

Université René Descartes
Faculte de Médecine Paris 5

Master 2 de recherche en éthique et en santé publique

Année universitaire 2004-2005

**Quelles questions et quelle évolution pour la
responsabilité juridique dans les réseaux de santé ?**

Résumé

Juliette Penloup

Directeurs de mémoire :

Dr. Grégoire Moutel

Mme Dominique Leboeuf

<i>I Présentation de la problématique</i>	3
<i>II Matériels et méthodes</i>	4
<i>III Résultats</i>	6
<i>IV Discussion</i>	12
<i>V Conclusion</i>	21

I Présentation de la problématique

Notre système de soins, composé de structures mettant à disposition des personnels médicaux et paramédicaux, est censé répondre au mieux à la diversité des demandes de soins de la population. La question de l'adéquation de ces structures et de cette demande a entraîné la mise en place d'une restructuration de l'offre de soins notamment dans un sens favorable à l'émergence des réseaux de santé.

L'exercice de la « médecine en réseaux », c'est-à-dire la prise en charge coordonnée d'un patient par plusieurs professionnels de santé n'est pas une création récente et de nombreux réseaux fonctionnent depuis plusieurs années. C'est au début des années 1990 que se sont mis en place des réseaux « ville-hôpital » prônés dans plus de 20 circulaires ministérielles. Mais il faudra attendre 1996 pour que les ordonnances dites « Juppé » du 24 avril 1996 donnent un cadre juridique aux réseaux de soins. L'évolution récente de la législation a permis de faire un pas supplémentaire dans la mise en place des réseaux. En effet, tandis que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 met en place dans l'ONDAM une nouvelle enveloppe avec un fonds dédié au développement des réseaux au niveau national et régional, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 donne pour la première fois dans son article 84 une définition unique et légale des réseaux de santé : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation pour la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » (Article L6321-1- Chapitre V de la loi du 4 mars 2002).

Pourtant, malgré ces avancées incontestables dans la définition et la mise en place des réseaux ainsi que dans les actions qu'ils entreprennent, de nombreuses zones d'ombre sources d'interrogations ou d'inquiétudes existent encore, notamment en ce qui concerne leur encadrement juridique. Ainsi en est-il des questions, nombreuses, touchant à la détermination de la responsabilité médicale au sein d'un réseau de santé que nous allons examiner ci-dessous.

Nous le savons, un réseau “ville-hôpital” est composé de professionnels de santé du secteur libéral et du secteur hospitalier ainsi que de professionnels du domaine social. Ces différents acteurs, personnalités juridiques d’ordre différent, dépendent de juridictions différentes pour la mise en cause de leur responsabilité civile. Dès lors, afin d’éviter d’éventuels conflits de juridiction, il faut se demander à qui incombera la responsabilité en cas de litige avec le patient, sa famille ou son représentant légal. De même, il est essentiel de savoir dans quelle mesure le réseau encadre ses adhérents et dans quelles situations il peut voir sa responsabilité engagée. De plus, la mise en place des réseaux de santé, nouvelles formes de prises en charge collectives du patient, entraîne de nouveaux modes de coopération et d’exercice de la médecine entre les professionnels de santé et par là même, de nouvelles responsabilités qu’il faut savoir identifier pour se couvrir contre les risques de défaillance du réseau. Ainsi, par exemple, dans le cas de la mise en place par le réseau d’un dossier médical partagé ou encore d’un protocole de soins : qui des médecins ou du réseau doit être considéré comme responsable en cas de dommage causé à un patient ? Où s’arrête la responsabilité individuelle et où commence la responsabilité collective ?

L’ensemble de ces questions revient à s’interroger sur la détermination des frontières de responsabilité entre les professionnels du réseau d’une part et le réseau d’autre part, entre responsabilité individuelle d’un côté et responsabilité collective de l’autre. Questions auxquelles, pour l’instant, aucun texte ne permet de répondre et que nous avons tenté d’approcher dans ce mémoire.

II Matériels et méthodes

II-1 Hypothèse et objectifs de la recherche

Le but de cette étude est avant tout de connaître l’état de la réflexion sur cette question, de faire un état des lieux des interrogations qui en découlent afin de cerner les différentes perspectives d’évolution.

Pour mener à bien cette étude, une enquête a été effectuée dont nous allons présenter ci-dessous les modalités.

II-2 Population ciblée/ interrogée

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons décidé de centrer notre étude sur le point de vue de quatre types de population : des directeurs de réseaux, des institutionnels, des assureurs et des juristes spécialistes de la question des réseaux de santé, en excluant par là même les patients et les médecins des réseaux.

Ce choix se justifie par le fait que notre étude aborde un thème précis et complexe nécessitant des connaissances théoriques sur l'organisation des réseaux de santé et sur le droit général de la responsabilité médicale.

Hormis pour les coordonnateurs des réseaux de santé, ciblés en fonction du type de réseau dirigé, le choix des personnes interviewées a été effectué selon une approche simple : nous avons contacté plusieurs personnes de référence dans le domaine des réseaux de santé pour les interroger et obtenir des noms de personnes à interroger sur ce même sujet et c'est de cette manière que s'est constitué peu à peu notre panel d'étude.

II-3 Outil de recueil des données

1) Entretien semi directif

Comme nous l'avons signalé précédemment, la réflexion autour de la détermination des responsabilités dans un réseau de santé est quasiment inexistante et se heurte à la quasi absence de textes juridiques permettant d'engager une réelle discussion sur des points précis. Pourtant la recherche ne s'effectue pas dans un domaine tout à fait inconnu puisque le cadre du réseau ainsi que le contexte juridique environnant sont des éléments déjà intégrés.

C'est pour cette raison qu'il nous semblait important, avant toute chose, de faire un état des lieux des diverses approches existantes sur ce sujet, de mettre en lumière les points forts des prises de position.

Le choix d'un recours à des entretiens semi directifs est donc justifié par le besoin de recueillir un discours général et suffisamment ouvert sur un sujet mal cerné.

2) Construction et description du guide d'entretien

Les entretiens ont été construits en suivant un questionnement semi directif comportant onze items mais seuls neuf d'entre eux étaient réellement exploitables les deux autres (items 1 et 11) étant plus utilisés pour ouvrir et clore la discussion.

A travers ces neuf questions, les personnes interviewées étaient amenées à se prononcer sur différents thèmes englobant les diverses problématiques liées au sujet de la responsabilité

juridique au sein des réseaux de santé, tels la détermination de cette responsabilité, l'assurance du réseau ou encore la forme juridique de ce dernier.

3) Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé une série effective de seize entretiens dont un qui n'a pu être exploité en raison de la non pertinence des réponses.

La durée moyenne d'un entretien est de 35 minutes et varie entre 15 minutes et 1 heure10 minutes. Au début de chaque entretien nous demandions à notre interlocuteur de combien de temps il disposait et annoncions une durée moyenne de trente minutes pour l'entretien.

Mis à part M. T. (avocat droit de la santé), chaque interviewé a accepté d'être enregistré.

L'ordre des questions, c'est le propre de l'entretien semi-directif, n'a pas toujours été respecté pour permettre de suivre au mieux le cours du discours de la personne interviewée.

II-4 Méthode d'analyse des données

Après la retranscription des entretiens (retranscrits intégralement en respectant le mot à mot), la première étape de l'analyse a consisté à isoler les passages significatifs de chaque discours et à les regrouper dans neuf parties correspondant aux neuf principaux items.

C'est à partir de ces tableaux qu'ont pu être relevés les points communs, les différences et une synthèse des réponses obtenues a été effectuée. De fait, dans la mesure où notre analyse est qualitative et non quantitative, il nous a semblé pertinent de procéder, pour commencer à une analyse de contenu. Cette méthode a parfois été complétée par de brèves incursions dans une analyse de type analyse de discours, quand la mise en mots de nos témoins nous paraissait mériter d'être prise en compte.

Après ces premières analyses, nous avons procédé à une mise en perspective des discours recueillis dans une partie intitulée « Discussion ».

III Résultats

Après avoir isolé les éléments importants du discours de chaque personne, question par question¹, nous les avons analysés en mettant en lumière, comme expliqué précédemment dans la méthodologie, les thèmes importants et/ou récurrents ressortant de l'ensemble du corpus.

¹ Cf. mémoire : *III-1 Exposé des contenus bruts* (pages 13 à 38)

La synthèse des réponses obtenues est ainsi présentée sous forme de tableaux accompagnés de développements commentés indispensables pour rendre compte de façon assez précise des discours produits dans le cadre de l'approche qualitative par entretiens semi directifs.

Nous nous contenterons, dans ce résumé, de faire apparaître quelques-uns des éléments saillants exposés de façon plus précise dans le mémoire¹.

III-1 Résultats : analyse de contenu

1) Réseau et modification de la pratique professionnelle

Pensez-vous que le fait pour un médecin de travailler dans un réseau de santé modifie sa pratique professionnelle ?

Deux entrées sont ressorties de l'analyse des résultats de cette première question.

On observe, pour commencer, une unanimité des personnes interrogées concernant la modification de la pratique professionnelle des médecins dès lors qu'ils travaillent au sein d'un réseau.

Plusieurs témoins spécifient la nature des changements induits par l'exercice de la médecine en réseaux dans les pratiques professionnelles des médecins. Ainsi si la notion de pluridisciplinarité et la fin de l'isolement des médecins sont les éléments les plus récurrents, d'autres modifications telles la standardisation des pratiques ou un gain de temps ont été mises en avant par les témoins.

2) Réseau et responsabilité

Pensez-vous que le fait pour un médecin dans travailler dans un réseau de santé va entraîner des changements en termes de responsabilité ?

Les réponses ont été très diversifiées. Elles font apparaître une forte opposition entre nos témoins.

Ainsi, d'un côté, un peu plus de la moitié des témoins (8/15) considère que, pour un médecin, le fait de travailler en réseau va entraîner des changements en terme de responsabilité. Mais ces changements sont évoqués de manière vague et seul M. T. (avocat

¹ Pages 39 à 70

droit de la santé) estime qu'ils sont positifs dans la mesure où ils vont, à son sens, mieux protéger les médecins, plus entourés dans un réseau, des risques judiciaires.

De l'autre côté, et c'est pourquoi un fort désaccord se fait sentir à travers cette question, six personnes affirment qu'aucun problème ne se pose. Selon elles, les règles actuelles de responsabilité sont amplement suffisantes notamment parce qu'elles considèrent que la responsabilité du médecin reste inchangée, qu'elle sera engagée dans les mêmes conditions réseau ou pas.

3) Cas du protocole de soins

Prenons le cas concret d'un protocole de soins établi par le réseau. Si l'on imagine qu'un médecin applique ce protocole à un patient et que celui-ci entraîne un dommage pour le patient, qui doit être considéré comme responsable ?

Précisons, tout d'abord, que pour un tiers des témoins, la question n'est pas pertinente, principalement parce qu'il leur paraît inconcevable qu'un protocole de soins puisse être dangereux pour les patients compte tenu des critères de qualités auxquels il répond.

Reste que pour près de la moitié des personnes interrogées (7/15), le principal responsable doit être le médecin qui a appliqué le protocole de soins. Pourtant certains de ces témoins envisagent tout de même une possible mise en cause de la responsabilité du réseau de santé.

Au final, qu'elle soit partielle ou entière, cette responsabilité du réseau est envisagée explicitement par huit des personnes interrogées.

4) Cas du dossier médical partagé

Envisageons un autre cas concret : le dossier médical partagé établi par le réseau se perd. Qui est responsable ?

La question de la responsabilité engagée par la perte d'un dossier médical engendre, une fois écartées les réponses imprécises ou trop peu explicites (classées dans la colonne « ne se prononce pas » du tableau p. 54) quatre types de réponses qui mettent plus en cause la responsabilité du réseau que celle du médecin.

Un seul des témoins affirme que c'est toujours le médecin qui devra être considéré comme responsable.

Pour quatre des personnes interrogées, c'est toujours, au contraire, du côté du réseau qu'il faudra chercher la responsabilité de la perte d'un dossier médical partagé.

Pour trois autres des témoins, la responsabilité est à chercher tantôt du côté du médecin, tantôt du côté du réseau.

Enfin quatre personnes estiment que la responsabilité en cas de perte d'un dossier médical ne saurait être définie qu'au cas par cas, en tenant compte des cas d'espèce.

5) Exemples de situations problématiques ?

Voyez-vous d'autres situations qui pourraient faire émerger un questionnement sur le détenteur de la responsabilité ?

Les réponses obtenues à la question 5 sont très diverses et peu calibrées. De fait, peu de réponses portent de manière stricte sur la question posée, beaucoup d'entre elles élargissant la réflexion au-delà. Nous avons tout de même pu distinguer deux tendances parmi les personnes interrogées : d'un côté nous trouvons ceux qui reconnaissent qu'il existe des situations sources d'interrogations en ce qui concerne le détenteur de la responsabilité au sein des réseaux de santé et de l'autre ceux qui estiment qu'il n'y a aucuns problèmes.

Ainsi, parmi les quinze personnes interrogées, huit affirment, explicitement ou non, qu'il n'est pas toujours évident de distinguer le détenteur de la responsabilité dans les situations créées par le réseau. Tandis que seuls trois témoins affirment, à la suite des items 3 et 4, qu'il n'existe pas de situations problématiques.

6) Lien entre détermination des frontières de responsabilités et gêne dans la pratique

Pensez-vous que ces problèmes ou changements liés à la détermination des frontières de responsabilité gênent ou modifient les pratiques des professionnels de santé ?

Seuls deux témoins, sur les treize interrogés sur cette question, affirment que les problèmes quant à la détermination des frontières de responsabilité entraînent une modification de la pratique des médecins.

Les autres témoins (10/13) se répartissent entre ceux qui ne formulent pas de point de vue explicite sur la modification de la pratique et ceux (6/13) qui affirment de manière explicite que la question des responsabilités n'engendre pas de modification des pratiques.

Pourtant, si cette modification des pratiques n'est pas mise en avant par les personnes interrogées, six témoins (dont deux de ceux qui ont affirmé ne pas observer de changement de pratique) s'accordent pour dire que la question de la responsabilité trouble les praticiens. Ce

trouble s'exprime notamment par les questions fréquentes des praticiens à certains de nos témoins. Le terme de « peur » revient dans le discours de deux personnes.

Précisons cependant que trois témoins soulignent le peu de légitimité des inquiétudes des médecins sur cette question.

7) La nécessité d'un encadrement juridique

Faut-il un encadrement juridique ? Doit-on légiférer sur ces questions ?

Les réponses à cette question ont été réunies en deux grands thèmes : l'affirmation ou l'infirmité de la nécessité de recourir à un encadrement juridique autour des questions de détermination de la responsabilité au sein des réseaux de santé et la mise en évidence de la difficulté de légiférer sur ce sujet à cause de la trop grande complexité des questions.

Il ressort de l'analyse des réponses que plus des deux tiers des personnes interrogées (11/14) considère qu'un encadrement légal n'est pas utile et cela pour diverses raisons explicitées dans le mémoire¹. Pour sept d'entre eux, le cadre juridique actuel est suffisant pour répondre aux situations présentées par les réseaux de santé.

Seuls trois de nos témoins considèrent qu'un encadrement juridique précis est nécessaire.

Le second thème présenté a été mis en avant par quatre des personnes interrogées. Elles soulignent la difficulté et la complexité des questions attenantes à la responsabilité dans les réseaux de santé et par là même, pour certains, l'incapacité du législateur à se pencher sur des questions aussi techniques.

8) Formes du réseau

Doit-on considérer le réseau comme une entité juridique à part entière ? Quelle forme pour le réseau ?

La question de la structure du réseau a entraîné un fort taux de non réponses parmi nos témoins (4/13).

Il ne ressort pas de ces résultats une préférence marquée pour l'une ou l'autre des structures encadrant les réseaux que sont l'association ou le groupement de coopération sanitaire. En revanche, force est de constater que les deux autres structures, le GIP et le GIE, n'ont été mentionnées que pour être critiquées.

¹ Page 63

Cinq des personnes interrogées considèrent que la forme associative convient aux réseaux et encore cette affirmation est-elle peu marquée par deux d'entre elles. Pour trois de nos témoins, la structure associative n'est pas un bon support et ce sont les GCS, ou même les coopératives de santé pour l'un d'eux, qui leur semblent plus adaptés à la situation actuelle.

9) Réseau et assurance

En termes d'assurance qui assure le réseau ?

On dénote dans un premier temps l'incertitude assez générale au niveau des réponses des témoins à cette question de l'assurance des réseaux. Cette incertitude est explicite dans cinq des discours recueillis mais, plus largement, elle s'observe de manière diffuse dans l'ensemble des témoignages. Aucun d'eux, de fait, n'adopte un discours rassurant ou parfaitement clair sur la couverture assurancielle des réseaux de santé.

Beaucoup de questions se posent et il semble, à travers les discours recueillis, que les sociétés d'assurances tardent à s'y intéresser ou, tout du moins à s'engager dans ce domaine.

Il apparaît que les réseaux de santé ne sont pas assurés pour leurs activités de soins : ainsi la seule assurance dont semble pouvoir bénéficier le réseau de santé (et encore... puisque quatre témoins affirment que le réseau ne s'assure pas !) est une assurance en responsabilité civile, une assurance qui s'attache au matériel, aux locaux du réseau...

Le point de vue des assureurs peut nous permettre de comprendre cette situation puisque tous deux considèrent que le réseau n'est pas soumis à l'obligation d'assurance (ce que conteste fermement M. V.) du fait de son activité limitée, selon eux, à la simple organisation, coordination des soins.

Il faudrait donc, selon M. F. (assureur), mais aussi si l'on suit le point de vue de M. E. (direction tutelle et financement des réseaux), effectuer une distinction entre les réseaux en fonction de leur activité pour pouvoir cerner leurs besoins assuranciers.

En tout état de cause, comme le soulignent deux membres de réseaux, chaque praticien garde sa propre assurance pour exercer dans le réseau. D'ailleurs cela suffirait, selon deux des témoins, à couvrir l'activité de soins du réseau.

III-2 Regard critique sur la méthodologie

Notre enquête repose, nous avons eu l'occasion de le dire, sur une approche qualitative et non quantitative. Cette caractéristique limite bien évidemment la portée de l'étude menée et des résultats obtenus.

Il faut souligner, tout d'abord, que la population interrogée est composée de quinze personnes, seulement, ce qui n'autorise aucun résultat de type statistique. Nous avons cependant justifié cette approche par l'impossibilité de mener d'emblée une enquête statistique sur un terrain aussi mal connu que celui que nous avons essayé de défricher. Le choix des témoins s'est effectué dans la plupart des cas à partir de critères préalablement définis mais, dans certains cas, le choix originel n'a pu être maintenu en raison de réorientation, par le témoin choisi, sur une autre personne. Les critères de départ n'ont donc pas pu être respectés dans tous les cas.

Par ailleurs, le nombre relativement faible des témoins sollicités et la variété de leurs horizons professionnels ne nous ont pas permis de réaliser l'un des objectifs que nous nous étions fixés pour cette analyse, à savoir une différenciation des points de vue en fonction des appartenances professionnelles. De fait, une telle analyse s'est avérée le plus souvent impossible dans la mesure où les catégories constituées en amont de l'enquête se sont révélées très grossières et masquant, de fait, des diversités importantes dans les fonctions de témoins considérés au départ comme relevant d'un même ensemble.

Il faut souligner, enfin, que le corpus recueilli ne pouvant pas, compte-tenu de sa taille et de l'approche choisie, être traité à l'aide d'un logiciel de traitement de données, notre analyse relève nécessairement d'une part de subjectivité et d'intuition. Ceci n'est pas à notre sens un défaut mais cela constitue indéniablement une limite à l'analyse effectuée.

IV Discussion

IV-1 Quelle forme juridique pour quelle responsabilité ?

Le réseau de santé n'est pas une forme juridique en lui-même. Selon le décret du 7 septembre 2003, il a la possibilité de se structurer selon quatre types de modèles : le groupement d'intérêt public (le GIP), le groupement d'intérêt économique (le GIE), l'association, ou le groupement de coopération sanitaire (le GCS). Par ailleurs certains réseaux se constituent sous forme conventionnelle mais cette dernière solution reste rare et dangereuse car, dans ce cadre, les réseaux, n'ont pas de personnalité morale.

Actuellement, près de l'ensemble des réseaux de santé en France se sont constitués en association de loi 1901. Les formules de GIP et de GIE semblent, aux dires des témoins, très peu utilisées en raison notamment de la lourdeur des investissements et des procédures à mettre en place. Le groupement de coopération sanitaire n'est aujourd'hui le support d'aucun réseau de santé mais cette structure constitue la formule officielle mise en avant par le

gouvernement et devrait se développer dès la sortie des décrets d'application de l'ordonnance de simplification de septembre 2003.

La question de la forme des réseaux de santé est une question importante, fortement liée à la question qui nous occupe de la responsabilité médicale puisque le statut public ou privé du réseau dépendra de la structure adoptée et déterminera la juridiction compétente dans le cas d'un contentieux. De plus, les responsabilités se répartiront différemment entre les acteurs selon la structure choisie. Ainsi, dans l'hypothèse d'une mise en cause de la responsabilité du réseau, il faudra avant tout définir si ce dernier est une personne morale distincte ou non, puisque, si c'est le cas, la question de la responsabilité de cette personne morale ne pourra être éludée.

Dans cette partie ont été étudiées, d'un côté la forme associative et de l'autre, le GCS (les autres supports juridiques n'ayant, semble-t-il, que peu de poids et d'avenir dans le développement des réseaux de santé) de façon à déterminer si l'une de ces deux structures pourraient permettre de répondre aux questions autour de la détermination des responsabilités dans un réseau.

Il apparaît, au final, que définir la meilleure des deux structures susceptible d'être support d'un réseau de santé s'avère difficile. Tout d'abord parce que, nous l'avons dit, à ce jour aucun réseau de santé n'est encore sous forme de GCS. Ensuite parce que ce choix semble, comme le confirme M. T., tenir à l'objet des réseaux qui, très différents, n'ont pas tous besoin du même type de structure. Enfin, pour ce qui est de la détermination de la responsabilité, nous l'avons vu, ce n'est pas le type de structure qui changera la réflexion.

Le choix d'un mode d'organisation ne nous paraît pas jouer de manière décisive dans le règlement des interrogations autour de la répartition des règles de responsabilité. Il semble que ce n'est pas tant la structure que les statuts qu'il faut définir avec attention. De plus la forme du réseau devra être choisie en fonction de l'objet du réseau à encadrer.

Tout comme le GCS, la forme de l'association peut donc tout à fait convenir si les statuts en sont parfaitement rédigés, et si les différentes possibilités de responsabilités, mais aussi les autres situations pouvant poser question, sont clairement établies et définies.

IV-2 Questions de responsabilités

Le développement des réseaux de santé et leur reconnaissance par le législateur¹ impliquent une réflexion autour de ces nouvelles formes d'organisation des soins et

¹ La loi du 4 mars 2002 en donne une définition unique

notamment autour de la question de la responsabilité des acteurs y prenant part. En effet, comme le précise M. Cormier¹, les activités mises en place par un réseau de santé pouvant être génératrices de contentieux, il convient de s'interroger sur les conditions de mises en œuvre de cette responsabilité, tout en distinguant la responsabilité des membres du réseau de celle de l'organisme support du réseau (s'il existe).

Or la question n'est pas simple. Tout d'abord, l'encadrement même des réseaux est multiple : tous les réseaux ne sont pas dotés de la personnalité morale et quand bien même ils le seraient, là encore, leur régime n'est pas fixé puisqu'il dépend du choix de la structure gestionnaire. De plus sont réunies à l'intérieur d'un même réseau des personnes juridiques aux statuts très différents et pouvant appartenir tant au régime de droit privé qu'au régime de droit public. Ainsi en est-il, par exemple, pour les médecins libéraux soumis aux règles du droit civil et pour les praticiens hospitaliers dont la responsabilité relève des juridictions administratives. Notons d'ailleurs que seules les responsabilités civiles et administratives des médecins travaillant en réseau ont été envisagées dans ce mémoire. Les deux autres types de responsabilité pénale et disciplinaire n'ont pas été étudiés pour le simple fait que tout médecin, qu'il soit libéral ou hospitalier, verra sa responsabilité engagée personnellement selon la même procédure et les mêmes règles, ce qui n'est pas le cas des responsabilités civile et administrative. En effet, si le professionnel de santé libéral est toujours exclusivement responsable, civilement et pénalement, de son fait fautif personnel de diagnostic, de prévention ou de soin, le praticien hospitalier, lui, se verra immunisé pour les fautes commises dans le cadre de ses fonctions par le service hospitalier qui « fait écran » entre la victime et ses agents.

La question se pose d'autant plus intensément que les tribunaux ne se sont encore jamais prononcés et que la réflexion doctrinale reste quasiment inexistante².

1) Le droit de la responsabilité appliqué aux réseaux de santé

A la lumière de l'analyse de nos quinze entretiens et notamment de la question 2, il ressort que ce sujet n'est absolument pas clair au sein du groupe de professionnels concernés par la question des réseaux et les réponses souvent mal assurées et peu fondées. On ne dénote aucune unanimité mais deux grandes tendances se font cependant sentir. D'un côté la majorité des personnes interrogées avoue se poser des questions et estime même que des changements dans la répartition des règles de la responsabilité médicale risquent de survenir avec

¹ M. Cormier, « Réseaux de soins et responsabilité », revue *L'entreprise médicale*, 21 décembre 2001, p.9

² Cf. tout de même les différents articles cités en bibliographie

l'organisation en réseau tandis que de l'autre côté une poignée de témoins affirme fortement qu'aucun changement n'est à envisager notamment parce que le médecin verra sa responsabilité engagée selon les mêmes règles de droit, qu'il travaille ou non en réseau.

Avant de discuter ces points de vue, nous tenons à préciser qu'aucune jurisprudence n'existant à l'heure actuelle sur cette question, on ne peut préjuger de la lecture que les tribunaux en auront. Pourtant, comme l'indique Alain Ravelet dans son article « Réseaux de santé et responsabilité¹ » dont nous nous sommes largement inspirée pour étayer notre raisonnement, on peut toujours essayer d'anticiper les solutions par la réflexion en adoptant « *une méthode de raisonnement juridique par analogie avec les autres formes d'exercice en commun de la médecine (établissement de santé, HAD, équipe médicale, etc.) pour lesquelles on dispose largement de ces indications jurisprudentielles et doctrinales* ». Nous exposerons succinctement, dans ce résumé, les conclusions auxquelles nous sommes parvenue en utilisant cette méthode de raisonnement par analogie détaillée aux pages 80 à 83 du mémoire.

La responsabilité entre les membres de l'organisation en réseau de santé est une **responsabilité contractuelle pour faute** qui s'applique aux parties signataires de la convention constitutive et de la charte du réseau en cas d'inexécution des obligations nées de ces documents. Cette responsabilité vaut que le réseau soit ou non une personne morale.

C'est **la responsabilité envers les tiers** des acteurs du réseau ainsi que celle de l'organisme gestionnaire lui-même, qui nous intéresse dans une plus grande mesure puisque, nous l'avons dit, l'activité d'un réseau peut créer des dommages à ses usagers notamment et aux tiers plus largement et il convient de s'interroger sur la répartition des responsabilités à l'intérieur de cette organisation.

Il faut, dans un premier temps, distinguer les réseaux conventionnels, constitués par une simple convention et donc sans personnalité morale, des réseaux non conventionnels, gérés par une personne morale de droit public ou de droit privé.

- Le réseau conventionnel : dans le cas d'un **réseau purement conventionnel** et donc sans personnalité morale, **c'est aux membres de réparer les dommages causés**.
- Le réseau doté d'une personnalité morale : c'est ce cas de figure que l'on retrouve le plus fréquemment. Or, ici, **l'application du régime de responsabilité ne va pas de soit du fait de l'irruption d'une nouvelle personne juridique**.

Ce sera au juge de définir quelles sont les activités dont le réseau a effectivement et légalement la charge au travers de la lecture des statuts et de la licéité de leur objet, car il est

¹ Alain Ravelet, « Réseaux de santé et Responsabilités », février 2005

bien entendu que le réseau ne pourra être responsable que des activités dont il avait effectivement et légalement la responsabilité.

Toutefois, cette question ne se posera pas en ce qui concerne l'activité libérale, puisqu'à la lumière des règles générales du droit de la responsabilité médicale, il apparaît que **le professionnel libéral**, même lié par un contrat d'exercice avec une structure collective, **reste exclusivement responsable, civilement et pénalement de son fait fautif**. Par analogie, on peut penser qu'il en sera de même s'il exerce en réseau.

En revanche, la situation qui s'avère problématique est bien la distinction de la personne morale responsable des activités salariées et statutaires. En effet, les praticiens hospitaliers exerçant dans un établissement public, de même que les professionnels salariés d'un établissement privé sont immunisés de leurs fautes commises dans le cadre de leurs fonctions.

Mais quelle responsabilité doit être engagée en cas de faute commise par le salarié ou l'agent public dans l'exercice de son activité en réseau ? Celle du réseau de santé justement ou celle de l'établissement membre du réseau ? Dans tous les cas, il semble clair que **le praticien reste immunisé** et ne verra pas sa responsabilité engagée directement. Il reviendra au juge de déterminer au cas par cas sous quelle responsabilité effective s'exerçait l'activité fautive pour résoudre la question. Toujours est-il que **la responsabilité retenue pourra être celle de l'établissement membre et employeur initial ou celle du réseau ou bien même, selon les cas, des deux cumulativement.**

2) Réflexion autour des résultats issus de l'analyse

Selon l'analyse ci-dessus, **la responsabilité de chaque praticien resterait donc identique tandis que c'est la responsabilité des établissements membres du réseau de santé qui s'en trouverait modifiée** car moins sollicitée de par l'irruption de cette nouvelle personne morale que constitue le gestionnaire du réseau de santé.

A- Examen des discours recueillis au regard des principes théoriques exposés

Cette réflexion confirme les propos tenus, question 2¹, par six de nos témoins dont trois juristes et l'on peut alors estimer que les craintes de la majorité des personnes interrogées au sujet des divers changements susceptibles d'apparaître dans la mise en cause de la responsabilité du médecin du fait de son exercice en réseau ne sont pas justifiées.

¹ Question 2 : « Selon vous, le fait pour un médecin de travailler dans un réseau de santé va-t-il entraîner des changements en termes de responsabilité médicale ? »

Pourtant, bien qu'il apparaisse, au terme de notre analyse, que les médecins membres d'un réseau de santé conservent leur régime de responsabilité initial, on observe que nos témoins, pour la moitié d'entre eux, insistent spontanément (question 6¹) sur la peur et l'incertitude des professionnels de santé dans ce domaine. Ces résultats mettent en évidence l'importance du flou présent autour de ces questions de responsabilité et l'on peut penser que cette incertitude ressentie parmi les membres et encore plus fortement à l'extérieur du réseau pourrait freiner certains médecins à s'engager dans ce type d'organisation.

Ce constat nous entraîne alors vers la question de savoir comment résorber l'inquiétude des professionnels de santé. Comment les rassurer ? Pour commencer, la réponse se trouve-t-elle dans une législation plus adaptée aux réseaux de santé et au sujet de leur responsabilité ? Une forte majorité des personnes interrogées² répond négativement à cette question. Les raisons de ce net refus à une intervention du législateur sont simples. Tout d'abord, et en premier lieu, parce que les règles actuelles en droit de la responsabilité médicale et celles concernant les réseaux devraient permettre au juge de répondre, mais aussi, dans un second temps, parce que la diversité des réseaux et la complexité de la question attenante à la détermination de la responsabilité des membres et de l'organisation gestionnaire rendent ce sujet trop technique et précis pour être envisagé dans une loi.

Mais si la réponse ne peut être apportée par le législateur, quelles sont les solutions envisageables pour diminuer l'anxiété face à cette question ? La solution la plus simple et sans doute la plus efficace serait peut-être d'expliquer clairement aux praticiens des réseaux quels sont les risques réels et ce à quoi ils s'engagent.

B- Retour sur les cas concrets

Les questions 3 et 4 soumises aux témoins nous permettent d'envisager de façon concrète, à la lumière de ce qui a été mis plus haut en évidence, deux cas de figure qui font surgir la question de la responsabilité propre du réseau.

Les réponses recueillies autour de la question 3 insistent sur une responsabilité principale du médecin en cas de dommage causé à un patient par l'application d'un protocole de soins établi par le réseau de santé. Mais si le protocole de soins a effectivement été établi par le réseau de santé et que le médecin en a fait une application scrupuleuse, il est envisageable de considérer que c'est au réseau de réparer les conséquences dommageables de son application.

¹ Question 6 : « Pensez-vous que ces problèmes ou changements liés à la détermination des frontières de responsabilité gênent ou modifient les pratiques des professionnels de santé ? »

² Cf. analyse question 7 : 11 témoins sur 14 estiment qu'il ne faut pas légiférer

En effet cette faute doit être rattachée à l'organisation des soins qui relève de la responsabilité de la personne morale gestionnaire.

De fait le point de vue à adopter n'est pas nécessairement manichéen et les deux responsabilités (du médecin et du réseau) pourront être conjointement recherchées. Ainsi, si les tribunaux reconnaissent que l'application d'un protocole de soins n'est pas exonératoire de responsabilité pour le médecin, cela ne veut pas dire que le réseau ne peut pas voir sa responsabilité mise en œuvre.

Il convient là encore d'appliquer le raisonnement exposé plus haut : si le médecin qui applique le protocole est un médecin libéral, il verra sa responsabilité engagée au premier plan ce qui n'empêchera pas une coresponsabilité du réseau à l'origine du protocole. En revanche, pour le cas des médecins d'établissements public ou privé, leur responsabilité directe ne pouvant être mise en cause, la question sera de savoir qui du réseau de santé ou de l'établissement premier engagera sa responsabilité pour le fait du praticien. Le juge regardera, nous l'avons expliqué, les statuts de l'organisation gestionnaire du réseau tout en déterminant la personne morale qui avait autorité dans les faits sur l'activité du praticien. Une fois de plus la coresponsabilité de la personne gestionnaire pourra être recherchée.

Pour conclure, on peut estimer, à la suite de deux de nos témoins (M. F. et M. T.) qu'il vaut peut-être mieux respecter les protocoles produits par les autorités de santé afin de se couvrir au maximum contre le risque judiciaire ou, tout au moins, inciter le réseau à se prémunir de ce risque par le biais de protocoles suffisamment détaillés.

Si l'on se penche maintenant sur l'hypothèse du dossier médical partagé mis en place par un réseau de santé, l'analyse de la question 4 nous révèle que la responsabilité du médecin n'est, cette fois, pas mise au premier rang. C'est le réseau de santé qui, aux yeux de nos témoins, apparaît comme premier responsable de la perte du dossier médical partagé tout du moins en ce qui concerne l'archivage ou la confidentialité de ce dernier. Ces résultats, qui mettent en avant la responsabilité du réseau, prouvent donc que ce dernier s'apparente, pour nos témoins, à un établissement hospitalier.

Etant l'un des outils les plus sensibles de la protection des patients (puisque tout dossier erroné ou égaré peut être source d'une erreur médicale comme par exemple la non communication d'une allergie qui peut entraîner des conséquences dommageables) il semble incontournable de se poser la question de savoir à qui incombe la responsabilité en cas de préjudice causé au patient du fait de la perte de son dossier médical, et cela afin de se prémunir des risques par une meilleure organisation.

Si l'on applique la logique classique, il faudra d'abord distinguer celui qui a la responsabilité du dossier médical et s'il apparaît que c'est le réseau : *« A ce moment-là, pourquoi essayer de différencier la responsabilité en cas de perte du dossier médical d'un réseau de santé ou d'un système plus classique qui correspond à l'hôpital ? [...] c'est toujours le réseau qui doit assumer la responsabilité, avec une même symétrie que pour l'hôpital. »* (M. V.). Mais, bien entendu cela n'empêche pas d'engager la responsabilité du ou des membres fautifs suivant leur implication dans le dommage et *« au final la répartition se fera suivant la part prise par chacun dans la réalisation du dommage. »* (M. R.).

Mais si l'on reconnaît la responsabilité d'un réseau de santé au même titre qu'un établissement de santé, qu'en est-il de son assurance ? Or, nous allons le voir, à ce jour la plupart des réseaux ne trouvent pas à s'assurer.

IV-3 Assurer un réseau de santé

Au terme de l'analyse de la question 9, relative à l'assurance des réseaux de santé, il apparaît que ce sujet est source d'interrogations chez l'ensemble de nos témoins. On dénote une incertitude assez générale probablement due aux réticences des assureurs à s'engager avec ces nouvelles formes d'organisation de la santé.

Dès lors qu'il a la personnalité juridique, le réseau de santé devra s'assurer pour couvrir les dommages qu'il serait susceptible de créer et dont il a la responsabilité dans le cadre de son activité. La question est alors de bien définir quelles sont les activités du réseau. Il apparaît clairement que le réseau est responsable et doit s'assurer civilement pour les dommages causés aux tiers étrangers au réseau ainsi qu'en cas de manquement à ses obligations contractuelles dans ses rapports avec ses fournisseurs. Mais qu'en est-il pour les dommages causés à l'usager en matière médicale ? Peut-on considérer qu'un réseau de santé exerce une activité de soins qui le soumettrait à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique ?

Actuellement si les assureurs commencent à assurer les réseaux de santé en responsabilité civile pour les locaux, le matériel etc., pour l'instant il semble qu'aucun réseau ne réussisse à s'assurer pour son activité médicale du fait de son illégalité selon les assureurs. Reste alors l'assurance individuelle de chaque praticien en cas de dommage mais celle-ci est-elle suffisante ?

1) Les réseaux de santé peuvent-ils exercer une activité de soins ?

Cette question peut sembler singulière au regard des textes relatifs aux réseaux tels la loi du 4 mars 2002 et son décret d'application du 17 décembre 2002 qui énoncent que le réseau assure une prise en charge globale du patient tant sur le plan de la prévention, du diagnostic que des soins¹. Pourtant la prise en charge médicale d'un patient par un réseau de santé reste une question préalable qui n'est pas encore tranchée. On le voit d'ailleurs à la lecture des résultats de la question 9 puisque les deux assureurs interrogés considèrent que le réseau n'a pas la charge d'une activité de soins et n'est donc pas soumis à l'obligation d'assurance qui concerne toutes les structures ou organismes exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins (art. L. 1142-2 CSP)².

Précisons avant tout qu'il existe deux grands types de réseaux : d'un côté, les réseaux purement organisationnels qui exercent une activité limitée à la simple organisation et la coordination des soins et ne sont pas soumis à l'obligation d'assurance ; de l'autre les réseaux incluant des patients et exerçant, semble-t-il, des activités de soins comme les réseaux de périnatalité ou de soins palliatifs.

Afin de définir si ces derniers ont la possibilité d'assurer directement la prise en charge médicale de leurs patients, on peut imaginer que le juge regardera si l'activité médicale exercée par le réseau figure bien dans ses statuts et si le réseau peut effectivement l'exercer au regard de la loi du 4 mars 2002 et de son décret d'application. Si c'est le cas, et cela nous semble fort probable, le réseau sera donc soumis à l'obligation d'assurance définie à l'article L. 1142-2 CSP. Quant à savoir si les assureurs se risqueront à l'assurer en propre pour son activité de soins et pour quel montant, c'est là une question qui reste ouverte.

2) L'assurance individuelle de chaque praticien est-elle suffisante ?

Plusieurs de nos témoins estiment que l'assurance individuelle de chacun des praticiens membres suffit à couvrir l'activité de soins du réseau de santé. Or il est très probable que si la participation du professionnel de santé n'est pas clairement stipulée à la société d'assurance

¹ Article L 6321-1 CSP : « les réseaux de santé ont pour objet [et] assurent une prise en charge [...] tant sur le plan [...] de la prévention, du diagnostic que des soins »

Article D 776-1-2 CSP : « les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention [...] de soin »

Article D 776-1-3 CSP : « une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau »

² Article L 1142-2 CSP : « les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article 1142-1 et toute autre personne morale, autre que l'état, exerçant des activités de prévention, de diagnostic et de soins, ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé à l'état de produits finis utilisés, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers résultant d'atteinte à la personne, survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins ».

avant qu'un dommage ne survienne, cette dernière ne le couvrira pas. De même pour les praticiens hospitaliers qui risquent de voir leur responsabilité directe et personnelle engagée s'ils n'ont pas correctement informés l'hôpital de leur activité dans le réseau. La solution qui semble voir le jour est la souscription d'une extension d'assurance par le praticien membre du réseau mais on peut se demander à qui en revient la charge? Ne serait-ce pas au réseau de la payer ? En effet la logique du réseau de santé, qui est celle d'un réseau qui « chapeaute » et encadre ses médecins, laisse à penser qu'il devrait en avoir la charge.

V Conclusion

Notre travail d'enquête a mis en évidence un fort questionnement autour de la question de la responsabilité au sein des réseaux et a suscité des réactions très vives de la part de nos interlocuteurs, indices, à notre sens, de l'importance des enjeux d'une réflexion en ce domaine.

Au terme de notre mémoire, il nous semble que l'hypothèse selon laquelle nous avons construit notre questionnement, à savoir que les réseaux induisaient des changements significatifs en termes de responsabilité n'est pas clairement fondée. Certes, des changements vont apparaître du fait même de la personnalité morale du réseau et cette situation provoque questions et incertitudes, mais l'hypothèse que nous retenons désormais, à la suite de notre mémoire, comme la plus pertinente est qu'il n'y aura pas de révolution en droit de la santé si le juge raisonne à l'aide des règles classiques du droit de la responsabilité médicale et considère le réseau comme un établissement de santé. L'existence de divers statuts et régimes juridiques au sein des réseaux conduira sans doute le juge à adopter des solutions originales.

Pourtant, on peut supposer que les grandes règles de la responsabilité, et en particulier l'engagement de la responsabilité pour faute, fourniront un outillage juridique suffisant aux contentieux des réseaux. Il n'y a donc pas nécessité aujourd'hui de légiférer sur ces points.

Est-ce à dire qu'il faille se contenter d'attendre la jurisprudence et s'abstenir d'anticiper, comme nous le suggèrent certains de nos témoins (« *Moi je n'ai pas de boules de cristal et puis on ferait de la politique fiction, c'est d'ailleurs tout le risque de votre sujet.* » M. L.) ? Nous pensons, pour notre part, qu'une posture d'anticipation, comme celle que nous avons adoptée tout au long de ce mémoire, basée sur une réflexion par analogie s'avère nécessaire (même s'il est évident qu'elle ne prétend pas se substituer au raisonnement du juge) afin d'essayer de se couvrir au mieux contre les risques potentiels.

S'il est, par ailleurs, une conclusion qui nous paraît pouvoir être tirée, c'est que les réseaux ont tout intérêt, à se protéger, dès leur création, par des statuts très précis à la constitution desquels une réflexion par anticipation peut contribuer.

Reste qu'il ne faut pas majorer pour autant la nécessité de protection des professionnels au sein du réseau. On peut d'ailleurs constater que, dans les faits, un médecin n'a pas plus de risque de voir sa responsabilité engagée dans un réseau de santé qu'ailleurs. L'inquiétude des professionnels mise en avant par nos témoins semble donc en partie non fondée. L'une des conclusions, à ce titre, auxquelles nous sommes conduite par notre enquête est la nécessité d'accroître significativement la communication et de clarifier les informations sur le fonctionnement des réseaux (*« Là-dessus ce que je critique dans toutes ces approches, dans ce qu'on dit des réseaux, c'est que le discours est opaque, éclaircir le discours, dire le réseau, ses justifications et le faire dans un langage compréhensible à chacun dans notre pays »* M. F.) de manière à rassurer les membres des réseaux ou, plus exactement, à donner leur juste place aux questions qui se posent.