

Journal d'économie médicale

I.S.S.N. 0394-0738

Les R. S. C. :
Une organisation du système de Santé

Editions Alexandre Lacassagne - Lyon

Diffusion MASSON

Paris, New-York, Barcelone, Milan, Mexico, Sao Paulo.
Publication périodique bimestrielle

Mai-Août 1986

N° 3-4 — Volume 4 — 1986

Vers une implantation des réseaux de soins coordonnés ? Objectifs économiques et problèmes juridiques

R.J. LAUNOIS (*) D. TRUCHET (**)

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.

Mots-clés : Réseaux de soins coordonnés, Coûts actuariels, Forfaits annuels de santé, Concurrence, Médecine globale, Déontologie, Libre choix, Règlementation sanitaire.

Key-words : Primary care networks, Actuarial costs, Vouchers, Competition, Prevention, Free choice of doctors, Medical ethics.

(*) Professeur à la Faculté des Sciences Economiques de Rennes.

(**) Professeur à la Faculté des Sciences Juridiques de Rennes.

↑ lire C.A.N.S.

Classes d'âge	C.A.M.S.		F.A.S.		T.M. exente	T.M. exente %
	dép. moyenne reconnue par personne protégée	dép. moyenne remboursée par personne protégée	dép. moyenne reconnue par personne protégée	dép. moyenne remboursée par personne protégée		
0 - 9 ans	2 629 F	2 324 F	2 400 F	2 305 F	140 F	11,6
10 - 19 ans	2 540 F	1 749 F	1 575 F	1 174 F	174 F	5,3
20 - 29 ans	2 057 F	2 741 F	1 835 F	1 035 F	10,0	10,0
30 - 39 ans	2 741 F	2 528 F	2 528 F	222 F	222 F	10,8
40 - 49 ans	3 626 F	3 333 F	3 333 F	215 F	215 F	7,8
50 - 59 ans	6 577 F	6 577 F	6 229 F	293 F	348 F	8,1
60 - 69 ans	10 230 F	10 230 F	9 932 F	308 F	308 F	5,3
70 - 79 ans	13 430 F	12 987 F	12 987 F	413 F	413 F	3,0
Milieu	3 284 F	3 050 F	3 050 F	234 F	234 F	3,1
Total						7,1

Hommes

Présentations 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 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 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 auto-régulation « en douceur », seule apte à assurer une maîtrise durable et effective des coûts, sans préjudice d'une baisse de la qualité des soins.

II — 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 nous 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 (14), 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^e Convention nationale des médecins (1^{er} 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 (15) ; 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. (16) : 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.

(14) 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 83-25 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.

(15) Pour une présentation générale de ces principes et des atteintes qu'ils ont déjà subies, voir G. Memetian, « 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. Larzou, « Les principes d'exercice de la médecine devant le Conseil d'Etat et la juridiction ordinaire », Mémoire DEA, Rennes 1985, dactyl. (Travail effectué dans le cadre de l'action Thématique Programmée, « Santé, Maladie, Société », Ministère de la Santé, CNRS).

(16) 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 (I), pour le médecin (II), et pour l'organisation générale de notre système de protection de la santé (III).

I — La liaison de l'assuré à un R.S.C.

11 — 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 (17). 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 C.S.S. (18) : 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. :

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

(18) 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, 696, obs. L. Dubouis, Gaz. Pal., 1983, Panor. dr. admin. p. 239.

L'adhérent garderait le droit d'être soigné où il veut (19), 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 que sollicitent sa clientèle, et de 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.

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 (contrôles) de loyauté et de transparence qui n'altèrent pas en fait la liberté de choix des assurés ;

— que, dans l'hypothèse (c'est l'une 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,

(19) 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., 346, note M. Hantchaux-Ranu et Inf., rap. 168, obs. J. Penneau, J.C.P. 1980, II, 19371 note R. Savatier.

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 de 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.

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.

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. À 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 (20), 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.

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.

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

(20) 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).

travaux, ou à tout le moins, que celui-ci soit remis à un médecin de son choix.

II — Les médecins et les R.S.C.

La participation des médecins (21) 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.).

II.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 incompatible avec l'exercice salarié ou l'exercice collectif : cela est admis depuis longtemps. Entendu 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 »

(21) 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...)

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.

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 concevable dans le cadre juridique actuel ?

La liberté de prescription est déjà partiellement dégradée (22) : 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) (23), 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 décisif, 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

(22) Outre les illustrations qui suivent, voir pour un arrêté limitant les cotations en cas d'examen 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.

(23) Cf. V. Bonnel-Lefort : *L'activité des comités médicaux paritaires locaux. L'exemple des C.M.P.L. des Hauts-de-Seine et d'Île-de-France*, Mémoire DEA, Rennes, 1985. Dactyl. (Travail effectué dans le cadre de l'Action Thématique Programmée « Maladie-Santé-Société » - Ministère de la Santé, CNRS).

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 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 (25). 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 (25) 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 (26).

Dans ces limites, il n'y aurait sans doute pas d'atteinte illicite à la liberté de prescription (27). 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 minutieuse minutie par les articles 67 et 68.

Deux autres points retiennent l'attention :

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 (28). 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 le « 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),

(24) Comme contraire à la liberté de prescription, et peut-être à l'article 76 de la loi n° 78-753 du 18 septembre 1978 relative à la liberté de production ou de rendement horaire qui auraient pour conséquence ou une limitation ou un abandon de son indépendance ».

(25) Voir l'article de R. Rochefort, *Précité*.

(26) Il s'agirait ici d'adapter aux R.S.C. les règles de l'article L. 3223 C.S.S.

(27) ... qui est appliquée simplement : voir par ex., à propos des T.S.A.P., CE, 12 juillet 1978, Kahn, p. 590, R.D.P. 1979, 380.

(28) Sur les conséquences en termes de responsabilité civile, voir *infra* III.2.

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.

11.2 — *Problèmes de rémunération du médecin* (29)

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 (30).

Notre système de soin connaît déjà des mécanismes particuliers de rémunération des médecins non pas à l'acte, mais « *per capita* », ainsi du régime des mines et, partiellement, de celui de la S.N.C.F. Une transposition serait donc concevable, mais il y 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

(29) 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. Memmetan, *Le droit médical*, précité, p. 157, AJDA 1974, p. 331 ; 5 octobre 1977, Berlin, R.D.P. 1978, p. 1175 ; 27 janv. 1978, Chasse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et a, p. 89.

médecins n'est pas incompatible avec elle (31). 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 exercent en société civile professionnelle ». Si le réseau prenait une forme autre que cette dernière (cf. *infra* 11.3), 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 comérage 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 (32), les contrats devront éviter toute forme de comérage, 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, mais 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

(31) 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, Dir. 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. Dupeyron, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 10^e éd. 1986, n° 68-2, s.

(32) 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* II.

dans lequel il exerce le justifie, 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 de la de celui-ci nous paraît en effet l'exclure. Il conviendrait donc de modifier le code pour permettre une rémunération forfaitaire de praticien dans le cadre — libéral — des R.S.C.

D'autre part, l'article 70, 5^e 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.

11.3 — *Forme juridique du R.S.C.*

Quelle forme juridique pourrait prendre le R.S.C. ? (13). 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. Il faut 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 (groupe) 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

(13) 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. Chapeton, A. Tretony, M. Vennin : *La santé en première ligne : les pratiques de groupe en France*. Rev. Fr. Aff. Soc., 1983, p. 63 et G. Mémetan, ouvrage précité, p. 239 et suivantes.

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.

III — 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 que pourraient avoir les R.S.C. sur l'organisation générale de notre système de protection de la santé.

III.1 — *R.S.C. et Sécurité Sociale*

1) Les R.S.C. modifieraient substantiellement le rôle actuel de la Sécurité Sociale (14).

Ils ne remettront 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.

Dirait-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 excéderait 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

(14) Pour une étude récente de la situation, voir A. Gaurice-Lorey, *Le généraliste, la société et la sécurité sociale*. Prospective et Santé, 1985, n° 34, p. 65 s.

concerner aussi le contrôle médical (art. R. 315-1 et s. C.S.S.) (25), dont le rôle serait vraisemblablement réduit dans les R.S.C.

Il conviendrait 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 faudrait 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^{er} 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) : faudrait-il amender la convention ?

2) Certains réseaux, plus dynamiques et plus onéreux, assureraient 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 (26).

III 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 (27).

Le médecin resterait tenu, selon les conditions actuelles, d'une obligation de moyens envers son patient ; il continuerait à répondre (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 sou-

mette 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 tente 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-traitance »), 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.

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

(25) Cf. F. Perdrriel, *Réflexions sur le contrôle médical de la sécurité sociale*, Rev. trim. dr. sanit. et soc., 1984, 2, p. 135 s.
(26) Sur ce point, voir D. Thouvenin, *La couverture complémentaire du risque maladie : monopole ou concurrence ?* Rev. trim. dr. sanit. et soc., 1985, 3, p. 367.
(27) Même si les réseaux devaient comme les sociétés 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.

... 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 » (19).

Bibliographie complémentaire 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^e journée d'économie sociale, 28 septembre 1984. *L'évaluation des politiques sociales*. Association d'Économie 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., MAURONI D'INTRIGNANO B., ROUWIN V., STREPHAN 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 2^e 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, pp. 14-15.

On trouvera une synthèse de l'ensemble de ces travaux par LAUNOIS R.J. : *comparaisons internationales*, Institut La Boétie, 1985, p. 14-15, 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, Édition 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, à paraître.

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 mutuels françaises, véritables HMO avant la lettre, a été faite par R.J. LAUNOIS dans « La Méde-

ciné 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 développent deux tendances récentes de l'évolution du système français : le formulé originaux de prise en charge des dépenses de soins par la Sécurité Sociale dans le domaine médico-social. 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 JARDINIERE et Nicolas FLOREAU : « 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 », *Reclus*, 1986, n° 1, note de synthèse n° 1.

Les travaux d'Alain ENRIOVEN, 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 Strring cost of medical care* », Addison-Wesley, Reading, Massachusetts, 1981.

Résumé

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.

(18) Décision 82-144 du 22 octobre 1982. J.O., 23 oct., p. 3210; D. 1983, J., 189, note F. Luchaire.