

**L'activité abusive du médecin référent.
À propos du jugement rendu par le tribunal des affaires de sécurité sociale
de la Charente-Maritime le 20 mai 2003**

Excessive Number of Consultations by Referent Physicians.

*Comments on a decision rendered by the Court of Social Security Affairs on May 20, 2003
in the Charente-Maritime region of France*

Lhéritier M¹, Pėjout I¹

Résumé

Le 20 mai 2003, le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Charente-Maritime décidait qu'un médecin référent qui avait dépassé le seuil maximal annuel d'activité devait restituer la première partie de l'indemnité forfaitaire versée par la caisse primaire, laquelle n'était pas tenue de lui régler la seconde.

Cette décision, récemment déferée à la cour d'appel de Poitiers, mérite une attention particulière non seulement parce qu'elle résout une difficulté d'interprétation de la convention nationale des médecins généralistes, mais encore, et surtout, parce qu'elle participe à la conceptualisation juridique de la notion d'activité médicale.

Ainsi, les effets de la solution prétériorienne se dédoublent. Désormais, les caisses d'assurance maladie disposent, à l'encontre des médecins référents déviant, d'une nouvelle qualification : l'activité abusive, faute génératrice d'un préjudice financier indemnizable, et, à l'encontre des médecins non référents, d'un moyen permettant d'interpeller moralement ceux qui s'écartent sensiblement du seuil de qualité.

Rev Med Ass Maladie 2004;35,1:37-43

Mots clés : activité abusive, médecin référent, option conventionnelle, seuil d'activité, rémunération forfaitaire annuelle.

Summary

On May 20, 2003, the Court of Social Security Affairs of the Charente-Maritime region of France decided that a referent physician who exceeded the maximum number of annual consultations allowed had to reimburse the first portion of the lump payment sum paid to him by the local health agency; in addition, the agency was not required to pay him the second installment of that sum. This decision, which has recently been deferred to the appellate court of Poitiers, is important because firstly, it resolves a difficulty in the interpretation of the national convention between the health insurance fund and general practitioners. Secondly, and even more important, it considers that medical consultations have become a legal concept.

Thus, the effects of the praetorian solution have become more apparent. Henceforth, local health agencies have acquired a new charge they can make against deviant referent physicians: an excessive number of consultations, which has become an offence producing a financial prejudice and justifying compensation. At the same time, these same agencies are now armed with a moral means to drawing the attention of non-referent physicians who do not respect the thresholds of quality.

Rev Med Ass Maladie 2004;35,1:37-43

Key words: excessive consultations, referent physician, medical convention, consultation threshold, annual lump-sum payment.

¹ Docteur en droit, juriste dans un organisme du régime général de l'assurance maladie.

Adresse pour correspondance : Marc Lhéritier, Caisse primaire d'assurance maladie de Charente-Maritime, 55-57 rue de Suède, F-17014 La Rochelle cedex
e-mail : marc.lheritier@cpam-lavochelle.cnams.fr

Isabelle Pėjout, Caisse primaire d'assurance maladie de Charente, Boulevard de Bury, F-16910 Angoulême cedex 9
e-mail : isabelle.pejout@cpam-angouleme.cnams.fr

Les opinions émises dans cette note doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Si l'activité du médecin libéral n'est pas traditionnellement considérée comme abusive par les tribunaux¹, il en va différemment de celle du médecin référent expressément soumise à plafond. À cet égard, le jugement rendu par le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Charente-Maritime le 20 mai 2003, condamnant un médecin référent à rembourser à une caisse primaire la rémunération spécifique versée au titre de l'option conventionnelle pour dépassement du seuil maximal annuel d'activité, mérite l'attention.

Afin d'appréhender la portée de cette décision, il convient de formuler deux séries d'observations liminaires.

D'un point de vue systémique, l'option conventionnelle médecin référent représente la version française du concept de « *filières de soins* », forgé par l'économie de la santé et adopté par de nombreux pays européens. Consacrée en droit positif par les conventions médicales de 1997 et 1998², elle est destinée à rationaliser le parcours des malades au sein du système de santé et à les fidéliser auprès d'un seul médecin généraliste³. De fait, elle tend à renforcer l'implication des caisses, des praticiens et des assurés dans le mécanisme de régulation des dépenses. Concrètement, les organismes sociaux assurent la promotion du dispositif médecin référent en proposant aux généralistes de leur circonscription d'y adhérer par le biais d'un formulaire *ad hoc*. Dès la formalisation de leur engagement, ceux-ci invitent les assurés, qui désirent faire de leur médecin traitant un interlocuteur privilégié, à souscrire un acte d'adhésion auprès de leur caisse d'affiliation. L'option conventionnelle médecin référent est ainsi créatrice de liens interdépendants.

D'un point de vue juridique, le processus optionnel génère des obligations réciproques. D'un côté, le généraliste qui choisit d'y adhérer s'engage à respecter une charte de qualité lui imposant notamment de favoriser la coordination des soins et de ne pas dépasser un seuil maximal annuel d'activité, fixé à 7 500 actes et correspondant au volume au-

delà duquel les partenaires conventionnels estiment qu'il n'est plus possible de garantir une médecine de qualité⁴. En contrepartie du respect des obligations mises expressément à sa charge, il perçoit une rémunération forfaitaire annuelle pour chaque patient ayant décidé d'exercer son droit d'option. Le patient s'engage, de son côté, à se rendre chez son médecin référent pour toute demande de soins et bénéficie, en échange, d'avantages concrets : l'assurance d'un suivi médical, l'application des tarifs conventionnels et la dispense d'avance des frais. Quant aux caisses d'affiliation des assurés adhérents, leurs obligations se dédoublent puisqu'elles doivent non seulement régler directement au praticien la part des honoraires due au titre des actes dispensés, mais encore s'acquitter auprès de lui d'un forfait annuel d'un montant de 45,74 euros versé⁵, pour moitié, au moment de l'acte d'adhésion conjoint du médecin et du patient (MRD) et, pour l'autre, à son échéance (MRF).

En instaurant de nouveaux rapports triangulaires et en créant des obligations inédites, l'option conventionnelle médecin référent a bouleversé le schéma traditionnel de la médecine libérale et provoqué la critique de l'Ordre des médecins, puis la contestation des syndicats médicaux. Elle a ainsi généré un double contentieux : celui de sa légalité et celui de sa mise en œuvre. Le premier a donné lieu à un véritable feuilleton juridique⁶ et conduit le Conseil constitutionnel, ainsi que le Conseil d'État, à se prononcer sur la compatibilité du mécanisme optionnel avec les principes de la médecine libérale. Le second résulte de la campagne d'information menée par l'assurance maladie sur l'option conventionnelle et assimilée par la Cour de cassation à une publicité discriminatoire pour les médecins non référents⁷. Confrontée à l'épreuve de la pratique, l'option conventionnelle suscite aujourd'hui un contentieux du troisième type : celui de son exécution. Ce contentieux, plus confidentiel, vise notamment l'hypothèse du médecin référent qui, tout en dépassant massivement le seuil d'activité conventionnelle-

¹ Voir, notamment, Dupeyroux JJ, « Sécurité sociale et médecine expéditive », D. 1960, chr. VIII, p. 39.

² Convention nationale des médecins généralistes du 12 mars 1997, approuvée par arrêté du 28 mars 1997 (JO 29 mars, p. 4897) ; Convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998, approuvée par arrêté du 4 décembre 1998 (JO 5 décembre, p. 18329). Deux avenants relatifs au médecin référent ont complété cette dernière convention : l'avenant n° 2 du 11 décembre 1999 et l'avenant n° 6 du 15 octobre 2001.

³ Harichaux M, « Le régime du médecin référent », RD sanit. soc. 1999, p. 72 ; Mordefroy L, « L'option conventionnelle : de nouvelles relations entre caisses, médecins et patients », RD sanit. soc. 1999, p. 152.

⁴ Article 2 de la Charte de qualité du médecin référent, annexe II de la Convention nationale des médecins généralistes.

⁵ Au moment des faits litigieux, le forfait annuel s'élevait à 22,86 euros (150 francs).

⁶ Les cinq épisodes du feuilleton : En juillet 1998, le Conseil d'État censure la convention médicale de 1997 provoquant la disparition du dispositif médecin référent (CE, 3 juillet 1998, Syndicat des médecins de l'Ain et autres). Cette annulation entraîne la modification par les pouvoirs publics de l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale afin de permettre aux partenaires conventionnels de déterminer les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient (article 22-III de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999). Cette mesure est ultérieurement validée par le Conseil Constitutionnel (décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, JO 27 décembre 1998, p. 19663). Corrélativement, la nouvelle convention des médecins généralistes introduit, en novembre 1998, la seconde version de l'option conventionnelle assortie de l'obligation de respecter un seuil d'activité. Enfin, le Conseil d'État annule partiellement, en avril 1999, la convention en épargnant toutefois l'option conventionnelle (CE, 14 avril 1999, Syndicat des médecins libéraux et autres).

⁷ D. Cyrille, « Médecin référent : la CPAM de Lyon perd en cassation », *Quotidien du médecin*, 11 avril 2002, p. 4.

ment fixé, réclame de façon singulière le paiement du forfait MRF à une caisse qui le lui refuse⁸.

En 2002, un litige de cet ordre était soumis à l'arbitrage du tribunal des affaires de sécurité sociale de la Charente-Maritime, à l'initiative du docteur G., ancien médecin référent, qui avait introduit une requête fondée sur la méconnaissance des dispositions de l'article 5-8 de la Convention nationale des médecins généralistes par la caisse primaire. En défense, cette dernière se référait aux mêmes dispositions pour objecter que la rémunération forfaitaire n'était pas due dans le cas où l'option était interrompue. Pour le juge, la question à trancher était donc celle de l'interprétation du texte dont se prévalaient les parties à l'instance. Finalement, par jugement du 20 mai 2003 (*voir encadré*), le tribunal des affaires de sécurité sociale rejetait la requête initiale du praticien, tendant au paiement du forfait MRF (I), et accueillait la demande incidente formée par la caisse primaire, visant à obtenir le remboursement du forfait MRD (II). Ce sont les deux points qui seront examinés dans les commentaires qui suivent.

I. LE REFUS DU FORFAIT OPPOSÉ AU MÉDECIN

Afin de se prononcer sur le recours en paiement intenté, le juge judiciaire s'est livré à une interprétation discutable des règles nées de l'application du troisième alinéa de l'article 5-8 de la convention médicale, objet de la controverse entre le praticien et la caisse (A), tout en occultant celles posées par l'alinéa premier de ce même texte (B).

A. Une interprétation discutable

Au soutien de sa requête, le docteur G. ne contestait ni la réalité du dépassement constaté (11 420 actes réalisés pour un seuil maximal de 7 500), ni le non-renouvellement de l'option conventionnelle qui en découlait. Il se contentait de revendiquer le versement du forfait MRF, en procédant à une exégèse pour le moins insolite du troisième alinéa de l'article 5-8 de la convention nationale des médecins généralistes ainsi libellé : « *La somme due au titre de cette rémunération forfaitaire est versée pour moitié au vu de l'acte d'adhésion conjoint du médecin et de son patient. La deuxième moitié est versée à son échéance, sauf dans le cas où l'option a été interrompue en cours d'année pour quelque motif que ce soit* ».

Le demandeur alléguait, qu'au cas d'espèce, l'option conventionnelle n'avait nullement fait l'objet d'une interruption en cours d'année, mais d'un non-renouvellement pour l'année suivante, de sorte que la rémunération forfaitaire lui était due en totalité. En somme, il considérait que l'expression « option », visée par le texte précité, concernait l'adhésion du seul médecin référent.

Au moyen exposé, le juge répondit par une formule lapidaire : « *le terme "option" utilisé dans l'article 5-8 ne désigne pas l'option du médecin, mais celle du patient* » et en déduisit que le refus de paiement opposé par la caisse était parfaitement justifié dans la mesure où « *l'option des assurés avait été interrompue suite au non-renouvellement du contrat médecin référent* ».

Séduisant à première vue, ce raisonnement pêche en réalité sur sa base. En effet, le vocable « option » recouvre indifféremment l'adhésion de chacune des parties en présence. La solution n'est pas douteuse. Elle repose tout d'abord sur la structure interne du chapitre V de la convention médicale composé, en sa section I intitulée « *Organisation de l'option* », de deux articles : l'article 5-1, consacré à l'« *Adhésion de l'assuré* », et l'article 5-2, relatif à l'« *Adhésion du médecin* ». Elle découle ensuite de l'analyse littérale du chapitre V qui emploie l'expression « option » pour le médecin comme pour le malade⁹. Elle est enfin confortée par les termes du troisième alinéa de l'article 5-8 susvisé, rappelant que l'option peut être interrompue en cours d'année « *pour quelque motif que ce soit* » et, donc, du fait de l'une ou l'autre des parties adhérentes. Au vrai, l'option médecin référent repose sur un mécanisme à double détente.

Chronologiquement, l'adhésion du praticien est première, celle de l'assuré seconde. L'accessoire, l'option du patient, suit le principal, l'option du médecin. Ainsi, pour prétendre au versement de la rémunération forfaitaire spécifique, l'option doit être complète et pérenne. C'est le système dit de « *l'option dans l'option* ». Appliqué à la présente espèce, ce principe signifie que la décision de non-renouvellement de l'option du docteur G. a nécessairement entraîné la résiliation des actes d'adhésion souscrits par ses patients et, ce, avant leur échéance, fixée à un an¹⁰. En conséquence, la demande de perception du forfait MRF, subordonnée au maintien de l'option de chaque assuré adhérent, n'a pu être accueillie par la caisse défenderesse.

⁸ Le plus souvent, les médecins référents exclus de l'option pour dépassement du seuil d'activité n'exigent pas des caisses le règlement de la deuxième fraction du forfait. Sociologiquement, la demande inattendue du docteur G. peut s'expliquer par le contexte revendicatif créé par le mouvement social des médecins généralistes en 2001 et 2002 (voir, sur ce point, Lhéritier M, « De la médecine libérale à la médecine radicale - Observations relatives à l'évolution des formes d'action collective des médecins », *Rev. Gén. Dr. Méd.*, n° 10, 2003, p. 175).

⁹ Pour le médecin, article 5-2-1 : « *le praticien qui adhère à l'option...* » ; article 5-2-2 : « *Les médecins généralistes formalisent... leur entrée dans l'option... Toutefois, le médecin peut renoncer à l'option...* ». Pour l'assuré, article 5-1-2 : « *la durée de cette option est d'un an, renouvelable ; elle peut être transférée sur un autre médecin référent...* » ; article 5-11-2 : « *... l'option est réputée ouverte pour le patient...* ».

¹⁰ Article 5-1-2 de la Convention nationale des médecins généralistes.

Telle n'est pas l'interprétation à laquelle s'est rallié le tribunal des affaires de sécurité sociale pour rejeter la thèse développée par le requérant. La position restrictive qu'il a adoptée semble surprenante. Mais il est permis d'avancer deux séries d'explications.

La première est que les juridictions du contentieux général sont peu familières des litiges conventionnels. En effet, la compétence des tribunaux administratifs demeure acquise pour connaître non seulement des recours en annulation des sanctions conventionnelles prononcées par les caisses¹¹, mais encore de toutes les conséquences de leur application¹². De la conjonction de ces observations jurisprudentielles, il ressort que le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Charente-Maritime a vraisemblablement excédé sa compétence en examinant la demande de versement du forfait MRF présentée par un praticien exclu de l'option¹³.

La seconde explication tient à la nature juridique complexe de ladite option. À l'instar de la convention médicale, dont elle constitue l'une des clauses, l'option conventionnelle médecin référent revêt le caractère d'un contrat administratif¹⁴ conclu entre un praticien et les caisses nationales d'assurance maladie par l'intermédiaire des caisses locales. Toutefois, à l'inverse de la convention, elle ne produit pas d'effets réglementaires¹⁵, mais des effets purement contractuels dans la mesure où elle ne lie que les patients adhérents¹⁶.

Cette complexité juridique a sans doute dissuadé la juridiction saisie de se prononcer sur la méconnaissance du principe d'équilibre des obligations conventionnelles.

B. Une motivation incomplète

Théoriquement, une autre technique permettrait d'écarter les prétentions du praticien : la référence aux stipulations du premier alinéa de l'article 5-8 de la convention médicale, qui pose le principe d'équilibre des obligations entre les parties en ces termes : « *En contrepartie des obligations définies dans la charte de qualité, le médecin référent perçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient. Elle est versée par la caisse d'affiliation du patient* ».

Les conclusions déposées par les services administratifs de la caisse étaient du reste parfaitement éclairantes à cet égard, exposant non seulement

que le requérant avait délibérément transgressé ses engagements conventionnels en réalisant 11 420 actes, soit plus de 50 % du plafond autorisé, mais encore que l'organisme était fondé, en retour, à refuser d'exécuter l'obligation qui lui incombait.

En effet, en manifestant expressément son désir d'intégrer le dispositif optionnel, le docteur G. s'est engagé à respecter un contingent d'actes fixé à 7 500 par l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins généralistes. Or, en dépassant abusivement ce seuil annuel d'activité, il a rendu impossible le maintien du lien contractuel. Ce faisant, la caisse concluante a été contrainte de lui opposer une exception de résiliation tirée de la violation de la norme conventionnelle, exception justifiant, d'une part, le non-renouvellement de l'option initialement souscrite et induisant, d'autre part, le refus du règlement de la seconde moitié de la rémunération forfaitaire.

Dans le premier cas, la caisse primaire a sanctionné le non-respect des garanties professionnelles en exerçant, en vue de l'accomplissement de la mission de service public dont elle est investie, des prérogatives de puissance publique codifiées, depuis la commission des faits, sous l'article 5-15-3 de la convention nationale des médecins généralistes¹⁷. Dans le second, elle s'est retranchée derrière la violation du principe de la réciprocité des obligations, affirmé par le premier alinéa de l'article 5-8 précité, pour écarter, indépendamment du prononcé de la sanction, le versement de l'indemnité forfaitaire. Son raisonnement s'interprète ici à la lumière d'une condition suspensive : le respect de la clause d'activité. Dans cette conception, l'obligation pour la caisse de verser le forfait MRF est subordonnée à celle pour le médecin référent de ne pas franchir un plafond de 7 500 actes. La rémunération n'est due que si ce seuil d'efficience est strictement observé et se trouve exclue, parallèlement, dans l'hypothèse d'un dépassement abusif. Aussi l'exigibilité de la seconde moitié du forfait est-elle liée à une condition d'activité.

Reste que le jugement rapporté se révèle lacunaire sur ce point. Faut-il en déduire que le tribunal des affaires de sécurité sociale a voulu se limiter à une approche prudente des litiges conventionnels ? Assurément non, dans la mesure où il a fait droit aux

¹¹ Voir, TC, 20 octobre 1997, Albert c/ CPAM de l'Aude et autres, R.J.S. 1998, n° 202, censurant l'article L. 162-34 CSS.

¹² Soc., 19 juillet 2001, CPAM des Vosges c/ Cugnot, Légifrance.

¹³ La déclaration d'incompétence du tribunal administratif de Poitiers, initialement saisi par le requérant, a vraisemblablement semé la confusion (TA Poitiers, 2 mai 2002, Dr G. c/ CPAM de la Charente-Maritime, n° 2621).

¹⁴ La jurisprudence a reconnu aux conventions le caractère de contrats administratifs (voir, notamment, CE, 18 octobre 1974, Confédération nationale des auxiliaires médicaux, Rec. p. 495).

¹⁵ Voir, sur le caractère *sui generis* des conventions, X. Prétot, « L'évolution du régime juridique des conventions médicales : du contrat doué d'effets réglementaires au règlement à élaboration concertée », Dr. Soc. 1997, p. 845.

¹⁶ La volonté du patient est nécessaire pour l'application de l'option alors qu'elle ne l'est pas pour l'application de la convention (CE, 9 octobre 1981, RD sanit. soc. 1982, p. 106).

¹⁷ Voir, article 5-15-3 de la convention nationale introduit par l'avenant n° 6 du 15 octobre 2001.

prétentions de la caisse visant à obtenir le remboursement de la fraction du forfait déjà versée.

II. LA RÉCUPÉRATION DU FORFAIT CONSENTIE À LA CAISSE

À l'acte introductif d'instance tendant à obtenir le paiement du forfait MRF, la caisse répliquait par une demande en indemnisation pour inexécution fautive. À l'appui de ses écritures, elle démontrait que le docteur G. n'avait rempli, ni en termes quantitatifs, ni en termes qualitatifs, les obligations inhérentes à son statut de médecin référent. Poursuivant sa démonstration, elle soutenait que les manquements conventionnels avaient généré un double préjudice : l'un, financier, correspondant à la rémunération versée au vu des actes d'adhésion conjoints du médecin et de ses patients ; l'autre, purement moral, consistant en un discrédit jeté sur le dispositif médecin référent. Au final, la juridiction du contentieux général reconnaissait l'existence du préjudice matériel (A), mais niait celle du préjudice moral (B).

A. Le préjudice matériel reconnu

En condamnant « Monsieur G. à rembourser à la sécurité sociale 7 489,06 euros », le juge judiciaire admet l'atteinte aux droits pécuniaires de la caisse. Sa décision participe à la construction jurisprudentielle du mécanisme optionnel de deux façons : l'une explicite ; l'autre implicite.

L'apport explicite, qui emprunte exclusivement à la technique juridique, s'articule autour de deux éléments.

En relevant rationnellement que le fait d'« exécuter 11 420 actes... ne garantissait pas la qualité des soins et allait à l'inverse du but poursuivi », le tribunal a rappelé qu'une obligation de résultat pesait sur le médecin référent. L'idée directrice de l'option conventionnelle est donc clairement identifiée : le médecin adhérent est tenu à un devoir de modération dont il ne peut s'affranchir qu'en invoquant une cause exonératoire, tel un cas de force majeure¹⁸. Or, dans l'espèce examinée, le généraliste est resté muet sur les circonstances qui l'ont empêché de respecter le seuil conventionnel d'activité. Tirant les conséquences de ce silence, le juge du fond a ordonné le reversement de la première fraction de la rémunération forfaitaire en retenant que 655 assurés avaient exercé leur droit d'option auprès du docteur G., lequel avait perçu 11,43 euros pour chaque adhésion, soit 7 489,06 euros.

C'est dire, en définitive, que le dépassement du seuil d'activité entraîne la perte totale du droit au forfait. « La caisse est fondée à ne pas régler la deuxième partie de l'indemnité forfaitaire et M. G. doit rembourser la première » déclare sans ambiguïté le tribunal. En d'autres termes, l'option disparaît pour l'avenir, nous l'avons précédemment souligné, et, pour le passé, est censée n'avoir jamais existé. La solution présente une certaine analogie avec la pratique de la clause résolutoire qui opère l'effacement rétroactif des obligations contractuelles. Cette stipulation mériterait sans doute d'être transposée en droit conventionnel afin que les caisses puissent obtenir, en cas de manquement par un médecin référent à son devoir de modération, le remboursement de plein droit de la première partie de la rémunération forfaitaire.

Au-delà de ces apports explicites se profile, dans le jugement commenté, une notion curieusement confidentielle et pourtant porteuse d'évolutions : la quantification de l'activité médicale sur critère de qualité des soins.

En ce domaine, deux opinions coexistent. Selon la première, d'essence déontologique, le professionnel est présumé s'autoréguler et adopter spontanément le comportement d'un médecin raisonnablement prudent et consciencieux. Cette vision, empreinte d'idéalisme, confère en vérité une liberté absolue au praticien qui détermine discrétionnairement le volume de ses actes. Une seconde thèse, d'essence conventionnelle, participe à la conceptualisation juridique de la notion d'activité et à la mathématisation de la réalité médicale en imposant aux médecins référents une limite d'actes maxima¹⁹.

À notre connaissance, la décision rendue le 20 mai 2003 constitue l'une des premières applications jurisprudentielles de cette quantification. Ce faisant, elle revêt une portée particulière pour les caisses. Dans l'univers conceptuel du droit, celles-ci disposent désormais d'une nouvelle qualification à l'encontre des référents déviants : l'activité abusive, faute génératrice d'un préjudice financier indemnifiable. De même, dans l'optique d'une démarche de qualité, elles peuvent se prévaloir d'un moyen supplémentaire pour tenter de décourager les stakhanovistes de la profession, enclins à considérer la clientèle comme un fonds à exploiter. En effet, la solution prétorienne devrait moralement interpeller les médecins non référents, en particulier ceux qui s'écartent sensiblement du seuil de qualité. Autrement dit, c'est la question d'une norme indicative opposable, cette fois, à l'ensemble des méde-

¹⁸ Par exemple, une épidémie.

¹⁹ Voir sur ce point, Lhéritier M, « Les litiges opposant les caisses primaires aux praticiens libéraux », Les études hospitalières, 2000, p. 305.

cins généralistes que semble soulever le jugement rapporté²⁰.

Aussi intéressante soit-elle, la portée de ce jugement n'en reste pas moins incomplète.

B. Le préjudice moral nié

Dans cette affaire, trois arguments militaient en faveur de la reconnaissance d'un préjudice moral.

Le premier tenait à l'efficacité de la mission de suivi et de contrôle qui pèse traditionnellement sur les organismes d'assurance maladie²¹. En effet, en invoquant l'existence d'un préjudice extrapatrimonial, la caisse primaire se portait garante, dans son propre intérêt comme dans celui des assurés, du respect des engagements souscrits par le médecin référent et renforçait, par là même, la crédibilité d'un dispositif sujet à caution²².

Le second argument résultait de l'intention dissimulée du docteur G. de détourner l'option conventionnelle à son profit. Le rapprochement des chiffres, 11 420 actes réalisés pour un seuil maximal de 7 500, est éloquent à cet égard, laissant présumer qu'un effet d'aubaine l'avait déterminé à deve-

nir médecin référent. Or, en abusant d'une qualité vraie dans le but inavoué de se procurer des émoluments supplémentaires, il a indéniablement mystifié l'assurance maladie, ainsi que sa clientèle.

Dans la même logique, l'ampleur du dépassement constaté incitait à penser que le contrevenant n'avait pas apporté à l'exécution de l'option la diligence attendue et qu'il avait délivré aux patients adhérents des soins expéditifs. À l'évidence, ces derniers s'étaient engagés dans le dispositif médecin référent afin de pouvoir bénéficier d'un suivi médical optimal, notamment formalisé par la tenue d'un document médical de synthèse²³. Mais en dépassant le seuil d'efficacité, le docteur G. n'a pu leur garantir la qualité des soins qu'ils étaient légitimement en droit d'attendre²⁴ et a, de ce fait, discrédité le processus optionnel.

Sans doute, la caisse primaire n'a-t-elle pas suffisamment insisté sur ces différents aspects du litige, perdant, en première instance²⁵, toute chance de voir condamner le praticien défaillant au versement d'un euro symbolique, éventuellement assorti d'une publication correspondant à la réparation immatérielle du dommage²⁶.

²⁰ En pratique, cette activité « référente » pourrait être envisagée comme un instrument de mesure concourant à suspecter la commission d'un abus. L'opération consisterait à rapprocher l'activité litigieuse de la norme maximale du médecin référent augmentée d'un pourcentage restant à définir. À l'analyse, le juge ordinal utilise la même technique comparative pour qualifier l'abus d'honoraires, en considérant l'importance du dépassement par référence aux tarifs conventionnels (CE, 17 juin 1988, Bull. Ord. Méd. 1989, p.39). Toutefois, la rigueur de cette arithmétique médicale présente certains risques, notamment celui de négliger la réalité humaine. C'est pourquoi l'abus d'activité ne peut se déduire de ce seul calcul et doit être confirmé par d'autres indices.

²¹ Le pouvoir de contrôle, qui a trait au fonctionnement quotidien de l'organisme (art. R. 122-3, al.1, du code de la sécurité sociale et art. 9-1 de la convention nationale des médecins généralistes), a été consacré, en matière de suivi des engagements du médecin référent, par la section 4 de l'avenant n° 6 à la convention précitée.

²² Dans son rapport 2000, la Cour des comptes a sévèrement critiqué le dispositif médecin référent, spécialement son bilan financier incertain, son instabilité, ses objectifs ambigus et la médiocrité de ses résultats (voir, Cour des comptes « La sécurité sociale - septembre 2000 », Editions des Journaux Officiels, 2000, pp. 337-350).

²³ Article 5-6 de la Convention nationale des médecins généralistes, intitulé « document médical de synthèse ».

²⁴ Article 5-4 de la Convention nationale des médecins généralistes, afférent aux « engagements et droits des patients ».

²⁵ Notons que l'affaire est actuellement pendante devant la cour d'appel de Poitiers.

²⁶ Article 1^{er} du décret n° 59-191 du 23 janvier 1959 relatif à la publication des annonces judiciaires et légales.

Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de la Charente-Maritime
Section de LA ROCHELLE

AUDIENCE DU 20 MAI 2003
N° 2002336 L

L'an deux mille trois, et le vingt mai à neuf heures,

Audience publique du tribunal des affaires de sécurité sociale de la Charente-Maritime, section de La Rochelle, tenue au Palais de justice de La Rochelle, Salle d'audience par :

Monsieur R, président, désigné par ordonnance du premier président de la cour d'appel de POITIERS en date du 26 août 2002,

Monsieur R, assesseur employeur,

Monsieur Z, assesseur salarié,

Assistés de Madame D, secrétaire,

A été rendue la décision dont la teneur suit :

ENTRE :

Monsieur G, demandeur représenté par Maître M, avocat,

d'une part,

ET :

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Charente-Maritime, rue de Suède 17014 La Rochelle cedex, défenderesse représentée par Monsieur L, suivant pouvoir régulier,

d'autre part,

Vu le recours formé par Monsieur G par lettre recommandée du 20 décembre 2002.

Vu les récépissés des convocations en date du 14 février 2003, pour l'audience du 8 avril 2003 adressées aux parties par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

L'affaire à l'audience du 8 avril 2003 a été mise en délibéré, il est vidé à l'audience de ce jour.

Pour tenter de diminuer les frais médicaux remboursés par la sécurité sociale, il a été créé la notion de « *médecin référent* ».

Les malades éventuels se font inscrire chez le généraliste de leur choix, ont l'obligation de ne consulter que celui-ci et en échange ils ne font pas l'avance du coût de la consultation ou de la visite.

Le médecin s'engage à limiter ses actions (consultations et visites) à un chiffre annuel convenu entre lui et la caisse, celle-ci lui règle directement les actes qu'il accomplit et il perçoit une indemnité forfaitaire annuelle par malade inscrit à son cabinet de 150 francs par patient, versée par moitié au jour de la convention et l'autre à l'échéance.

C'est ainsi qu'en juin 1999 une convention de médecin référent a été régularisée entre le docteur G et la caisse de sécurité sociale, le nombre annuel d'actes ne devant pas dépasser 7 500.

Ce chiffre apparaissait comme raisonnable pour une médecine de qualité et si la première moitié de l'indemnité forfaitaire a été réglée, la caisse a refusé le paiement de la deuxième moitié, car le médecin a réalisé 11 420 actes dans l'année.

De ce fait la caisse demande que Monsieur G restitue la première moitié de l'indemnité forfaitaire qu'il a reçue et de son côté il demande paiement de la deuxième moitié soit 9 909,19 euros (65 000 francs).

Ce n'est pas au cours de l'année que la sécurité sociale a résilié la convention mais à la fin elle a refusé de la renouveler et le médecin en déduit : « *Cette disposition de la convention prévoit que la deuxième partie de la rémunération forfaitaire est due sauf dans une hypothèse précise, "dans le cas où l'option a été interrompue en cours d'année pour quelque motif que ce soit"* » et ajoute que « *la Commission constatera que, contrairement à ce que la CPAM 17 soutient, l'option conventionnelle (celle du médecin) n'a pas été interrompue en cours d'année mais qu'elle n'a pas été renouvelée pour l'année suivante* ».

Mais le terme « option » utilisé dans l'article 5-8 de la convention ne désigne pas l'option du médecin mais celle du patient et le même mot option figure dans :

l'article 5-1-2 de la convention consacrée à « *l'Adhésion de l'assuré* » qui dispose « *La durée de cette option est d'un an..., elle peut être transférée sur un autre médecin référent...* »

l'article 5-11-2 prévoit que l'option est réputée ouverte pour le patient ».

La décision de la caisse refusant le paiement de la deuxième moitié de la rémunération forfaitaire est ainsi justifiée, dans la mesure où l'option des patients a été interrompue du fait du non-renouvellement du contrat du médecin référent de Monsieur G. Ainsi entendu, la position de la caisse primaire est respectueuse des dispositions de l'article 5-8 prévoyant que « *la deuxième moitié de la rémunération forfaitaire n'est pas due dans le cas où l'option a été interrompue pour quelque motif que ce soit* ».

Le non-renouvellement du contrat « *médecin référent* » entraîne bien, de fait la rupture des contrats en cours pour les patients du médecin. En effet, ceux-ci n'ont pas souscrit leur acte d'adhésion à la date où Monsieur G s'est engagé dans l'option conventionnelle, mais ont adhéré tout au long des douze mois pendant lesquels l'intéressé était médecin référent. Chronologiquement, l'adhésion du praticien au contrat médecin référent est première, l'option du patient seconde. Le non-renouvellement de son adhésion est nécessairement venu interrompre chacun des contrat individuels avant la fin de leur durée, fixée à un an (article 5-1-2 de la convention).

L'on ne peut que constater que Monsieur G n'a pas respecté ni la convention ni l'esprit de la loi qui a voulu en quelque sorte responsabiliser le médecin et son patient pour éviter les soins ou analyses répétitifs.

Exécuter par an 11 400 actes (il ne faut pas oublier qu'il y a 52 dimanches, des jours fériés et bien évidemment quelques vacances) ne garantit pas la qualité des soins et va à l'inverse du but poursuivi.

De ce fait, la caisse est fondée à ne pas régler la deuxième partie de l'indemnité forfaitaire et Monsieur G doit rembourser la 1^{ère} partie.

PAR CES MOTIFS

Le Tribunal statuant publiquement, contradictoirement, en premier ressort, après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Condamne Monsieur G à rembourser à la sécurité sociale 7 489,06 euros.

Déboute Monsieur G de sa demande en paiement de 9 909 euros.

Dit non fondée la demande de dommages intérêts et relative à l'article 700 du Nouveau Code de procédure civile.