

## 1) DES GENERALISTES DEPOSENT UN RECOURS EN CONSEIL D'ETAT CONTRE LA "DECLARATION DE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT"

### 2) LE RECOURS PROPREMENT DIT

### 3) FAITES SIGNER LE MANIFESTE

---

#### 1) DES GENERALISTES DEPOSENT UN RECOURS EN CONSEIL D'ETAT CONTRE LA "DECLARATION DE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT"

Des généralistes déposent un recours en Conseil d'Etat contre la "Déclaration de choix du Médecin traitant" au motif de défaut d'information du patient et du médecin, et de non-conformité aux règles du droit.

Un large éventail de responsables de diverses composantes de la médecine générale se sont associés pour saisir le Conseil d'Etat d'un recours en annulation contre les arrêtés d'approbation du formulaire dit "Déclaration de choix du médecin traitant" et ceci aux motifs que ce document contrevient aux règles du droit.

- Il existe en effet un net défaut d'information du patient et du médecin, avec présentation partielle voire partielle du dispositif. Il est ainsi demandé aux deux parties de s'engager à respecter les dispositions d'un article du Code de la Sécurité Sociale, qui comporte six alinéas, mais seul le premier de ceux-ci est communiqué au dos du document. L'information fournie au patient et au médecin ne leur permet pas un choix éclairé.

- Le formulaire est présenté comme une simple "déclaration de choix" alors qu'il engage les deux parties, et constitue donc un véritable contrat. Or en droit un contrat doit être rédigé en un nombre suffisant de copies pour que chacun des signataires bénéficie d'un exemplaire, ce qui n'est pas ici le cas.

Au-delà des arguments juridiques développés dans ce recours en annulation, on ne peut que s'étonner de la précipitation et de l'absence d'information des patients et des médecins sur les responsabilités et les pénalités que met en place ce dispositif, prétendument destiné à renforcer la cohérence de l'accès aux soins dans le système de santé alors qu'il en organise systématiquement le contournement.

La vaste entreprise de communication tous azimuts mise en oeuvre par les signataires se heurte, jour après jour, aux incompréhensions suscitées dans la société civile, aussi bien chez les patients que chez les médecins, par ses graves incohérences.

En tant qu'assurés sociaux et en tant que professionnels soignants de premier recours, les médecins généralistes associés dans cette démarche entendent défendre la médecine générale et l'accès aux soins des patients dans un système solidaire.

**Contacts presse:**

Dr Philippe Sopena  
Ancien Premier Vice-Président de MG France [Philippe.sopena@libertysurf.fr](mailto:Philippe.sopena@libertysurf.fr)  
06 85 53 10 13

Dr Christian Lehmann  
Co-auteur du Manifeste ([www.manifeste-sante-mg.org](http://www.manifeste-sante-mg.org)) [drclehmann@aol.com](mailto:drclehmann@aol.com)  
06 86 88 30 68

Dr Sandrine Buscail  
Présidente du SNJMG (Syndicat National s Médecins Généralistes)  
[Sandrine.buscail@free.fr](mailto:Sandrine.buscail@free.fr)  
06 72 73 24 49

Dr Marie Kayser  
Présidente SMG (Syndicat de la Médecine Générale) [mariekayser@free.fr](mailto:mariekayser@free.fr)  
06 86 55 80 02

Dr Claude Bronner  
Président MG-VA (MG-Vigilance et Action) [Dr.cbronner@wanadoo.fr](mailto:Dr.cbronner@wanadoo.fr)  
06 07 88 18 74

Dr Thomas Bourez  
Président de l' Atelier  
[t.bourez@wanadoo.fr](mailto:t.bourez@wanadoo.fr)  
06 80 68 85 34

Dr Jean Paul Hamon  
Vice-Président FMF (Fédération des Médecins de France) [Jp.hamon.dr@wanadoo.fr](mailto:Jp.hamon.dr@wanadoo.fr)  
06 60 62 00 67

Dr Bernard Pledran  
Délégué Régional de MG France pour la Région Aquitaine [B.pledran@medsyn.fr](mailto:B.pledran@medsyn.fr)  
06 14 37 15 58

Dr Bernard Becel  
Médecin de campagne  
[Bernard.becel@santesurf.com](mailto:Bernard.becel@santesurf.com)  
02 32 56 00 79

Dr Jean-Marie Gendarme  
Médecin de campagne, CONAT (Coordination Nationale des Médecins  
Généralistes) [Jean.marie.gendarme@wanadoo.fr](mailto:Jean.marie.gendarme@wanadoo.fr)  
02 35 86 73 53

---

## 2) LE RECOURS PROPREMENT DIT

Docteur Philippe SOPENA  
32 Rue HERMEL - 75018 PARIS  
Tel : 01. 46.06. 92. 82

Paris le 22 février 2005,

### SECTION DU CONTENTIEUX DU CONSEIL D'ETAT

#### MEMOIRE EN APPUI DU RECOURS CONJOINT EN ANNULATION des

Dr SOPENA Philippe  
Dr.BECEL Bernard  
Dr. BOUREZ Thomas  
Dr. BRONNER Claude.  
Dr. BUSCAIL Sandrine  
Dr. GENDARME Jean Marie  
Dr. HAMON Jean Paul  
Dr. KAYSER Marie  
Dr. LEHMANN Christian.  
Dr. PLEDRAN Bernard

(MEDECINS GENERALISTES ET ASSURES SOCIAUX)

CONTRE

LES ARRETES D'APPROBATION EN DATE DU 20/12/04

DU FORMULAIRE CERFA N°12482\*01 ET DE LA NOTICE 51041#01

(Publiés au Journal Officiel du 28/12/04) L'ARRETE ATTAQUE

En application de l'art L162-5-3 du code de la sécurité sociale adopté par la Loi N°2004-810 du 13/08/04 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 " dont le modèle (Cf. PJ N°1 et 2) est enregistré sous le N° CERFA 12482\*01, et d'une notice également enregistrée sous le numéro 51041#01 publié par arrêté du 20/12/04, au JO du 28/12/04 (Cf. PJ N°3) . La validation d'une version électronique non pré identifiée est publiée au même JO (Cf. PJ N°4).

C'est la validité (à la date de leur parution) des deux arrêtés d'approbation de ce modèle de formulaire et de la notice annexée qui est attaquée devant vous.

DESCRIPTIF DU FORMULAIRE ATTAQUE :

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 d'un texte intitulé " Quelques conseils pour remplir votre déclaration de médecin traitant " qui a dans la forme et le fond tient plus d'un texte explicatif de médiatisation que de la description.

Cette notice a elle même été validée sous le N° 51041#01

- 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 nominativement 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'assurés sociaux appelés à en être destinataires et à avoir à me prononcer sur leur adhésion personnelle à ce dispositif et au choix d'un médecin traitant.

- De médecin généraliste auquel leurs patients demandent s'ils acceptent ou non de devenir leur médecin traitant.

**DISCUSSION :**

**A) UNE PRESENTATION PARTIELLE DU DISPOSITIF**

Alors que le document met en exergue dès la 2ème ligne 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 premier 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 à des citoyens de s'engager par leur signature vis-à-vis de dispositions légales ou réglementaires la moindre des précautions consiste à leur présenter l'intégralité des dispositions en question.

On ne peut pas dire que ce choix d'une présentation partielle des textes (et que nous verrons plus loin être partielle) soit 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.

Les rédacteurs de ce texte ne peuvent pas davantage prétendre que la substitution au texte législatif d'un texte plus "rédactionnel" (celui de la "Notice") serait lié à la difficulté de compréhension du texte législatif lui-même celui-ci étant à la fois court et assez aisément compréhensible par tous.

Mais en tout état de cause si la "lisibilité" était l'argument utilisé pour justifier cette présentation partielle encore aurait-il fallu que l'ensemble des éléments figurant dans l'Article L162-5-3 volontairement tronqué soient clairement explicités dans cette notice ce qui, on le verra, 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.

Tout aussi fautive est l'absence volontaire de la moindre 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°.

## B) UNE PRESENTATION PARTIALE DU DISPOSITIF

Nous allons voir que sur de nombreux points, ce document est non seulement une présentation "partielle" des dispositions en vigueur mais qu'il en présente certaines de façon (volontairement ?) partielle, ce qui est de nature à fausser le choix éclairé des assurés et des médecins à qui l'on demande d'adhérer par leur signature à un dispositif aussi novateur.

### 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) DES CHANGEMENTS INCESSANTS DE MEDECIN TRAITANT : "OUI" LA POSSIBILITE SORTIE DU DISPOSITIF : "NON" !!!

B-2-A) 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 1an 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 très libérale 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".

B-2-B) Alors que, 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 A REFUSER D'ETRE MEDECIN TRAITANT D'UN PATIENT DONNE :**

L'Art 47 du Code de Déontologie Médicale prévoit à son 2ème 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.

#### B- 4) L'ABSENCE DE TOUTE 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 nulle part fait mention 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 ( classer et trier les données et en faire la synthèse...).

Plus largement le "médecin traitant" devient responsable de la coordination des soins des patients qui le choisissent il est responsables de la prolongation ou non des arrêts de travail ou de décider s'il est ou non justifié d'adresser tel ou tel patient à tel ou tel autre spécialiste.

Le formulaire est donc fautif 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.

#### B-5) LA NON INFORMATION SUR L'EFFET DU CHOIX D'UN MEDECIN TRAITANT POUR LES PATIENTS EN " OPTION MEDECIN REFERENT "

Le 4ème 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 et notamment à ceux (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 DEFINITIVEMENT 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.

#### B - 6) LA NON INFORMATION SUR LES POSSIBLES IMPLICATIONS FINANCIERES DU CHOIX DE " DECLARATION " 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 4ème 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.

Et ce d'autant que faute de la parution du décret prévu au même alinéa et qui prévoit "les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée" à ce jour la complète information des assurés aurait dû être d'une part que l'augmentation du ticket modérateur "POURRA" être appliquée après parution du décret mais qu'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.

#### B-7) 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° 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 5ème 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 le spécialiste sans son avis (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 risque d'une augmentation du ticket modérateur).

#### B-8) LA NON INFORMATION SUR IMPLICATIONS DU CHOIX D'UN MEDECIN TRAITANT SUR LA PRISE EN CHARGE DES INDEMNITES JOURNALIERES

Il n'est nulle part fait référence dans le document aux dispositions de l'Article L162-4-4 qui 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 du être informés de ce que le choix de leur médecin traitant devait être en partie au moins conditionné par le fait que le dit médecin traitant aura la charge de gérer la prolongation de ses arrêts de travail.

Ainsi l'on peut penser que, par exemple, faute de cette information un certain nombre de femmes salariées qui vont choisir de prendre leur "gynécologue" comme "médecin traitant" auraient choisi de prendre un médecin généraliste si elles avaient été correctement informées de cette contrainte lourde liée à leur choix.

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.

#### AU TOTAL ET SUR LES POINTS A et B:

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 la présentation partielle et partielle du dispositif faite dans le formulaire attaqué 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) 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) 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 lorsqu'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) 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.

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

Ainsi au titre du 3ème 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 je cours le risque de faire un acte fautif en prescrivant, de bonne foi, une prolongation à un patient dont je crois, à tort, être le médecin traitant alors que je ne suis pas ou plus enregistré comme tel auprès de sa 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 les prive de tout moyen de prouver leur bonne foi en cas de litige avec la caisse.

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.

AU TOTAL ET SUR CE POINT :

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.

D) SUR LA NATURE DE LA RELATION NEE DE LA " DECLARATION DE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT " et SUR LES CONSEQUENCES QUI EN DECOULENT.

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".

D-1) LA RELATION PATIENT/ MEDECIN TRAITANT : UNE CONVENTION DE NATURE CONTRACTUELLE :

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.

Le caractère synallagmatique ou non de ce contrat est d'interprétation plus délicate. En effet autant les engagements du médecin envers le patient contractant sont évidents (voir l'engagement en matière de gestion du dossier médical) autant l'engagement du patient envers le médecin est modeste : il se limite à l'engagement de ne pas contracter simultanément avec un autre praticien.

#### D-2) LA CPAM " NOTAIRE " DEFAILLANT DE CE CONTRAT BILATERAL.

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.

#### D-3) 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.

##### D-3-a) Du côté 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°) 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" (3ème alinéa de l'Art

L162-5-3) 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.

D-3-b) Du côté 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. 3ème 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.

D-3-c) Du côté 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 (comme ce sera la cas dans celle de février 2005), 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.

D-4) Conséquences de la nature contractuelle de la relation née de la signature et de l'enregistrement de la "Déclaration de choix du médecin 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."

Mais qu'il s'agisse d'un contrat entre simplement le médecin et le patient ou d'un contrat trilatéral " patient, médecin et CPAM " et qu'il soit ou non de nature synallagmatique, il importe

de respecter les dispositions de l'Art 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".

AU TOTAL ET SUR CE POINT : L'assurance maladie est donc fautive d'avoir distribué et soumis à la signature des patients et des assurés un formulaire de déclaration non conforme aux règles de droit commun en matière de contrat.

AU TOTAL :

Plaise à votre Conseil de dire que :

Que l'information fournie aux patients et aux médecins par ce formulaire est partielle et partielle. Et qu'elle ne donne pas aux parties concernées la totalité des informations nécessaires à un choix éclairé.

Que ni le patient ni le médecin ne conservent copie, ou ne reçoivent de la CPAM une attestation, du choix qu'ils ont exercé et qui les engage.

Que la déclaration de choix constitue un "contrat" au sens du Code civil et que, comme tel, le formulaire, qui objective ce contrat doit respecter les dispositions de droit commun pour les contrats de ce type.

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.

(Je me permets en outre de solliciter de votre Conseil qu'il se saisisse de cette décision pour déterminer sans ambiguïté la nature exacte du dit contrat et éviter ainsi tout litige ultérieur)

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

Docteur Philippe SOPENA

ANNEXE 1 :

LE FORMULAIRE "DE DECLARATION DE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT" ET SA CONFORMITE AVEC LES TEXTES PUBLIES POSTERIEUREMENT A LA DATE DE PARUTION DE L'ARRETE D'APPROBATION.

Le présent recours vise l'Arrêté d'approbation publié par arrêté du 20/12/04, au JO du 28/12/04. Il n'est donc rédigé que sur la base des textes en vigueur à la date de sa parution au JO.

C'est-à-dire compte non tenu des textes de nature réglementaire qui interfèrent avec le dispositif du "médecin traitant" lorsqu'ils ont été publiés postérieurement au 28/12/04.

C'est donc volontairement qu'il n'est notamment pas fait allusion dans ce mémoire aux dispositions de la convention du 10/02/05 qui "enrichit" considérablement le dispositif du "médecin traitant" notamment dans sa dimension d'engagements réciproques et qui rend encore plus indiscutable son caractère de "contrat synallagmatique" liant patient, médecin et CPAM.

L'entrée en vigueur de la Convention médicale modifie la situation antérieure sur un certain nombre de points (application effective des dépassements tarifaires en cas d'accès direct, extension du C2,...).

Elle peut donc modifier les critères de choix des patients (adhérer ou ne pas adhérer choisir un praticien plutôt qu'un autre). Il importe donc qu'une nouvelle version du formulaire explique au plus vite et avec précision aux usagers l'ensemble des dispositions en vigueur, législatives et réglementaires (y compris conventionnelles).

C'est encore plus important pour les médecins que les engagements conventionnels opposables des médecins traitants se sont considérablement alourdis. Ils doivent en être informés pour la suite et ils doivent, de plus, avoir la possibilité de remettre en cause tous les engagements souscrits antérieurement à ce qu'ils aient eu pleinement connaissance de ces nouvelles dispositions.

Au risque de surcharger votre rôle je serais donc dans l'obligation de vous saisir à brève échéance de la non conformité accrue de ce formulaire avec la situation nouvelle née de la publication de la nouvelle convention médicale.

Il est à craindre que la situation ne se reproduise et que le formulaire doive être modifié chaque fois que le cadre réglementaire va lui-même se modifier.

Dans ses conditions on ne peut que s'étonner de la hâte mise à diffuser ces formulaires et à recueillir des adhésions à ce dispositif. Un dispositif dont le cadre juridique n'est, à ce jour, absolument pas stabilisé faute notamment de la publication des indispensables décrets prévus par les textes législatifs fondateurs.

On s'en étonne d'autant plus qu'il ne sera effectivement pas prêt à entrer en vigueur avant, au plus tôt, le début de l'été...

ANNEXE 2 :

"MEDECIN TRAITANT MODE D'EMPLOI" UN DOCUMENT PUBLICITAIRE PLUS QU'INFORMATIF

Un document intitulé " Médecin traitant mode d'emploi " (Cf. PJ N°5) est envoyé conjointement formulaire CERFA auquel il est annexé. Ce formulaire n'est pas en tant que tel visé par l'arrêté

d'approbation et donc par la requête en annulation mais il n'en contribue pas moins à justifier cette requête.

En effet loin de compenser les insuffisances de la notice figurant au verso du formulaire ce document contient de multiples inexactitudes, des anticipations sur l'évolution des dispositions réglementaires et/ou conventionnelles qui rendent d'autant plus incompréhensibles ses graves omissions sur des éléments importants pourtant d'ores et déjà déterminés ou rendus possibles par la Loi.

A) Les références à la date butoir du 1er juillet : Elles sont multiples "Les personnes de 16 ans et plus ont à déclarer un médecin traitant avant le 1er juillet". "Que faire en cas de non déclaration avant le 1er juillet".

"Déclarez votre médecin traitant sans tarder. A partir du 1er juillet 2005, le remboursement des actes médicaux pourra être réduit si vous n'êtes pas orientés par votre médecin traitant "...

Or cette date du 1er juillet, si elle a été évoquée verbalement par le Ministre, ne figure dans AUCUN TEXTE OFFICIEL OPPOSABLE à la date de publication de l'Arrêté. La date réelle d'entrée en vigueur des pénalités financières est celle de la publication du Décret prévu à L'Art L162-5-3.

La multiplication, sans fondement, de ces références à la date du 1er juillet doit donc être considérée comme une tentative de pression sur les assurés pour les inciter à renvoyer le formulaire au plus vite et donc avant même de connaître les modalités exactes de ce dispositif.

A la question posée dans le document "Que se passe-t-il si on ne déclare pas de médecin traitant ?" la réponse exacte aurait dû être : "RIEN du moins à ce jour et jusqu'à parution de textes réglementaires dont votre caisse vous informera en temps utile et par rapport auxquels vous vous pourrez alors vous déterminer en toute connaissance de cause." Il est vrai que la conséquence aurait sans doute été que les "formulaires" seraient restés dans les tiroirs mettant à mal ce qui apparaît essentiellement comme une campagne de communication politique

B) "Il n'est pas nécessaire de passer par le médecin traitant pour vos problèmes de vue et de dents, votre suivi gynécologique" et plus loin "En cas d'indisponibilité du médecin traitant vous pouvez consulter un médecin du même cabinet." Ces précisions ne figurent pas dans le texte de l'Art

L162-5-3 ni dans AUCUN TEXTE OFFICIEL OPPOSABLE à la date de publication de l'Arrêté. Elles peuvent certes figurer dans un Décret à venir mais l'Assurance Maladie n'a pas compétence pour préjuger (en plus ou en moins) des exceptions aux règles de du contenu de ce Décret.

Quant à l'assertion selon laquelle "Il (le spécialiste) peut juger que vous n'avez plus besoin de le consulter régulièrement et recommander que votre médecin traitant prenne le relais", nous sommes là dans le cadre d'une "coordination à l'envers " du spécialiste vers le généraliste dont on ne peut évidemment trouver nulle trace dans les textes en vigueur.

C) Au chapitre des omissions, à l'image du formulaire lui-même ce document prétendument informatif se garde bien de parler des dispositions de l'Article L162-4-4 sur la prolongation des arrêts de travail ou de la possibilité de dépassements de tarifs hors parcours de soins tel que prévu par l'art L162-5 18°.

Comme si il fallait éviter que la prise de conscience par les assurés des menaces réelles qui pèsent sur eux.

Rien non plus sur l'effet du choix d'un médecin traitant sur la perte des avantages de l'Option Référent qui figure pourtant expressément dans l'Art 162-5-3. Il est vrai que cela pouvait entraîner des réactions défavorables du million d'adhérents actuels de ce dispositif.

En conclusion Il s'agit donc d'un document au caractère quasi "publicitaire" qui, loin de viser à la complète information des usagers cherche à les inciter à renvoyer, au plus vite et sans en saisir toutes les implications, le formulaire de "choix du médecin traitant".

Nous sommes donc en face d'un document "publicitaire" annexé à un document contractuel officiel souffrant lui même de graves lacunes. Si l'on se place dans la logique du "Droit de la consommation" il ne fait aucun doute qu'un tel dispositif serait considéré comme portant atteinte aux libre choix des consommateurs et censuré comme tel.

---

3) Pour défendre l'accès aux soins solidaire et la médecine générale, signez et diffusez le Manifeste:

[www.manifeste-sante-mg.org](http://www.manifeste-sante-mg.org) <<http://www.manifeste-sante-mg.org/>>

[www.christianlehmann.net](http://www.christianlehmann.net) <<http://www.christianlehmann.net/>>

---

POUR TOUT CONTACT [secsante@attac.org](mailto:secsante@attac.org)