

**Incidence des plaintes et des doléances au conseil de
l'ordre des médecins de l'Oise en médecine générale de
2010 à 2013**

Théophile Colas

► **To cite this version:**

Théophile Colas. Incidence des plaintes et des doléances au conseil de l'ordre des médecins de l'Oise en médecine générale de 2010 à 2013. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01236682>

HAL Id: dumas-01236682

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01236682>

Submitted on 4 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DIPLOME D'ETAT

Thèse pour le doctorat en Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 17/03/2015

par Théophile COLAS

**INCIDENCE DES PLAINTES ET DES DOLEANCES AU
CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE L'OISE EN
MEDECINE GENERALE DE 2010 A 2013**

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Médecine légale),
Service de Médecine Légale et Sociale, Adjointe au Chef du Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations ».

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédiatrie),
Responsable du centre d'activité "Pédiatrie médicale et médecine de l'adolescent", Pôle "Femme - Couple - enfant"
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Monsieur le Professeur Antoine GABRION, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Chirurgie orthopédique et Traumatologique).

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques).

Monsieur le Docteur Pierre BOUVIGNIES, Médecin Généraliste Compiègne, Médecin agréé, expert judiciaire.



Remerciements

A Madame le Professeur MANAOUIL,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.

A Madame le Professeur DESAILLOUD, Monsieur le Professeur GABRION et Monsieur le Professeur BOUDAILLIEZ,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger cette thèse.

A Monsieur le Docteur Bouvignies,

Merci pour votre aide et votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Barbier,

Merci de m'avoir permis d'accéder aux archives permettant la réalisation de ce travail.

A mon épouse Charline,

En témoignage de sa patience et de son soutien.

A ma fille Thérèse,

Pour la joie qu'elle met dans notre foyer.

A mes parents,

Pour leur dévouement constant et fidèle.

A ma sœur aînée,

Pour l'aide précieuse apportée durant ces longues années d'études.

A Agnès,

En souvenir des intenses périodes de révisions...



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
RESPONSABILITE MEDICALE	7
Responsabilité disciplinaire médicale	7
Bref historique du conseil de l'ordre	7
Rôle du conseil de l'ordre	8
Moral	8
Administratif	8
Juridictionnel	9
Consultatif	9
Entraide	9
Organisation	9
Conseils départementaux	9
Conseils régionaux	11
Conseils nationaux	11
Conseil d'Etat	12
Composition de la section disciplinaire du Conseil régional de la Picardie	12
Fonctionnement de la chambre disciplinaire de première instance	14
Organisation pratique de la séance	14
Déroulement de la séance	14
Le cheminement d'une doléance et plainte disciplinaire	16
Réception	16
Dépôt	16
Instruction	17
Transmission	17
Sanction	17
Appel	18
PRESENTATION DE L'ETUDE	19
Objectif de l'étude	19
Type d'étude	19
Procédure	19
Critères d'inclusion et d'exclusion	19
DONNEES DE L'ANALYSE	21
Date du dépôt de plainte	21
Le plaignant	21
Identité	21
Sexe	21
Ecrit pour lui ou pour un proche	21
Localisation géographique	21
Qualité rédactionnelle du courrier	21
Le ou les motifs	22
Le praticien mis en cause	22
Identité	22
Sexe	22
Date de naissance	22
Mode d'exercice	22
Nombre de médecins (cabinet de groupe, MSP)	22
Date d'inscription au CDOM de l'Oise	22
Localisation géographique	22
La décision	23

LE REGROUPEMENT DES DONNEES	24
Regroupement des motifs de doléances	24
Remise en cause des compétences du médecin	24
Administratif	25
Accueil et relationnel	25
Devoir du médecin	26
Regroupement des motifs des plaintes	26
Certificat	26
Violation du secret professionnel	27
Non-respect des devoirs généraux des médecins	27
Dossier médical	28
Devoir envers les patients	28
PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	29
Généralités	29
Nombre total de cas étudiés	29
Répartition des cas	29
Origine de la procédure	30
Etude des doléances	30
Origine des doléances	30
Définition des griefs	31
Répartition des griefs selon le bassin géographique	31
Motivation des doléances	32
Remise en cause des compétences du médecin	32
Accueil et relationnel	33
Administratif	34
Devoirs du médecin	35
Médecins concernés par une doléance	36
Liens avec le niveau culturel des patients	38
Support informatisé	38
Nombre de griefs selon le niveau culturel	38
Etude des plaintes	39
Origine des plaintes	39
Total des contestations	39
Emanation des plaintes	40
Motivation des plaintes	41
Traitement de la plainte	42
Aboutissement des plaintes	44
Médecins généralistes concernés par une plainte	45
Rapport entre plaignants et médecins en fonction du sexe	45
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	47

Depuis les dernières décennies on assiste à une judiciarisation croissante dans le domaine médical en général et dans la médecine générale en particulier.

Ce phénomène se traduit par une augmentation du nombre de courriers envoyés par les patients au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins à l'encontre de leurs médecins généralistes.

A titre d'exemple, le CDOM de l'Oise reçoit 3 plaintes et 10 doléances par mois.

L'objectif principal de cette thèse est l'analyse des motifs des doléances et des plaintes adressées au Conseil départemental de l'Ordre des médecins ainsi que leur aboutissement.

Tout patient, quel qu'il soit, peut saisir par écrit le Conseil départemental pour lui faire part de son mécontentement à l'égard d'un comportement, d'une erreur ou d'une faute, de la part de son médecin traitant. Ce Conseil reçoit alors la doléance (ou la plainte directe du plaignant formulée par écrit) et va alors demander des explications au médecin. Si celles-ci s'avèrent insuffisantes, une conciliation est organisée entre les deux parties. En cas de doléance sans dépôt de plainte, le Conseil départemental peut, de lui-même, après délibération, estimer que les faits sont de nature à constituer une plainte. Il sera alors plaignant direct pour ces faits.

Le Conseil départemental ne peut en aucun cas considérer une plainte comme non fondée. Il se doit de la transmettre au Conseil régional en y associant ses réflexions. Dans le cas où une plainte ne lui semblerait pas fondée, il pourra ne pas s'y associer comme il le ferait pour d'autres motifs qui, eux, lui paraîtraient fondés.

De nombreux courriers sont classés sans suite disciplinaire ce qui démontre que bon nombre de signalements sont déposés sans véritable cause objective.

Il est vrai que dans le monde anglo-saxon la pression judiciaire envers le corps médical est très forte. Nous avons l'impression que dans notre pays les pratiques se rapprochent de ce modèle. Est-ce vraiment une impression ? Notre société change-t-elle vraiment ? Le poids médiatique ne nous donnerait-elle pas une fausse impression de l'augmentation des plaintes ? Comment dans la pratique médicale quotidienne, le praticien peut-il parer tout risque de procès ? Comment continuer d'exercer sereinement alors que les difficultés ne font que croître ?

L'exercice actuel oblige le médecin à être de plus en plus vigilant. En effet les recommandations et circulaires en tout genre obligent le médecin à être d'avantage attentif.

Nous nous intéresserons dans ce travail aux doléances et plaintes concernant les médecins généralistes uniquement.

Nous gardons à l'esprit que cette étude n'a pas la prétention d'être exhaustive mais se veut une traduction, la plus fidèle possible, des insatisfactions globales des patients.

1. BREF HISTORIQUE DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS

L'Ordre des médecins, pour quoi faire ?

Dès 1845, le congrès médical propose d'instaurer un conseil de l'ordre des médecins pour lutter contre le charlatanisme. Ce projet de loi réorganisant l'exercice de la médecine est mis à mal par la révolution de 1848.

Pour résoudre les problèmes disciplinaires de la profession, et dans un souci d'organiser l'exercice de la médecine, les médecins créent alors des syndicats dès 1881. Cependant les sanctions ne sont guère dissuasives puisqu'elles ne s'appliquent qu'aux seuls médecins syndiqués.

Dans les années 1930, le corps médical constatant les limites des syndicats pour réglementer la profession réclame un ordre capable d'organiser la profession mais également capable de limiter plus sévèrement l'accès à l'exercice de la médecine, notamment aux médecins étrangers très nombreux et parfois sous qualifiés.

La Création du Conseil de l'Ordre a lieu le 7 octobre 1949 par le maréchal Pétain qui abolit les syndicats de médecins. Son rôle est prioritairement de contrôler l'exercice illégal de la médecine, qui sévit avec de nombreux praticiens souvent non qualifiés, et de permettre ainsi aux patients de garantir la validité des diplômes de leur soignant.

A la fin de l'année 1944 Le Conseil national de l'ordre est dissous. Le général de Gaulle crée un nouveau Conseil de l'ordre des médecins. La différence principale réside dans le fait que désormais l'Ordre n'est plus rattaché au gouvernement. En effet, les conseillers ordinaires sont élus par les médecins eux-mêmes et non plus nommés par décret.

2. ROLES DU CONSEIL DE L'ORDRE

L'article 3 du code de déontologie médicale définit la mission de l'Ordre des Médecins.

« L'Ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine ».

L'Ordre assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale. Cet organisme autonome, privé à mission de service public, dont le financement est assuré par les seuls médecins, fonctionne à chaque niveau avec des conseillers élus par les médecins.

L'Ordre des médecins se compose de trois structures corrélées respectivement au département, à la région et à l'échelon national.

2.1 ROLE MORAL

L'Ordre a la charge de concevoir et rédiger le Code de Déontologie. Il doit le faire évoluer pour l'adapter aux nécessités d'une profession en constante évolution technique, économique et sociale.

Le Code de Déontologie proposé par l'Ordre est soumis au Conseil d'Etat et édicté sous forme de décret par le Premier Ministre. Il est donc partie intégrante du Code de la Santé Publique. Il appartient à l'Ordre de veiller à son application et à son respect. L'institution défend les intérêts des malades et les intérêts moraux de la profession.

2.2 ROLE ADMINISTRATIF

L'Ordre dispose d'un pouvoir réglementaire. Il établit et tient à jour un tableau sur lequel ne peuvent être inscrits que les docteurs en médecine remplissant les conditions légales et les conditions de moralité requises.

En matière administrative, en application du Code de déontologie, le Conseil :

- Gère les inscriptions et le tableau de l'Ordre,
- Contrôle les libellés des plaques et ordonnances,
- Délivre un avis sur les contrats d'association,
- Délivre les autorisations d'exercice (licences de remplacement et cabinets secondaires)
- Organise les conciliations (article 56 du Code de Déontologie Médicale)
- Suspend l'autorisation d'exercer à la demande du préfet (Article L.4124-11 du Code de la Santé publique)
- Délivre les qualifications

Le Conseil d'Etat contrôle les éventuels excès de pouvoir de l'Ordre en matière administrative.

2.3 ROLE JURIDICTIONNEL

Les médecins sont jugés et éventuellement sanctionnés par leurs pairs. Ces membres sont élus des conseils disciplinaires et sont plus à même, étant eux même médecins, d'appréhender les problèmes soulevés par l'exercice de la profession.

Le rôle juridictionnel relève en première instance des Conseils régionaux via la chambre disciplinaire. En appel, il relève du Conseil national également via la section disciplinaire.

L'Ordre est contrôlé par le Conseil d'Etat en ce qui concerne la légalité de ses décisions.

2.4 ROLE CONSULTATIF

Le Conseil de l'Ordre peut être appelé à donner son avis sur les projets de règlements, décrets ou lois qui lui sont soumis par les pouvoirs publics.

2.5 ROLE D'ENTRAIDE

L'Ordre des médecins peut organiser toute œuvre d'entraide au bénéfice de l'un de ses membres et de leurs ayants droit. Une part de chaque cotisation ordinale est dévolue à l'entraide.

3. ORGANISATION

3.1 CONSEILS DEPARTEMENTAUX

Selon l'article L.4123-1 du Code de Santé Publique, le Conseil départemental de l'Ordre exerce, dans le cadre départemental et sous contrôle du Conseil national, les attributions générales de l'Ordre, énumérées à l'article L.4121-2.

« Il peut, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession médicale, y compris en cas de menace ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions. En aucun cas, il n'a à connaître des actes, des attitudes, des opinions politiques ou religieuses des membres de l'Ordre. Il peut créer avec les autres Conseils départementaux de l'Ordre et sous le contrôle du Conseil national, des organismes de coordination »

Au sein de chaque Conseil départemental se trouve une commission de conciliation composée d'au moins trois de ses membres. La conciliation peut être réalisée par un ou plusieurs des

membres de cette commission. En règle générale, participent aux conciliations le Président de la commission des plaintes et doléances, le Président du Conseil, et d'autres membres de la commission, désignés à tour de rôle. En moyenne on trouve six membres du Conseil pour participer aux conciliations. Au sein de cette commission de conciliation le plaignant et le médecin peuvent être accompagnés par un avocat ou un conseil de leur choix.

Les Conseils départementaux comprennent de 9 à 24 membres titulaires (en fonction du nombre de médecins inscrits dans le département). Ces membres sont élus pour 6 ans au suffrage universel par l'ensemble des médecins inscrits au tableau du département. Le Conseil est renouvelable par moitié tous les 3 ans. Des membres suppléants sont élus en nombre égal dans chaque département. Au CDOM de l'Oise les membres titulaires sont au nombre de 21 et de 18 suppléants.

Les Conseils départementaux :

- Gèrent le tableau de l'Ordre
- Délivrent les autorisations d'installation des médecins dans le département
- Contrôlent le libellé des plaques et les mentions dans les annuaires et sur les ordonnances
- Examinent des contrats passés entre deux ou plusieurs médecins, entre médecins et structures privées ou publiques
- Délivrent les autorisations de remplacement
- Délivrent le caducée médical
- Assurent les devoirs de conciliation en cas de différends entre médecins, ou entre un patient et un médecin, avant transmission (obligatoire) de la plainte, si elle persiste, à la section disciplinaire du Conseil régional
- Collectent et étudient des dossiers d'entraide entre les médecins
- Représentent les médecins auprès des institutions locales en tant qu'interlocuteurs privilégiés auprès des pouvoirs publics.

3.2 CONSEILS REGIONAUX

Ils sont placés sous le contrôle du conseil national et remplissent, sur le plan régional, la mission définie à l'article L. 4121-2. Ils assurent notamment les fonctions de représentation de la profession dans la région ou l'inter-région ainsi que celle de coordination des conseils départementaux.

Les membres du Conseil régional sont élus par les membres titulaires des Conseils départementaux du ressort de la région.

Les membres du Conseil régional sont élus pour 6 ans et renouvelables par moitié tous les 3 ans. Ils élisent leur président.

Le Conseil régional a deux sortes d'attributions :

- L'une d'ordre administratif : en application de l'article L4124-11 du CSP, il peut suspendre les praticiens dont l'état pathologique rend dangereux l'exercice de la profession.
- L'autre d'ordre juridictionnel : il juge les plaintes portées par les patients, les médecins, le Conseil départemental, le Préfet, le Conseiller régional, le ministre de la Santé, le directeur général de l'ARS.

3.3 CONSEILS NATIONAUX L4132-1 et 3 et 5

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est composé de 51 membres, élus pour 6 ans par les membres titulaires des Conseils départementaux, et renouvelables par moitié tous les 3 ans. Un conseiller d'Etat de rang élevé, nommé par le Garde des Sceaux, l'assiste en ses travaux. Y siègent aussi de droit un représentant nommé par le ministre de la Santé, un membre de l'Académie de médecine. Un représentant du ministre de l'enseignement supérieur, du ministère du travail et un du ministère de la Santé assistent aux sessions mais avec voix consultative.

Une commission nationale permanente composée de 9 conseillers nationaux et 9 conseillers départementaux, tous élus, présente devant les Assises annuelles de l'Ordre des pistes de réflexion.

Le Conseil national accueille la chambre disciplinaire nationale d'appel, organisation juridictionnelle qui siège en séance publique, sous la présidence d'un des quatre conseillers d'Etat qui y sont affectés. Cette juridiction, bien qu'accueillie en ses locaux, est totalement indépendante du Conseil national. Ses décisions peuvent être contestées au Conseil d'Etat.

Cette chambre disciplinaire nationale d'appel est élue par l'ensemble des conseillers nationaux sur le même mode de scrutin que la chambre disciplinaire de première instance auprès du Conseil régional. Elle est composée de 12 membres (6 titulaires et 6 suppléants).

Outre son rôle primordial qui est de faire respecter le Code de Déontologie médicale, le Conseil national :

- Est l'interlocuteur des pouvoirs publics
- Contrôle les instances départementales et régionales
- Veille au respect des principes déontologiques essentiels et au maintien de la compétence
- Reçoit les recours hiérarchiques formés contre les décisions du Conseil régional
- Juge en appel les décisions des juridictions de première instance
- Fixe le montant unique de la cotisation de chaque médecin
- Coordonne la permanence des soins, en particulier la régulation des gardes et urgences, sur l'ensemble du territoire.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins publie la « jurisprudence professionnelle des médecins » ce qui nous donne un aperçu exhaustif de la jurisprudence disciplinaire.

3.4 CONSEIL D'ETAT

C'est la juridiction la plus haute de l'ordre administratif qui peut, en dernière instance, casser un jugement sur la forme ou pour excès de pouvoir.

4. COMPOSITION DE LA SECTION DISCIPLINAIRE DU CONSEIL REGIONAL DE LA PICARDIE

La chambre disciplinaire de 1ère instance de Picardie se compose (articles L.4124-7, L 4132-7, L 4132-9, R 4124-4, R 4126-7, R 4126-23 du Code de Santé Publique)

- Des membres avec voix délibérative :

Un président désigné par arrêté du vice-président du conseil d'état parmi les conseillers des tribunaux administratifs et de la cour administrative d'appel dans le ressort desquels est située la chambre. Ce magistrat, qui peut être en fonction ou honoraire, est proposé soit par le président du tribunal administratif soit par le président de la cour administrative d'appel. En Picardie, il s'agit de M. Daniel Mortelecq, Président de tribunal administratif et Président de chambre à la Cour administrative d'appel de Douai dans le domaine de la responsabilité

hospitalière. Un ou plusieurs présidents suppléants peuvent être désignés dans les mêmes conditions.

Huit membres titulaires et huit membres suppléants, élus par les membres titulaires du conseil régional auprès duquel est placée la chambre.

Ils sont répartis en deux collèges composés comme suit :

Le collège interne : 4 membres titulaires et 4 membres suppléants élus parmi les membres titulaires et suppléants du conseil régional, avec un mandat de 6 ans. Le conseil est renouvelé par moitié tous les 3 ans. Les membres sont élus par les conseillers titulaires régionaux.

Le collège externe : 4 membres titulaires et 4 membres suppléants élus parmi les membres et anciens membres titulaires et suppléants des conseils de l'ordre, autres que les conseillers régionaux en cours de mandat. Leur mandat est de 6 ans, la chambre étant renouvelable par moitié tous les 3 ans. Les membres sont élus par les conseillers titulaires régionaux

Le Conseil régional a été renouvelé par moitié le 7 février 2013 avec l'élection de 5 nouveaux membres titulaires et 5 nouveaux membres suppléants, pour une durée de 6 ans. Au total, le conseil régional de Picardie est composé de 9 membres titulaires, 3 pour l'Aisne, 3 pour l'Oise et 3 pour la Somme et 9 membres suppléants, 3 pour l'Aisne, 3 pour l'Oise et 3 pour la Somme.

Le 11 avril 2013, renouvellement de la totalité du collège interne avec l'élection de 4 membres titulaires et 4 membres suppléants pour un mandat de 3 ans et renouvellement partiel du collège externe avec élection de 2 membres titulaires et de 2 membres suppléants pour une durée de 6 ans

- Des membres avec voix consultative :

Le médecin désigné par le directeur de l'ARS. Il s'agit du Dr René Faure.

Un professeur d'unité de formation et de recherche de médecine de la région désigné par le ministre chargé de l'enseignement supérieur, soit le doyen de la faculté de médecine en pratique. Il s'agit du Pr Jean-Pierre Ducroix.

5. FONCTIONNEMENT DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE

5.1 ORGANISATION PRATIQUE DE LA SEANCE

La chambre disciplinaire de première instance du CROM fonctionne différemment d'un tribunal classique.

Selon l'article R4226-25 du CSP modifié par le décret n°2008-484 le rôle de chaque audience est établi en début de session par le président de la chambre disciplinaire.

Selon le décret n°2007-434 du 25 mars 2007 l'audience est publique hors huis clos en cas de volonté de respect de la vie privée ou si le secret médical le justifie.

Dans le cas d'un tribunal de droit commun, les juges sont séparés des parties, de leurs avocats et des témoins éventuels. Les juges sont assis dans une position dominante et les autres personnes doivent être debout quand elles s'adressent aux juges.

Il en est différemment pour les audiences disciplinaires où le président et les membres du CROM sont réunis autour d'une grande table ovale. En vis-à-vis : les deux parties (dont le médecin mis en cause) assistées de leurs avocats et éventuellement un représentant du Conseil départemental ayant transmis la plainte puis le plaignant. Le public est disposé en retrait.

5.2 DEROULEMENT DE LA SEANCE

Dès enregistrement au greffe de la plainte ou de la requête, le président désigne parmi les membres de la chambre disciplinaire un rapporteur. Celui-ci ne peut être choisi ni parmi les conseillers membres du conseil départemental plaignant ni parmi les conseillers membres du conseil départemental au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit. Le choix du rapporteur se fait en fonction du dossier, de la spécialité du médecin mis en cause.

Le rôle du rapporteur est bien défini : il est en charge de l'instruction du dossier afin que tous les renseignements nécessaires à la bonne compréhension du dossier soient réunis.

Le jour où la chambre disciplinaire se réunit le rapporteur lit son rapport dans lequel il relate les faits, sans émettre d'avis ni d'appréciation.

Puis le Président du Conseil régional donne la parole au plaignant ou à son avocat.

La parole est toujours donnée à la défense en dernier, comme devant un tribunal de droit commun.

Le plaignant doit quitter la salle d'audience lors de la lecture du rapport puis, après avoir été entendu dans ses doléances, il ne pourra plus s'exprimer.

Puis les parties se retirent accompagnées de leurs avocats respectifs et du public. Délibération à huis clos des membres de la section disciplinaire. Le rapporteur propose la sanction qui est votée par les conseillers.

La décision est rendue quelques semaines plus tard.

1. RECEPTION DE LA DOLEANCE ET/OU PLAINTE

Tout patient peut saisir par écrit le CDOM de son département lorsqu'il estime qu'une situation donnée vécue avec son médecin généraliste le nécessite.

On appelle doléance tout écrit ne stipulant pas expressément le souhait d'un dépôt de plainte. Il s'agit ni plus ni moins d'une réclamation du patient à l'encontre de son médecin traitant. Pour que la doléance se transforme en dépôt de plainte il est nécessaire que le patient, sur le mode écrit, affirme qu'il désire porter plainte à l'encontre d'un médecin donné, pour un motif indiqué.

Soit la doléance reste au stade de doléance : les explications des deux parties suffisent à régler l'affaire à l'amiable, soit la doléance se transforme en dépôt de plainte.

Il peut arriver que le dépôt de plainte ne soit pas précédé de doléance.

2. DEPOT

Il existe deux types de médecins :

Les médecins hors services publics dont les médecins généralistes font partie et les praticiens chargés d'un service public (praticiens hospitaliers, médecins conseils).

Relèvent de l'Ordre, les médecins hors services publics ainsi que les praticiens hospitaliers (loi HPST 2009).

Selon l'article L 4124-2 du Code de la Santé Publique, avant la loi HPST de 2009, les médecins hospitaliers ne pouvaient être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion de leurs actes que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, le Procureur de la République, le Conseil National ou le Conseil Départemental au tableau duquel le praticien est inscrit.

Pour les autres statuts, l'auteur de la plainte peut être : le patient, la famille, un confrère, le Conseil de l'Ordre.

3. INSTRUCTION

Lorsqu'une plainte est déposée devant le Conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur et en informe le médecin mis en cause. Il les convoque dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en vue d'une conciliation.

En cas d'échec de la conciliation, le Conseil départemental transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du Conseil dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.

Lorsque le litige met en cause un de ses membres, le Conseil départemental peut demander à un autre Conseil de procéder à la conciliation.

En cas de carence du Conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du Conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du Conseil national transmet la plainte dans le délai d'un mois.

4. TRANSMISSION

La plainte est transmise au niveau régional avec avis motivé devant la chambre disciplinaire de première instance qui doit statuer dans les six mois du dépôt de la plainte.

Le ministre de la santé, le procureur, le directeur général de l'ARS, le Conseil national et départemental de l'Ordre des médecins peuvent saisir directement le Conseil régional.

5. SANCTIONS

Si la plainte est justifiée, le Conseil régional prononce une sanction disciplinaire. Celle-ci peut être fixée selon différents degrés de gravité qui sont énumérés dans l'article L.4124-6 du Code de la Santé Publique.

Il s'agit de l'avertissement, du blâme, de la suspension ou de l'interdiction d'exercer, avec ou sans sursis (trois ans maximum) jusqu'à la radiation du tableau de l'Ordre.

Le patient peut être sanctionné : le président de la chambre disciplinaire peut infliger à l'auteur d'une requête qu'il estime abusive une amende dont le montant ne peut excéder 3000 euros selon l'article R4126-31 du Code de Santé Publique.

En cas de désistement de la plainte de la part du patient, les dépens pourront être mis à sa charge.

6. APPEL

La loi du 4 mars 2002 a apporté de profondes modifications en matière de procédure ordinaire, notamment précisées par un décret du 25 mars 2007. Le patient peut désormais être assisté et représenté par un avocat et il peut faire appel d'une décision de première instance, ce qui lui était auparavant interdit. L'appel est également offert au médecin poursuivi, au Conseil départemental au tableau duquel ce médecin appartient, au Conseil National de l'Ordre des médecins et aux différentes autorités (Préfet, ARS, Procureur et Ministre de la santé). Le délai d'appel est de trente jours à compter de la notification de la décision.

1. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est d'analyser les motifs les plus fréquents de litige ayant amenés à un signalement auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de l'Oise. Elle différencie les types de doléances et de plaintes adressées et étudie leur aboutissement.

L'objectif secondaire est de pouvoir établir des solutions susceptibles d'améliorer nos pratiques quotidiennes pour limiter ces procédures.

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective et évaluative.

3. PROCEDURE

Le relevé des informations a été réalisé à partir de la lecture des lettres de doléances des patients ainsi que des rapports d'audience dans le cas d'une plainte effective consignés dans les archives du Conseil département de l'Ordre des médecins de l'Oise à Agnetz (60600).

4. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Cette étude concerne toutes les doléances émises contre un médecin généraliste et transmises au Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Oise ainsi que les plaintes transitant par le biais du Conseil départemental et transmises à la chambre disciplinaire de première instance du Conseil régional de l'Ordre des médecins pour les années 2010, 2011, 2012 et 2013.

Concernant les années 2010, 2011 et 2012 nous n'avons tenu compte que des plaintes dont la décision finale et définitive a été appliquée. Les dossiers en cours de traitement n'ont pas été pris en compte.

Concernant l'année 2013, seules les doléances et plaintes ayant été classées (fin de la procédure) ont été analysées.

Par doléance et plainte nous entendons correspondance – toujours écrite – d'un patient à l'égard d'un médecin généraliste installé ou de son remplaçant.

Cette étude analyse les doléances et plaintes transmises par des patients à l'encontre de leur médecin généraliste ou par une entreprise à l'encontre d'un médecin généraliste dont le patient est le salarié. Elle n'étudie pas les doléances ou plaintes pouvant émaner d'autres professionnels de la santé (Conseil de l'Ordre, Sécurité Sociale, médecins, etc).

L'étude porte sur 42 doléances et 24 plaintes. Il n'y a pas eu de tirage au sort.

Toutes les données ont été bien évidemment anonymisées, qu'il s'agisse de l'identité du patient comme de celle du médecin. Je n'ai pu accéder aux dossiers qu'à l'intérieur du CDOM de l'Oise en consultation surveillée.

1. LA DATE DU DEPOT DE PLAINTE

L'année du dépôt de plainte correspond à la date de réception - par écrit - de la doléance ou de la plainte. Il s'agit donc de l'année d'ouverture du dossier au CDOM de l'Oise.

2. LE PLAIGNANT

Nom, prénom : afin de respecter la confidentialité des affaires citées, aucun nom de patient n'a été cité dans ce travail.

Sexe : le sexe du plaignant a été répertorié afin de pouvoir établir des statistiques. Lorsque le plaignant est une entreprise, ce champ n'a pas été renseigné.

« Ecrit pour lui ou pour un proche » : dans nombre de cas concernant une personne âgée, les proches (famille, ami, etc) s'emparent de l'affaire afin d'exposer eux-mêmes leurs griefs auprès du CDOM de l'Oise.

Localisation géographique : la ville où réside le plaignant a été relevée afin de pouvoir établir des statistiques sur l'origine géographique de ce dernier. Chaque commune a été répertoriée en type de « bassins de vie » selon la définition de l'INSEE. Le découpage de la France « en bassins de vie » a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine en venant compléter la notion urbain-rural « tout court ». Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

Qualité rédactionnelle du courrier : il n'a pas été facile de trouver une règle claire et totalement objective pour évaluer la qualité rédactionnelle du courrier. En effet, quel nombre de fautes d'orthographe doit servir de limite ? Quid de la syntaxe et de la compréhension de la plainte ou doléance ? Nous avons choisi de fixer trois catégories dans la qualité rédactionnelle du courrier, chacune étant elle-même scindée en trois sous-groupes.

Orthographe : bon, mauvais et moyen.

Syntaxe : compréhension aisée à la première lecture, compréhension aisée à la deuxième lecture et non compréhension précise du motif de plainte et/ou du récit des événements.

Support : bon, mauvais et moyen

3. LE OU LES MOTIFS

Ces données seront détaillées dans le chapitre « regroupement des données ».

4. LE PRATICIEN MIS EN CAUSE

Nom, prénom : afin de respecter la confidentialité des affaires citées, aucun nom de médecin mis en cause n'a été cité dans ce travail.

Sexe : le sexe du médecin mis en cause a été répertorié afin de pouvoir établir des statistiques.

Date de naissance : la date de naissance du praticien mis en cause a permis d'établir des statistiques en fonction de l'âge.

Mode d'exercice : trois types de mode d'exercice ont été choisis : seul, cabinet de groupe et MSP (maison de santé pluridisciplinaire) comme défini selon l'ARS. Une Maison de Santé Pluridisciplinaires est avant tout un lieu physique de regroupement, pour des professionnels de santé issus de disciplines différentes (médicales, paramédicales voire sociales) offrant des soins courants, en journée, à la population.

Nombre de médecins (cabinet de groupe et MSP) : dans le cas d'un cabinet de groupe ou d'une MSP le nombre de médecin y travaillant a été indiqué.

Date d'inscription au CDOM de l'Oise : la date d'inscription du praticien au CDOM de l'Oise a été relevée. Il s'agit d'un critère permettant d'apprécier le nombre d'années d'exercice libéral du médecin mis en cause par le plaignant.

Localisation géographique : la ville où travaille le praticien mis en cause a été relevée afin de pouvoir établir des statistiques sur l'origine géographique de ce dernier. Chaque commune a été répertoriée en type de « bassins de vie » selon la définition de l'INSEE. Le découpage de la France « en bassins de vie » a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine en venant compléter la notion urbain-rural « tout court ». Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

5. LA DECISION (EN CAS DE PLAINTE)

En cas de plainte effective les sanctions peuvent être les suivantes :

Avertissement : sanction mineure

Blâme : il s'agit en quelque sorte d'un « dernier avertissement »

Interdiction temporaire d'exercer de 3 ans maximum

Radiation

Clôture instruction : en cas de plainte non motivée, la chambre disciplinaire de première instance peut décider de clôturer l'instruction sans qu'une sanction ne soit prononcée à l'égard d'aucune des deux parties.

1. REGROUPEMENT DES MOTIFS DE DOLEANCES

1.1 REMISE EN CAUSE DES COMPETENCES DU MEDECIN

Erreur diagnostique : Le patient décide de saisir le CDOM lorsqu'il estime que son médecin n'a pas diagnostiqué à temps, n'a pas établi le bon diagnostic ou n'a pas diagnostiqué assez rapidement une pathologie. Il tente de prouver que le praticien n'a pas mis en œuvre tous les moyens nécessaires pour établir le bon diagnostic (obligation de moyen).

Examen clinique insuffisant : Le patient décide de saisir le CDOM lorsque l'examen clinique pratiqué par le médecin n'a pas eu lieu ou qu'il estime que l'examen n'a pas été totalement pratiqué au regard de la situation qu'a exposé le malade. Exemple le plus fréquent : absence de prise de pression artérielle.

Traitement inefficace, dangereux : Le patient décide de saisir le CDOM lorsqu'il considère qu'au vu de sa pathologie le médecin n'a pas choisi le traitement le plus adapté, pis, qu'il a mis en route un traitement pouvant s'avérer risqué pour le patient (contre-indications et effets indésirables sur la notice du médicament).

Réclamation non satisfaite d'examen complémentaire : Le patient décide de saisir le CDOM lorsque le praticien ne prescrit pas d'emblée un examen complémentaire ou le refuse catégoriquement alors que le patient en fait la demande.

Défaut d'hygiène : Le patient décide de saisir le CDOM lorsque qu'il estime que le médecin généraliste consulté ne respecte pas les règles d'hygiène qui incombent à ce dernier. Le lavage de main est la cause la plus fréquente.

Manque de suivi : Le patient décide de saisir le CDOM lorsqu'il estime que le médecin généraliste n'assure pas pleinement la fonction de « médecin traitant » tel que défini par la Sécurité Sociale à savoir celui de jouer un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soin.

1.2 ADMINISTRATIF

Certificat tendancieux ou de complaisance : Le CDOM est saisi alors que le plaignant estime que le certificat est mensonger ou ne se limite pas à ce que le médecin a constaté.

Non établissement de feuille de soin : le CDOM est saisi par le patient pour lequel aucune feuille de soin papier n'a été délivrée à l'issue de la consultation (tous motifs de consultation confondus) et pour lequel la carte vitale n'a pas été utilisée au cours de la même consultation.

Délai délivrance dossier médical : Le CDOM est saisi par le patient car il rencontre des difficultés pour récupérer son dossier médical.

Réclamation suite à dépassement exceptionnel (DE) lors de l'établissement de la feuille de soins : Le patient saisit le CDOM car il estime que le dépassement exceptionnel appliqué lors d'une consultation n'est pas justifié.

Refus établissement certificat médical : Le patient saisit le CDOM lorsque le praticien refuse toute rédaction de certificat médical.

1.3 ACCUEIL ET RELATIONNEL

Propos familiers : Le patient saisit le CDOM car il estime que le praticien a eu des propos non appropriés utilisant un langage du registre familial.

Gestes inconvenants : Le patient saisit le CDOM car il estime qu'un geste inconvenant ne relevant pas de l'examen clinique a été pratiqué par le médecin. Il s'agit dans le plus grand nombre de cas de l'emportement d'un médecin par perte de son sang-froid.

Manque d'empathie : Le patient saisit le CDOM car il estime que le médecin a manqué de compréhension à son égard et ne s'est pas assez mis en position de ressentir ses propres émotions face à une situation médicale.

Durée d'attente : Le patient saisit le CDOM car il estime que la durée d'attente avant de pouvoir être reçu par le médecin est trop importante.

Refus de déplacement à domicile : Le patient saisit le CDOM car il estime nécessaire la venue du praticien à son domicile eut égard à son état de santé et se voit opposer un refus de la part du praticien.

1.4 DEVOIR DU MEDECIN

Refus de soin : Le patient saisit le CDOM car il estime que l'attitude ou les propos du praticien révèlent une situation pouvant entrer dans le cadre d'un refus de soin. Il ne s'agit pas ici de non-assistance à personne en danger.

Manque d'explications : Le patient saisit le CDOM car il estime que le médecin ne lui a pas fourni les explications nécessaires sur tout ce qui peut toucher de près ou de loin sa santé (diagnostic, traitement, suivi, pronostic, examen complémentaires, etc).

2. REGROUPEMENT DES MOTIFS DE PLAINTES

2.1 CERTIFICATS

Date du jour non respectée : Le CDOM est saisi alors qu'un certificat établi par le médecin généraliste a pu être volontairement antidaté ou postdaté. La doléance émane principalement d'une entreprise et concerne le plus souvent un certificat d'arrêt de travail.

Certificat tendancieux ou de complaisance : Le CDOM est saisi alors que le plaignant estime que le certificat est mensonger ou ne se limite pas à ce que le médecin a constaté. Cf. article 28 du Code de Déontologie médicale.

Absence d'examen clinique préalable : Le CDOM est saisi alors que le plaignant estime que la rédaction dudit certificat aurait dû être précédée d'un examen clinique et que, selon le plaignant, cela n'a pas été le cas.

Ne s'en tient pas aux constatations médicales ni à décrire l'état du patient, interprétation : Le CDOM est saisi alors que le plaignant estime que le contenu du certificat médical outrepassa la simple constatation des faits, pis, qu'il est une interprétation de la stricte réalité.

Immixtion dans la vie privée : Le CDOM est saisi alors que le plaignant estime que l'attitude ou les propos du médecin sont allées au-delà des limites de son rôle professionnel en n'y ayant pas suffisamment pris garde. Cf. article 51 du Code de Déontologie médicale.

Non remis en main propre : Le CDOM est saisi alors que le plaignant affirme qu'un certificat médical le concernant a été rédigé mais ne lui a pas été remis en main propre.

2.2 VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL

Il peut s'agir :

D'échange d'information relative à une personne malgré opposition de la personne

D'un secret trahi envers la famille ou l'entourage

D'un secret trahi envers un défunt contre son gré exprimé de son vivant

D'un statut VIH dévoilé sans consentement patient

D'une violation de secret professionnel lors d'une réquisition

D'une violation de secret professionnel lors d'un témoignage en justice

De renseignements donnés à une compagnie d'assurance hors souhait du patient

2.3 NON RESPECT DES DEVOIRS GENERAUX DES MEDECINS

Il peut s'agir :

De non-respect de la vie et de la dignité de la personne

De non-respect des principes de moralité et de probité

De non indépendance professionnelle

De non liberté du patient quant au choix de son médecin ou non facilitation dans l'exercice de ce choix

D'une situation de discrimination

De prescriptions ou d'actes médicaux non appropriés

De non-assistance à personne en danger

De publicité

De délivrance de médicaments

De perception d'un avantage injustifié

De fraude et abus de cotation

D'exercice illégal

De déconsidération de la profession

2.4 DOSSIER MEDICAL

Il peut s'agir :

D'une mauvaise tenue du dossier médical

D'obstacles à la communication du dossier médical tenu par le médecin

2.5 DEVOIRS ENVERS LES PATIENTS

Il peut d'agir :

De non-respect du contrat de soin

De légèreté dans l'établissement du diagnostic

De manquement au devoir de clarté du médecin ou d'explications dans la prescription

D'un manquement au devoir d'information

D'absence de procédure pour recueillir le consentement du patient

De manquement aux soins des mourants

De manquement au soulagement des souffrances

De charlatanisme

De faire courir un risque injustifié (thérapeutique) au patient

D'un manquement aux règles d'hygiène et de prophylaxie

1. GENERALITES

1.1 NOMBRE TOTAL DE CAS ETUDIES

Il a été étudié dans ce travail 66 dossiers dont 42 doléances et 24 plaintes. Les doléances représentent donc 63.6% des dossiers traités alors que les plaintes seulement 36.4%.

Si, approximativement, les 2/3 des dossiers sont des doléances la cause en est multiple.

Tout d'abord sous l'effet d'un sentiment d'injustice il est facile pour le patient d'écrire au CDOM, il est ensuite plus difficile de déposer plainte (complexité de la procédure, justification réelle du motif de plainte, frais d'avocat, etc). Ensuite depuis la loi L4123-2 du CSP de 2007, la conciliation entre les parties est devenue obligatoire avant que le dossier ne monte à la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Médecins (Conseil Régional). Cette conciliation permet qu'un accord soit trouvé entre les deux parties. C'est le cas en particulier lorsqu'une entreprise conteste la réalité d'un certificat médical : dans ce cas lors de la conciliation, le médecin mis en cause peut rectifier ledit certificat lorsque celui-ci n'a pas été rédigé selon les préconisations ce qui permet bien souvent d'éviter le dépôt de plainte.

1.2 REPARTITION DES CAS :

Sur l'année 2010 il a eu 9 doléances et 4 plaintes. En 2011, 6 doléances et 5 plaintes, en 2012, 14 doléances et 12 plaintes, en 2013, 13 doléances et 3 plaintes classées. (Figure 1)

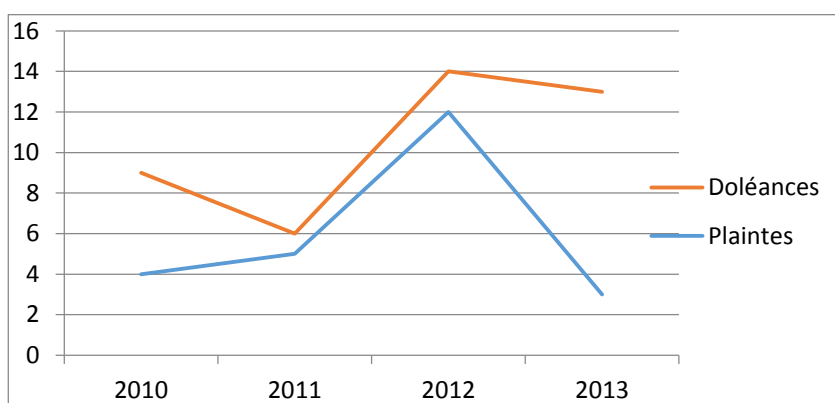


Figure 1 : évolution du nombre de doléances et plaintes entre 2010 et 2013 déposées au CDOM de l'Oise.

Il est difficile de conclure sur une augmentation du nombre de procédures engagées à l'encontre des médecins généralistes au vu de ce court intervalle de 4 années. La diminution du

nombre de plainte de 2013 est dû au fait que nous n'avons seulement considéré les plaintes ayant été clôturées. En outre, les plaintes déposées mettent plus de temps à être jugées par la chambre disciplinaire régionale.

1.3 ORIGINE DE LA PROCEDURE :

Les hommes sont à l'origine de 18 doléances et de 4 dépôts de plainte entre 2010 et 2013. Les femmes ont déposé 23 doléances et 12 dépôts de plainte durant cette même période. Les entreprises quant à elle sont à l'origine du dépôt de 8 plaintes. Durant ces 4 années une seule doléance est parvenue au CDOM de l'Oise en tant que courrier anonyme.

2. ETUDE DES DOLEANCES

2.1 ORIGINE DES DOLEANCES :

Certains courriers de doléances ne sont pas rédigés par les personnes concernées par l'affaire mais peuvent l'être de la part d'un proche (*Tableau 1*). Ceci est plus particulièrement le cas des personnes âgées pour lequel une personne de l'entourage (famille le plus souvent) estime qu'il y a lieu d'en référer au conseil ordinal du département. Lorsqu'un parent écrit pour son enfant mineur, le courrier n'a pas été comptabilisé comme étant rédigé par un proche. Les femmes sont plus nombreuses à prendre en charge des situations touchant un proche que les hommes, 56% versus 44%.

	Nb Total	Origine					
		Hommes		Femmes		Anonyme	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%
	42	18	42,9%	23	54,8%	1	2,4%
Dont : écrivent pour eux	10	10	56%	10	44%		
Dont : écrivent pour un proche	21	8	44%	13	56%		

Tableau 1 : Pourcentage d'hommes et de femmes écrivant pour eux ou pour un proche.

2.2 DEFINITION DES GRIEFS :

Un grief représente un motif de saisie du CDOM au sein des doléances. Pour une doléance, un patient peut émettre plusieurs griefs.

2.3 REPARTITION DES GRIEFS SELON LE BASSIN GEOGRAPHIQUE :

On retrouve une légère sur-représentation des griefs en provenance de bassins de vie ruraux : 37% des patients vivant en bassin de vie rural représentent 41% des griefs (*Tableau 2*).

	Urbain	Rural
% patients	63%	37%
% griefs	59%	41%

Tableau 2 : Répartition des griefs en fonction de localisation géographique des plaignants.

En rapportant le pourcentage de griefs des ruraux au nombre de patients (*Tableau 3*), on constate que les doléances concernant la catégorie « compétences du médecin et ses devoirs » sont beaucoup plus fortes en provenance du milieu rural qu'urbain ; en revanche il y a moins de doléances dans la catégorie « administrative » en provenance du milieu rural qu'urbain. Ceci peut être expliqué par le fait que les entreprises principalement situées dans des bassins de vie urbain sont les plus nombreuses à venir remplir le champ « administratif » avec en particulier les plaintes concernant les certificats d'arrêt de travail.

	Urbain	Rural	Rural proportionné
Devoirs du médecin	2,9%	4,4%	7,49%
administratif	14,7%	2,9%	4,90%
Accueil-relacionnel	13,2%	10,3%	17,54%
Compétences	27,9%	23,5%	40,02%

Tableau 3 : Répartition détaillée des griefs en fonction de la localisation géographique des plaignants.

63% des doléances proviennent d'une population vivant en milieu urbain contre 37% pour le milieu rural (*Tableau 4*).

Nb Total	Bassin de vie							
	Urbain				Rural			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
42	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
	16	39%	10	24%	2	5%	13	32%
	63%				37%			

Tableau 4 : Répartition des doléances en fonction de l'origine géographique des plaignants.

2.4 MOTIVATION DES DOLEANCES :

2.4.1 Remise en cause des compétences du médecin :

Le fait de ne pas avoir été « suffisamment » examiné par le médecin arrive en tête avec près de 30% des doléances dans la catégorie « remise en cause des compétences du médecin ». Vient ensuite le refus d'examen complémentaire (22.9%) que le patient juge utile ou nécessaire. Enfin en troisième position c'est le « manque de suivi » qui pousse le patient à écrire au CDOM avec 20% des doléances de la catégorie.

Ces trois items qui regroupent 71.5% des griefs de cette classe de doléance tendent à montrer que les patients expriment d'abord une attitude de défense de leur personne, de leur prise en charge. Ces trois items sont lourds de signification affective ; le patient n'a pas assez « reçu » sur ce plan là (*Tableau 5*).

Trois autres items arrivent en seconde position. Il s'agit de la catégorie « Invoque erreur diagnostic » (14.3%), « traitement inefficace » (11.4%) et « défaut d'hygiène » (2.9%). Ensemble ils représentent 28.5% des griefs de cette classe de doléances. Ces trois items expriment d'avantage une attitude agressive avec remise en cause radicale de la pratique du médecin.

Remise en cause des compétences du médecin			
	Nb de patients	Nb de griefs	%
Défaut d'hygiène		1	2,9%
Traitement inefficace/dangereux		4	11,4%
Invoque erreur diagnostic		5	14,3%
Manque de suivi du patient		7	20,0%
Refus examens complémentaires		8	22,9%
Pas assez examiné		10	28,5%
TOTAL	17	35	100%

Tableau 5 : Pourcentage des motifs de doléances dans l'item « remise en cause des compétences du médecin ».

2.4.2 Accueil et relationnel :

D'après le *tableau 6*, on remarque que les refus de déplacement à domicile sont les griefs majoritaires en représentant près de 40% de la doléance « accueil et relationnel ». Néanmoins en règle générale les CPAM n'apprécient guère le trop grand nombre de déplacements des médecins. Cette situation ne peut donc qu'influer sur sa façon d'agir. On s'étonne que l'item « gestes inconvenants » arrive à plus de 30%, mais par ce nom d'item il ne faut pas entendre automatiquement « affaire de mœurs » ; il s'agit surtout de l'emportement d'un praticien pouvant perdre son sang-froid.

Liées à l'accueil et au relationnel			
	Nb de patients	Nb de griefs	%
Propos familiers		1	6,3%
Durée d'attente		2	12,4%
Manque d'empathie		2	12,5%
Gestes inconvenants		5	31,3%
Refus déplacement à domicile		6	37,5%
TOTAL	14	16	100,0%

Tableau 6 : Pourcentage des motifs de doléances dans l'item « accueil et relationnel ».

2.4.3 Administratif :

Aucun des griefs de cette classe de doléances n'est associé à d'autres griefs d'autres classes ce qui tend à prouver que le domaine administratif est à part entière source de conflits entre le patient et son médecin (*Tableau 7*). Les patients qui ont exprimé ce type de doléance ne remettent pas en cause la « qualité » générale de leur médecin. Il apparaît clairement que ce type de doléance est lié à des épisodes très circonstanciels et circonscrits dans le temps et dans leur ampleur. Avec près de 40%, le délai de délivrance du dossier médical est en tête des griefs. Lors de la fermeture d'un cabinet médical il est parfois difficile pour les patients de reprendre contact avec leur ancien médecin. La seule solution est de saisir le CDOM afin que ce dernier puisse peser d'avantage dans le processus de restitution du dossier médical. Les certificats considérés comme tendancieux ou de complaisance sont majoritairement le fait soit d'entreprises (le dépôt de plainte est systématique) soit de personnes en procédure de divorce où ledit certificat peut influencer sur la décision du mode de garde de l'enfant. En revanche, peu de problème de cotation (en particulier de dépassement exceptionnel) et de refus d'établissement de certificat médical (7.7%).

Administratif			
	Nb de patients	Nb de griefs	%
Dépassement exceptionnel facturation		1	7,7%
Refus établissement certificat médical		1	7,7%
Certificat tendancieux ou de complaisance		2	15,4%
Non établissement feuille de soins		4	30,8%
Délai délivrance dossier médical		5	38,4%
TOTAL	13	13	100,0%

Tableau 7 : Pourcentage des motifs de doléances dans l'item « administratif »

2.4.4 Devoir du médecin :

D'après les résultats énoncés dans le *tableau 8*, l'item « refus de soin » englobe de nombreuses situations disparates. Du refus d'accueillir des consultations au motif de renouvellement de traitement en début de semaine au refus de poursuivre avec un patient qui fait du nomadisme médical, l'intervalle est grand. Le « manque d'explications » quant à lui n'arrive que dans 20% des cas, la grande proximité du patient et de son médecin jouant certainement un rôle non négligeable dans le niveau de pourcentage.

Devoirs du médecin			
	Nb de patients	Nb de griefs	
Manque d'explications		1	20,0%
Refus de soins		4	80,0%
TOTAL	5	5	100,0%

Tableau 8 : *Pourcentage des motifs de doléances dans l'item « devoirs du médecin »*

Au total pour les quatre groupes (*Tableau 9*) « remise en cause des compétences du médecin », « accueil et relationnel », « administratif » et « devoir du médecin » on comptabilise 69 griefs soit 1.64 grief par patient. 7 patients ont des griefs dans plusieurs de ces 4 grands groupes soit 33% de patients multi griefs. 24% des patients représentent 50% des griefs. Sur ces 24%, 75% sont des femmes. Toutes ces données nous montrent que lorsqu'un patient décide d'écrire au CDOM pour se plaindre de son médecin, rare sont les cas où il ne se plaindra que d'un motif. C'est peut-être justement l'accumulation des motifs qui poussera le patient à saisir le CDOM. Les femmes sont d'avantage à l'origine d'une procédure via le CDOM contre le médecin. Comme nous l'avons vu plus haut il faut dire qu'elles sont le plus souvent amenées à écrire pour un proche.

Patients	Cumul	Nb Griefs	Cumul griefs
1	1	5	5
1	2	5	10
1	3	4	14
1	4	4	18
1	5	4	22
1	6	3	25
1	7	2	27
1	8	2	29
1	9	2	31
1	10	2	33
1	11	2	35
1	12	2	37
1	13	2	39
1	14	2	41
1	15	1	42
1	16	1	43
1	17	1	44
1	18	1	45
1	19	1	46
1	20	1	47
1	21	1	48
1	22	1	49
1	23	1	50
1	24	1	51
1	25	1	52
1	26	1	53
1	27	1	54
1	28	1	55
1	29	1	56
1	30	1	57
1	31	1	58
1	32	1	59
1	33	1	60
1	34	1	61
1	35	1	62
1	36	1	63
1	37	1	64
1	38	1	65
1	39	1	66
1	40	1	67
1	41	1	68
1	42	1	69

Tableau 9 : Nombre de griefs cumulés par rapport au nombre de plaignants

2.5 MEDECINS CONCERNES PAR UNE DOLEANCE :

40 médecins ont été concernés par une doléance déposée par l'un de leur patient auprès du CDOM de l'Oise entre 2010 et 2013 dont 17.5% de femmes et 82.5% d'hommes (*Tableau 10*). Cette différence notable de répartition hommes – femmes peut s'expliquer en partie par la différence du nombre de femme médecin exerçant sur le mode libéral : 34% de femmes médecins libéral exclusif en France (chiffres de la DREES au 01-01-2013). Le nombre de grief est ici différent des statistiques précédentes car nous n'avons pas eu accès à toutes les dates de naissance des praticiens. Ce tableau nous montre qu'il n'existe pas de corrélation entre l'âge du médecin et le nombre de griefs qui lui est reproché.

2.5.1 Age des médecins :

Année de naissance des médecins			Nb de griefs	% griefs
de	à	% médecin		
1948	1957	33,3	15	25
1958	1967	47,2	33	55
1968	1977	16,7	10	16,6
1978	1987	2,8	2	3,4

Tableau 10 : Nombre de griefs en fonction de l'âge du médecin

2.5.2 Sexe du médecin :

Le *tableau 11* nous montre que, proportionnellement les médecins femmes sont moins impliquées que les hommes par un grief.

Femmes médecin	17,5% du total de médecins	
Devoirs du médecin	1,40%	des griefs
Remise en cause des compétences	2,10%	des griefs
Administratif	2,90%	des griefs
Accueil et relationnel	4,30%	des griefs
TOTAL	10,70%	des griefs

Tableau 11 : Pourcentage de griefs par médecin femmes selon les différents types de doléances

2.6 LIENS AVEC LE NIVEAU CULTUREL DES PATIENTS :

2.6.1 Support informatisé :

Bon niveau = Orthographe bonne ET syntaxe bonne.

Moyen= l'un des 2 est moyen ou mauvais et l'autre bon OU les 2 sont moyens.

Mauvais= Orthographe mauvaise ET syntaxe mauvaise OU 1 moyen ET 1 mauvais.

A travers le *tableau 12* on constate que plus on monte dans le niveau culturel et plus le support est informatisé.

BON NIVEAU		NIVEAU MOYEN		MAUVAIS NIVEAU	
Nb patients	Support informatisé	Nb patients	Support informatisé	Nb patients	Support informatisé
16	10	15	9	11	3
38,1%	23,8%	35,7%	21,4%	26,2%	7,1%

Tableau 12 : Corrélation entre le niveau culturel et le type de support de la doléance

2.6.2 Nombre de griefs selon le niveau culturel :

Moins le niveau culturel est élevé, plus le nombre de griefs par plaignant est élevé (*Tableau 13*) : le mauvais niveau représente 26.2% des plaignants mais 34,8% des griefs.

BON NIVEAU		NIVEAU MOYEN		MAUVAIS NIVEAU	
Nb Griefs	% griefs	Nb Griefs	% griefs	Nb Griefs	% griefs
21	30,40%	24	34,80%	24	34,80%

Tableau 13 : Corrélation entre le niveau culturel et le nombre de griefs par plaignant

3. ETUDE DES PLAINTES

3.1 ORIGINE DES PLAINTES

Le *tableau 14* nous montre qu'une part importante du nombre de plainte est sur initiative des entreprises.

Nb plaintes	Plaignant	
	Entreprises	Individuels
24	8	16
	33%	67%

Tableau 14 : Origine des plaintes entreprises/particuliers

3.2 TOTAL DES CONTESTATIONS (DOLEANCES = PLAINTES)

Sur un total de contestations de 66, 24 sont des plaintes (36,4%). Sur les 35 contestations émises par des femmes, 12 sont des plaintes (34,2%), Sur les 22 contestations émises par des hommes, 4 sont des plaintes (18,2%). Enfin sur 8 contestations émises par des entreprises, 8 sont des plaintes (100%).

Les entreprises n'hésitent pas à choisir l'alternative la plus radicale, suivie par les femmes et enfin les hommes. Les femmes sont prêtes à aller plus loin dans la procédure que les hommes.

% répartition globale		DONT
Plaintes	Doléances	
36,40%	63,60%	

% Répartition femmes		ET	% Répartition hommes		ET	% Répartition entreprises	
Plaintes	Doléances		Plaintes	Doléances		Plaintes	Doléances
34,20%	65,80%		18,20%	81,80%		100%	0%

Tableau 15 : répartition des contestations en fonction de différents critères

3.3 EMANATION DES PLAINTES

Si l'on analyse la provenance des plaintes en fonction des critères hommes/femmes/entreprises, on constate que moitié des plaintes est le fait de femmes et un tiers d'entreprises (*tableau 16*).

	Hommes	Entreprises	Femmes	Total
Nombre	4	8	12	24
Pourcentage	16,7	33,3	50	100

Tableau 16 : origine des plaintes sexe/entreprise

3.4 MOTIVATION DES PLAINTES

GROUPES DE MOTIVATION		NOMBRE
Certificats	Ne se tient pas aux constatations médicales ni à	12
	Fait mention d'un tiers	
	Immixtion dans la vie privée	
	Non remis en main propre	
Accueil / Relationnel	Propos familiers	0
	Gestes inconvenants	
	Manque d'empathie	
	Durée d'attente	
	Refus déplacement à domicile	
Secret professionnel		1
Devoirs généraux des médecins	Non-respect de la vie et de la dignité de la	4
	Non-respect des principes de moralité et de	
	Non indépendance professionnelle	
	Non liberté du patient quant au choix de son	
	Situation de discrimination	
	Prescriptions ou actes médicaux non appropriés	
	Non-assistance à personne en danger	
	Publicité	
	Délivrance de médicaments	
	Perception d'un avantage injustifié	
	Fraude et abus de cotation	
	Exercice illégal	
Dossier médical	Déconsidération de la profession	2
	Mauvaise tenue du dossier médical	
Devoirs envers patient	Obstacles à la communication du dossier médical	5
	Non-respect du contrat de soin	
	Légèreté dans l'établissement du diagnostic	
	Manquement à son devoir de clarté ou	
	Manquement au devoir d'information	
	Absence de recueillement du consentement	
	Manquement aux soins des mourants	
	Manquement au soulagement des souffrances	
	Charlatanisme	
	Faire courir un risque injustifié (thérapeutique)	
Manquement aux règles d'hygiène et de		
Médecine d'expertise	Nul ne doit être médecin expert et médecin	1
	Médecin expert doit se récuser d'une mission s'il	
Administratif	Non établissement feuille de soin	1
	Certificat tendancieux ou complaisance	
	Délai délivrance dossier médical	
	Réclamation suite à dépassement exceptionnel	
	Refus établissement certificat médical	

Tableau 17 : motivation des plaintes

Le chiffre principal qui se dégage de ce travail est celui des plaintes concernant un problème de certificat. En effet 1 plainte sur 2 a pour origine un certificat contesté.

En regardant les résultats détaillés, on constate que sur les 12 patients ayant invoqué comme cause de plainte le certificat, 7 invoquent plusieurs raisons. Sur ces mêmes 12 patients, 11 remettent en cause totalement les raisons même d'un certificat et jettent un soupçon sur l'honnêteté du médecin. Il est à remarquer que toutes les plaintes émanant d'entreprises ont des motifs exclusivement liés à des problèmes de certificat.

CERTIFICATS			
Date du jour non respectée	tendancieux complaisance	Absence examen clinique	Interprétation
3	11	1	4

Tableau 18 : détails des plaintes entrant dans la catégorie « certificats »

100% des plaintes sont des plaintes spontanées qui émanent directement de l'initiative du patient et pour 8,3% des patients qui ont porté plainte, le conseil s'est associé à la plainte.

3.5 TRAITEMENT DE LA PLAINTÉ

L'analyse des données nous montre que 4 personnes ont retiré leur plainte avant la procédure de conciliation. Sur ces 4 dossiers de plainte, la moitié n'a pas pu être instruite par la chambre de première instance du Conseil Régional car les patients ont refusé de s'acquitter du paiement du timbre fiscal de 35€.

A peu près la moitié des hommes et la moitié des femmes qui ont émis une plainte la retirent soit avant, soit après conciliation alors que 87,7% des entreprises qui ont émis une plainte la retirent après conciliation. Les entreprises sont plus pragmatiques ; elles sont principalement intéressées par le fait de trouver une solution au problème d'avantage que la condamnation du médecin.

Globalement 2 plaintes sur 3 sont retirées et n'arrivent jamais au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. Enfin, le pourcentage de plainte aboutissant au pénal est insignifiant. Dans l'étude de ces plaintes, aucune ne concernait un litige avec l'assurance maladie (Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale).

Retrait avant conciliation			
	Homme	Femme	Entreprise
	1	3	0
Total	4		
Pourcentage	16,6		

Retrait après conciliation			
	Homme	Femme	Entreprise
	1	4	7
Total	12		
Pourcentage	50		

CROM			
	Homme	Femme	Entreprise
	2	4	1
Total	7		
Pourcentage	29,2		

PENAL			
	Homme	Femme	Entreprise
		1	
Total	1		
Pourcentage	4,2		

Tableau 19 : traitement de la plainte

3.6 ABOUTISSEMENT DES PLAINTES

Sur 24 plaintes au départ, 16 ont été retirées que ce soit avant ou après conciliation, soit les 2/3. Sur les 8 plaintes restantes, 5 ont été rejetées car non motivées, soit 62% et 3 ont abouti à une sanction du médecin soit 38%. Au total sur 24 plaintes au départ, le seul résultat a été une sanction pour le médecin dans 12,5% des cas (3 sur 24). La sanction a été pour 2 cas : un blâme et pour le 3ème cas une interdiction temporaire d'exercer.

	Domages/Intérêts	Sanction du patient	Clôture instruction	Sanction médecin
Certificats			2	2
Accueil/relationnel				
Secret professionnel				1
Devoirs généraux			2	
Dossier médical				
Devoirs envers patient			2	
Médecine d'expertise				
Administratif				
GLOBAL	0	0	5	3

Tableau 20 : aboutissement des plaintes

3.7 MEDECINS GENERALISTES CONCERNES PAR UNE PLAINTE

Au cours de la période étudiée, 3,5 % des médecins (22 sur 620) ont fait l'objet d'une plainte, soit un taux de plainte par médecin de 0,010 en moyenne annuelle entre 2010 et 2013. Les médecins femmes sont moins mises en cause pour des plaintes que les médecins hommes (18% sont mises en cause alors qu'elles représentent 41,6% des médecins en France et 36% des médecins dans l'Oise). 9 % des médecins mis en cause l'ont été pour 2 plaintes pendant la période considérée.

	Total médecins	dont	
		Hommes	Femmes
Nombre	22	18	4
%	100	82	18
Nombre total médecins Oise	620	400	220
% Oise	100	64	36
Nombre total médecin libéraux France au 01/01/2013	69206	40416	28790
% France	100	58,4	41,6

Tableau 21 : Nombre de médecins généralistes concernés par une plainte rapporté au nombre de médecins dans l'Oise et en France.

3.8 RAPPORT ENTRE PLAIGNANTS ET MEDECINS EN FONCTION DU SEXE

Si l'on prend en compte la totalité des plaintes, 16,7% émanent d'hommes, 50% émanent de femmes et 33,3% émanent des entreprises. Or, si globalement, 50% des plaintes émanent des femmes, on constate que chez les médecins femmes, les plaintes émanent à 80% de femmes. Les médecins femmes attirent donc d'avantage l'acrimonie des patients femmes que des patients hommes.

	Hommes	Entreprises	Femmes
Origine globale des plaintes en %	16,7	33,3	33,3
Origine des plaintes chez médecins femmes	20	0	0
Origine des plaintes chez médecins hommes	15,8	42	42

Tableau 22 : Répartition entre plaignants et médecins en fonction du sexe

CONCLUSION

A son échelle, ce travail a été riche d'enseignement sur la judiciarisation dans la pratique quotidienne de la Médecine Générale.

Au-delà de toute l'analyse statistique détaillée, nous remarquons plusieurs éléments importants :

- Les doléances représentent la majorité des contestations émises à l'encontre des médecins généralistes, 64% contre 36% pour les plaintes.

- Du côté des plaintes, on se rend compte que la conciliation instaurée par la loi L4223-2 du CSP permet de limiter de manière importante le recours à la chambre disciplinaire de première instance du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. En effet, 1 séance de conciliation sur 2 permet de stopper la procédure. De manière plus générale encore, seul 12.5% des plaintes déposées aboutissent à une sanction contre le Médecin Généraliste soit 1 plainte sur 8.

- En cas de sanction du Médecin Généraliste, celle-ci reste faible : Sur 3 sanctions prononcées, 2 ont été un blâme et une seule une interdiction temporaire d'exercer.

L'institution Ordinale n'a pas pour vocation de protéger la profession médicale – elle enregistre et traite toutes les doléances et plaintes – mais permet de prendre un certain recul sur des contestations qui ne sont pas toujours recevables. L'analyse par les pairs des contestations parfois exagérées permet au final de ne faire aboutir que les motifs sérieux et valables de manquement au code de déontologie. Cette institution évite bien des procès et des plaintes non fondées, limitant ainsi les coûts et l'engorgement judiciaire.

Ceci étant, les plaintes déposées au pénal n'ont pas fait l'objet de cette étude. Il serait intéressant dans le cadre d'un autre travail, de comparer le pourcentage de plaintes qui aboutissent au pénal ainsi que les sanctions prononcées.

Cette institution créée sous le régime de Vichy se trouve aujourd'hui en prise directe avec les problèmes de déontologie médicale. Bien que parfois décriée par les confrères ou instances, le Conseil de l'Ordre des médecins prouve ici son efficacité et s'impose donc comme une forme de régulation dans la judiciarisation de la Médecine Générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARTH C, VARGAS R. Quand l'Ordre règne, l'Ordre des médecins en question. Edition Mango Document, 2001. 193p.
2. PATRU GA, sous la direction du Docteur MANAOUIL C. La mise en cause du médecin généraliste devant la CRCI (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation). Université de Picardie, 2011.
3. MATOVIC P, sous la direction du Docteur DEGAND J. Analyse des plaintes et doléances portées devant le Conseil de l'Ordre du Cher à dix ans d'intervalle (1995-2005). Université François Rabelais de Tours, 2007. 120p.
4. SABEK M, sous la direction de LE MESTRE R, Maître de Conférences à la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Nantes. Le procès disciplinaire du professionnel de santé, entre droit d'exception et droit commun. Université de Poitiers, 2009. 399p.
5. BERTIN L. Réforme de l'Ordre National des Médecins. Mise en place de la nouvelle juridiction disciplinaire. Médecine et Droit 2007; 173-181.
6. PENNEAU M, DELAHAYE JF, CAUSERET, A propos de la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins -19 octobre 1994. Journal de Médecine Légale Droit Médical 1995; T38, N°6: 469-474.
7. PENNEAU J, La saisine du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. Médecine et Droit 1998 ; 33: 9-12.
8. ARON E, La médiation pour les conflits médicaux. Bull. Acad. Natle Méd. 2005 ; T189, N°4: 729-737.
9. HOURCADE E. Aspects de la responsabilité judiciaire et disciplinaire du médecin généraliste, Thèse de médecine. Bordeaux, 1999. 82p.
10. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Code de déontologie médicale. Edition Novembre 2012. 34p.
11. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Commentaires du Code de déontologie médicale. Edition 2012. Conseil National de l'Ordre.
12. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.

INTRODUCTION

Analyse de l'incidence des doléances et plaintes à l'encontre des Médecins Généralistes auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Oise.

MATERIELS ET METHODES

Il a été réalisé une étude rétrospective, quantitative et analytique des doléances et plaintes émises par des patients à l'encontre de leur médecin généraliste auprès du Conseil Département de l'Ordre des Médecins de l'Oise pour les années 2010, 2011, 2012 et 2013. Seules les procédures abouties des doléances et plaintes ont été analysées.

RESULTATS

Les doléances ont représenté la majorité des contestations émises à l'encontre des Médecins Généralistes : 64% de doléances contre 36% de plaintes.

La procédure de conciliation permet de limiter le recours à la chambre disciplinaire de première instance du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. 1 séance de conciliation sur 2 permet de stopper la procédure. Seules 12.5% des plaintes déposées aboutissent à une sanction contre le Médecin Généraliste.

Lorsqu'un Médecin Généraliste a été sanctionné, celle-ci a été modérée : 2 blâmes et 1 interdiction temporaire d'exercer pour 66 contestations émises sur la période.

DISCUSSION

Nous avons constaté que l'incidence des contestations des patients à l'encontre de leur Médecin Généraliste est réelle.

CONCLUSION

Sans protéger le médecin puisque toutes les contestations sont prises en compte, le Conseil de l'Ordre des Médecins joue un rôle régulateur et limite les plaintes non fondées. La conciliation instaurée par la loi L4223-2 du Code de Santé Publique favorise le recours amiable des litiges.

MOTS CLEFS

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ; Doléance ; Plainte ; Conciliation ;

**INCIDENCE OF GRIEVANCES AND COMPLAINTS AGAINST PRIMARY CARE
PHYSICIANS AT THE COUNCIL OF THE PHYSICIAN ORDER FROM THE OISE
DEPARTMENT 2010- 2013**

INTRODUCTION

Analysis of the incidence of grievances and complaints against primary care physicians at the Council of the Physician Order from the Oise Department.

MATERIELS AND METHODS

We finished a retrospective and quantitative study of grievances and complaints of patients towards their primary care physician at the Council of the Physician Order for the years 2010, 2011, 2012, and 2013. Only grievances and complaints that went through the full procedure have been analyzed.

RESULTS

Grievances represented the majority of the disputes against primary care physicians: 64% grievances against 36% complaints. The reconciliation proceeding refrains from going through a plea at the disciplinary chamber of first instance at the Regional Council of the Physician Order. 1 conciliation session out of 2 allows to stop the procedure. Only 12.5% of all official complaints end up with a sanction against a primary care physician. Each time a physician received a sanction; this one has been reasonable: 2 blames and one temporary practice ban for 66 disputes during the period studied.

DISCUSSION

We came up to the conclusion that the incidence of the disputes from patients against their primary care physicians is real.

CONCLUSION

Without protecting the physicians - since all disputes have been taken into account- the Council of the Physician Order plays a regulatory role and limits the groundless complaints.

The conciliation established by the L4223-2 Law of the CSP favors an amicable appeal in case of litigations.

KEYWORDS

Council of the Physician Order ; Grievances ; complaints ; reconciliation proceeding

INCIDENCE DES PLAINTES ET DES DOLEANCES AU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE
L'OISE EN MEDECINE GENERALE DE 2010 A 2013

INTRODUCTION

Analyse de l'incidence des doléances et plaintes à l'encontre des Médecins Généralistes auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Oise.

MATERIELS ET METHODES

Il a été réalisé une étude rétrospective, quantitative et analytique des doléances et plaintes émises par des patients à l'encontre de leur médecin généraliste auprès du Conseil Département de l'Ordre des Médecins de l'Oise pour les années 2010, 2011, 2012 et 2013. Seules les procédures abouties des doléances et plaintes ont été analysées.

RESULTATS

Les doléances ont représenté la majorité des contestations émises à l'encontre des Médecins Généralistes : 64% de doléances contre 36% de plaintes.

La procédure de conciliation permet de limiter le recours à la chambre disciplinaire de première instance du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. 1 séance de conciliation sur 2 permet de stopper la procédure. Seules 12.5% des plaintes déposées aboutissent à une sanction contre le Médecin Généraliste.

Lorsqu'un Médecin Généraliste a été sanctionné, celle-ci a été modérée : 2 blâmes et 1 interdiction temporaire d'exercer pour 66 contestations émises sur la période.

DISCUSSION

Nous avons constaté que l'incidence des contestations des patients à l'encontre de leur Médecin Généraliste est réelle.

CONCLUSION

Sans protéger le médecin puisque toutes les contestations sont prises en compte, le Conseil de l'Ordre des Médecins joue un rôle régulateur et limite les plaintes non fondées. La conciliation instaurée par la loi L4223-2 du CSP favorise le recours amiable des litiges.

MOTS CLEFS

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ; Doléance ; Plainte ; Conciliation.

INCIDENCE OF GRIEVANCES AND COMPLAINTS AGAINST PRIMARY CARE PHYSICIANS AT THE
COUNCIL OF THE PHYSICIAN ORDER FROM THE OISE DEPARTMENT 2010- 2013

INTRODUCTION

Analysis of the incidence of grievances and complaints against primary care physicians at the Council of the Physician Order from the Oise Department.

MATERIELS AND METHODS

We finished a retrospective and quantitative study of grievances and complaints of patients towards their primary care physician at the Council of the Physician Order for the years 2010, 2011, 2012, and 2013. Only grievances and complaints that went through the full procedure have been analyzed.

RESULTS

Grievances represented the majority of the disputes against primary care physicians: 64% grievances against 36% complaints. The reconciliation proceeding refrains from going through a plea at the disciplinary chamber of first instance at the Regional Council of the Physician Order. 1 conciliation session out of 2 allows to stop the procedure. Only 12.5% of all official complaints end up with a sanction against a primary care physician. Each time a physician received a sanction; this one has been reasonable: 2 blames and one temporary practice ban for 66 disputes during the period studied.

DISCUSSION

We came up to the conclusion that the incidence of the disputes from patients against their primary care physicians is real.

CONCLUSION

Without protecting the physicians - since all disputes have been taken into account- the Council of the Physician Order plays a regulatory role and limits the groundless complaints.

The conciliation established by the L4223-2 Law of the CSP favors an amicable appeal in case of litigations.

KEYWORDS

Council of the Physician Order ; Grievances ; complaints ; reconciliation proceeding.