

# « Vers une implantation des Réseaux de Soins Coordonnés ? »

## Objectifs économiques et problèmes juridiques

---

*Robert LAUNOIS<sup>(1-2)</sup>, D. TRUCHET<sup>(3)</sup>*

Journal d'économie médicale – Les R.S.C. : Une organisation du système de Santé. 1986, n° 3-4, pp 155-189.

<sup>(1)</sup> REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : [reesfrance@wanadoo.fr](mailto:reesfrance@wanadoo.fr) - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

<sup>(2)</sup> UFR SMBH – Université de Paris XIII – 74 rue Marcel Cachin – 93017 BOBIGNY Cedex - Email : [launois\\_ireme@smbh.univ-paris13.fr](mailto:launois_ireme@smbh.univ-paris13.fr) - Site web : <http://smbh7.smbh.univ-paris13.fr>

<sup>(3)</sup> Professeur à la Faculté des Sciences Juridiques de Rennes

---

## INTRODUCTION

---

Objectif commun de tous les gouvernements depuis quinze ans et sans doute pour longtemps encore, la maîtrise de la croissance des dépenses de santé a suscité déjà bien des mesures. Celles-ci ont porté aussi bien sur le système de protection sociale que sur celui de la distribution des soins, avec une emprise croissante du premier sur le second. Le secteur public (avec en particulier, le budget global) et le secteur privé (dans le cadre des conventions nationales) ont été l'un et l'autre touchés.

En fait, ce problème se pose avec acuité dans tous les pays de développement comparable au nôtre, chacun essayant d'y faire face avec ses moyens, ses usages sociaux, son tempérament.

Aux Etats-Unis se sont ainsi développés depuis près de vingt ans des « Health Maintenance Organizations » (H.M.O. » qui, sous des formes assez diverses, permettent à des adhérents de recevoir de l'organisation l'ensemble des soins dont ils ont besoin pendant un an, pour un prix forfaitaire prépayé et indépendant de la consommation effective du réseau : le risque est ainsi transféré sur l'organisation et les médecins qui en sont membres, c'est-à-dire sur les véritables décideurs. Les H.M.O. semblent rencontrer outre-atlantique un réel succès.

L'idée commence à se développer en France de s'inspirer de telles structures pour, à titre expérimental, rénover la pratique libérale. Bien entendu, la transposition dans notre pays de tels « réseaux de soins coordonnés » (R.S.C.) supposerait une adaptation non littérale du modèle américain et une évolution du système français.

Est-ce économiquement souhaitable ? Est-ce juridiquement possible ?

Il nous a paru intéressant d'essayer de répondre à ces deux questions, avec une prudence et une modestie d'autant plus grandes qu'il s'agit pour l'instant de réflexions abstraites, qui ne peuvent s'appuyer sur aucune expérience concrète française.

---

## 1. OBJECTIFS ECONOMIQUES DE L'IMPLANTATION DES R.S.C.

---

### 1.1 Diagnostic sur le système de santé français

#### 1.1.1 *Une conception de plus en plus redistributive de l'assurance maladie*

Comme le soulignent P. Nora et J.C. Naouri dans une note confidentielle sur le financement des dépenses de santé, rédigée en septembre 1979, trois objectifs peuvent être assignés à tout système de santé : une assurance individuelle, une péréquation des risques, une certaine redistribution des revenus. Trois facteurs dont la modulation relève bien évidemment des choix politiques et idéologiques.

- La mission première de l'assurance est de permettre à l'individu de faire face à un risque grave en organisant à l'avance sa solvabilité. Le consommateur bien portant

est incertain quant à son état de santé futur. L'évolution de celui-ci est certes liée en partie à des comportements et à des styles de vie personnels, mais il est aussi déterminé par des événements purement aléatoires.

L'assurance pallie l'incapacité de prévoir le risque en permettant à l'assuré de se prémunir *ex ante* par le paiement de cotisations étalées dans le temps.

Le supplément de sécurité qui en découle provient d'une réduction de la probabilité d'apparition du risque et d'une atténuation de ses conséquences pécuniaires. L'élimination des obstacles financiers à l'entrée dans le système de soins permet d'abaisser le seuil de perception de la maladie et favorise la prévention. L'indemnisation du préjudice financier subi par le bénéficiaire des soins permet de limiter la variabilité des revenus personnels. En effet, la charge des risques lourds dépasse largement les possibilités de financement individuel même dans les familles très aisées. Combien de Français disposent d'un salaire supérieur au coût d'une hospitalisation de 20 jours dans un service de médecine ou de 4 jours en réanimation ? Les prestations en nature suppriment l'effet-prix et permettent le développement d'une consommation socialement prioritaire.

- La deuxième mission de l'assurance maladie est d'égaliser le coût des cotisations quelle que soit la vulnérabilité personnelle des assurés. Ce qui pose ici problème, ce n'est pas que le risque ne soit pas prévisible, c'est qu'il le soit trop. Le danger est alors qu'une tarification au risque encouru soit trop lourde pour les personnes dont la santé est particulièrement menacée. La solution consiste à exploiter la loi des grands nombres pour répartir les dépenses sur l'ensemble des assurés sous la forme de cotisations égales quel que soit le revenu. La personnalisation des risques écartée au profit de la péréquation des risques, l'élément vulnérabilité personnelle disparaît, mais aucun effet redistributif n'est exercé *a priori*. *Ex post*, bien entendu, on constate une redistribution horizontale entre bien-portants et malades, mais les transferts opérés compensent exactement l'incidence du risque morbide et la répartition des revenus reste inchangée.
- La troisième mission de l'assurance maladie est d'assurer l'accès de tous aux soins quelle que soit sa situation de fortune ou sa situation de famille. Dès lors que les individus entre lesquels existent des différences économiques importantes doivent recevoir les mêmes prestations tutélaires, ceux qui ont des capacités contributives insuffisantes doivent être aidés par les plus favorisés. La charge des dépenses est alors répartie entre les assujettis sous la forme de cotisations proportionnelles au revenu. Une redistribution verticale s'opère *a priori* entre les riches et les pauvres.

Dans notre système actuel, la plus grande confusion existe entre la péréquation des risques et les transferts sociaux. L'assurance maladie confère pratiquement un droit illimité d'accès aux soins. La protection obligatoire généralisée a fait disparaître du même coup tous les stimulants financiers qui poussaient les acteurs du système à rechercher une plus grande efficacité.

### 1.1.2 La méconnaissance du rôle des prix

- Le rôle des prix dans un système d'économie décentralisée est en effet double.

C'est un instrument de recouvrement des dépenses, qui doit permettre de dégager assez de recettes pour qu'il n'y ait pas de déficit.

C'est une modalité de commande de l'affectation des ressources. Son rôle est de favoriser une utilisation optimale des facteurs de production en dirigeant les ressources vers les emplois à forte productivité.

- Or, en matière de protection sociale, ces deux faces d'une même pièce ont été dissociées.

Les recettes de l'assurance maladie, c'est-à-dire le prix, en termes de cotisation, des prestations reçues, ont cessé de refléter le coût de la fourniture des soins.

Les dépenses de l'assurance maladie, qui ne sont pas autre chose que les revenus des producteurs, ont été dissociées de la valeur du service rendu.

- Un tel système rend les usagers boulimiques et les décideurs aveugles.
  - Les cotisations sociales qui sont levées sur les bénéficiaires de l'assurance maladie ne présentent plus aux assurés la note de ce que coûtent leurs fournisseurs de soins.

Aucun gain financier ne récompense un assuré qui fait usage de sa liberté de choix pour sélectionner des producteurs peu dispendieux. Toute réduction de coût profite autant aux autres qu'à lui-même par le biais des mécanismes de péréquation.

Inversement, aucune pénalisation ne frappe un assuré lorsqu'il recourt à des producteurs particulièrement onéreux. Chaque assujetti ne paie sous forme d'une majoration de cotisations qu'une fraction infime des charges qu'il a contribué à créer.

Puisque chacun paie la même chose, aucun ne cherche à savoir s'il peut ou non faire des économies en changeant de médecin ou d'établissement. Toute concurrence par les prix entre les producteurs de soins est dès lors impossible.

- La rémunération des producteurs a été dissociée de tout effort de rationalisation de l'appareil productif et d'amélioration de la qualité des soins.

La quantité d'argent prélevée sur les cotisations d'assurance, pour payer les producteurs, est indépendante de la qualité des soins qu'ils dispensent. Tout acte médical donne en effet droit à remboursement, qu'il soit justifié ou non.

Faute d'un lien entre le montant des rétributions perçues et la valeur du service rendu, on est incapable de savoir si les ressources sont affectées là où les besoins sont les plus grands et la productivité la plus élevée. Les prestataires de services peuvent s'écarter du chemin de l'efficacité sans qu'aucune perte de revenu ne sanctionne leur erreur de gestion. La motivation à faire le meilleur usage possible des ressources disponibles disparaît.

- Le système est incapable de répondre aux deux questions fondamentales que pose toute activité économique. Que faut-il produire ? Et comment faut-il produire ? Il ne permet ni d'optimiser le volume des soins, ni de rechercher comment on peut les obtenir au coût le plus bas possible.

Aucune des thérapeutiques proposées pour porter remède au déséquilibre de la sécurité sociale n'attaque le problème en ces termes. On se contente de solutions financières, là où il faudrait introduire des incitations économiques, en oubliant qu'un processus décentralisé des décisions doit comporter un mécanisme de coordination des choix des unités sanitaires de base. On se soucie trop de l'équilibre macro-économique des comptes et pas assez de la crise micro-économique de l'efficacité.

### 1.1.3 *Le déséquilibre macro-économique des comptes*

- Les hommes politiques ont pris l'habitude de poser, en termes globaux, le problème de l'assurance maladie.

Le diagnostic est simple, voire simpliste :

Les dépenses de santé augmentent :

- en volume, sous l'influence de facteurs exogènes tels que le progrès technique, le vieillissement de la population, la médicalisation des problèmes sociaux,
- en valeur, du fait de l'inflation.

Ces dépenses sont financées par des cotisations assises sur les salaires des travailleurs. Or, depuis 1974, sous l'effet du chômage, la masse salariale se contracte.

Le déficit est inévitable.

- Le problème posé en ces termes n'appelle que deux réponses :
  - soit réduire les prestations et stabiliser les prélèvements sociaux,
  - soit maintenir les prestations à leur niveau actuel et augmenter les prélèvements.

Le principe de base de cette politique est clair : le rôle attribué aux prélèvements sociaux est exclusivement financier. Il s'agit de collecter des ressources pour financer les prestations. A aucun moment les conséquences économiques des modes de financement adoptés ne semblent avoir été perçues. Or, les situations qu'ils créent sont à l'origine de la crise d'efficacité du système, à laquelle il importe de remédier.

### 1.1.4 *La crise micro-économique de l'efficacité*

En l'absence de sanctions par le marché, les éléments constitutifs du système ont tendance à faire prévaloir leurs propres objectifs sur ceux de la collectivité. Ce processus d'internalisation aboutit à privilégier l'institution par rapport à la fonction et contribue à l'apparition de phénomènes de risque moral et d'asymétrie d'information.

## 1) Le risque moral

En matière d'assurance maladie, le terme de risque moral est utilisé pour désigner le risque que crée l'assurance en cessant d'intéresser les individus à leur propre protection contre les pertes économiques.

Cette définition recouvre en réalité quatre phénomènes<sup>1</sup> :

- L'assurance décourage les activités d'autoprotection en couvrant les conséquences de certains risques sans élever les cotisations de ceux qui s'y sont volontairement exposés. Elle augmente donc ex ante la probabilité d'apparition du sinistre en suscitant des comportements du type : je peux fumer, boire, car si je tombe malade je serai toujours soigné.
- L'assurance, par le remboursement a posteriori de la quasi-totalité des dépenses jusqu'en 1979, des seuls soins disséminés depuis cette date, relâche les contraintes de gestion ; le coût de fonctionnement du système pour les caisses est supérieur à celui qui correspondrait à une combinaison techniquement efficace des ressources. Le suréquipement et les déficiences organisationnelles majorent les prix de revient.
- A cet effet coût s'ajoute un effet volume. La tendance à la baisse de la consommation consécutive au renchérissement des coûts est neutralisée par la prise en charge collective du risque. Du fait de l'intervention de l'assurance maladie, l'assuré ne supporte qu'une fraction des frais auxquels il a été exposé. La baisse du coût individuel des soins augmente les attentes du public et permet aux praticiens de défendre les intérêts du malade sans avoir à tenir compte des capacités financières de leurs clients. Cette stimulation de la demande est évidemment renforcée par la tarification puisque les médecins et les établissements sont rémunérés en proportion de la quantité des soins prodigués.
- A première vue, on pourrait penser qu'il existe nécessairement un mécanisme auto-régulateur dans le système. Les dépenses ne peuvent augmenter indéfiniment, un jour ou l'autre il faut bien solder les comptes en élevant le taux des cotisations. Mais en réalité l'effet de rétroaction de ces mesures est dérisoire. Lorsque le nombre d'assurés est grand, chaque assujetti ne paie, sous la forme de majoration de cotisation, qu'une fraction infime des charges qu'il a contribué à créer.

## 2) L'asymétrie d'information

Il y a anti-sélection lorsque l'assuré dissimule à l'assureur la probabilité d'un gros risque. De ce fait, la contribution qu'il paie est sans rapport avec le risque réel qu'il représente. Si le financement des dépenses de santé reposait sur les techniques de l'assurance volontaire, des phénomènes d'anti-sélection pourraient apparaître du fait de l'assuré. Mais depuis 1930 cela est impossible puisque le taux de cotisation est fixé en fonction du revenu pour tous les assujettis. Désormais, c'est du côté des producteurs que l'on trouve des phénomènes d'asymétrie d'information<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> La théorie du risque moral doit être soigneusement distinguée de la théorie de la demande induite.

<sup>2</sup> Ce rapprochement théorique entre les phénomènes d'anti-sélection vus sous l'angle de la demande et vus sous celui de l'offre est dû à Michel Mougeot – « Régulation des dépenses de santé et décentralisation des décisions », groupe de

Le producteur « sait » alors que l'assureur « ne sait pas », la dotation ou la rémunération qui lui est versée peut donc être sans rapport avec le coût ou la valeur du service qu'il rend.

- Le contexte institutionnel dans lequel s'engage la discussion entre les établissements hospitaliers et l'autorité de tutelle ou les instances centrales, donne un pouvoir considérable aux premiers.  
Le directeur d'un hôpital dispose d'un quasi-monopole sur l'information qui permet de définir et d'évaluer l'activité de son établissement<sup>3</sup>.
  - Les fonctions de coût, quand elles sont connues, ne le sont que de lui seul et les autorités de tutelle disposent d'une information qui ne présente aucune neutralité.
  - Pire, ce monopole s'étend à l'évaluation de l'utilité sociale de l'activité médicale, puisque le directeur est amené à reprendre les arguments des chefs de service à son compte pour justifier l'orientation médicale d'un établissement.

Cet accès privilégié à l'information débouche tout naturellement sur un gonflement des crédits demandés. Le passage du prix de journée au budget global ascendant avec des Groupes Homogènes de Malades (GHM) ne changera rien à l'affaire. Aussi longtemps qu'il existera une relation aussi ténue soit-elle entre les moyens mis à la disposition des établissements et le type de malades qui y sont traités, le médecin sera logiquement amené à choisir le diagnostic le plus fort consommateur de ressources comme diagnostic principal<sup>4</sup>. Le gouvernement l'a si bien compris qu'il a maintenu et légalisé la pratique des taux directeurs départementaux.

- Une même inégalité d'information préside au rapport que le malade entretient avec son médecin.  
L'initiative de la rencontre avec un médecin relève bien du libre choix de l'individu ; elle est déterminée par les facteurs économiques traditionnels prix-revenu, mais une fois introduit dans le cabinet médical, le client devient un patient. La souveraineté du malade s'efface devant le pouvoir de l'expert. Le duo médecin-malade est alors assimilé à une entité de décision unique qui combine les connaissances du premier et les préférences du second.

Cela ne veut pas dire qu'il suffit pour le médecin de proposer des solutions techniques au malade en le laissant choisir. Le malade ne se contente pas de cette position d'expert, il accule le médecin en lui demandant « qu'est-ce que vous feriez si c'était votre père ? » et le force à jouer le rôle de mandataire. C'est donc le médecin qui prend la décision en fonction de sa propre perception des intérêts du malade.

Pour être digne de la confiance qui lui est témoignée, le médecin doit assumer cette prise en charge des intérêts du malade en négligeant s'il le faut ses propres intérêts. Mais c'est là que le bât blesse, car le médecin n'est pas seulement un

---

recherches en économie mathématique, document de travail 8504, Université de Franche-Comté, Besançon, septembre 1985, p. 9-10.

<sup>3</sup> R.J. Launois : « Les Directeurs vus par un économiste ». *Agir : Diriger Demain Evian*, septembre 1981. Association des élèves et anciens élèves de l'École Nationale de Santé Publique

<sup>4</sup> D. Simborg : « DRG Greep, a New Hospital Acquired Disease ». *New England Journal of Medicine*, vol. 304, n° 26 (25 juin 1981), p. 1602-1604.

expert et un mandataire, c'est aussi un prestataire de services. Les plans d'actions qu'il propose déterminent une demande pour les soins qu'il offre.

Une telle analyse ne comporte aucun jugement de valeur. Les acteurs du système sont pris dans un faisceau d'incitations qui modèle leur attitude, ce ne sont pas les hommes qui sont pervers, c'est le système qui est vicié. Face à cette double asymétrie d'information, l'Etat a réagi en multipliant les contrôles de façon à réduire l'autonomie de gestion des unités périphériques. « Ne pouvant maîtriser le mécanisme décentralisé, l'Etat a procédé à la centralisation »<sup>5</sup>. L'impressionnant dispositif réglementaire dont dispose la puissance publique semble lui donner les moyens de stabiliser les ressources nationales consacrées à la santé. Ce qui est à craindre aujourd'hui, ce n'est pas que la politique sanitaire soit inefficace, c'est qu'elle le soit trop, qu'elle impose à toute la population des mesures qui nient le besoin du malade. L'exemple américain nous montre qu'il existe d'autres voies que l'hyper-réglementation.

## 1.2 Une expérience américaine : Les Health Maintenance Organizations (HMO)

### 1.2.1 Une définition

Les H.M.O. sont des structures de regroupement des professionnels de santé, choisies par le malade, qui offrent à une population d'adhérents, quantitativement définie une prise en charge globale de ses problèmes de santé en contrepartie d'un forfait annuel payé à l'avance ; le risque financier – gains ou pertes – constaté en fin d'année y est partagé entre l'organisation et les médecins qui en sont membres.

On distingue quatre grands types d'H.M.O., en fonction de la forme d'exercice qui y est pratiquée :

- Les centres de médecine salariée (Le Staff Model)

Ils réunissent des équipes médico-sociales rémunérées à plein temps dans le cadre d'un contrat de louage de service

- Les cabinets de groupes pluridisciplinaires (Group Model)

Ce sont des groupements d'exercice qui passent un contrat exclusif avec une H.M.O. pour la prise en charge de sa clientèle moyennant le versement d'un forfait per capita. Les relations juridiques entre le groupe et ses associés sont d'une grande diversité. Tantôt les médecins créent entre eux une société ; l'existence de cette structure écran fait apparaître une communauté de gain et après déduction des frais, un résultat à répartir, situation qui est en définitive très proche de nos sociétés professionnelles, à cette différence près que le nombre des associés est beaucoup plus élevé. Tantôt ils se bornent à passer un contrat d'exercice qui fixe les modalités de calcul des rémunérations en fonction des services rendus par chacun au groupe. Dans tous les cas, qu'il s'agisse de répartition des bénéfices ou de rémunérations à la fonction, la nature des émoluments médicaux est profondément modifiée puisque la notion d'honoraires disparaît.

<sup>5</sup> M. Mougeot : « La santé, centralisation ou décentralisation », *Economica*, 1986.

- Les réseaux de cabinets de groupe (Network Group Model)

Ils fédèrent des cabinets d'exercice collégial en les associant à une H.M.O. sans leur imposer de lui consacrer la totalité de leur activité.

A cette différence importante près, les obligations des co-contractants sont similaires à celles des contrats précédents. Le groupe reçoit un forfait annuel pour chaque affilié qu'il prend en charge. Parallèlement, il facture à l'acte les patients qui font appel à ses services sans être membres de la H.M.O. pour laquelle ils travaillent.

- Les associations de médecins libéraux (I.P.A. ou Indépendant practitioner associations)

Les I.P.A. regroupent des praticiens qui sont réputés exercer de façon isolée dès lors qu'ils consacrent moins de 50 % de leur activité à des activités de groupe. L'association a la personnalité morale. Le médecin reste cependant propriétaire de son cabinet médical et le pluralisme de ses formes d'exercice est reconnu. Il est rémunéré à l'acte pour les soins dispensés aux affiliés de l'I.P.A., mais la dépense est imputée à l'association au lieu d'être facturée à l'usager. Il est payé à l'acte pour la fraction de son activité exercée en clientèle privée sans qu'aucun tiers ne s'interpose entre lui et le malade. Dans les deux cas, la notion d'honoraire semble subsister de manière incontestable.

### 1.2.2 Les performances des HMO

Douze ans après les premières créations officielles des H.M.O. aux U.S.A., les chiffres attestent une incontestable réussite dans trois domaines :

- la croissance accélérée des effectifs et des adhésions,
- l'efficacité en matière de contrôle des coûts de santé,
- l'excellente capacité de gestion des H.M.O. à but lucratif, nouvelle coqueluche des professionnels de Wall Street.

#### 1) La croissance des effectifs et les adhésions

Il existait en 1984, 290 H.M.O. aux Etats-Unis, qui réalisaient 7,5 milliards de dollars de chiffre d'affaires avec un taux de croissance de 20 à 25 % par an. Pour 1990, on prévoit que ce chiffre atteindra 25 à 30 milliards de dollars et qu'un américain sur 9 sera alors affilié à une H.M.O., ce qui représente de 25 à 30 millions de membres.

Le taux de pénétration dans certaines villes est d'ores et déjà impressionnant. Si le taux national moyen n'est que de 5,7 %, il atteint en 1983 31 % à San Francisco et à Minneapolis, 23 % à Los Angeles, 25 % à Oakland. Selon les prévisions, il pourrait y avoisiner les 45 % en 1990 !

Les adhésions progressent à un rythme remarquable puisqu'elles sont passées de 3 millions en 1970 à près de 17 millions à fin décembre 1984. On constate depuis deux ans une accélération très nette de ce taux de croissance des adhésions, qui atteint 15,3 % en 1983 et 22,4 % en 1984. Dans certains grands centres urbains comme Chicago, le nombre d'adhérents a augmenté de 45 %, passant de 400 000 à 575 000 dans la seule année 1983.

Trois facteurs expliquent pour une large part ce succès.

Incontestablement, la loi de 1973 imposant à toute entreprise de plus de 25 ouvriers d'offrir un choix entre l'assurance maladie traditionnelle et l'adhésion à une H.M.O. a puissamment contribué au développement de ces dernières dans de nouveaux secteurs géographiques.

Par ailleurs, le système d'assurance traditionnelle a perdu progressivement son pouvoir d'attraction du fait de l'augmentation du ticket modérateur et des déductions et franchises de toutes sortes. Ainsi, l'étude Hewitt portant sur 250 sociétés a montré que le pourcentage des plans comportant une franchise supérieure à 100 \$ a augmenté entre 1982 et 1983 de 17 à 32 %.

Quant aux médecins, ils ressentent un attrait croissant pour les H.M.O. qui leur offrent le moyen de maintenir leur revenu déclinant. La démographie médicale augmentera de 23 % entre 1980 et 1990. Le nombre total des consultations des médecins américains a déjà baissé de 25 % entre 1974 et 1982, phénomène qui ne peut que s'aggraver du fait des mesures gouvernementales de contrôle des coûts. L'affiliation à l'H.M.O., qui offre l'assurance d'un revenu garanti sans exclure la possibilité d'un exercice libéral, est de plus en plus recherchée par les praticiens, qui apprécient aussi les avantages d'un exercice en groupe.

## 2) L'efficacité des H.M.O. en termes de rapport qualité-prix

Aux U.S.A., comme ailleurs, les dépenses totales de santé augmentent à un rythme rapide, environ trois fois plus vite que le P.N.B. La part du financement des entreprises, du fait de l'augmentation des coûts, croît encore plus vite ; d'où l'intérêt croissant que portent aux H.M.O. aussi bien les employeurs que les assurés.

Les performances des H.M.O. en matière de rapport prix/services disponibles sont indiscutables. D'une part, le quantum des prestations offertes par un plan H.M.O. est en moyenne supérieur de 18 à 20 % à celui d'un plan d'assurance traditionnel du fait d'une étendue des garanties supérieures et d'un très faible ticket modérateur. Dans l'Ouest où les H.M.O. sont fortement implantées, ce différentiel atteint jusqu'à 32 %. D'autre part, le montant des primes appelées est inférieur d'en moyenne 9 à 10 % à celui des plans Blue Cross, Blue Shield.

Cette compétitivité est largement imputable à une réduction des dépenses hospitalières de l'ordre de 25 à 40 %. Un résultat qui traduit une baisse des taux de fréquentation, la durée moyenne de séjour étant, selon Luft, sensiblement la même dans les deux types de prise en charge.

La santé des malades n'en est pas affectée pour autant. Les chercheurs de l'école de Santé Publique de John Hopkins ont analysé 27 études comparant la qualité des services dans les H.M.O. à celle offerte dans le système traditionnel. Sur 80 mesures séparées sur la qualité, les H.M.O. se montraient supérieurs dans 53, égaux dans 19 et inférieurs dans 8.

## 3) La santé florissante des HMO à but lucratif

Les H.M.O. à but lucratif, soit de type I.P.A., soit de type Network, connaissent actuellement un fort développement. Ils représentent d'ores et déjà 25 à 30 % des 290 plans et environ 20 à 22 % du nombre total des adhérents H.M.O. Ils font montre d'un

dynamisme remarquable avec un taux de croissance annuel des profits de 30 à 40 %. Plusieurs d'entre eux ont été introduits en bourse en 1983 et 1984 et le cours de leurs actions s'est fortement apprécié malgré la faiblesse de l'ensemble du marché. Les agents de change<sup>6</sup> publient des rapports favorables anticipant des taux de croissance du même ordre dans les 3 à 4 ans à venir. L'intérêt croissant des sociétés hospitalières et des compagnies d'assurances contribue à stimuler la demande. En 1980, les H.M.O. à but lucratif devraient intégrer 50 % du nombre total des adhérents au H.M.O. ; en effet, ils sont situés dans des régions à fort potentiel de développement et ont les capacités financières nécessaires pour entreprendre une large expansion.

Ainsi, depuis deux ans, la conjonction de plusieurs éléments favorables provoque une accélération du développement des H.M.O., qui devrait se poursuivre dans les prochaines années.

Citons notamment :

- les efforts des chefs d'entreprises pour limiter la croissance des coûts,
- le marché potentiel que représentent des zones géographiques encore inexploitées,
- l'appui constant du gouvernement,
- l'intérêt croissant des professionnels de santé pour adhérer à un mode d'exercice pré-financé.

### 1.2.3 La logique HMO

A première vue, rien ne distingue un plan de santé H.M.O. d'un contrat privé d'assurance maladie. Dans les deux cas, il s'agit d'un contrat contingent qui s'exécute en deux temps, chacune des institutions concernées percevant sa rémunération avant de verser ses éventuelles prestations et qui intègre trois éléments : la promesse de recevoir à l'avenir les prestations requises dans l'éventualité où le risque se réalise en contrepartie d'une contribution immédiate.

Dans les deux cas, le contrat est annuel, il ne peut être résilié qu'une fois par an, à la date de son renouvellement. Global, il couvre l'ensemble des fonctions sanitaires, soins ambulatoires, hospitalisation, pharmacie ; facultatif, il ne s'adresse qu'à une population d'adhérents volontaires.

Dans les deux cas, il semble exister « un concept de marché nouveau qui ne serait plus celui de l'acte individuel mais celui du droit aux soins »<sup>7</sup>.

Les compagnies d'assurances ou les H.M.O. se doivent, pour attirer la clientèle, de présenter à celle-ci des contrats offrant les meilleures garanties au moindre coût. Aux mécanismes contractuels s'ajoute donc un mécanisme concurrentiel destiné à éviter la détérioration de la qualité des prestations. Toute lacune en ce domaine est sanctionnée par le refus d'adhésion ou la désertion. Le contrôle externe permet de rendre compatible les intérêts des financeurs et des usagers.

<sup>6</sup> William Blair & C°, Chicago, 23 July 1984, Basic report 86-87 a – The Health Maintenance Organization Industry.

<sup>7</sup> B. Majnoni d'Intignano et J.C. Stephan : Hippocrate et les Technocrates. Calman Lévy, 1983, p. 74.

### 3) Différences entre la HMO et l'assurance

Le système H.M.O. et l'assurance s'opposent fondamentalement sur deux points :

- Les modalités d'exercice et de rémunération des médecins

Dans les plans d'assurance traditionnelle, l'organisme qui assure la couverture sociale est distinct de celui qui assure la délivrance des soins. Les deux parties traitent par l'intermédiaire d'un marché. Dans les H.M.O., au contraire, les fonctions financières et médicales sont intégrées. Cette intégration peut être totale ou partielle selon que la structure a ou non une existence juridique autonome. Mais il y a toujours apparition d'une véritable entreprise nouvelle. Les producteurs ne sont pas mis en concurrence vis-à-vis d'une « agence de paiement » qui s'interposerait entre eux et leurs clients. Ce sont les équipes de soins prépayées qui s'affrontent elles-mêmes pour augmenter le nombre de leurs clients-adhérents.

Cela ne veut pas dire pour autant que la H.M.O. soit obligée de disposer de tous les moyens qui permettent de traiter n'importe quelle affectation. Il lui est possible de passer des contrats de sous-traitance avec un établissement d'hospitalisation ou un cabinet de spécialisation pour que celui-ci mette ses installations à la disposition de sa clientèle. Mais la nature de ces contrats est tout à fait particulière.

- Les prix pratiqués ne résultent pas de la confrontation des intérêts particuliers sur un marché. Ce sont des signaux de régulation interne dont l'objet est d'assurer la cohérence des actions décentralisées.
- Les contrats sont assortis de « clauses financières motivantes » extrêmement strictes et contraignantes du point de vue des objectifs et des moyens à mettre en œuvre. Les parties prenantes acceptent de se soumettre à des sanctions lorsqu'elles violent les « objectifs » de consommation et d'activité que le groupe s'est lui-même fixés.

Ces procédures ne sont autre chose que des arrangements institutionnels d'intégration verticale partielle dont la finalité est de réduire les phénomènes de hasard moral en liant les fonctions de prescription à la responsabilité financière personnelle des producteurs de soins. Toute décision thérapeutique inutile se traduit pour ses auteurs par un coût financier égal au supplément de rémunération qu'il aurait pu percevoir s'il était abstenu de la prendre. La tendance à la hausse de la consommation introduite par la gratuité des soins est neutralisée par la responsabilisation accrue des praticiens qui les incite à une grande vigilance dans leur activité et leurs prescriptions. Sous l'influence de ces mécanismes, la consommation tend à se fixer au niveau qui serait le sien en l'absence d'assurance. Les phénomènes de hasard moral disparaissent.

- Les relations du malade avec le producteur de soins.

Dans les plans d'assurances traditionnels, le financeur cherche à minimiser les interférences parasites que pourront provoquer son intervention dans le dialogue médecin-malade. Il se borne à rembourser aux assurés tout ou partie des frais avancés dans intervenir directement dans la gestion du système de soins. Le libre choix survit.

Dans les H.M.O., le libre choix est altéré. L'adhérent ne peut rompre son contrat en cours d'année. Tout recours à des prestataires de services extérieurs à la H.M.O. est laissé à sa charge.

Une fois admis que toute politique de maîtrise des coûts a un aspect de bien collectif<sup>8</sup>, on perçoit mieux l'intérêt de cette restriction. Une compagnie d'assurances a peut-être le pouvoir de réduire les dépenses thérapeutiques, mais elle n'obtiendra jamais d'un médecin qu'il soigne différemment ses malades en fonction de leur organisme d'affiliation. Faute de pouvoir établir des relations privilégiées entre ses adhérents et des médecins qu'elle aurait agréés, elle est incapable de capter la totalité des économies qu'elle contribue à faire naître par une politique de contrôle appropriée.

Cette double indivisibilité des comportements et des résultats aboutit à cette conséquence paradoxale que le promoteur d'une politique de bon usage des soins soit précisément celui qui voit sa position concurrentielle se détériorer. Il supporte l'intégralité du coût de la mise en place des dispositifs de surveillance sans en retirer tout le bénéfice. Les clauses d'exclusivité que comporte tout contrat d'adhésion à une H.M.O. protègent celle-ci contre ces passagers clandestins et réduisent le volume des effets externes.

L'organisation a la garantie que tout effort de rationalisation lui rapportera l'intégralité des économies réalisées. L'adhérent potentiel y trouve son avantage, il perd une partie de sa liberté de choix mais il retrouve son pouvoir de négociation. La manipulation de l'information sur les coûts perd toute raison d'être dès lors que la concurrence entre les équipes de soins porte sur les prix.

Clauses motivantes et clauses d'exclusivité sont les deux caractéristiques qui permettent de distinguer les H.M.O.s de la médecine de contrat (P.P.O.).

### **1.3 Pour la France, des Réseaux de Soins Coordinés (R.S.C.)**

Le problème français n'est pas tant celui de l'organisation administrative des régimes de Sécurité Sociale ou celui de son financement, que celui des modalités d'exécution des dépenses. Pour obtenir une allocation efficace des ressources, il faut transformer l'organisation de la distribution des soins et revoir leurs mécanismes de prise en charge.

Une solution possible consiste à rétablir un lien entre l'efficacité des producteurs de soins et l'étendue de leur clientèle à travers la mise en concurrence d'agences de paiement diversifiées. La préférence des souscripteurs allant à celle qui offre la cotisation la plus basse pour le quantum de prestations le plus élevé. Cette remise sur le marché du prix du droit aux soins exige bien entendu que chacun ait la responsabilité de ses choix, ce qui suppose que la totalité des cotisations sociales soit restituée à l'assuré. On en revient à une conception synallagmatique des mécanismes de la protection sociale. C'est la solution qui était proposée dans Hippocrate et les Technocrates<sup>9</sup>.

Une seconde solution, à l'inverse de la précédente, prend acte de cette séparation entre les recettes de l'assurance maladie et les revenus des producteurs évoqués au début de

<sup>8</sup> Au sens où l'entend la théorie économique, c'est-à-dire un bien qui se caractérise par la non-rivalité de ses consommations et son défaut d'appropriabilité.

<sup>9</sup> B. Majnoni d'Intignano, J.C. Stephan : *Hippocrate et les Technocrates*. Calman Lévy, 1983 « Le pré-paiement est déjà organisé en France. Il suffirait de laisser à chacun le choix de sa caisse. L'assurance resterait obligatoire mais certains choisiraient leur caisse ». Voir également, B. Majnoni d'Intignano, « Peut-on, faut-il créer un satellite HMO à l'Assistance Publique ? » *L'Hôpital à Paris. Les Réseaux de Soins Coordinés, filières de soins*, n° 87, mai-juin, p. 35.

cet article. Le prix du droit aux soins est dissocié du montant des cotisations appelées. Une distinction claire est alors introduite entre le tarif de prise en charge, qui dépend du bon fonctionnement des équipes de soins et les allocations versées par les caisses pour en assurer le financement, dont le montant est calculé en fonction des besoins de la population stratifiée par âge et sexe. L'assuré, qui ne verse que la différence entre ces deux montants, est financièrement responsabilisé. Mais la solidarité est pour l'essentiel sauvegardée. C'est la solution qui est préconisée dans « Les réseaux de soins, Médecine de demain »<sup>10</sup>.

### 1.3.1 Les principes de fonctionnement des R.S.C.

A l'instar d'un H.M.O., un réseau de soins coordonnés est un organisme qui offre à sa clientèle toute la gamme de services nécessaires à son maintien en bonne santé. Un contrat est passé entre les usagers et le réseau. Le client s'engage à se faire soigner exclusivement par le R.S.C. pour une durée limitée. Le R.S.C. lui garantit l'accès à une filière de soins complète et homogène.

Le prix de la prise en charge est fixé librement par le réseau en fonction de la classe de risque dont relève ses adhérents. Une fois versé le droit d'entrée, tout est gratuit à l'exception d'un éventuel ticket modérateur de faible montant. Les professionnels du réseau, pour lesquels le budget annuel constitue à la fois une garantie d'activité et une contrainte budgétaire, sont incités à optimiser leurs choix et l'emploi des ressources. L'émulation entre les réseaux garantit le maintien de la qualité des services fournis aux assurés. Le médecin qui assure une qualité au moins égale des soins à un coût inférieur peut bénéficier de transfert de clientèle sans être accusé de concurrence déloyale. L'assuré qui sélectionne les prestataires de services les moins dispendieux, reçoit la contre-partie financière des économies qu'il a contribué à dégager. L'attrait d'une contribution, en définitive moins élevée, est une composante essentielle de l'acceptabilité du dispositif.

### 1.3.2 Les principes de financement

- Le monopole de la sécurité sociale est maintenu. Sur le plan des recettes, le système actuel reste en place. Seules les modalités de versement des prestations sont modifiées. Pour fixer le montant de sa participation, la sécurité sociale doit :
  - en premier lieu, déterminer de manière objective les coûts standards susceptibles d'être financés. A cette fin, son département statistique<sup>11</sup> calcule chaque année le coût actuariel national des soins, ou C.A.N.S., par grandes catégories d'assurés. Il correspond, dans les statistiques de la CNAM, à la dépense moyenne reconnue par personne protégée. En sont donc exclus les dépassements d'honoraires et l'automédication qui ne font l'objet d'aucun remboursement dans le cadre de la législation actuelle<sup>12</sup>,

<sup>10</sup> P. Giraud et R.J. Launois : *Les réseaux de soins, médecine de demain*. Economica, mai 1985.

<sup>11</sup> Ce montage institutionnel, différent de celui qui avait été primitivement retenu (le C.E.R.C.), tient compte des observations qui nous ont été faites par R. Rochefort à l'issue du séminaire organisé par la Direction du plan à l'Assistance Publique de Paris. Le dispositif a été présenté sous cette nouvelle forme aux V<sup>èmes</sup> Journées d'économie sociale, Nantes, 26-27 septembre 1985.

<sup>12</sup> Voir sur ce sujet R. Rochefort : « Quelques réflexions sur la réalisation pratique d'un réseau de soins coordonnés », ce numéro. Dans la maquette conçue par R. Rochefort, le coût actuariel est assimilé à la consommation médicale finale par âge et par sexe. Bien entendu, il n'y a pas de différence fondamentale entre les deux méthodes puisque la consommation médicale est égale à la dépense moyenne reconnue, à une constante additive près. Dire que le F.A.S. est égal en moyenne à 93 % de la dépense reconnue ou dire qu'il est égal à 73 % de la consommation médicale finale

- en second lieu, elle doit fixer le pourcentage de ces dépenses qu'elle prendra en charge en versant un Forfait Annuel de Santé (F.A.S.) pour tout adhérent inscrit dans un réseau. La contribution des caisses ne peut couvrir l'intégralité du coût actuariel. En effet, les ménages financent encore une partie non négligeable de la dépense reconnue, 11,6 % pour les enfants masculins de moins de 9 ans, 3,3 % pour les hommes de plus de 80 ans en 1982<sup>13</sup>.

Il convient donc de moduler le financement des caisses selon les classes d'âge et le sexe pour maintenir les charges de l'assurance à leur niveau actuel. L'inscription d'un homme âgé de plus de 80 ans aurait entraîné, en cette même année 1982, le versement de 12 987 F. Par contre, la valeur du forfait acquitté pour un enfant de moins de 12 ans aurait été seulement de 2 324 F. Dès lors que les recettes des réseaux sont proportionnelles à leur coût, la tentation de l'écrémage des bons risques peut être évitée.

Pour s'inscrire dans un réseau, l'adhérent potentiel verse la différence entre le prix de la prise en charge et le montant du forfait.

Classes d'âges	C.A.N.S.	F.A.S	TM ex ante	TM ex ante %
	Dép. moyenne reconnue par personne protégée	Dép. moyenne remboursée par personne protégée	Montant moyen du TM par personne protégée	Part du TM dans la dép. reconnue par personne protégée (%)
0 – 9 ans	2 629 F	2 324 F	305 F	11,6
10 – 19 ans	2 540 F	2 400 F	140 F	5,5
20 – 29 ans	1 749 F	1 575 F	174 F	10,0
30 – 39 ans	2 057 F	1 835 F	222 F	10,8
40 – 49 ans	2 741 F	2 526 F	215 F	7,8
50 – 59 ans	3 626 F	3 333 F	293 F	8,1
60 – 69 ans	6 577 F	6 229 F	348 F	5,3
70 – 79 ans	10 240 F	9 932 F	308 F	3,0
80 et plus	13 430 F	12 987 F	443 F	3,3
<b>Total</b>	<b>3 284 F</b>	<b>3 050 F</b>	<b>234 F</b>	<b>7,1</b>

Hommes  
Prestations en nature  
Risque maladie 1982

Source bloc-note, statistique CNAMTS n° 12 – 23 déc. 1984 – Annexe 2

Il y a simple substitution d'un ticket modérateur ex ante à un ticket modérateur ex post. Puisque le réseau fixe ses prix en toute liberté, la valeur de ceux-ci peut être supérieure aux coûts actuariels reconnus par la CNAM. Auquel cas un ticket modérateur de fait s'ajoute au ticket modérateur de droit. Un principe d'économicité est introduit dans le choix des usagers : ceux-ci sont incités à faire pression sur les producteurs de soins pour obtenir une réduction de leur participation, mais en même temps toutes les aspirations individuelles peuvent s'exprimer dans leur diversité. La variabilité des contributions permet l'expression de toutes les demandes en accordant aux réseaux un droit exceptionnel à dépassement pour exigences particulières des adhérents.

Le système proposé respecte la liberté de chacun, celle de l'assuré, qui peut choisir le style de pratique et le type de médecin qu'il recherche, mais aussi celle des professionnels de santé, libres d'opter pour le mode d'exercice et de rémunération qu'ils préfèrent. Il

---

revient strictement au même. Il semble toutefois logique que la CNAM ne fasse ses calculs que par rapport aux seules dépenses dont elle se porte garante.

<sup>13</sup> « Qui consomme quoi ? » Mise à jour des résultats de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (données de 1982). Bloc-notes Statistique n° 12, 28 décembre 1984 CNAMTS.

préserve la solidarité par l'instauration d'un forfait annuel de santé assorti d'une aide personnalisée aux plus défavorisés. Par la réintroduction de la concurrence entre les équipes de soins, il établit les conditions d'une autorégulation « en douceur », seule apte à assurer une maîtrise durable et effective des coûts, sans préjudice d'une baisse de la qualité des soins.

---

## 2. PROBLEMES JURIDIQUES POSES PAR L'IMPLANTATION DES R.S.C.

---

La mise en place d'un système R.S.C. en France poserait évidemment des problèmes juridiques.

Deux observations préliminaires s'imposent :

- 1) La réflexion partira de l'idée que le droit n'a pas pour fonction d'interdire la réforme envisagée : sous certains aspects, celle-ci devrait se couler sans trop de difficultés dans les règles actuellement en vigueur ; sous d'autres, elle supposerait leur modification par l'autorité compétente, ce qui pourrait être facile pour les dispositions réglementaires, aisément envisageable pour les dispositions législatives, possible en théorie mais évidemment très difficile pour, le cas échéant, des règles constitutionnelles.
- 2) Nous ne situerons d'emblée dans la perspective d'une adoption générale des R.S.C. en France. En effet, leur expérimentation ponctuelle devrait pouvoir entrer dans le cadre des actions expérimentales prévues par les articles L. 162-31, R. 162-46 à R. 162-50 et D. 162-18 à D. 162-21 du code de la sécurité sociale<sup>14</sup>, du moins en ce qui concerne certains de leurs aspects principaux, le caractère forfaitaire du règlement des dépenses prises en charge par la sécurité sociale et la détermination annuelle d'un montant prévisionnel de soins. Le titre V de la 4<sup>ème</sup> Convention Nationale des médecins (1<sup>er</sup> juillet 1985), consacré à « l'Adaptation de la pratique médicale » peut aussi, malgré sa prudence et son imprécision, offrir un cadre juridique à des expériences limitées de R.S.C.

Ces observations faites, on s'aperçoit que les R.S.C. supposent une remise en cause des principes actuellement en vigueur d'exercice de la médecine<sup>15</sup> ; ceux-ci émanent du législateur, et en particulier de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et de l'article L. 162-2 C.S.S.<sup>16</sup> : liberté d'exercice et indépendance professionnelle du médecin ; libre choix du médecin ; secret professionnel ; paiement direct des honoraires par le malade ; liberté d'installation ; ils figurent aussi dans le code de déontologie médicale, dont on sait qu'approuvé par décret, il n'a que valeur réglementaire.

---

<sup>14</sup> Dans cet article, nous ferons référence au nouveau code de la sécurité sociale (J.O. du 21 décembre 1985). L'article L. 162-31 est l'article L. 264-1 de l'ancien code, issu de l'article 18 de la loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale ; les articles R. 162-46 à R. 162-50 et D. 162-18 à D. 162-21 viennent respectivement des décrets 84-485 et 84-486 du 22 juin 1984 pris pour son application.

<sup>15</sup> Pour une présentation générale de ces principes et des atteintes qu'ils ont déjà subies, voir G. Memetau : « Le droit médical ». Litec, 1985, p. 23 et D. Truchet : « L'autorité juridique des principes d'exercice de la médecine », in Etudes de Droit et d'Economie de la santé, Economica, 1982, p. 43. V. aussi T. Larzul : « Les principes d'exercice de la médecine devant le Conseil d'Etat et la juridiction ordinale ». Mémoire DEA, Rennes 1985, dactyl. (Travail effectué dans le cadre de l'Action Thématique Programmée, « Santé, Maladie, Société », Ministère de la Santé, CNRS).

<sup>16</sup> Article L. 257 ancien code (Loi du 3 juillet 1971).

Cette remise en cause partielle n'est pas uniforme. Elle se présente en des termes différents pour l'assuré (2.1), pour le médecin (2.2) et pour l'organisation générale de notre système de protection de la santé (2.3).

## 2.1 La liaison de l'assurée à un R.S.C.

### 2.1.1 Le problème du libre choix

Le libre choix du médecin par le malade est, à tout le moins, un principe législatif fortement affirmé par notre législation sociale ; la question a même été posée au Conseil Constitutionnel (qui n'y a pas répondu) de son éventuelle nature constitutionnelle<sup>17</sup>. Encore ne joue-t-il, comme tous les principes affirmés par l'article L. 162-2 CSS, que « sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi du 3 juillet 1971 ».

Le R.S.C. suppose que l'assuré qui y adhère (et verse une contribution personnelle forfaitaire annuelle) lui soit fidèle pendant au moins une année : il s'engage donc à ne pas se faire soigner par d'autres que les praticiens du réseau, à ne pas s'approvisionner en médicaments ailleurs que chez les pharmaciens liés au réseau, à n'être pas hospitalisé dans d'autres hôpitaux ou cliniques que ceux qui appartiennent au réseau ou ont passé avec lui une convention ; bref, il aliène pour un temps donné sa liberté de choix, ce qui peut être grave si, après quelques mois, il perd confiance dans les prestations de soins offertes par le réseau.

Pour autant, il ne nous semble pas que cette atteinte au libre choix soit nécessairement contraire aux règles en vigueur, ni, au cas où une loi serait votée pour la confirmer, qu'elle risque la censure du Conseil Constitutionnel.

Il existe d'ailleurs dans notre droit, des dispositions qui restreignent déjà le libre choix : ainsi, par exemple, des mécanismes d'agrément et d'autorisation de délivrer des soins aux assurés sociaux, du cas particulier du régime minier ou de l'article R. 162-37 CSS<sup>18</sup> : dans tous ces cas, l'assuré doit subir les conséquences financières de son choix, mais celui-ci reste juridiquement entier.

Il en irait vraisemblablement de même avec les R.S.C. : l'adhérent garderait le droit d'être soigné où il veut<sup>19</sup>, mais ne serait pas pris en charge lorsqu'il sortirait du réseau, sauf autorisation de celui-ci.

En outre, c'est par une décision libre qu'il choisirait soit de rester dans le système classique de distribution et de couverture des soins (qui ne disparaîtrait évidemment pas, du moins à moyenne échéance), soit d'adhérer pour un an au R.S.C. de son choix parmi tous ceux qui sollicitent sa clientèle et d'en changer l'année suivante.

Enfin, il est possible qu'au sein d'un R.S.C., il ait le choix entre plusieurs praticiens de même discipline, en particulier généralistes.

<sup>17</sup> Décision du 18 janvier 1978 (contre-visite médicale). J.O. 19 janvier 1978, p. 422.

<sup>18</sup> Ancien article 12 du décret du 22 février 1973 (assuré choisissant son établissement de soins pour des raisons de convenance personnelle). Sur la légalité de telles restrictions, V. C.E., 13 juillet 1962, Conseil National de l'Ordre des Médecins, p. 479, R.D.P. 1962, 738 concl. Braibant ; 17 novembre 1982, Syndicat de la médecine générale, p. 386, Rev. Trim. Dr. Sanit. Et soc., 1983, 698, obs. L. Dubouis, Gaz. Pal., 1983, Panor. Dr. Admin. P. 239.

<sup>19</sup> Une convention d'exclusivité entre une clinique médicale et un radiologue ne peut pas interdire au malade soigné dans la clinique de s'adresser à un autre radiologue : Cass. Civ., 23 novembre 1976 et Amiens, 5 novembre 1979, D. 1980, J. 348, note M. Harichaux-Ramu et Inf., rap. 168, obs. J. Penneau, J.C.P. 1980, II, 19371 note R. Savatier.

On ne voit donc pas ici d'atteinte au libre choix radicalement incompatible avec l'état actuel de la règle, éventuellement amendée par le législateur.

Encore faudrait-il qu'un certain nombre de précautions soient prises :

- que soit en premier lieu réservé le cas de l'urgence ; un adhérent doit pouvoir s'adresser à la structure de soins la plus proche, ou la mieux équipée, même si elle est extérieure à son R.S.C.,
- que soit également réglé le cas de l'adhérent qui a besoin de soins loin de son domicile et « hors de portée » de son réseau : celui-ci devrait l'autoriser à consulter sur place, sans pénalisation financière, faute de quoi le droit à la protection de la santé que garantit le préambule de la Constitution de 1946 pourrait n'être plus assuré,
- que le contrat liant l'adhérent au réseau soit établi d'une manière qui lui assure clairement une possibilité de retrait discrétionnaire chaque année et lui indique précisément les restrictions de choix qu'il accepte et les praticiens et institutions liés au réseau auxquels il doit en principe s'adresser,
- que la concurrence que se livrent les réseaux pour obtenir des adhésions se déroule dans des conditions (contrôlées) de loyauté et de transparence qui n'altèrent pas en fait la liberté de choix des assurés,
- que, dans l'hypothèse (c'est l'un des formules américaines) où le réseau aurait une base professionnelle (par exemple, accord avec une entreprise qui le financerait, en tout ou partie, pour ses employés), le personnel ne soit pas obligé de s'adresser au réseau, mais qu'il puisse en choisir un autre, ou rester extérieur au système R.S.C.

Reste un dernier point, assurément le plus délicat : l'idéal serait qu'une couverture financière minimale (mais non symbolique) soit assurée à l'adhérent qui solliciterait des soins hors du réseau : le laisser entièrement sans prise en charge, alors qu'il s'est acquitté des cotisations sociales, pourrait être contraire aux principes de la solidarité nationale et de la protection de la santé, ainsi qu'à ceux de la sécurité sociale, tous principes d'ordre constitutionnel auxquels le législateur ne pourrait porter atteinte que dans de strictes limites. Mais la lui accorder serait en contradiction totale avec la logique fondamentale du R.S.C. C'est un point qui exigera une réflexion plus approfondie.

### 2.1.2 *L'accès au service public hospitalier*

L'accès au service public hospitalier ? voisin mais distinct du libre choix, soulève des difficultés beaucoup plus graves pour les R.S.C.

Les principes généraux du service public aussi bien que ceux du service public hospitalier (art. 2 et s. de la loi du 31 décembre 1970) imposent l'accès libre et égal de tous les usagers qui ont besoin de ses prestations.

Des stipulations dans les contrats R.S.C.-adhérents qui prétendraient restreindre ce droit d'accès (par exemple, en subordonnant la prise en charge des soins en hôpital public à une autorisation du réseau, qui serait sans doute d'autant plus rarement accordée que celui-ci serait vraisemblablement lié à des cliniques privées lucratives), nous paraîtraient

illicites ; bien plus, une loi sur le R.S.C. qui comporterait de telles limitations risquerait fort, à nos yeux, d'être déclarée inconstitutionnelle, en l'état actuel du droit et de la jurisprudence constitutionnelle.

Il faudra trouver (cela ne sera pas facile !) un système qui d'une part ne compromette pas les équilibres sur lesquels reposent les R.S.C., d'autre part ménage les principes et le financement du service public.

### 2.1.3 L'égalité des assurés

Les assurés doivent être égaux devant la protection de la santé. Le principe d'égalité ne postule évidemment pas une stricte identité de traitement : il exige seulement que les mêmes règles soient appliquées aux personnes se trouvant dans la même situation ; il autorise donc des discriminations fondées sur des différences objectives de situation ; la jurisprudence constitutionnelle et administrative autorise en outre des inégalités fondées sur des considérations d'intérêt général.

Ces règles nous paraissent assez souples pour permettre le développement de R.S.C. offrant sur le marché de la protection sociale des prestations et des prix différents ; elles ne feraient pas obstacle à la coexistence du système actuel et de R.S.C.

En revanche, elles imposeraient des contraintes strictes dans la sélection de la clientèle des réseaux. A vrai dire, nous ne pensons pas qu'une loi puisse autoriser une telle sélection individuelle des risques ou des adhérents.

En effet, ces réseaux ne pourraient se situer dans une logique de fonctionnement purement commerciale, puisque leur financement ne serait que partiellement privé / les Caisses de Sécurité Sociale (qui exercent, faut-il le rappeler, une mission de service public) leur verseraient, pour chaque adhérent, une contribution fixe et égale.

Que la participation de l'adhérent varie par exemple en fonction de son âge ou de son sexe ne nous paraît pas soulever de difficultés<sup>20</sup>, dès lors que les précautions suivantes sont prises :

- le montant de la participation serait fixé objectivement par catégorie et ne comporterait pas de différences entre les individus appartenant à la même catégorie,
- les réseaux accueilleraient tous les candidats sans prétendre les sélectionner en fonction, par exemple, de leur état de santé ou de leur « profil de risques »,
- si les R.S.C. adoptent un « numerus clausus » (chiffre maximum d'adhérents), les modalités d'adhésion ne devront pas conduire à une sélection déguisée.

---

<sup>20</sup> A titre de comparaison, on citera l'article L. 121-2 du code de la mutualité (Loi du 25 juillet 1985 portant réforme du code de la mutualité) : « Les mutuelles ne peuvent instituer, en ce qui concerne le niveau des prestations et des cotisations, des discriminations entre membres ou catégories de membres participants si elles ne sont pas justifiées par les risques apportés, les cotisations fournies ou la situation de famille des intéressés. Les cotisations peuvent être modulées en fonction du revenu des membres participants ». Cette loi a été déclarée conforme à la Constitution par le Conseil Constitutionnel (Décision 85.193 D.C. du 24 juillet 1985 ; J.O. 26 juillet, p. 3511).

Le système devra être évidemment conçu de telle manière que tout assuré social bénéficie d'une couverture de ses dépenses de santé, soit selon le système actuel, soit par un R.S.C.

#### 2.1.4 *Le secret médical*

Les règles actuelles du secret médical (principe – trop ignoré – selon lequel il est institué dans l'intérêt du malade ; règles du « secret partagé » ou collectif) ne semblent pas faire obstacle au fonctionnement des R.S.C. Il faudra seulement veiller à ce que l'adhérent qui se retirerait d'un réseau puisse récupérer son dossier médical, ou à tout le moins, que celui-ci soit remis à un médecin de son choix.

## 2.2 **Les médecins et les R.S.C.**

La participation des médecins<sup>21</sup> à un R.S.C. ne pourrait pas se faire sans l'accord des autorités ordinaires : c'est une exigence juridique ... qui peut soulever quelques difficultés politiques ; elle s'impose à deux niveaux :

- On le verra, certaines règles de l'actuel code de déontologie médicale devront être adaptées : pour les unes, un assouplissement de leur interprétation, par l'Ordre (sous le contrôle contentieux éventuel du Conseil d'Etat), suffirait ; pour d'autres, une nouvelle rédaction s'imposerait : or le code est préparé par le Conseil National de l'Ordre, avant d'être édicté par décret en Conseil d'Etat (art. L. 366 du Code de la Santé Publique).
- Les contrats liant les médecins aux R.S.C. devront être communiqués aux conseils départementaux, pour vérification de leur conformité avec les principes du code, et avec les clauses essentielles des contrats types, si le Conseil National en établit (art. L. 462 C.S.P. et 71 C.D.M.).

### 2.2.1 *R.C.S. et profession médicale : indépendance, dignité et confraternité*

- 1) Le R.S.C. porte-t-il atteinte à l'indépendance professionnelle et à la liberté de prescription ? La question est importante, car ces deux principes sont parmi les mieux affirmés de notre droit et les plus chers à la profession et à l'opinion publique.

L'indépendance professionnelle n'est pas compatible avec l'exercice salarié ou l'exercice collectif : cela est admis depuis longtemps. Entendue comme la maîtrise (et, à tous les sens du terme, la responsabilité) par le praticien de son diagnostic et de la thérapeutique, elle reste fondamentale, mais ne paraît pas menacée dans les R.S.C. Tout au plus, ceux-ci devront veiller à ne rien faire qui puisse s'analyser comme une formule « d'assistantat » d'un médecin par un autre : si elle est admise dans les statuts hospitaliers publics, elle est exclue en pratique libérale.

Le respect de la liberté de prescription (principe d'autant plus important qu'il est directement lié à la qualité des soins) est nettement plus menacé par les R.S.C.

---

<sup>21</sup> Nous n'étudierons ici que les problèmes que poserait aux médecins la participation à un R.S.C., laissant de côté ceux – identiques, *mutatis, mutandis* – que poserait aux membres d'autres professions de santé (que leur déontologie résulte d'un code préparé par l'Ordre : chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, ou de source purement réglementaire : infirmiers, auxiliaires médicaux, ...) leur collaboration à un R.S.C.

En effet, ceux-ci transfèrent à leur échelle un mécanisme distinct mais voisin de « l'enveloppe globale » que les pouvoirs publics ont, avec plus ou moins de bonheur, tenté d'imposer au niveau collectif. Il est même l'un des principaux objectifs et l'une des meilleures justifications des réseaux.

Cette contrainte financière s'analysera comme un plafond aux prestations de soins délivrées par les praticiens. Supportant directement les conséquences d'un éventuel dépassement et directement intéressés à la réalisation d'un excédent de recettes sur les dépenses, les médecins auront tendance à limiter actes, analyses, examens, traitements, opérations. Ils ne se sentiront plus aussi libres qu'aujourd'hui de prescrire.

Est-ce convenable dans le cadre juridique actuel ?

La liberté de prescription est déjà partiellement dégradée<sup>22</sup> :

Il existe un principe d'économie des prescriptions et des actes, tempéré par une directive d'efficacité, que posent les articles L. 162-4 C.S.S. et 9, alinéa 2 C.D.M. ; les conventions nationales médecins-sécurité sociale ont instauré des Tableaux Statistiques d'Activités des Praticiens, sanctionnés (du moins théoriquement)<sup>23</sup>, et qui visent à une « auto discipline » collective et moyenne de la prescription ; enfin, le budget global et la départementalisation poursuivent les mêmes objectifs dans les hôpitaux publics.

Mais les R.S.C. iraient au-delà, en tout cas pour la médecine libérale.

Que cette limitation de la liberté de prescription soit une « auto-limitation » des médecins, qu'elle soit acceptée en toute connaissance de cause par les adhérents, n'est pas décisive, car la liberté de prescription est par-dessus tout un principe d'efficacité des soins qui dépasse, à notre sens, la volonté des uns et des autres.

En réalité, tout est affaire de mesure : les limites à la liberté des prescriptions resteront, selon nous, compatibles avec les règles actuelles si elles ne menacent pas la qualité des soins.

Il faut en premier lieu que les études actuarielles préalables soient faites avec assez de sérieux pour que les sommes versées par la Sécurité Sociale et les adhérents garantissent un niveau de soins convenable.

Il faut en second lieu que les objectifs d'économie du réseau soient raisonnables : il nous semble (c'est évidemment une supposition très empirique !) qu'un R.S.C. ne devrait pas prétendre réduire de 50 % les coûts actuels (appréciés, par exemple, à partir des T.S.A.P.), car il ne pourrait vraisemblablement pas y parvenir sans une atteinte excessive à la liberté des soins. Un objectif de 10 à 15 % serait sans doute acceptable, car la rigueur de gestion et l'élimination des soins inutiles ou des examens redondants pourraient l'atteindre sans menacer la qualité des soins.

Ces deux premières conditions pourraient paraître au lecteur exclusivement techniques et financières et donc étrangères à l'analyse juridique ; il n'en est rien : elles portent sur des

<sup>22</sup> Outre les illustrations qui suivent, voir pour un arrêté limitant les cotations en cas d'examens ou de prélèvements multiples et entraînant donc un plafond d'honoraires, que le Conseil d'Etat juge non contraire à la liberté de prescription : C.E., 4 mai 1983, Syndicat national des médecins biologistes, p. 173.

<sup>23</sup> Cf. V. Bonte-Lefort : *L'activité des comités médicaux paritaires locaux. L'exemple des CMPL des Hauts-de-Seine et d'Ille-et-Vilaine*. Mémoire DEA, Rennes, 1985. Dactyl. (Travail effectué dans le cadre de l'Action Thématique Programmée « Maladie-Santé-Société » - Ministère de la Santé, CNRS).

éléments de fait au vu desquels on peut – partiellement – mesurer l’atteinte à la liberté de prescription et sur lesquels l’Ordre pourrait fonder cas par cas son appréciation.

Il faut en troisième lieu que le réseau se garde d’établir de manière stricte des « normes » de prescription, des « protocoles de soins » qui devraient être suivis en présence de telle ou telle affection : une telle réglementation interne, présentée aux médecins comme un engagement contractuel impératif, serait certainement prohibée<sup>24</sup>. Il en irait ainsi même si des possibilités de dérogation, par exemple avec l’accord des praticiens participant au réseau, étaient prévues.

Il faudrait aussi que le niveau et la qualité des soins soient garantis (garantie qui serait d’emblée prévue dans les contrats) même si le montant des dépenses menaçait d’excéder les ressources : c’est ici qu’une forme de « réassurance » du réseau est indispensable<sup>25</sup> pour le respect du principe (indépendamment du fait qu’elle serait une précaution évidente de bonne gestion) ; une « soupape de sûreté », qui consisterait en la prise en charge (sur avis du contrôle médical) par la Sécurité Sociale des soins exceptionnellement longs et coûteux serait également bien venue<sup>26</sup>.

Dans ces limites, il n’y aurait sans doute pas d’atteinte illicite à la liberté de prescription<sup>27</sup>. Aller au-delà supposerait une modification de la législation et de la réglementation.

- 2) Le code de déontologie médicale comporte de nombreuses règles destinées à assurer la dignité de la profession et la bonne confraternité de ses membres. Elles ne sont pas incompatibles avec les R.S.C., mais ceux-ci obéissent à une logique concurrentielle, voire commerciale, qui exposerait ses membres, plus que d’autres, à la tentation de les enfreindre. Ils devront donc être vigilants sur ce point.

« La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce » dit l’article 23, qui prohibe tout procédé de réclame, de publicité ainsi que les manifestations spectaculaires : aux R.S.C. et à leurs membres d’être prudents et discrets dans la concurrence qu’ils se livreront et dans leur « chasse » aux clients.

Cette réserve de bon goût s’impose d’autant plus (notamment dans les informations qu’ils diffuseront dans le public pour faire connaître leur existence) qu’ils ne devront pas apparaître comme se livrant au détournement ou à la tentative de détournement de clientèle au préjudice d’autres réseaux ou des structures traditionnelles de soins (art. 51 C.D.M.).

Elle devra inspirer les mentions que les praticiens feront figurer sur leurs documents professionnels et leur plaque et dont la liste est fixée avec une pointilleuse minutie par les articles 67 et 68.

Deux autres points retiennent l’attention :

<sup>24</sup> Comme contraire à la liberté de prescription et peut-être à l’article 76 al. 3 C.D.M. : « Un médecin ne peut accepter une rémunération basée sur des normes de productivité ou de rendement horaire qui auraient pour conséquence ou une limitation ou un abandon de son indépendance ».

<sup>25</sup> Voir l’article de R. Rochefort précité.

<sup>26</sup> Il s’agirait ici d’adapter aux R.S.C. les règles de l’article L. 322-3 C.S.S.

<sup>27</sup> ... qui est appliquée souplement : voir par ex., à propos des T.S.A.P., CE, 12 juillet 1978, Kahn, p. 590, R.D.P. 1979, 380.

L'article 39 autorise un médecin à refuser ses soins, « hors les cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité ou à ses obligations d'assistance ». Mais un médecin participant à un R.S.C. pourrait-il user de ce droit envers un adhérent du réseau ? La réponse est positive ; en tout cas, il ne pourrait pas s'engager de manière générale (par voie contractuelle par exemple) à soigner en toutes circonstances tout adhérent, car ce serait renoncer par principe à l'exercice d'un droit déontologique qui s'impose à lui (art. 1)) et qu'il s'est engagé à respecter lors de son inscription au tableau (art. 89 C.D.M.). Mais il ne faut pas oublier que l'engagement de soins est pris envers l'assuré par le réseau, qui s'engage à lui procurer un praticien<sup>28</sup>. A la limite, il serait possible de faire pression sur le médecin réticent, en faisant valoir que la continuité des soins doit être assurée (art. 39, al. 2).

L'article 53 autorise un médecin (même s'il n'est pas la « médecin traitant ») à accueillir tout malade. Aucun doute donc sur le fait qu'un praticien non-membre d'un réseau puisse donner des soins à un malade « transfuge » d'un R.S.C., sauf pour lui à observer les pratiques de confraternité prévues par l'alinéa 2. Mais le médecin membre d'un réseau pourrait-il accueillir un malade qui n'y aurait pas adhéré, venu ou non d'un autre réseau ? Il en garderait le droit (auquel, et pour les mêmes raisons que ci-dessus, il ne pourrait pas s'engager envers le réseau à renoncer), mais non le devoir, sauf si son refus l'exposait à commettre un délit de non-assistance à personne en danger : il lui suffirait d'invoquer ici l'article 39.

### 2.2.2 Problèmes de rémunération du médecin<sup>29</sup>

La rémunération des médecins (ou autres professionnels de santé) membres des R.S.C. serait-elle compatible avec la déontologie médicale actuelle ?

On rappelle que les éléments principaux en sont :

- une rémunération qui peut mêler le paiement à l'acte et le versement d'une somme forfaitaire par adhérent,
- la mise à la charge des médecins de l'éventuel « déficit d'exploitation » du réseau,
- le partage (avec les adhérents éventuellement, grâce à des ristournes), des excédents, une fois constituée une réserve.

- 1) Un certain nombre d'obstacles auxquels on pourrait *a priori* songer, peuvent d'emblée être levés : il s'agit de règles déontologiques qui connaissent déjà de telles atténuations, qu'elles pourraient aisément s'accommoder de nouvelles exceptions.

Ainsi de l'entente directe et du paiement direct, qui n'existeraient pas dans les relations médecin-patient au sens des R.S.C. : ces « principes » ne sont plus que des modalités, parmi d'autres, de versement des honoraires médicaux (cf. art. 70 C.D.M.), et n'ont plus d'application générale : il est facile d'y déroger, même par voie réglementaire<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> Sur les conséquences en termes de responsabilité civile, voir *infra* III.2.

<sup>29</sup> Beaucoup des éléments qui suivent sont empruntés à M. Harichaux, *La rémunération du médecin* (Economica, 1979) auquel on recommande au lecteur de se reporter. Voir aussi G. Memmetau, *Le droit médical*, précité.

<sup>30</sup> V. par ex., C.E., Sect. 1<sup>er</sup> mars 1974, Syndicat des médecins du Bas-Rhin, p. 157, AJDA 1974, p. 331 ; 5 octobre 1977, Berlin, R.D.P. 1978, p. 1175 ; 27 janv. 1978, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et a, p. 89.

Notre système de soins connaît déjà des mécanismes particuliers de rémunération des médecins non pas à l'acte, mais « *per capita* », en fonction du nombre de clients inscrits auprès d'eux : il en va ainsi du régime des mines et, partiellement, de celui de la S.N.C.F. Une transposition serait donc concevable, mais il faudrait vraisemblablement une loi.

- 2) Sur d'autres points, les R.S.C. auraient sans doute plus de mal à se couler dans le moule de la déontologie médicale en son état présent.

L'idée de masse commune et de partage d'honoraires entre médecins n'est plus incompatible avec elle<sup>31</sup>. Encore faut-il tenir compte de l'article 73 C.D.M. : « La mise en commun des honoraires dans les associations de médecins et les cabinets de groupe n'est autorisée que si les médecins associés pratiquent tous la médecine générale, sont tous spécialistes de la même discipline, ou exerçant en société civile professionnelle ». Si le réseau prenait une forme autre que cette dernière (cf. infra II.3), il faudrait une modification du code pour permettre la mise en commun entre praticiens de disciplines différentes ; même si la formule de la société civile professionnelle était retenue, une modification s'imposerait encore pour permettre la participation de spécialistes de biologie médicale (cf. art. 3, décret du 14 juin 1977) ou d'auxiliaires médicaux.

L'article 26 interdit le compérage entre médecins, pharmaciens (visés également par les articles R. 5015-34 et R. 5015-35 C.S.P.) et auxiliaires médicaux. Si le réseau est lié à des pharmaciens, à des laboratoires, à des auxiliaires ou à des cliniques<sup>32</sup>, les contrats devront éviter toute forme de compérage, ainsi que toute commission (art. 24 C.D.M.).

L'article 54 interdit l'abaissement d'honoraires dans un intérêt de concurrence : or, les R.S.C. s'inscrivent directement dans une perspective de concurrence. Il n'y a pas ici de graves difficultés à attendre : d'une part, ce ne sont pas les médecins eux-mêmes qui fixent le prix demandé aux adhérents, mais le réseau lui-même ; d'autre part, les tarifs seront fixés à un niveau compatible avec la fourniture des soins, et ne devraient pas être « manipulés » au cas par cas dans un but de concurrence. Il faudra seulement veiller à ce qu'il en aille bien ainsi.

L'interdiction du forfait, aussi bien par l'article 54 que par l'article 70 al. 4 C.D.M. (« Le forfait pour l'efficacité d'un traitement est interdit en toutes circonstances ») pourrait être plus délicate, puisque les R.S.C. assurent pour une somme forfaitaire annuelle tous les soins entrant dans les catégories prévues par le contrat dont aura besoin l'adhérent. Mais nous ne voyons pas ici de difficulté dirimante : certes, c'est au médecin qu'incombe finalement la charge de dispenser les soins promis par le réseau dans un cadre forfaitaire ; mais il ne garantit pas « l'efficacité » du traitement, seulement sa réalité. Restent deux points particuliers : selon l'article 76 C.D.M., la rémunération d'un médecin peut être « fixée forfaitairement, soit au mois, soit à la vacation, lorsque la nature des fonctions exercées, le statut ou le caractère de l'établissement dans lequel il exerce le justifient ou dans des circonstances particulières telles que la médecine d'équipe de certains centres spécialisés » ; mais cet article ne concerne que l'exercice salarié de la médecine. Or, le médecin ne serait pas, selon nous, salarié du réseau : le fait qu'il assume les risques financiers du fonctionnement de celui-ci nous paraît en effet l'exclure. Il

<sup>31</sup> C.E., 14 février 1969, Association syndicale nationale des médecins exerçant en groupe ou en équipe, p. 96, J.C.P. 1969 II 15 489 Note R. Savatier, AJDA 1969, 197 et chron. 162, Dr. Soc. 1969, 273, concl. Baudouin, Rev. Trim. Dr. Sanit. Et soc. 1969, 177 concl. Baudouin. Sur ce point, V.M. Harichaux, op. cit., p. 181 s ; J.J. Dupeyroux, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 10<sup>ème</sup> éd. 1986, n° 68-2 s.

<sup>32</sup> Rappelons que le contrat proposé à l'adhérent devrait le préciser, et indiquer quels sont ces « sous-traitants ». Sur les problèmes que cela poserait au regard du libre choix, v. *supra* I.1.

conviendrait donc de modifier le code pour permettre une rémunération forfaitaire du praticien dans le cadre – libéral – des R.S.C.

D'autre part, l'article 70, 5<sup>ème</sup> alinéa C.D.M. impose des notes personnelles et distinctes au cas de collaboration de plusieurs praticiens à un même traitement : sur ce point aussi, un assouplissement s'imposerait.

### 2.2.3 *Forme juridique du R.S.C.*

Quelle forme juridique pourrait prendre le R.S.C. ?<sup>33</sup>. On se bornera ici à de très brèves observations.

Il paraît indispensable qu'il dispose de la personnalité morale pour pouvoir nouer avec ses différents partenaires des relations propres, avoir un patrimoine, assurer ses obligations.

La structure adoptée doit permettre l'association de praticiens et d'auxiliaires médicaux différents et le cas échéant une forme de participation de mutuelles ou de compagnies d'assurances. Il faut en outre que les praticiens y soient directement intéressés aux résultats de la gestion.

Un point demeure mystérieux : le R.S.C. a-t-il un but lucratif ? Vraisemblablement oui ; mais, à vrai dire, ce but n'est plus aussi déterminant que naguère pour la qualification des institutions.

Parmi les statuts auxquels on pourrait *a priori* songer (groupement d'intérêt économique et société civile professionnelle), aucun ne paraît convenir exactement.

En particulier, les règles de la société civile professionnelle seraient trop rigides en leur état actuel, notamment parce qu'elles limitent le nombre des associés à huit s'ils sont de même discipline, ou à dix s'ils exercent des disciplines différentes : il faudrait donc modifier sur ce point l'article 2 du décret du 14 juin 1977 qui les régit. En revanche, le mécanisme des relations avec la clientèle (la société promet au client les services d'un médecin) rendrait correctement compte du système R.S.C.

Même le statut associatif n'est pas exclu, bien que l'ordre l'ait naguère écarté pour l'exercice collectif libéral. Ce statut a en effet évolué et est devenu en fait d'une telle souplesse qu'il se prête aujourd'hui aux activités les plus diverses, quand bien même elles présenteraient un caractère lucratif. Et, depuis la loi 85-698 du 11 juillet 1985, les associations ont reçu le droit d'émettre des obligations dans de strictes conditions.

En réalité, la réflexion sur les R.S.C. ne nous semble pas assez avancée pour qu'il soit possible de leur proposer dès maintenant un statut ; sans doute celui-ci qui pourrait faire l'objet d'un texte particulier, serait d'un type nouveau, empruntant des éléments aux diverses structures actuelles.

## 2.3 **Les R.S.C. et l'organisation générale de protection de la santé**

On se propose de présenter quelques très brèves observations sur l'impact qui pourraient avoir les R.S.C. sur l'organisation générale de notre système de protection de la santé.

### 2.3.1 *R.S.C. et Sécurité Sociale*

- 1) Les R.S.C. modifieraient substantiellement le rôle actuel de la Sécurité Sociale<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> On trouvera dans l'ouvrage précité de Madame Harichaux un panorama complet des structures utilisées pour l'exercice collectif de la médecine. V. aussi J. Chaperon, A. Trehony, M. Vennin : *La santé en première ligne : les pratiques de groupe en France*. Rev. Fr. Aff. Soc., 1983, p. 63 et G. Memetau, ouvrage précité, p. 239 et suivantes.

<sup>34</sup> Pour une étude récente de la situation, voir A. Catrice-Lorey, *Le généraliste, la société et la sécurité sociale*. Prospective et Santé, 1985, n° 34, p. 65 s.

Ils ne remettent pas celle-ci en cause. Le système des cotisations patronales et salariales n'est pas modifié ; les adhérents restent des assurés sociaux ; les caisses gardent un rôle de payeur.

Si les modalités d'application en sont modifiées, les principes de solidarité nationale, du caractère obligatoire de l'assurance, de sa généralisation (art. L. 111-1 et L. 111-2 C.S.S.) ne sont pas affectés : à cet égard, les R.S.C. ne paraissent heurter aucun principe constitutionnel, ni aucun principe fondamental.

Dira-t-on cependant qu'ils pourraient contredire le principe (lui aussi constitutionnel) d'égalité ? Nous ne le pensons pas, si aucune discrimination (en particulier fondée sur des distinctions de ressources) n'est introduite, qui excéderaient les limites évoquées supra I.3 Et puis ... la Sécurité Sociale est déjà une telle mosaïque de caisses, de risques et de régimes qu'il doit être juridiquement possible d'y ajouter de nouvelles distinctions !

En revanche, les modalités de versement des prestations seraient évidemment profondément transformées : cela supposerait la modification, par voie législative, du Code de Sécurité Sociale. Et cette modification (mais ici par voie réglementaire) devrait concerner aussi le contrôle médical (art. R. 315-1 et s. C.S.S.)<sup>35</sup>, dont le rôle serait vraisemblablement réduit dans les R.S.C.

Il conviendra aussi de mettre en harmonie avec leurs règles de fonctionnement les dispositions relatives à la participation de l'assuré (art. L. et R. 322-1 et s. C.S.S.). En particulier, il faudra concilier le caractère forfaitaire et a priori du versement fait par les caisses aux R.S.C. avec la situation d'un adhérent atteint en cours d'année d'une affection donnant lieu à réduction ou exonération du ticket modérateur : y aura-t-il un versement complémentaire ?

D'autre part, il est peu probable que la Sécurité Sociale accepte de financer des R.S.C. sans exercer sur eux un contrôle ou les soumettre à agrément : nouveau texte en perspective.

Enfin, on peut se demander si les tableaux statistiques d'activité des praticiens (actuellement régis par l'article 12 de la Convention nationale du 1<sup>er</sup> juillet 1985) seraient encore utiles dans le cadre de la médecine « au forfait » des R.S.C., et sur quelles bases ils pourraient en pratique être calculés (ils le sont actuellement au vu des actes et des prescriptions remboursés par les Caisses) : faudra-t-il amender la convention ?<sup>36</sup>

- 2) Certains réseaux, plus dynamiques et plus onéreux, assureront à leurs adhérents des prestations (de prévention ou de soins) non couvertes par la Sécurité Sociale. On se bornera à observer qu'on retrouvera ici un débat juridique et politique, esquissé (et esquivé) à l'occasion de la réforme récente de la mutualité, sur la couverture complémentaire du risque maladie.

<sup>35</sup> Cf. F. Perdriel, *Réflexions sur le contrôle médical de la sécurité sociale*. Rev. Trim. Dr. Sanit. Et soc., 1984, 2, p. 135 s.

<sup>36</sup> Sur ce point, voir D. Thouvenin, *La couverture complémentaire du malade : monopole ou concurrente risque?* Rev. Trim. Dr. Sanit. Et soc., 1985, 3, p. 367.

### 2.3.2 R.S.C. et responsabilité civile

L'apparition des R.S.C. ne devrait pas modifier les règles générales de la responsabilité civile du fait des actes médicaux<sup>37</sup>.

Le médecin resterait tenu, selon les conditions actuelles, d'une obligation de moyens envers son patient ; il continuerait à répondre personnellement des fautes par lui commises devant le juge civil (ainsi, bien sûr, que devant le juge pénal). Il faut seulement souligner que si la philosophie des réseaux implique une réévaluation du rôle du généraliste, la conséquence en sera pour lui des risques accrus de responsabilité civile, en particulier s'il juge à tort inutile qu'un malade s'adresse ensuite à un spécialiste du réseau, se soumette à des examens nouveaux ou à des traitements médicaux ou chirurgicaux lourds.

Le réseau aurait aussi sa responsabilité propre qui pourrait le cas échéant s'ajouter à celle du praticien. Car il faut considérer que sur le réseau lui-même (dont on rappelle qu'il devrait avoir la personnalité morale) pèse une obligation de résultat : celle de procurer à l'adhérent en toutes circonstances et pendant un an les soins stipulés dans le contrat : à lui donc de répondre de tout manquement à cette obligation.

Point délicat, le plafonnement des ressources (et donc des dépenses) du réseau pourrait le conduire à refuser des soins ou des examens extrêmement coûteux à un malade, si ceux-ci paraissent au médecin hors de proportion soit avec la bénignité apparente de son état, soit au contraire avec un espoir raisonnable d'amélioration ou de survie en présence d'une affection très grave. On peut imaginer alors que le malade intente une action (par exemple, sur le fondement de la perte de chance), en faisant valoir qu'il n'a pas bénéficié de tous les actes qu'imposait son état.

Le juge accepterait-il, pour exonérer le réseau et ses membres de toute responsabilité, l'argument de la limite des moyens financiers du réseau (étant admis qu'il n'y aurait par ailleurs aucune erreur de diagnostic ou de thérapeutique) ? Cela nous semble très douteux. On n'est pas ici sur le terrain de l'insuffisance non fautive de moyens techniques ou même de l'insuffisance de connaissances, qui serait légitime dans l'état actuel de la science et compte tenu de la spécialité du médecin (que le juge, surtout administratif, accepte parfois de prendre en considération), mais bien sur celui d'une auto-limitation, des prescriptions pour raisons exclusivement financières : or, le réseau s'engage envers ses adhérents à prendre en charge (lui-même, ou par « sous-traitante »), la totalité des soins couverts par le contrat.

Il lui appartiendra donc d'être très prudent à cet égard ... et de s'assurer en conséquence. Mais l'hypothèse devrait être rare, et la preuve de la faute, du dommage et du lien de causalité, difficile.

Dernier point : pourrait-on imaginer que le réseau offre à ses adhérents des « protocoles » de soins qu'il s'engage à procurer face à telle ou telle affection, en contrepartie de quoi les adhérents renonceraient contractuellement à mettre en jeu sa responsabilité si des soins nécessaires, mais plus lourds que ceux figurant dans ces protocoles, lui étaient refusés ? Certainement pas.

---

<sup>37</sup> Même si les réseaux devaient comme les sociétés civiles professionnelles être inscrits au tableau de l'Ordre, ils ne seraient certainement pas considérés pour autant comme exerçant la médecine : celle-ci resterait exercée par les praticiens membres du réseau.

Outre qu'il n'est pas certain que l'élaboration de tels protocoles soit techniquement réalisable, elle se heurterait de toute manière à l'indépendance professionnelle et à la liberté de prescription (cf. *supra* II .1).

De plus, l'hypothèse envisagée ici serait peu compatible avec les principes du droit français sur la responsabilité, tels qu'ils ont été rappelés par le Conseil Constitutionnel à partir de la formule célèbre de l'article 1382 du Code Civil : « Nul n'ayant le droit de nuire à autrui, en principe tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ;

... Le droit français ne comporte en aucune matière, de régimes soustrayant à toute réparation les dommages résultant de fautes civiles imputables à des personnes physiques ou morales de droit privé, quelle que soit la gravité de la faute »<sup>38</sup>.

---

## BIBLIOGRAPHIE COMPLEMENTAIRE SUR LES R.S.C.

---

Outre les références citées dans le texte, on consultera :

LAUNOIS R.J. et GIRAUD P. – « Peut-on réintroduire les mécanismes de marché dans le domaine de la santé ? » 4<sup>ème</sup> journée d'économie sociale, 28 septembre 1984. *L'évaluation des politiques sociales*. Association d'Economie Sociale, Commissariat au Plan.

LAUNOIS R.J. – *Les principes d'une réforme de l'organisation des soins en France*. Institut La Boétie, document interne, 9 janvier 1985.

GIRAUD P., LAUNOIS R.J. – *La santé libérée*. Institut La Boétie, janvier 1985.

LAUNOIS R.J., MAJNONI D'INTIGNANO B., RODWIN V., STEPHAN J.C. – « Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.) : propositions pour une réforme profonde du système de santé ». *Revue Française des Affaires Sociales*, janvier-mars 1985. Voir notamment pp. 45-54 27<sup>me</sup> partie : « Les principes de la réforme ».

LAUNOIS R.J. – Exposé des principes des R.S.C. *L'hôpital à Paris*, numéro spécial : « Les réseaux de soins, filières de soins », mai-juin 1985, p. 14-15.

On trouvera une synthèse de l'ensemble de ces travaux par LAUNOIS R.J. : « Les réseaux de soins coordonnés », dans *Systèmes de santé HMO, RSC et comparaisons internationales*, Institut La Boétie, 1985, ou, sous le même titre, dans *Gestions Hospitalières*, novembre 1985, N° 250, p. 759-763.

Il convient de prendre bonne note de notre terminologie définitive : nous entendons par « Forfait Annuel de Santé » non plus le prix global de la prise en charge, mais la fraction de celui-ci qui est financée par la Sécurité Sociale. Cette appellation est en effet conforme à l'utilisation qui en est faite dans le langage de la Sécurité Sociale. Exemple : le forfait de soins des établissements médico-sociaux.

Une variante plus radicale du Forfait Annuel de Santé est présentée dans « *Souffles de Liberté* », chapitre III, pp. 63-79 – Homme et Société, Edition Economica, 1985.

Une critique de l'ensemble du dispositif est ébauchée dans LAUNOIS R.J. : « Les HMO, les arguments et les faits ». Colloque « *Systèmes de santé. Pouvoirs publics et financeurs, qui contrôle quoi ?* » Commissariat Général au Plan, 25-26 mars 1985.

On aura clairement conscience des résistances auxquelles se heurtent ces propositions en lisant le numéro de *L'Hôpital à Paris* précité. L'analyse historique des causes de la disparition des sociétés de secours

---

<sup>38</sup> Décision 82-144 du 22 octobre 1982. J.O., 23 oct., p. 3210 ; D. 1983, J., 189, note F. Luchaire;

mutuels françaises, véritables HMO avant la lettre, a été faite par R.J. LAUNOIS dans « La Médecine Libérale a-t-elle jamais existé ? », *Revue Politiques et Management Public*, 1985, vol. 3, N° 4, p. 87-97.

Il serait inexact de ne voir dans les R.S.C. qu'une tentative de transposition du système HMO dans notre pays. En réalité, ceux-ci intègrent et prolongent deux tendances récentes de l'évolution du système français : le développement de nouvelles formes d'exercice libéral et la naissance de formules originales de prise en charge des dépenses de soins par la Sécurité Sociale. C'est en rapprochant les recherches de Véronique AURIAU : « *Les associations de professionnels de santé libéraux au sein du système sanitaire français* » (Mémoire ENSP 1984) et celles de Guy LA JARDINERIE et Nicolas FLOREAL : « 1975-1978, un tournant pour l'assurance maladie » (*Droit social*, sept.-oct. 1978, pp. 27-42), à la lumière de l'expérience américaine, que le dispositif a pris forme. On trouvera une bibliographie sélective sur cette dernière dans : R.J. LAUNOIS, G. VIENS : « La Health Maintenance Organization : une approche bibliographique » *Reshus*, 1986, N° 1, note de synthèse N° 1.

Les travaux d'Alain ENTHOVEN, qui a été professeur associé à l'Université de Rennes en 1983, ont joué un rôle décisif dans la genèse et le développement de toute cette réflexion. On en trouvera la synthèse dans son ouvrage : « *Health Plan the only practical solution to the Soaring cost of medical care* ». Addison-Wesley, Reading, Massachusetts, 1981.

---

## RESUME

---

*Les auteurs s'efforcent de renouer avec la tradition mutualiste française en proposant une prise en charge globale de la santé des assurés par une filière de soins intégrés, financée a priori, pour partie, par un forfait de la Sécurité Sociale et par une contribution directe des assurés. Ils étudient les avantages économiques et les problèmes juridiques soulevés par la mise en place d'un tel système.*

---

## ABSTRACT

---

*It is possible to reintroduce market mechanisms in a National Health Service system. Authors propose to restore the traditional principles of European mutual aid associations in the light of contemporary HMOs experience. The financing would come partly from the National Health Insurance completed by direct personal contribution of members.*