ;

21. Considérant que la portée de cette argumentation doit être appréciée au regard de l'objet de l'ensemble des dispositions de la loi qui régissent l'exercice d'une activité à titre libéral dans les établissements d'hospitalisation publics ;

22. Considérant que, dès lors que l'intérêt du service public n'y fait pas obstacle, la loi autorise les médecins à demander au représentant de l'État dans le département l'autorisation d'exercer une activité libérale dans un établissement public d'hospitalisation ; que cette activité ne peut s'exercer que dans un cadre contractuel liant le médecin à l'établissement hospitalier et au sein de l'établissement dans lequel le praticien a été nommé et à condition qu'il exerce personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public et qu'aucun lit ni aucune installation médico-technique ne soit réservé à l'exercice de l'activité libérale ; que cette activité ne peut, en aucun cas, dépasser le cinquième de la durée de service hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ; que les modalités d'exercice de l'activité libérale sont placées sous le contrôle tant d'une commission de l'activité libérale instituée dans chaque établissement que du représentant de l'État dans le département ; que, selon l'article 25-3 inséré dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, "l'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret" ; qu'enfin, aux termes de l'article 16-III de la loi déferée, qui complète à cet effet l'article L. 685 du code de la santé publique, des modalités différentes peuvent être prévues en ce qui concerne la protection sociale des praticiens hospitaliers, selon qu'ils concluent ou non un contrat d'activité libérale ;

23. Considérant que ces dispositions ouvrent à l'ensemble des praticiens qui satisfont aux conditions posées par la loi un droit identique à demander la conclusion d'un contrat d'activité libérale, dès lors que l'intérêt du service public n'y fait pas obstacle ; qu'il n'y a donc pas atteinte à l'égalité des citoyens devant la loi ; que le régime dérogatoire aux règles d'organisation et de fonctionnement des services publics institué par la loi, n'entraîne pas davantage de méconnaissance du principe d'égalité devant les charges publiques, dans la mesure où les praticiens exerçant à titre libéral seront tenus de verser à l'établissement d'hospitalisation une redevance pour service rendu qui devra correspondre, non seulement à l'utilisation des installations techniques ou des locaux mis à disposition, mais aussi aux dépenses de personnel exposées par l'établissement ; qu'au demeurant, ceux des praticiens qui n'auront pas passé de contrat d'activité libérale bénéficieront d'une protection sociale accrue, conformément à l'article 16-III de la loi présentement examinée ;

24. Considérant que les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements d'hospitalisation publics ne sont pas, compte tenu des conditions posées par la loi, contraires à la Constitution ;

- Décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

SUR LA PARTICIPATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS À L'ACCOMPLISSEMENT DE MISSIONS DE SERVICE PUBLIC :

2. Considérant qu'en vertu de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 1er de la loi, les établissements de santé, publics ou privés, peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des quatorze missions de service public énumérées par cet article ; qu'en vertu de son article L. 6112-2, les missions de service public qui sont confiées à un établissement sont inscrites dans le contrat d'objectifs et de moyens passé avec l'agence régionale de santé ; qu'aux termes des quatre premiers alinéas de l'article L. 6112-3 :

" L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions : - 1° L'égal accès à des soins de qualité ; - 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ; - 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale " ; qu'enfin, aux termes des deux premiers alinéas de l'article L. 6112-3-1 : " Tout patient d'un établissement public de santé bénéficie des garanties définies aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3. - Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale " ;

3. Considérant que, selon les requérants, en choisissant " d'intégrer des établissements privés pour exercer des missions de service public... tout en leur laissant la possibilité de choisir à la carte les missions effectives qu'ils entendent assurer ", la loi n'offrirait pas les garanties légales suffisantes pour que " l'exigence constitutionnelle du droit à la santé pour tous et son corollaire qu'est l'égalité d'accès aux soins soient pleinement satisfaits " ;

4. Considérant, en premier lieu, qu'aucune exigence constitutionnelle n'impose aux établissements de santé privés exerçant des missions de service public d'assurer toutes les missions de service public susceptibles d'être confiées à un établissement de santé ;

5. Considérant, en deuxième lieu, qu'il résulte des dispositions précitées que les établissements de santé privés exerçant des missions de service public seront tenus, pour l'accomplissement de ces missions, de garantir l'égal accès de tous à des soins de qualité et d'en assurer la prise en charge aux tarifs et honoraires réglementés ; que, dès lors, les dispositions critiquées ne portent pas atteinte au principe d'égalité devant le service public qui résulte de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ;

6. Considérant, en troisième lieu, qu'en vertu du 2° de l'article L. 6112-3, ces établissements de santé privés garantiront la permanence de l'accueil et la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution " dans le cadre défini par l'agence régionale de santé " ; qu'il appartiendra à cette dernière, en définissant les modalités de cette participation et en la coordonnant avec l'activité des établissements publics de santé, de veiller à ce que soit assuré l'exercice continu des missions du service public hospitalier pris dans son ensemble ; que, sous cette réserve, ces dispositions ne méconnaissent ni les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 relatives à la protection de la santé, ni le principe de continuité du service public ;

- **Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, Loi de modernisation de notre système de santé**

52. Considérant que l'article 99 réinscrit dans la loi la notion de « service public hospitalier » ; que le B du paragraphe I de cet article réécrit le chapitre II du titre Ier du code de la santé publique ; que ce chapitre, désormais intitulé « Service public hospitalier », comporte des articles L. 6112-1 à L. 6112-7 déterminant le contenu de ce service, les établissements pouvant y participer et les obligations qui leur sont imposées ainsi qu'aux professionnels exerçant en leur sein et les sanctions applicables en cas de manquement aux obligations liées à ce service ; que le 4° du paragraphe I de l'article L. 6112-2 dispose que 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 « 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 » ;

53. Considérant que les députés et les sénateurs requérants soutiennent que les dispositions du 4° du paragraphe I de l'article L. 6112-2 portent atteinte à la liberté d'entreprendre dès lors, selon les députés, qu'elles interdisent aux établissements privés de santé qui recrutent des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires de participer au service public hospitalier et dès lors, selon les sénateurs, que ces dispositions font dépendre le rattachement des établissements de santé privés au service public hospitalier d'une décision relevant des seuls médecins qu'ils emploient ; que ces dispositions violeraient également la liberté contractuelle car elles contraindraient les établissements de santé privés soit à mettre fin aux contrats les liant aux médecins pratiquant des dépassements d'honoraires, soit à imposer à ces derniers de ne pas pratiquer de tels dépassements ; qu'enfin, ces dispositions méconnaîtraient le principe d'égalité devant la loi dès lors qu'elles ne s'imposent pas aux établissements publics de santé et que la différence de traitement en résultant entre les établissements publics et les établissements privés n'est ni justifiée par un motif d'intérêt général ni en rapport direct avec l'objet de la loi ;

54. Considérant qu'il est loisible au législateur d'apporter à la liberté contractuelle, qui découle de l'article 4 de la Déclaration de 1789, des limitations liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'intérêt général, à la condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi ;

55. Considérant, en premier lieu, d'une part, que la création du service public hospitalier a pour objet de garantir aux usagers du système de santé une offre de soins hospitaliers accessible qui assure la qualité et la continuité des

soins ainsi que l'égalité de traitement ; que les dispositions du 4° du paragraphe I de l'article L. 6112-1 ont pour objet de garantir que les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels exerçant en leur sein ne facturent pas aux usagers des dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus par le code de la sécurité sociale ; que l'exercice d'une activité de soins n'est pas subordonné à la participation au service public hospitalier ; qu'il ressort de l'article L. 6112-6 du code de la santé publique qu'il n'est pas tenu compte de l'appartenance au service public hospitalier pour l'application des règles régissant les autorisations d'activités de soins mentionnées au chapitre II du titre II du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique ;

56. Considérant, d'autre part, que selon les dispositions de l'article L. 6112-3, tous les établissements de santé privés peuvent, après avis favorable de la conférence médicale d'établissement, être habilités à assurer le service public hospitalier ; que les dispositions contestées n'ont pas pour effet d'empêcher les établissements de santé privés d'être habilités à assurer ce service dès lors qu'il leur est loisible de recruter des médecins ne pratiquant pas au sein de leurs établissements des dépassements des tarifs et des honoraires ; que, par suite, les dispositions contestées ne portent atteinte ni à la liberté d'entreprendre ni à la liberté contractuelle ;

57. Considérant, en second lieu, que les dispositions du 4° du paragraphe I de l'article L. 6112-2 du code de la santé publique qui prévoient l'absence de facturation de dépassements des tarifs de remboursement s'appliquent identiquement à tous les établissements de santé publics ou privés assurant le service public hospitalier et aux professionnels de santé exerçant en leur sein ; que, par suite, le grief tiré de l'atteinte au principe d'égalité doit être écarté ;

58. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les dispositions du 4° du paragraphe I de l'article L. 6112-2 du code de la santé publique dans leur rédaction issue du B du paragraphe I de l'article 99 doivent être déclarées conformes à la Constitution ;

2. Sur la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle

- **Décision n° 2017-649 QPC du 4 août 2017, Société civile des producteurs phonographiques et autre**
[Extension de la licence légale aux services de radio par internet]

4. La propriété figure au nombre des droits de l'homme consacrés par les articles 2 et 17 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Selon son article 17 : « La propriété étant un droit inviolable et sacré, nul ne peut en être privé, si ce n'est lorsque la nécessité publique, légalement constatée, l'exige évidemment, et sous la condition d'une juste et préalable indemnité ». En l'absence de privation du droit de propriété au sens de cet article, il résulte néanmoins de l'article 2 de la Déclaration de 1789 que les atteintes portées à ce droit doivent être justifiées par un motif d'intérêt général et proportionnées à l'objectif poursuivi.