

La responsabilité du médecin traitant dans le parcours de soins coordonnés

Stéphanie TAMBURINI*

Plaque tournante des soins en médecine de ville, le médecin traitant a vu son rôle défini par la réglementation qui a, outre la coordination des soins, ajouté de nouvelles missions. Désigné par son patient, il doit consentir à ce choix le rendant responsable de la circulation de l'information au sein de l'équipe de soins ainsi que de la rédaction du protocole de soins pour les ALD et de la gestion du dossier médical personnel. Sans anticiper sur la jurisprudence à venir, nous pouvons envisager un accroissement de sa responsabilité par rapport à ces nouvelles missions.

Jusqu'à une période récente, le médecin traitant n'avait d'autre définition que celle du dictionnaire : médecin qui soigne habituellement le patient. Cette qualification était sans réelles conséquences sur le plan de la responsabilité civile. Tout au plus la jurisprudence a-t-elle parfois été plus exigeante avec le médecin traitant, notamment en matière de continuité des soins et de diagnostic, du fait de sa meilleure connaissance du patient, de ses antécédents et de son environnement¹.

Avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005, le médecin traitant reçoit pour la première fois une définition légale et se voit confier un certain nombre de missions spécifiques, pour certaines tout à fait nouvelles. Pour qui se livrerait à une lecture rapide de ces textes, l'instauration du médecin traitant ne fait qu'officialiser le rôle tenu depuis toujours par le « médecin de famille ». Sans manifester l'inquiétude excessive de certains praticiens hostiles à cette réforme, force est toutefois de reconnaître que la loi, en plaçant le médecin traitant au cœur de la coordination des soins, en fait pour la première fois un acteur spécifique dans le paysage sanitaire.

Même s'il est encore trop tôt pour l'affirmer, cela ne sera peut-être pas sans conséquences sur ses responsabilités...

Choisi, mais pas vraiment libre de choisir

► « L'échange des consentements »

La désignation du médecin traitant passe par le formulaire intitulé « Déclaration de choix du médecin traitant »², qui a été adressé massivement courant 2005 à l'ensemble des assurés sociaux par les caisses de sécurité sociale. Par ce formulaire, l'assuré social déclare choisir tel médecin traitant qui, de son côté, accepte cette désignation en paraphant le document. Il s'agit donc d'un engagement mutuel par lequel patient et praticien acceptent de rentrer dans le dispositif, avec ses contraintes.

Il a beaucoup été débattu du respect, dans ce contexte, de l'intangible principe de libre choix du médecin par le patient. L'absence de désignation d'un médecin traitant étant financièrement sanctionnée, n'était-ce pas « forcer la main » aux patients, réduisant ainsi leur

* *Juriste*, Le Sou Médical - Groupe MACSF

¹ Cour de Cassation, 25 mai 1971 : la patiente étant décédée d'une anémie et d'une infection insuffisamment prise en charge dans les suites de son 8^e accouchement, la Cour de Cassation a jugé que « en sa qualité de médecin traitant, le Dr G. connaissait parfaitement les antécédents de la malade et il lui appartenait d'assurer la continuité des soins ».

² Formulaire Cerfa n° 12485*01.

liberté de choix ? Le Conseil Constitutionnel, dès le 12 août 2004, a apporté une première réponse à cette question, considérant que le principe du libre choix est respecté puisque le patient peut changer de médecin traitant chaque fois qu'il le souhaite, par le simple envoi d'un nouveau formulaire à la caisse, qui rend caduque la désignation précédente. Le Conseil d'Etat a confirmé cette absence d'atteinte au libre choix par une décision du 27 juillet 2005.

Qu'en est-il du libre choix du médecin de refuser la désignation par son patient ? En principe, le médecin sollicité par un patient pour être son médecin traitant peut toujours refuser dès lors que ce refus ne s'appuie pas sur des motifs discriminatoires. Il lui suffira d'expliquer au patient les raisons de son refus, en lui précisant bien qu'il ne s'agit pas d'un refus de soins, mais d'un refus d'être médecin traitant avec les sujétions administratives que cela suppose. Mais qu'en sera-t-il dans les zones touchées par la « désertification médicale » comme il en existe en France ? Dans ces zones, le médecin désigné sera en pratique plus ou moins obligé d'accepter d'être médecin traitant. Car s'il oppose un refus alors qu'il est le seul médecin dans un rayon de plusieurs dizaines de kilomètres, il pénalise financièrement le patient qui ne pourra bénéficier des tarifs appliqués dans le cadre du parcours de soins coordonnés. En poussant le raisonnement à l'extrême, on pourrait même craindre que sa responsabilité soit engagée, l'article R. 4127-50 du code de la santé publique (CSP) disposant que « *le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit* ». Pourrait-il être considéré qu'en refusant d'être médecin traitant alors qu'il n'existe pas d'autre choix (surtout pour les patients qui se déplacent difficilement), le médecin prive son patient des avantages sociaux auxquels il peut prétendre, en l'occurrence la prise en charge sans majoration ? Il n'existe évidemment pas à ce jour de jurisprudence sur ce point mais cette hypothèse, certes pessimiste, ne peut être totalement écartée.

► « Le divorce »

Il suffit au patient qui souhaite changer de médecin traitant de compléter un nouveau formulaire de désignation. Dès réception de ce nouveau formulaire par la caisse, la modification est prise en compte. Mais qu'en est-il pour le médecin qui déciderait de révoquer sa désignation en tant que médecin traitant ? L'assurance maladie explique qu'il pourra toujours révoquer son acceptation à condition d'en expliquer les raisons au patient et de lui laisser le temps de désigner un autre médecin. Le médecin devra également écrire à la caisse pour l'informer de sa décision.

Mais que se passera-t-il si le patient ne désigne aucun nouveau médecin traitant auprès de la caisse, ou s'il en désigne un, mais avec beaucoup de retard ? La volonté unilatérale de révocation exprimée par le médecin dans un simple courrier à la caisse suffira-t-elle pour faire cesser une relation qui, à l'origine, était fondée sur un document signé à la fois du patient et du médecin ? Puisque le choix du médecin traitant est officialisé auprès de la caisse par le formulaire, ne pourrait-on considérer qu'en l'absence de nouvelle déclaration désignant un autre médecin, le praticien désigné initialement reste le médecin traitant, même s'il a fait connaître par écrit sa volonté de révoquer sa désignation ?

Le processus de désignation et de révocation apparaît donc quelque peu inégalitaire quant aux droits qu'il confère aux uns et aux autres, le médecin étant plus « lié » que le patient. S'il est trop tôt pour savoir quelles pourraient en être les conséquences juridiques, on pressent déjà qu'il y a là une source possible de contentieux...

Pivot du parcours de soins coordonnés

Arrêté du 3 février 2005 : « *Le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de besoin et*

avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant, qu'il choisit librement ». Le médecin traitant devient donc le pivot incontournable de l'orientation du patient, ce qui peut impliquer trois axes de responsabilité.

► **Le retard ou l' « erreur d'aiguillage »**

Même avant la réforme de l'assurance maladie, le médecin généraliste avait coutume de « passer la main » à un spécialiste lorsque cela lui semblait nécessaire. Dans ce cadre, il pouvait être tenu pour responsable d'une absence ou d'un retard d'orientation, ou d'une orientation inadéquate (par exemple vers un psychiatre alors que le recours à un neurologue aurait été nécessaire). De même, il pouvait lui être reproché l'absence de prescription d'investigations complémentaires (tels que des examens biologiques ou radiologiques par exemple), ou encore une prescription trop tardive.

Si le médecin traitant oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés, il n'a pas pour autant le pouvoir de lui interdire le recours à des examens complémentaires ou à certains spécialistes. Si tel était le cas, sa responsabilité en cas d'absence d'orientation ou d'orientation tardive aurait été appréciée avec davantage de sévérité : il aurait été considéré qu'en refusant de l'orienter ou en tardant à le faire, le médecin a fait perdre au patient une chance de diagnostiquer plus précocement sa maladie ou de la traiter. Dans le dispositif instauré par la loi du 13 août 2004, même si le médecin juge le recours à un spécialiste inutile, rien n'empêche le patient qui y tient absolument de consulter, à charge pour lui de supporter le coût de cette initiative. Sur ce plan, la loi du 13 août 2004 n'apporte rien de nouveau, et la responsabilité qui pèse sur le médecin n'est pas, dans l'absolu, différente ou plus large qu'auparavant.

Mais le dispositif lui-même peut entraîner des conséquences « collatérales » que n'ont pas manqué de dénoncer certains médecins. En effet, le nombre de consultations chez le médecin traitant devrait logiquement augmenter puisque des patients qui se rendaient auparavant directement chez certains spécialistes (tels par exemple les dermatologues ou les ORL) devront désormais consulter au préalable leur médecin traitant s'ils veulent bénéficier de conditions de remboursement favorables. Il risque d'en résulter une surcharge de travail pour certains médecins ayant déjà une patientèle importante, ou pour ceux qui exercent dans des régions où l'offre médicale est insuffisante. En outre, le médecin traitant qui refusera à son patient l'accès à un médecin spécialiste devra dorénavant faire preuve de davantage de persuasion et de pédagogie pour le convaincre du bien-fondé de sa décision, ce qui prend du temps. De façon indirecte, cette augmentation du nombre d'actes pourrait avoir des conséquences en termes de qualité des soins, et donc de responsabilité : le médecin risquant de consacrer moins de temps à chaque patient, et les délais pour obtenir un rendez-vous risquant de s'allonger et de s'ajouter à ceux nécessaires pour consulter un spécialiste, il pourrait être considéré que le médecin n'a pas mis en oeuvre tous les moyens en sa possession pour aboutir à un diagnostic exact.

► **L'information destinée au médecin correspondant**

La réforme prévoit que le médecin traitant doit informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient. Sans aller jusqu'à imposer au médecin traitant de prendre lui-même rendez-vous auprès du spécialiste à la place du patient, comme l'ont craint un certain nombre de médecins, cette disposition met à sa charge une nouvelle obligation d'information, cette fois à destination du médecin correspondant.

Toute nouvelle obligation étant assortie d'une responsabilité, on peut imaginer que le médecin traitant pourrait être mis en cause si le patient était pris en charge trop tardivement par le médecin correspondant du fait d'une absence de signalement ou d'une mauvaise appréciation

du « délai compatible avec l'état de santé ». Si toutefois le retard de prise en charge est du seul fait du médecin correspondant, la responsabilité du médecin traitant devrait être écartée. En effet, l'arrêté du 3 février 2005 précise que le médecin correspondant « *s'engage à tenir compte des informations médicales relatives aux délais transmises par le médecin traitant* ». En toute hypothèse, le médecin traitant fera bien de mentionner par écrit cette notion de « *délai compatible avec l'état de santé* » et d'en conserver une trace...

► L'information destinée au patient

Le patient qui ne suit pas les conseils d'orientation de son médecin traitant est pénalisé financièrement dans la prise en charge de ses frais médicaux : il doit donc recevoir une information préalable sur les conséquences de son choix.

La loi prévoit que le médecin traitant doit préciser à son patient que le praticien consulté en dehors du parcours de soins pourra pratiquer des dépassements et que le taux de prise en charge sera réduit. Cette obligation d'information sur les modalités de remboursement des soins n'est pas nouvelle puisque la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades avait déjà inséré dans le code de la santé publique un article L. 1111-3 selon lequel : « *Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie* ».

Mais dans les faits, les médecins devront assurer une information d'autant plus précise que les caisses, censées elles aussi être redevables de l'information du patient assuré social, ont quelque peu failli dans cette mission. En effet, il n'y a aucun rappel des dispositions applicables au remboursement des actes dans le formulaire de désignation du médecin traitant qui constitue pourtant le premier pas du patient dans le parcours de soins coordonnés. Le médecin traitant devra donc particulièrement respecter ce devoir d'information sous peine d'engager sa responsabilité.

A côté d'obligations déjà existantes mais renforcées, la réforme introduit également des nouveautés telles que la participation à l'élaboration du protocole de soins pour les affections de longue durée (ALD) et la tenue du futur dossier médical personnel (DMP).

Rédacteur du protocole de soins pour les affections de longue durée

Article L. 324-1 du code de la sécurité sociale : « *Le médecin traitant (...) et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins (...). Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit en outre (...) les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée* ».

La loi fait du médecin traitant le rédacteur principal du protocole de soins (PDS), les médecins correspondants et le médecin conseil de la caisse n'ayant qu'un rôle accessoire. Cette rédaction n'est pas anodine puisqu'elle permettra de demander l'ouverture du droit à bénéficier des dispositions relatives aux ALD et autorisera le patient à accéder directement au(x) médecin(s) correspondant(s) sans passer par la case « médecin traitant ».

Le PDS constitue un diagnostic des besoins du patient à partir de règles élaborées par la communauté scientifique. A ce titre, il est susceptible d'engager la responsabilité du médecin traitant si ce dernier préconise une prise en charge inadaptée ou non conforme aux données acquises de la science.

Ainsi qu'a eu l'occasion de le rappeler le Conseil national de l'Ordre des médecins³, dans la mesure où la responsabilité du médecin traitant se trouve pleinement engagée dans cette

³ Avis du 28 janvier 2005 sur la convention nationale des médecins libéraux.

rédaction, il lui est recommandé de s'adjoindre un ou plusieurs tiers compétents pour l'assister le cas échéant, et en particulier le médecin correspondant, spécialiste de l'affection en cause.

On rappellera en outre qu'une fois le PDS rédigé, il doit ensuite être régulièrement actualisé pour tenir compte à la fois de l'évolution de l'état de santé du patient et des données scientifiques relatives à sa pathologie. Toute non prise en compte de cette évolution et toute absence d'initiative engageront évidemment la responsabilité du médecin traitant.

Enfin, une difficulté risque de surgir si le patient change de médecin traitant, ou si le médecin traitant décide de révoquer sa désignation. Dans ce cas, le PDS risque-t-il d'être remis en cause ? La rédaction d'un nouveau PDS par le nouveau médecin traitant est-elle obligatoire ? Le nouveau médecin traitant pourrait-il être tenu responsable du contenu d'un PDS qu'il n'a pas personnellement rédigé ? Autant de questions qui pour l'instant demeurent sans réponse claire.

Gestionnaire du dossier médical personnel

Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale : « *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.* »

Annoncé pour 2007, le dispositif du DMP a pris du retard. Il n'en demeure pas moins que les textes ont d'ores et déjà prévu le rôle que devra y jouer le médecin traitant.

L'arrêté du 3 février 2005 indique notamment que « *dans l'attente de la mise en œuvre du DMP, le médecin traitant établit son dossier médical en conformité avec le parcours de soins coordonnés. A cet effet, ce dossier comporte les éléments d'information suivants :*

- *une synthèse actualisée des éléments du dossier nécessaires à la continuité des soins ;*

- *les PDS (...)* ;

- *les documents transmis par les professionnels participant à la continuité et à la coordination des soins (...)* ;

Les éléments ainsi colligés dans le dossier doivent permettre d'attester de la réalité de la coordination assurée par le médecin traitant ».

La composition du dossier n'a donc plus pour seul but d'assurer un suivi cohérent sur le plan médical : elle doit aussi servir à apporter la preuve de la réalité de la coordination. A priori, le non respect de cette obligation expose le médecin traitant à des difficultés avec les caisses de sécurité sociale plus qu'avec le patient. Mais on ne peut totalement exclure une action en responsabilité initiée par le patient qui aurait été privé des avantages en termes de prise en charge liés au parcours de soins coordonnés, du fait de la carence de son médecin traitant dans la tenue du dossier médical.

Le médecin est censé remettre ce dossier au patient si ce dernier décide de changer de médecin traitant. Mais encore faut-il que le praticien soit informé de ce changement ! S'il ne l'est pas par le patient lui-même, il ne le sera pas davantage par la caisse qui n'a strictement aucune obligation de l'informer de la réception d'un nouveau formulaire. Dans ces conditions, il ne pourra, sauf demande du patient, remplir cette obligation de transmission.

Par ailleurs, rien n'est prévu dans les textes quant à la possibilité pour le médecin traitant de conserver un double du dossier transmis au patient. Cette conservation serait pourtant hautement souhaitable, puisqu'en cas de mise en cause ultérieure, le médecin pourrait ainsi se défendre.

Savoir si le DMP, une fois opérationnel, risque d'être source de responsabilité pour le médecin traitant relève aujourd'hui de la prospective. Mais à travers la phase de test actuellement en cours, on peut déjà percevoir les difficultés qu'il risque de rencontrer.

Les textes indiquent en effet que le médecin traitant doit coordonner et mettre à jour le DMP.

Si cela signifie, comme le craignent certains, que le médecin traitant est le seul à pouvoir renseigner le dossier, y compris s'agissant d'informations provenant d'autres praticiens, sa responsabilité dans la retranscription et le choix des informations risque alors d'être majeure. Si l'on considère en revanche - ce qui semble plus plausible - que le médecin traitant n'est pas le seul à renseigner le dossier, rien n'est prévu quant à la transmission automatique des données inscrites par ses confrères intervenant dans la prise en charge, de sorte que s'il ne revoit pas le patient pendant une longue période, le praticien ne sera pas tenu au courant de chaque étape de son suivi. Cela est gênant dans la mesure où il est censé être le garant de la coordination des soins.

Par ailleurs, si le médecin traitant doit coordonner le DMP, cela signifie-t-il qu'il a une obligation de « traduire » les données inscrites par ses confrères au patient ? Même si ce rôle n'est pas inscrit dans les textes, il incombera dans la pratique au médecin traitant puisqu'il disposera d'une somme importante d'informations dont il devra assurer la synthèse et sera celui que le patient rencontre le plus souvent. Cela ne risque-t-il pas à terme de renforcer son obligation d'information ?

Une autre source importante de responsabilité pourrait naître de la pratique du masquage, à propos duquel le débat fait rage actuellement dans le cadre de la phase de test du DMP.

Par ce masquage, le patient peut dissimuler certaines informations dans le cadre de son dossier. En principe, cela devrait plutôt conduire à une atténuation de la responsabilité du médecin traitant, de même d'ailleurs que de tout médecin intervenant dans la prise en charge, puisqu'en dissimulant certaines données médicales, le patient a empêché le praticien d'avoir une vue complète de son état de santé ou des thérapeutiques.

Mais dans la mesure où le DMP doit être détruit lorsqu'il est clôturé, le médecin ne pourra pas, a posteriori, prouver que telle ou telle information avait été masquée par le patient.

On nuancera toutefois ces propos en rappelant qu'avant l'instauration du DMP, le patient était déjà libre de ne pas tout révéler de son état de santé à son médecin.

Garant de la permanence des soins ?

L'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale fait figurer au nombre des missions du médecin traitant l'information au malade permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet. Cette obligation existait déjà auparavant pour tout médecin, conformément à l'arrêté du 25 juillet 1996 imposant au praticien d'informer sur l'organisation des urgences médicales.

Dès lors, on s'explique mal pourquoi cette obligation est considérée comme relevant spécifiquement du médecin traitant, et pourquoi elle est mentionnée au même titre que des missions totalement nouvelles telles que la coordination des soins et la tenue du DMP...

On peut surtout redouter les responsabilités que cette nouvelle mission pourrait induire...

Aujourd'hui, bien malin est celui qui peut prédire l'avenir du médecin traitant. Outre l'aspect purement économique de la réforme et ses chances de succès, on peut surtout s'inquiéter de la responsabilité qui risque de peser désormais sur le médecin traitant, propulsé pivot et garant d'un parcours de soins complexe dont il est loin de maîtriser toutes les arcanes...