

**CONSEIL D'ETAT**  
**MEMOIRE DE SAISINE**

**POUR :**

Conjointement, les Docteurs SOPENA Philippe, BECEL Bernard, BOUREZ Thomas, BRONNER Claude, BUSCAIL Sandrine, GENDARME Jean Marie, HAMON Jean Paul , KAYSER Marie, LEHMANN Christian et PLEDRAN Bernard  
( *MEDECINS GENERALISTES ET ASSURES SOCIAUX* )

**CONTRE :**

LES ARRETES PRIS PAR MONSIEUR LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, D'APPROBATION EN DATE DU 20 DECEMBRE 2004 DES VERSIONS PAPIER ET ELECTRONIQUE DU FORMULAIRE CERFA N°12482\*01 ET DE LA NOTICE 51041#01 ( publiés au Journal Officiel du 28/12/04 )

\*\*\*\*\*

En application de la Loi N°2004-810 du 13/08/04, et notamment de l'art L162-5-3 du code de la sécurité sociale, les Caisses primaires d'assurance maladie ont communiqué à l'ensemble de leurs assurés de plus de 16 ans : Un formulaire dit de « Déclaration de choix du médecin traitant » (enregistré sous le N° CERFA 12482\*01 Cf. PJ N°1) est, et une notice (enregistrée sous le numéro 51041#01 Cf. PJ N°2). Un arrêté d'approbation du 20/12/04, publié au JO du 28/12/04 (Cf. PJ N°3), a validé ces documents Un arrêté d'approbation d'une version électronique non pré identifiée est publiée au même JO (Cf. PJ N°4).

***C'est la validité des deux arrêtés d'approbation de ce modèle de formulaire et de la notice annexée qui est attaquée devant vous.***

**L'annulation de ces deux arrêtés vous est donc demandée.**

## **DESCRIPTIF DU FORMULAIRE ET DE LA NOTICE, OBJETS DES ACTES ATTAQUES**

Ce document intitulé « Déclaration de choix du médecin traitant » se compose d'un feuillet unique qui comporte :

- Au recto diverses informations d'identification nominatives à compléter et à signer, d'une part, par le patient (et l'un de ses parents s'il a entre 16 et 18 ans) et, d'autre part, par le médecin traitant choisi par ce patient qui donne son accord à ce choix en apposant sa signature et son cachet.
- Au verso un texte intitulé « *Quelques conseils pour remplir votre déclaration de médecin traitant* » qui, dans la forme et le fond, tient plus de la « communication » que de la description précise du dispositif proposé aux assurés.
- Y est joint un document intitulé « Médecin Traitant – Mode d'emploi » (Cf. PJ N°5) qui, n'ayant pas été enregistré au CERFA, ne fait donc pas partie intégrante de cette requête, mais qui sera analysé en annexe.

Ce formulaire, et le document qui y est joint, sont appelés à être distribué par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie à l'ensemble des assurés de plus de 16 ans.

Le formulaire, dûment rempli et signé par le patient et le médecin doit être ensuite transmis à la Caisse primaire de l'assuré pour être enregistré.

### **SUR L'INTERET A AGIR :**

Les requérants sont fondés à vous demander l'annulation de ce document au double titre :

- D'assuré sociaux appelés à en être destinataires, à avoir à se prononcer sur leur adhésion personnelle à ce dispositif et à choisir leur « médecin traitant ».
- De médecins généralistes auxquels leurs patients demandent si ils acceptent, ou non, de devenir leur « médecin traitant ».

## **DISCUSSION**

### **A - Le défaut d'information et la violation des dispositions de l'article L. 111-1 du Code de la consommation**

Le formulaire et la notice adoptés par les actes attaqués, ne présentent pas une information complète et fiable des patients, ce qui est clairement contraire aux dispositions de l'article L. 111-1 du Code de la consommation : « *Tout professionnel vendeur de biens ou prestataire de services doit avant la conclusion du contrat, mettre le consommateur en mesure de connaître les caractéristiques essentielles du bien ou du service* ».

Cette obligation d'information des consommateurs, est devenu un principe général du droit également consacré par le droit communautaire.

La jurisprudence rapproche désormais les contrats médicaux (auxquels la déclaration de médecin traitant se rattache) de la catégorie des contrats de

consommation (Cass. crim. 6 juillet 1994, D. 1995 IR p. 77 ; Cass. Civ., 15 Mai 1984, D. 1986 p. 106).

Dans ces conditions, on comprend mal comment les organismes sociaux échapperaient à une obligation aussi fondamentale du droit de la consommation, d'autant que cette information est aisée à dispenser.

## **A-1 ) UN DEFAUT D'INFORMATION PAR UNE PRESENTATION PARTIELLE DES TEXTES REGLEMENTAIRES**

### **A-1-a) Une présentation tronquée de l'Article princeps L162-5-3 :**

Alors que le document met en exergue la référence à l'Art L162-5-3 du Code de la sécurité sociale qui fonde, en droit, le dispositif du médecin traitant, alors qu'il rappelle un peu plus loin que « *le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent à respecter les dispositions de l'Art L162-5-3 du CSS* », ne figure sur ce document que le texte ***du seul 1er alinéa de cet article L162-5-3*** (qui en contient 6).

On demande donc aux malades et aux médecins de « *s'engager à respecter les OBLIGATIONS* » d'un texte qu'on ne leur présente que de façon très fragmentaire.

Dès lors que l'on demande aux assurés auxquels on adresse ce document de s'engager, par leur signature, sur de telles « OBLIGATIONS » il est indispensable de leur présenter l'intégralité des dispositions opposables en question.

Le défendeur ne pourra pas prétendre que le choix d'une présentation partielle des textes (et que nous verrons plus loin être partielle) lui a été dicté par des contraintes matérielles car le texte intitulé « *Quelques conseils pour remplir votre déclaration de médecin traitant* » qui figure au verso est assez sensiblement plus long que le texte législatif auquel il se substitue.

On ne peut pas davantage prétendre que la substitution du texte intégral de cet article par un texte « rédactionnel » (celui de la « Notice ») serait lié à la difficulté de compréhension du texte législatif celui-ci étant à la fois court et aisément compréhensible par tous.

En tout état de cause si la « lisibilité » était l'argument utilisé pour tenter de justifier d'une telle substitution encore aurait-il fallu que l'ENSEMBLE des éléments figurant dans l'Article L162-5-3 soient clairement explicités dans cette notice ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

***Cette présentation partielle de la disposition législative princeps sur la base de laquelle on demande aux assurés de s'engager est de nature à elle seule à justifier l'annulation de l'arrêté d'approbation.***

### **A-1-b) Tout aussi fautive est l'absence de toute référence aux autres éléments législatifs concernés par l'adhésion au dispositif du « médecin traitant »**

Et notamment aux articles Article L162-4-4 et Art L162-5 18<sup>o</sup> :

- Article L162-4-4 : « *En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial **ou par le médecin traitant**, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret.* »

- Art L162-5 18° *La Convention détermine notamment : « Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent **sans prescription préalable de leur médecin traitant** »*

## **A-2) LES EFFETS FAUTIFS DE CES DEFAUTS D'INFORMATION :**

### **A-2-a) LA NON INFORMATION SUR LES CONSEQUENCES DU CHOIX D'UN « MEDECIN TRAITANT » POUR LES PATIENTS EN « OPTION MEDECIN REFERENT »**

Le 4<sup>ème</sup> alinéa de l'Art L 162-5-3 prévoit expressément : « *Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.* »

Cet alinéa est volontairement omis tant dans le texte du formulaire que dans la notice explicative. ***Il s'agit d'un déficit d'information de nature à fausser le choix des patients préalablement adhérents à l'Option Référent et ainsi à porter tort d'une part à ces patients et d'autre part aux médecins référents.***

On dit aux patients (ils sont un peu plus de 1 Million) qui avaient fait le choix de l'Option Référent qu'ils peuvent « *changer de médecin traitant à tout moment* ». Mais on ne leur dit pas que si, à un moment donné, ils désignent un médecin traitant autre que leur médecin référent actuel ils perdent DEFINITIVEMENT le bénéfice de l'Option Médecin Référent » et notamment des engagements de « *respect des tarifs opposables et de tiers payant* ».

Du côté des « médecins référents » le dol est symétrique en ce qu'ils risquent de perdre définitivement la rémunération annuelle pour ce qui concerne les patients qui par défaut d'information choisiraient de prendre un médecin traitant autre que leur référent avec l'idée qu'ils pourraient ensuite revenir sur ce choix.

### **A-2-b) LA NON INFORMATION SUR LES POSSIBLES IMPLICATIONS FINANCIERES DU CHOIX DE « DECLATION » OU DE « NON DECLARATION »**

La citation partielle du texte de l'Art L162-5-3 fait totalement l'impasse sur l'information des patients quant aux implications possibles de leur « non déclaration » d'un médecin traitant prévue au 4<sup>ème</sup> alinéa de cet article : « *La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant* ».

Il s'agit il est vrai d'une disposition « peu populaire » ce qui n'est pas une raison pour ne pas en informer les assurés en cause.

Les assurés ne sont pas davantage informés de ce que, faute de la parution du décret prévu au même alinéa et qui déterminera « *les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée* » à ce jour, et jusqu'à parution de celui-ci, IL NE PEUT Y AVOIR A CE JOUR AUCUNE CONSEQUENCE FINANCIERE A LEUR NON DECLARATION.

***L'omission de cette information essentielle doit être considérée comme un moyen fautif d'inciter abusivement les usagers à renvoyer au plus vite leur déclaration.***

#### **A-2-c) LA NON INFORMATION SUR LES POSSIBLES DEPASSEMENTS TARIFAIRES EN CAS D'ACCES DIRECT AU SPECIALISTE (POUR LES SEULS PATIENTS AYANT CHOISI UN MEDECIN TRAITANT)**

Il n'est pas fait mention dans le document de l'Art L162-5 18<sup>o</sup> qui prévoit que la Convention détermine « *Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant* »

Les patients ne sont donc pas informés du fait que s'ils choisissent un médecin traitant et qu'ils consultent néanmoins directement un médecin spécialiste celui-ci pourra leur appliquer un dépassement d'honoraire qui se pourra se surajouter à l'augmentation du Ticket modérateur prévue par le 5<sup>ème</sup> alinéa de l'Art L162-5-3 (« *La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés (...) consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.* »)

Il s'agit là d'un déficit d'information d'autant plus fautif que pour les patients n'ayant pas choisi de médecin traitant la seule pénalité financière prévue par les textes est l'éventuelle augmentation du ticket modérateur prévue à l'avant dernier alinéa de l'Article L 162-5-3 et que faute d'avoir «LEUR » médecin traitant ils échappent au risque de dépassement tarifaire des spécialistes secteur 1

***Les patients auraient donc du avoir toutes les informations nécessaires pour arbitrer selon leur mode personnel d'accès aux soins*** entre

- choisir un médecin traitant le consulter préalablement à toute intervention du spécialiste (avec le risque d'avoir à payer 2 actes distincts pour une même demande de soins).
- choisir un médecin traitant et, au coup par coup, consulter directement tel ou tel spécialiste (avec le risque d'avoir à payer des dépassements tarifaires ET une augmentation du ticket modérateur).
- ou ne pas choisir de médecin traitant (avec le seul risque d'une augmentation du ticket modérateur).

#### **A-2-d) LA NON INFORMATION SUR IMPLICATIONS DU CHOIX D'UN MEDECIN TRAITANT SUR LA PRISE EN CHARGE DES INDEMNITES JOURNALIERES**

L'article L162-4-4 prévoit « *En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le*

*médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret. »*

Les patients en activité professionnelle auraient donc dû être informés de cette implication du choix de leur médecin traitant sur les éventuelles « prolongation » de leurs arrêts de travail.

On peut penser que, faute de cette information, un certain nombre de femmes salariées vont choisir leur « gynécologue » comme « médecin traitant » alors qu'elles auraient pu préférer choisir leur médecin généraliste si elles avaient été correctement informées de cette nécessité de consulter leur médecin traitant pour faire prolonger tout « arrêt de travail ».

De plus, et paradoxalement, au nombre de ces « impossibilités *dûment justifiées* » permettant d'échapper à cette « non prise en charge des indemnités journalières » figure nécessairement le fait pour le patient de ne pas avoir déclaré de médecin traitant.

***En conséquence un patient n'ayant pas de médecin traitant sera indemnisé en cas de prolongation d'Arrêt de travail quelque soit le médecin prescripteur.***

Et de tout cela les assurés n'ont pas été informés par le formulaire d'adhésion.

## **A-2-e) LA NON INFORMATION SUR LES « OBLIGATIONS » DES MEDECINS TRAITANTS**

Par sa signature le médecin traitant s'engage « à respecter les dispositions de l'Art L162-5-3 du CSS » tel que cela figure expressément sur le document.

Mais étrangement il n'est pas fait mention sur le document attaqué des « obligations » en question.

Or l'Art L162-5-3 du CSS en fixe au moins expressément une : Celle selon laquelle «*Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1* ».

Il s'agit là non seulement d'un engagement à « *la consultation ou à la mise à jour du dossier médical personnel* » engagement qui s'impose à tout médecin conventionné au titre de l'Art L 161-36-1 (en clair à le remplir après chaque consultation et à le consulter si besoin) mais d'un engagement d'une nature beaucoup plus lourde et complexe qui est celle de participer « **à la gestion** » de ce dossier ( c'est à dire à classer et à trier les données et à en faire la synthèse...).

Plus largement le « médecin traitant » devient responsable de la coordination des soins des patients vis à vis desquels il s'engage, et notamment de décider s'il est ou non justifié de l'adresser à tel ou tel spécialiste ou de prolonger ou non leurs arrêts de travail .

***Le formulaire est donc contestable en ce qu'il fait porter au « médecin traitant » des responsabilités, y compris au plan juridique, sans l'avoir préalablement informé de façon précise des conséquences de ce choix.***

**EN CONSEQUENCE :** Les divers défauts d'information des patients et des « médecins traitants » ci-dessus relevés et consacrés par le formulaire et la notice qui l'accompagnent, constituent clairement une violation des dispositions de l'article L. 111-1 du code de la consommation, devenu un principe général du droit, imposant une information complète et fiable des patients à l'égard du service que vont leur rendre le médecin et les caisses d'assurance maladie. Seule l'annulation des arrêtés attaqués permettra le retrait de ces documents et la distribution de nouveaux formulaires respectueux des droits des assurés sociaux.

## **B) L'ATTEINTE AU LIBRE CHOIX DU PRATICIEN**

La loi consacre depuis toujours le principe du libre choix du médecin par le patient et la liberté pour le médecin d'entrer dans une relation thérapeutique avec tel patient, sauf le cas particulier d'urgence et dans le respect de la non discrimination. Ce principe a pour corollaire que le patient et le médecin passent entre eux un contrat médical intuitu personae.

Le formulaire et la notice avalisés par les arrêtés attaqués, mettent en cause ce principe et portent donc atteinte à cette liberté fondamentale consacrée par la Loi.

Des atteintes sont portées à cette liberté de trois points de vue :

- en présentant la déclaration de médecin traitant comme obligatoire ;
- en ne prévoyant pas de sortie du dispositif ;
- en ne prévoyant pas de droit de refus pour le praticien.

### **B-1) UNE « DECLARATION DE MEDECIN TRAITANT » PRESENTEE, A TORT, COMME OBLIGATOIRE POUR LES PATIENTS**

L'Art L 162-5-3 peut, certes, sembler rendre obligatoire le choix d'un médecin traitant lorsqu'il dit au premier alinéa que « *tout assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus indique à son organisme (...) le nom du médecin qu'il a choisi (...).* »

Mais l'avant dernier alinéa de ce même article prévoit à l'inverse que « *La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant* ». C'est bien la preuve que le législateur donne aux patients et aux ayants droits qui le souhaitent la possibilité de NE PAS FAIRE LE CHOIX d'un médecin traitant sous réserve d'accepter en connaissance de cause le risque d'une pénalité financière.

Or cette information pourtant essentielle ne figure pas sur le formulaire attaqué, que ce soit dans la citation tronquée de l'Art L 162-5-3 ou dans les « *Conseils pour remplir votre déclaration de médecin traitant* » figurant au verso.

**De ce fait les patients sont donc, à tort, en situation de croire que cette déclaration est OBLIGATOIRE.**

## **B-2) L'IMPOSSIBILITE DE SORTIR DU DISPOSITIF**

La Loi ne dit rien sur la « durée » du lien entre le patient et le médecin traitant choisi. Cependant la discussion parlementaire a bien montré que le choix n'était pas celui d'un « abonnement » à durée fixe (par exemple 1 an renouvelable tacitement comme dans le cas de l'Option Référent).

Le choix des rédacteurs du formulaire pousse cette logique de la liberté instantanée de changement de médecin traitant jusqu'à vider complètement le dispositif de toute signification. Tout assuré peut en effet autant de fois qu'il le veut changer de médecin traitant avec comme seule contrainte d'en INFORMER sa caisse le cas échéant par voie électronique. Belle liberté que cela direz vous.

Oui mais si l'on pousse la logique jusqu'à son terme cela autorise un patient à consulter autant de praticiens différents (généralistes ou spécialistes) qu'il le souhaite sans encourir le moindre risque de se voir appliquer les pénalités financières prévues, pour autant qu'il prenne la précaution à chaque fois qu'il consulte un nouveau praticien d'envoyer un nouveau formulaire.

***On peut donc se poser légitimement la question de savoir si une telle option du changement sans limite tel que prévu dans ce formulaire et sa notice est conforme avec l'objectif de la Loi qui instaure le dispositif complexe du Médecin traitant « afin de favoriser la coordination des soins ».***

De plus et si, comme on vient de le voir, le dispositif mis en place à travers ce formulaire l'autorise à des changements multiples voire incessants rien n'est prévu, par contre, pour qu'un patient puisse à l'expérience juger finalement préférable non pas seulement de « quitter » le médecin traitant dont il a fait le choix mais de décider, comme c'est son droit, de ne pas en reprendre un autre.

***Le formulaire d'adhésion aurait donc du prévoir les modalités par lesquelles un patient donné décide soit de ne pas adhérer au dispositif du Médecin Traitant soit de formuler expressément sa volonté d'en sortir.***

## **B- 3) L'ABSENCE DE REFERENCE AU DROIT DES MEDECINS DE REFUSER D'ETRE MEDECIN TRAITANT D'UN PATIENT DONNE**

L'Art 47 du Code de Déontologie Médicale prévoit à son 2<sup>ème</sup> alinéa « *hors les cas d'urgences et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.* »

En conséquence lorsqu'il est choisi par un patient comme « médecin traitant » un praticien a légitimement le droit de lui refuser une telle prise en charge dans le respect de la déontologie et notamment de l'Art 7 qui précise que le médecin doit donner ses soins sans discrimination "quant à leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard."

Or le document ne fait pas expressément état au droit des médecins à exprimer un tel refus . Tout au plus est il écrit dans texte figurant au verso « *Ce choix doit être fait en accord avec le médecin.* » par contre il est dit « remplissez avec le médecin de

VOTRE choix ce formulaire » comme si l'accord du médecin au choix fait par le patient était implicite ou obligatoire.

***Il s'agit là d'un élément de pression sur les praticiens de nature, à lui seul, à justifier l'annulation de l'arrêté d'approbation de ce formulaire.***

De plus et comme dans le cas de l'adhésion des patients rien ne permet non plus à un praticien de sortir du dispositif et de mettre fin à la prise en charge au titre de « médecin traitant » que ce soit pour un patient donné ou de l'ensemble de sa patientèle.

**En conséquence, le formulaire et la notice autorisés par les arrêtés contestés portent atteinte à la liberté de choix du médecin et à la liberté du médecin de refuser un patient qui sont consacrées par la loi. Cette infraction doit conduire à l'annulation des arrêtés contestés.**

## **C) LE FORMALISME DU FORMULAIRE PORTE ATTEINTE AUX DROITS DES PATIENTS, DES MEDECINS ET AUX DISPOSITIONS DU CODE CIVIL RELATIF AUX CONTRATS**

### **C-1) LE CHOIX D'UN TYPE DE FORMULAIRE UNIQUE QUI PORTE TORT AUX PATIENTS et AUX MEDECINS**

Le modèle de formulaire adopté et validé par l'arrêté d'approbation est celui d'un « exemplaire unique » cosigné par le patient et le médecin destiné à être adressé à la CPAM.

***En conséquence ni l'un ni l'autre des 2 contractants initiaux ne conservent un exemplaire du document qui les lie. Ils n'auront donc pas la preuve que ce document a bien été envoyé puis enregistré par la CPAM.***

Vous noterez que dans un cas similaire, celui de l'adhésion au dispositif dit de « l'Option médecin référent » le formulaire d'adhésion (Cf. PJ N°6) était composé d'une liasse auto reproductible de 4 volets (1 pour la caisse d'affiliation, un pour l'éventuel organisme complémentaire, un pour le patient et un pour le médecin).

L'expérience a montré que dans de nombreux cas la caisse a eu besoin de se référer à la copie de l'acte d'adhésion conservée par le médecin pour attester de la réalité de l'adhésion et effectuer les remboursements (Cf. PJ N°7 et 8).

***Ce choix, de simple commodité pour l'assurance maladie, porte tort à la fois aux assurés et aux médecins traitants :***

#### **C-1-a) POUR LES USAGERS :**

La Loi du 13/08/04 prévoit à l'avant dernier alinéa de l'Art L 162-5-3 que « *La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette*

*majoration n'est pas appliquée, notamment lorsque est mis en oeuvre un protocole de soins. »*

La solution adoptée prive les patients de tout moyen de preuve du fait qu'ils ont bien choisi le Dr. XXX comme médecin traitant, que celui-ci a bien accepté ce choix et que leur caisse primaire a bien enregistré cette déclaration.

***Elle leur fait donc courir le risque de pénalisation financière abusive et les prive de tout moyen de prouver leur bonne foi en cas de litige avec la caisse.***

### **C-1-b) POUR LES MEDECINS TRAITANTS :**

De même ceux-ci ne conservent pas la preuve matérielle du fait qu'ils ont bien été choisis par un patient considéré et moins encore que la déclaration que celui-ci est censé avoir adressé à sa caisse a bien été enregistrée.

Il n'est pas davantage prévu d'information du médecin traitant lorsque comme il en a toute latitude un des patients avec qui il a cosigné cette déclaration décide de désigner un nouveau médecin traitant.

Or les médecins traitants s'engagent par sa signature « à respecter les obligations de l'Art 162-5-3»

Ainsi au titre du 3<sup>ème</sup> alinéa de l'Art L 162-5-3 « *Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code* ».

De plus au titre de l'Article L162-4-4, la « prolongation d'un arrêt de travail » ne peut désormais être effectuée que par le médecin prescripteur de l'AT initial ou par le médecin traitant le médecin court le risque de faire un acte fautif en prescrivant, de bonne foi, une prolongation à un patient dont il croit, à tort, être le médecin traitant alors qu'il n'est pas, ou plus, enregistré comme tel auprès de la CPAM.

Le fait de ne pas avoir d'attestation prouvant qu'ils ont bien été désignés comme médecin traitant du patient XXX et que la caisse a bien enregistré cette déclaration prive les praticiens de tout moyen de prouver leur bonne foi en cas de litige.

***EN CONSEQUENCE : Sans même qu'il soit nécessaire d'analyser la nature juridique de la relation née de la « déclaration de choix d'un médecin traitant » et les implications que cette nature impose quant à la forme de cette adhésion il apparaît que le choix d'un formulaire unique qui n'est conservé ni par le médecin ni par l'assuré suffit à justifier l'annulation de son approbation en ce qu'il ne donne pas aux intéressés une information claire, sincère et complète leur permettant de se déterminer en toute connaissance de cause.***

### **C-2) LE NON RESPECT DE LA NATURE CONTRACTUELLE DE LA RELATION NEE DE LA « DECLARATION DE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT »**

Nous avons examiné ponctuellement divers éléments factuels qui justifient, à eux seuls, l'annulation de l'arrêté d'approbation du formulaire.

Mais au-delà il convient de s'interroger sur la nature juridique exacte des relations nées de la signature de cette « déclaration de choix du médecin traitant » afin de déterminer si la nature de cette relation entraîne des conséquences sur la forme que doit prendre une telle « déclaration ».

### **C-2-a) LA NATURE CONTRACTUELLE DE LA RELATION PATIENT/ MEDECIN TRAITANT**

Au titre de l'Art 1101 du Code Civil : « *Le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose* ».

Or figure explicitement sur le document la formule selon laquelle « **le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent à respecter les dispositions de l'Art L162-5-3 du CSS** ».

Il y a donc « engagement » et, à tout le moins le patient est considéré comme « bénéficiaire » de cet engagement mutuel. **La signature conjointe de cette déclaration est donc un « CONTRAT » au sens de l'Art 1101. Un contrat qui, comme tel, doit respecter les règles qui sont celles du droit des contrats.**

L'Art L1370 prévoit que « *Certains engagements se forment sans qu'il intervienne aucune convention, ni de la part de celui qui s'oblige, ni de la part de celui envers lequel il est obligé* » du fait qu'ils « *résultent de l'autorité seule de la loi* ».

Cette exception ne peut s'appliquer en l'espèce dès lors que la signature de l'acte fondant cet engagement est volontaire puisque, tant le patient que le médecin, sont aux termes de la Loi libres de ne pas contracter.

**La nature contractuelle de la relation « patient /Médecin traitant », née de leur signature conjointe du formulaire, est donc incontestable.**

### **C-2-b) LA CPAM « NOTAIRE » DEFAILLANT DE CE CONTRAT**

Si l'on se place dans le cadre d'un tel contrat « patient/ médecin traitant » la CPAM qui reçoit et enregistre ces contrats en est en quelque sorte le « Notaire ».

Mais, dans cette perspective, la bonne exécution de cette mission de « notaire » exigerait qu'elle adresse aux deux parties soit copie du contrat cosigné par l'un et par l'autre soit à tout le moins un document attestant de l'enregistrement de ce contrat par ses services. Et le cas échéant, en cas de rupture de celui-ci, un avis signifiant la fin de ce contrat par l'une ou l'autre des 2 parties.

**Le choix d'un formulaire unique cosigné par les 2 co-contractants puis conservé par la CPAM sans qu'il soit fait retour aux signataires d'un exemplaire ou simplement de la moindre attestation d'enregistrement est donc fautive au regard des principes généraux qui régissent le droit des contrats.**

## **C-2-c) UNE RELATION CONTRACTUELLE « TRILATERALE » : PATIENT / MEDECIN/ CPAM :**

Mais la signature par le patient et le médecin traitant de cette « déclaration » et son enregistrement ne génèrent pas simplement des engagements bilatéraux. En réalité nous nous trouvons en face d'une convention « TRILATERALE » dans laquelle patient, médecin et CPAM ont des engagements et des contreparties mutuelles.

### **Du coté du patient**

Le fait de choisir le Dr XXX comme médecin traitant implique :

Vis-à-vis du médecin traitant : Qu'il ne contracte pas simultanément un contrat identique avec un autre praticien et qu'il le consulte avant tout accès à un autre praticien sauf à accepter des sanctions financières.

Vis-à-vis des caisses : Qu'il accepte (Article L162-4-4 ) de perdre le bénéfice de l'indemnisation des arrêts de travail en cas de prolongation par un autre praticien que le médecin traitant, ou (Art L162-5 18<sup>o</sup>) qu'il accepte d'avoir à payer « *des dépassements d'honoraires* » en cas de consultation de médecin spécialiste « *sans prescription préalable de leur médecin traitant* »

Son adhésion lui garantit en retour :

De la part du médecin traitant : Que celui-ci son « *participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel* » (3<sup>ème</sup> alinéa de l'Art L 162-5-3) et plus largement qu'il bénéficie d'une coordination des soins gage de qualité des soins.

De la part des caisses que celles ci ne les pénaliseront des dispositions prévues par l'avant dernier alinéa de l'Art L 162-5-3 qui prévoit que la « *participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant* » . Elle est également une garantie quant au fait que les caisses feront respecter les tarifs conventionnels par les médecins spécialistes en cas d'accès secondaire à une prescription par le médecin traitant.

**Du coté du médecin** en acceptant de devenir médecin traitant d'un patient donné :

Il prend la responsabilité de la « coordination des soins » du dit patient. Il assume notamment la responsabilité à adresser en tant que de besoin le patient à un confrère spécialiste.

Il s'engage explicitement à participer « *à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code* » (Cf. 3<sup>ème</sup> alinéa de l'Art L 162-5-3). Mais au-delà il devient implicitement responsable de la « coordination des soins » du dit patient et notamment de déterminer la nécessité, ou non, de faire intervenir, en cas de besoin, des médecins de telle ou telle spécialité.

En contrepartie et sachant qu'il y a aujourd'hui 100 MILLIONS de Consultations de Spécialistes/an contre 250 MILLIONS de Consultations de généralistes on peut légitimement penser que cette incitation économique au « passage par le médecin traitant » le fera bénéficier d'une augmentation automatique du volume de son activité.

### **Du coté des Caisses**

Vis-à-vis du patient : l'enregistrement de cette déclaration vaut engagement du maintien du niveau du ticket modérateur notamment en cas de consultation d'un spécialiste sur prescription du médecin traitant. Elle interfère directement avec la prise en charge ou non des prolongations d'indemnités journalières ou avec la possibilité de « dépassements autorisés » en cas d'accès direct aux spécialistes.

Vis-à-vis du médecin : Les caisses ont, via la Convention, la possibilité aux termes de « l'Art L162-5-12 a » de déterminer « *Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;*

En compensation les caisses espèrent de très importantes économies (elles parlent de plus d'1 MILLIARD d'€/An) du fait de la rationalisation du parcours de soins lié à une meilleure coordination.

**Du fait que ce « contrat » implique, comme on vient de le voir, toute une série d'engagements réciproques des uns envers les autres pour chacun des 3 protagonistes Patient, Médecin Traitant et Caisse Primaire CE CONTRAT EST DONC DE NATURE « SYNALLAGMATIQUE », au sens de l'Art 1102 du Code Civil. Il s'agit au surplus d'un contrat de nature civile et donc soumis aux exigences de forme de la législation civile..**

### **C-3) CONSEQUENCES DE LA NATURE CONTRACTUELLE DE LA RELATION NEE DE LA SIGNATURE ET DE L'ENREGISTREMENT DE LA « DECLARATION DE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT »**

Le « *contrat synallagmatique* » entre patients, médecins et caisses que constitue la signature et l'enregistrement de la « *déclaration de choix d'un médecin traitant* » se doit de respecter l'intégralité des règles de droit commun concernant ce type de contrat et notamment celles prévues à l'Article 1325 du Code Civil : « *Les actes sous seing privé qui contiennent des conventions synallagmatiques, ne sont valables qu'autant qu'ils ont été faits en autant d'originaux qu'il y a de parties ayant un intérêt distinct.* »

**EN CONSEQUENCE : Les arrêtés attaqués sont viciés par le fait d'avoir avalisé des formulaires de contrats sous la forme de déclarations, soumises à la signature des patients et des assurés, qui ne sont pas conformes aux règles de droit commun en matière de contrat, en particulier, les dispositions de l'article 1325 du Code civil.**

### **AU TOTAL :**

***Plaise à votre Conseil de dire :***

***Que l'information fournie aux patients et aux médecins par ce formulaire est insuffisante en ce qu'elle ne donne pas aux parties concernées, notamment les patients qui sont aussi consommateurs de soins de santé, la totalité des informations nécessaires à un choix éclairé sur le service offert tant par le médecin que par les caisses d'assurance maladie, en contravention avec les dispositions de l'article L. 111-1 du Code de la consommation et des principes généraux du droit de la consommation ;***

***Qu'en présentant comme obligatoire la déclaration de choix, sans prévoir les modalités de retrait de la part du patient ni de refus de la part du praticien, les arrêtés attaqués ont porté atteinte au principe législatif du libre choix du médecin traitant ;***

***Que la déclaration de choix constitue un contrat civil et que, comme tel, le formulaire qui objective ce contrat doit respecter les dispositions de droit commun pour les contrats de ce type, et en particulier la formalité du nombre d'exemplaires prescrite par l'article 1135 du code civil ; le non respect de ce formalisme porte atteinte aux droits des assurés sociaux et de médecins traitants ;***

***Que de ce fait les Arrêtés d'approbation du formulaire de « déclaration de choix du médecin traitant » (CERFA N°12482\*01) et de la notice (51041#01) qui y est adjointe ne peuvent qu'être annulés que ce soit en version papier ou en version électronique.***

***Et en conséquence :***

- ***Qu'un nouveau formulaire, respectant la totalité des dispositions tant sur la forme que sur le contenu devra être élaboré et distribué aux assurés.***
- ***Que, faute d'avoir été enregistrés sur un formulaire valide, les « déclarations de choix » déjà parvenues sont annulées.***

***Plaise en outre à votre Conseil d'attribuer au requérant une somme correspondant aux frais exposés conformément aux dispositions en vigueur .***

**Pour les requérants  
Le Docteur Philippe SOPENA**