L'omnivalence du titre de docteur en médecine à l'épreuve de la permanence et de la continuité des soins

Didier CLAMER Avocat au barreau de Strasbourg, spécialiste en droit public
Pr Emmanuel ANDRES Professeur de médecine interne, président de la CME, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

La pénurie endémique de praticiens hospitaliers seniors, dans la plupart des établissements publics de santé, pose aujourd'hui la question de la participation de certains médecins à des services, notamment de garde somatique, distincts de leur spécialité et de leur unité d'affectation. Et ce, en particulier, lorsqu'il s'agit de renforcer un service d'urgence dépouillé de ses praticiens ou, dans les établissements publics de santé mentale, de pourvoir des lignes de première intention.

Si tout docteur en médecine est réputé apte à pratiquer les actes afférents à son art, dans la limite de ce qu'il estime être ses compétences, le statut de praticien hospitalier, universitaire ou non, impose à leurs titulaires de participer à la continuité et à la permanence des soins, dont l'établissement auquel ils appartiennent a la charge.

La problématique qui en découle, pour simple qu'elle puisse paraître dans sa formulation, n'en demeure pas moins délicate dans sa résolution : peut-on contraindre un médecin hospitalier à exercer ses fonctions en dehors de sa spécialité d'origine, au nom de l'intérêt supérieur du service public ? Sujet tabou et incongru pour les uns, réflexion indispensable pour améliorer la gestion, toujours plus délicate, des ressources médicales pour les autres. Celui-ci ne saurait être abordé à l'aune du prisme réducteur des querelles de chapelles ou de la négation des spécificités propres à chaque spécialité.

Le code de la santé publique (CSP) et le code de déontologie médicale constituent la source intarissable des réponses aux difficultés et interrogations que peut susciter une telle situation, dans le respect des droits et des impératifs de chacun. Concrètement, à quelles conditions peut-on faire figurer un médecin sur un tableau de service d'une unité distincte de la sienne, et en dehors de sa spécialité ? La réponse réside dans la double mission de permanence et de continuité des soins dont sont investis les établissements publics de santé, et que leurs praticiens hospitaliers sont tenus d'assurer personnellement de par leur statut.

Permanence et continuité des soins, pierres angulaires du service public hospitalier

L'article L.6112-2 du CSP impose aux établissements publics de santé et aux professionnels de santé qui exercent en leur sein « *de garantir à toute personne qui recourt à leurs services, (...) la permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente (...)* », tandis que son article R.6152-2, applicable aux praticiens hospitaliers à temps plein, précise que « *les praticiens hospitaliers exercent leurs fonctions à temps plein. Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par les établissements publics de santé et participent aux missions définies aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1* ».

Enfin, et pour conclure cet inventaire législatif et réglementaire, il doit être rappelé que selon l'article R.6152-28, « *les médecins et odontologistes régis par la présente section ont la responsabilité médicale de la continuité des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement* » et que, « *à ce titre, ils doivent en*

particulier (...) dans les structures organisées en temps continu, assurer le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par le règlement intérieur et le tableau de service (...) ».

Ces règles sont également applicables, au mot près, aux praticiens hospitaliers à temps partiel[1] et aux praticiens contractuels[2]. Il n'est par conséquent pas discutable que tout praticien hospitalier, quel que soit son lien au service, a l'obligation statutaire de participer à la permanence et à la continuité des soins au titre de ses fonctions.

Limites de « l'omnivalence » du diplôme de docteur en médecine

« *Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose* » prévoit l'article R.4127-70 du CSP.

Ces dispositions interrogent d'emblée sur les limites de « l'omnivalence » du diplôme de docteur en médecine, au regard des compétences réelles de son titulaire[3]. Elles renvoient à une autre interrogation : celle du périmètre minimal de compétences acquises par tout médecin.

Périmètre minimal de compétences acquises

La question demeure d'un abord difficile, en l'absence d'évaluation des compétences acquises par les médecins à l'issue de leurs études, mais aussi tout au long de leur carrière, que ce soit dans leur spécialité ou dans le cadre de leur « omnicompétence », que ne reconnaît d'ailleurs pas l'Ordre national des médecins au nom de l'exclusivité d'exercice des spécialités reconnues.

La question des compétences à acquérir, et non plus seulement celle des connaissances réputées acquises lors du cursus en faculté, constitue l'un des piliers de la dernière réforme des études médicales, notamment pour les deuxième et troisième cycles (entrée en vigueur au plus tard en 2022).

À cette date, la formation dispensée s'organisera sur un socle de compétences « minimales » dans les différentes disciplines (compétences classées en « A » et « B », c'est-à-dire à maîtriser impérativement) et d'une validation factuelle des acquis, sous la forme « d'examens cliniques par objectifs structurés » (Ecos), ainsi que d'un contrôle continu lors des stages en établissement et en ville. Ces éléments devraient permettre de mieux appréhender, dans les années à venir, la question de « l'omnivalence » des praticiens.

Dans son esprit, la réforme semble aller dans le bon sens. Néanmoins, par rapport au précédent, le nouveau programme se trouve réduit d'un tiers de son contenu (par souci de simplification et de prévention du *burn-out* des jeunes professionnels de santé) tout en laissant la part belle aux parcours personnalisés. Il n'est donc pas à exclure que s'amorce un repli sur les disciplines ou les spécialités, voire sur une partie d'entre elles encore plus ciblées, en vue d'une « surspécialisation », qui tendrait vers une forme de « mono-compétence ». Le risque dès lors serait d'accroître l'opposition entre médecine hospitalière et médecine de ville, en enfermant leurs praticiens dans des compétences dédiées. Le recentrage de la demande de soins, auquel on assiste, vers le recours aux spécialistes et à celui concomitant de l'offre, autour d'une expertise et d'une technicité renouvelées, participe déjà d'un tel mouvement.

Aux confins de certains paradoxes contemporains

Cette quête de « l'omnivalence » nous conduit aussi aux confins de certains paradoxes contemporains sur le savoir médical, dont l'étendue n'a jamais été aussi vaste, tant sur le plan des connaissances que sur celui des compétences, alors qu'il est, dans le même temps, concurrencé par l'intelligence artificielle.

L'exercice de l'art médical procédait, au début du XXe siècle, d'un ou de deux ouvrages ou traités de référence. Au début du troisième millénaire, il résulte d'une connaissance aux prétentions encyclopédiques. Être sachant en médecine relève aujourd'hui d'une forme de défi, entre la nécessité de demeurer informé de l'évolution constante des sciences et techniques, au bénéfice d'une formation continue astreignante, et une charge de travail qui s'est considérablement alourdie, notamment par le phénotype des patients, complexifié en termes de comorbidités, de polypathologies et de polymédicamentation. La médecine, dans son exercice quotidien, s'est définitivement éloignée de la médecine au chevet du patient, c'est-à-dire, au sens propre de l'expression, au pied de son lit, par l'utilisation d'outils technologiques, toujours plus performants, dans la plupart des domaines d'investigation.

Cette évolution générale vers une atomisation de la médecine par spécialité a, d'ailleurs, été consacrée dans le domaine de l'urgence. En témoigne la récente création d'un diplôme d'études spécialisées d'urgence, appelé à remplacer l'ancien diplôme

d'études spécialisées complémentaires (DESC), dont la possession devrait s'avérer nécessaire, voire obligatoire, pour exercer des fonctions de médecin urgentiste.
Alors, que reste-t-il de « l'omnivalence » du titre de docteur en médecine ? Sans doute le principal point commun à tous les praticiens : l'art de poser un diagnostic. C'est-à-dire leur capacité à analyser et à gérer une situation complexe, pour que même à défaut de la maîtriser totalement, elle demeure contenue et ne s'aggrave pas au-delà du risque encouru par un patient du fait de son état de santé, sans prise en charge médicale.

Applications concrètes

Deux hypothèses

Si l'intervention de praticiens hospitaliers, en dehors de leur spécialité médicale d'origine, peut paraître, de prime abord, exceptionnelle, celle-ci, en revanche, mérite d'être envisagée de manière très concrète dans au moins deux hypothèses : celle de leur renfort temporaire au service des urgences, faute de médecins urgentistes en nombre suffisant, et celle de leur participation permanente au service de garde de première intention dans les établissements publics de santé mentale.

>> Aux urgences

Il peut arriver dans certains établissements, quelle que soit leur importance, que le service des urgences se trouve dans une situation proche de la déshérence médicale, pour diverses raisons, aussi bien endogènes qu'exogènes. Son organisation et son bon fonctionnement étant une obligation légale pour les établissements investis de cette compétence, au cœur des missions du service public hospitalier, il est, par conséquent, impératif qu'elle puisse être exercée dans les meilleures conditions d'accueil des patients.
La tenue de la permanence de la régulation du SAMU et la participation aux interventions du SMUR requièrent, pour les médecins qui en ont la charge, d'être qualifiés en médecine d'urgence. Il n'en va pas de même des urgences et des soins somatiques de première intention, que tout médecin peut être appelé à conduire en de telles circonstances. Ce constat est d'autant plus vrai s'il est titulaire d'une spécialité dans l'exercice de laquelle il peut être amené à rencontrer des types de pathologies contraintes par le temps (telles la médecine interne, la gériatrie, la chirurgie traumatologique ou viscérale, la cardiologie).

>> En situation de gardes de première intention

Se pose, en des termes sensiblement identiques, la participation permanente de praticiens hospitaliers, titulaires d'un DES en médecine générale, avec capacité en gériatrie, ou assortie d'une spécialité en médecine du travail, à des gardes de première intention, principalement de nature somatique, en établissement public de santé mentale.

Tout praticien hospitalier, quel que soit son lien au service, a l'obligation statutaire de participer à la permanence et à la continuité des soins au titre de ses fonctions.

Pour l'essentiel, les situations qu'ils peuvent être appelés à connaître demeurent d'une appréhension et d'un traitement simples, et sont exclusives de toutes compétences particulières en termes de diagnostic. Cela à l'exception de certaines décisions immédiates, comme le placement en chambre d'isolement ou la fermeture temporaire d'unités, mais pour lesquelles confirmation est demandée, en temps réel, au praticien psychiatre senior d'astreinte.

Analyse

Dans un cas comme dans l'autre, il ne semble pas, au vu du type d'interventions en cause, que les praticiens concernés soient véritablement fondés à se prévaloir des dispositions de l'article R.4127-70

1. Art. R.6152-202 et R.6152-221 du CSP.
2. Art. R.6152-408 du CSP.
3. Cf. CA Aix-en-Provence, 10e ch., 13 juin 2012, n°11/0660, rappelant que l'article R.4127-70 n'interdit pas formellement à un médecin de pratiquer dans une discipline qui n'est pas la sienne.

du CSP. Sous réserve, bien sûr, qu'ils ne soient pas confrontés à des types de pathologie qui excèdent manifestement leurs champs de compétences et leurs connaissances qu'il leur appartient, au demeurant, d'entretenir et de perfectionner, dans le respect de leur « *obligation de développement professionnel continu* » prévue à l'article R.4127-11 du CSP.
Pour le surplus, et en tout état de cause, afin qu'ils puissent, le cas échéant, recourir « *à l'aide de tiers compétents* » ou de « *concours appropriés* », au sens des articles R.4127-32 et R.4127-33 du même code, il apparaît nécessaire qu'un médecin urgentiste soit systématiquement présent aux côtés de ses collègues lors de l'accueil des patients au service des urgences et qu'il existe, s'agissant des médecins somaticiens en établissement public de santé mentale, une seconde ligne d'astreinte formée par un ou plusieurs psychiatres, qu'ils puissent consulter, si le besoin devait s'en faire sentir.

Il n'est pas à exclure que s'amorce un repli sur les disciplines ou les spécialités, voire sur une partie d'entre elles plus ciblées. Et ce en vue d'une « surspécialisation » qui tendrait vers une forme de « mono-compétence ».

Des risques encadrés en termes de responsabilité

Un praticien hospitalier appelé à intervenir auprès d'un patient dans un domaine distinct de sa spécialité médicale d'origine est-il susceptible de voir sa responsabilité personnelle engagée, tant sur le plan civil que pénal ?

Cette question essentielle ne paraît guère poser de difficultés particulières, sur le plan civil, sauf faute personnelle, dans la mesure où il appartient au seul établissement public de santé dont il relève de répondre de ses actes, même si l'article R.4127-69 du CSP précise que « *l'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes* ».
Sur le plan pénal, sous réserve de l'absence de faute caractérisée, aucune action utile ne devrait pouvoir être engagée à son encontre, ni même à l'encontre de l'établissement, à tout le moins sur le fondement des articles 223-1 et 223-2 du code pénal, réprimant le délit de mise en danger de la vie d'autrui.
Si elles sont régulièrement retenues par la jurisprudence pénale et civile à l'appui de cas dans lesquels il est reproché à des médecins d'avoir pratiqué diverses interventions, voire ordonné des prescriptions, pour lesquelles ils n'étaient pas qualifiés[4], les dispositions de l'article R.4127-70 du CSP servent également de référence en matière d'erreur de diagnostic[5].
En revanche, le juge administratif ne paraît pas s'être prononcé, jusqu'alors, sur leur application en de semblables circonstances, même s'il est peu probable qu'il ait une appréciation différente de celle du juge judiciaire.

Observations terminales

La participation de certains médecins à des services, notamment de garde somatique, distincts de leur spécialité et de leur unité d'affectation, renvoie à la nécessaire conciliation entre l'obligation statutaire pour un praticien hospitalier de participer à un service de garde et à son devoir, en tant que médecin, de refuser d'intervenir auprès d'un patient s'il estime que les symptômes ou la pathologie présentés par ce dernier dépassent « *ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose* ».
Ce mode de gestion de la pénurie en ressources médicales de certains établissements ne saurait être davantage perçu comme une atteinte à leur indépendance, au sens de l'article R. 4127-95 du CSP relatif aux médecins salariés[6], qui souligne l'intérêt prépondérant de la santé publique en toutes circonstances.
Pour controversé qu'il puisse être, il n'en demeure pas moins une réponse légale à ces difficultés, tout en faisant aussi figure de modeste palliatif au peu de candidatures recueillies à la suite d'appels à

4. Cf. à titre d'exemples : Cass. Crim., 29 juin 2010, n°09-81.661 pour un gynécologue dépourvu de la spécialité d'obstétricien et qui qualifie de délit de mise en danger de la vie d'autrui, au sens de l'article 223-1 du code pénal, la méconnaissance de l'article R.4127-70 du CSP – Cass. 2e Civ., 12 avril 2018, n°17-10.105, s'agissant d'un exercice illégal de l'art dentaire par un médecin généraliste.
5. « *Vu l'article 1147 du Code civil, ensemble l'article 70 du Code de déontologie médicale alors applicable, devenu l'article R. 4127-70 du Code de la santé publique (...) Attendu qu'en se fondant sur la circonstance que M. C., médecin généraliste, n'avait pas la qualité de médecin urgentiste pour l'exonérer de sa responsabilité quand il est fait déontologiquement obligation à tout praticien de s'abstenir, sauf circonstances exceptionnelles, d'entreprendre ou de poursuivre des soins, ou de formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose, la cour d'appel a violé les textes susvisés* »
(Cass. 1re Civ. 25/11/2010, n°09-68.631).
6. « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.* »

volontariat pour y remédier. Ce dispositif s'articule en trois axes, qui découlent eux-mêmes des dispositions législatives et réglementaires applicables aux différents protagonistes :

- **déontologie** : les praticiens intéressés, s'ils ne peuvent refuser d'être désignés pour assurer des gardes de première intention, tant au service des urgences qu'en établissements publics de santé mentale, sont déontologiquement autorisés, voire tenus, de s'abstenir de toute intervention auprès d'un patient dès lors qu'ils estiment ne pas disposer des compétences obligées pour ce faire, à la condition, évidemment, que cette abstention soit légitime au vu de la nature de l'intervention, rapportée aux connaissances générales que tout médecin est réputé posséder ;
- **note de service** : sous cette condition, les établissements concernés sont donc en mesure de les contraindre à effectuer ce type de service, sans porter atteinte à leur indépendance, par note de service motivée, qui constituera le fondement légal interne de leur mobilisation, et sur la base de tableaux de service, arrêtés après avis obligatoire de la commission médicale d'établissement, comme le prévoit l'article R.6152-26 du CSP ;
- **en cas de refus** : dans cette logique, tout refus d'un médecin désigné pour participer à un service de cet ordre serait susceptible d'être qualifié de manquement à ses obligations statutaires et, comme tel, de donner lieu à des poursuites disciplinaires, sans préjudice d'une éventuelle retenue sur traitement pour absence de service fait si, au jour dit, il n'est pas davantage présent dans son unité d'origine.

Si la pathologie multi-infectieuse chronique dont souffre, aujourd'hui, l'hôpital public est un sujet convenu, toute question qui met en cause la permanence et la continuité des soins mérite d'être abordée avec autant de détermination que de circonspection. Il y va de la qualité du service public hospitalier, dont nul ne peut douter qu'il repose sur l'engagement des femmes et des hommes de bonne volonté qui ont, un jour, décidé de le rejoindre. ■

Collection « FONDAMENTAUX »

180 p. • 22 €

NOUVEAUTÉ

Les métiers d'attaché d'administration hospitalière

Lydia Lacour (coord.)

1er panorama sur une profession cruciale pour l'hôpital

Cet ouvrage inédit et complet éclaire sur les enjeux et le positionnement des attachés dans les organisations de santé. Premier manuel conçu par des experts dans le domaine, il accompagne les candidats aux concours, cadres et dirigeants hospitaliers dans la découverte d'une illustration concrète du métier d'attaché (rôles et missions plurielles, évolutions de carrière, voies d'accès au corps, modalités de concours et de formation, mises en situations managériales).

Collection « Références santé Social »

588 p. • 36 €

2e édition

La promotion de la santé

Comprendre pour agir dans le monde francophone

Éric Breton, Françoise Jabot, Jeanine Pommier, William Sherlaw

L'essentiel des savoirs en promotion de la santé

Mobilisant plus de 40 auteurs issus de 6 pays, ce manuel présente la diversité des concepts et des pratiques de la promotion de la santé dans le monde francophone. Cette 2e édition explore de nouvelles notions (déterminants commerciaux de la santé, discriminations et santé, littératie en santé, etc.) et prend en compte les récents bouleversements sociaux, environnementaux et sanitaires (réchauffement climatique, mouvements de contestation, pandémie de Covid-19).

PRESSES DE L'EHESP
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Ouvrages disponibles en librairie ou auprès de l'éditeur
commande-presses@ehesp.fr

Pour en savoir +
Consultez des extraits sur notre site
presses.ehesp.fr