



HAL
open science

Le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinales : étude circonscrite aux médecins généralistes haut-normands

Arnaud Mabilais

► **To cite this version:**

Arnaud Mabilais. Le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinales : étude circonscrite aux médecins généralistes haut-normands. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01547191

HAL Id: dumas-01547191

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01547191v1>

Submitted on 26 Jun 2017

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.

UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DE ROUEN

Année 2017

N°

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Arnaud MABILAIS

Né le 22 mars 1987 à ROUEN

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juin 2017

**LE MEDECIN GENERALISTE FACE AUX
POURSUITES JUDICIAIRES ET ORDINALES.**

Etude circonscrite aux médecins généralistes haut-normands.

Président du jury : M. le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : M. le Docteur Patrick LANCIEN

Membres du jury : M. le Professeur Gilles TOURNEL

M^{me} le Professeur Elisabeth MAUVIARD

M. le Docteur Gérard LAHON

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>) Détachement	HCN	Médecine interne (gériatrie) –
Mr Vincent COMPERE chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET gériatrie	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale

Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II – PHARMACIE**PROFESSEURS**

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique

Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB de la santé	Législation pharmaceutique et économie
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** Pharmacie officinale

Mr Jean-François **HOUIVET** Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine **DAHYOT** Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE** Biochimie

Mme Hanane **GASMI** Galénique

Mme Caroline **LAUGEL** Chimie organique

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE** Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**PROFESSEURS**

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Marine,

Qui m'a soutenu et encouragé durant toutes ces années,

Qu'elle soit assurée de ma profonde reconnaissance et de mon amour pour elle.

A Chloé et Arthur,

Qu'ils soient certains de mon amour pour eux.

A mes parents,

Qui m'ont fait découvrir ce métier, m'ont toujours soutenu et grâce auxquels j'ai pu réaliser mes études,

Qu'ils voient en ce travail l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A mon petit frère Guillaume,

Qui m'a toujours encouragé tout au long de mon parcours et que j'admire beaucoup.

A mes grands-parents,

Pour leurs encouragements et leur présence, qu'ils soient ici témoins de ma sincère admiration.

A ma famille,

Qu'ils soient tous assurés de mon affection.

A mes beaux-parents,

Pour leur soutien et leur gentillesse.

A Damien,

Pour sa précieuse amitié.

A Lucile,

Pour son aide à l'élaboration de ce travail.

A mes amis,

Pour votre présence et tous ces instants partagés avec vous.

A Monsieur le Professeur HERMIL,

Qui me fait l'honneur de présider cette thèse,

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur TOURNEL,

Que je remercie pour l'amabilité avec laquelle il a accepté de juger cette thèse,

Qu'il soit assuré de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur MAUVIARD,

Qui me fait l'honneur de juger cette thèse,

Qu'elle trouve ici le témoignage de ma reconnaissance pour l'enseignement dont j'ai profité pendant trois ans.

A Monsieur le Docteur Patrick LANCIEN,

Qui a accepté d'être mon directeur de thèse, m'a aidé tout au long de ce travail,

Qu'il soit remercié de sa disponibilité, de sa gentillesse et de son écoute, et trouve dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Gérard LAHON,

Qui m'a accueilli chaleureusement au sein du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins et m'a autorisé à consulter tous ses dossiers,

Qu'il en soit remercié ainsi que pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont permis d'élaborer ce travail.

Au Conseil de l'Ordre Départemental, au Conseil de l'Ordre Régional et à leurs secrétaires,

Je tiens à exprimer mes vifs remerciements pour toute l'aide qu'ils m'ont apportée dans l'élaboration de cette thèse.

LISTE DES ABREVIATIONS

Ass. Plén.	Assemblée plénière de la Cour de cassation
Cass	Cour de cassation
CDOM	Conseil départemental de l'Ordre des médecins
Cass. Civ. 1 ^{ère}	1 ^{ère} Chambre civile de la Cour de cassation
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CROM	Conseil régional de l'Ordre des médecins
<i>Ibid.</i>	<i>Ibidem</i>
ITT	Incapacité temporaire de travail
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
PUF	Presses universitaires de France

TABLE DES MATIERES

Liste du personnel	2
Remerciements	16
Liste des abréviations	24
Table des matières	25
Résumé	31
Introduction	32
I. Avant-propos	32
II. Délimitation du sujet	33
III. Intérêt de la recherche et questionnement	34
Première partie : Cadre juridique	35
I. La responsabilité médicale, son évolution	35
A. Historique de la responsabilité médicale	35
1. Première trace de la responsabilité médicale dans le Code d'Hammourabi	35
2. Irresponsabilité du médecin jusqu'au XIXème siècle	35
3. Une brèche dans l'irresponsabilité médicale : les affaires HELIE, THOURET-NAUROY et LAPORTE	36
4. L'avènement de la responsabilité médicale par l'arrêt <i>Mercier</i>	38
B. Contextualisation des évolutions récentes du droit de la santé	39
1. Une médecine « toute-puissante » ?	39
2. La médiatisation des scandales sanitaires	41

3.	Une relation médecin-patient altérée.....	42
C.	L'apport de la jurisprudence	43
1.	Les exigences accrues des instances juridictionnelles	43
2.	Une charge de la preuve reposant sur le médecin	44
3.	Un devoir d'information étendu	45
4.	Un devoir de sécurité.....	46
5.	La loi KOUCHNER du 4 mars 2002	47
II.	La responsabilité médicale, une réalité plurielle	48
A.	L'exclusion de certaines responsabilités	48
1.	La conscience du médecin.....	48
2.	La responsabilité sociale du médecin.....	49
3.	La responsabilité administrative médicale	49
B.	La responsabilité civile.....	51
1.	Les principes de la responsabilité civile médicale	51
2.	Les conditions de mises en œuvre de la responsabilité civile médicale.....	53
3.	La procédure devant les juridictions civiles	54
C.	La responsabilité pénale	55
1.	Propos liminaires.....	55
2.	Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité pénale médicale.....	56
3.	Les fautes pénales de droit commun	57
4.	Les fautes pénales spécifiques.....	59
D.	La responsabilité disciplinaire ou ordinale.....	60
1.	Propos liminaires sur le Conseil de l'Ordre des médecins.....	60

2.	La faute déontologique	61
3.	La procédure disciplinaire	62
4.	La sanction disciplinaire.....	63
III.	La responsabilité médicale et la judiciarisation de la médecine	65
A.	Le phénomène de la « judiciarisation de la médecine » : mythe ou réalité ?.....	65
1.	Contexte	65
2.	Des chiffres épars du contentieux médical.....	67
3.	La judiciarisation de la médecine, un mythe ?.....	68
B.	Les conséquences de la « judiciarisation de la médecine ».....	69
1.	Un patient « roi ».....	69
2.	L'émergence de la médecine dite défensive	70
	Deuxième partie : Matériel et méthodes	72
I.	Bibliographie	72
II.	Choix méthodologique	72
III.	Questionnement.....	73
IV.	Population cible.....	74
V.	Recueil des données	74
VI.	Analyse statistique.....	74
	Troisième partie : Résultats.....	75
I.	Résultats relatifs à l'ensemble des médecins	76
A.	Répartition des plaintes déposées sur la période de l'étude	76
B.	Pourcentage des médecins mis en cause sur la période de l'étude.....	77

C.	Répartition du contentieux en fonction de la qualification des faits	78
D.	Répartition du contentieux en fonction de la sanction prononcée.....	80
II.	Résultats relatifs à la zone géographique	82
A.	Répartition des médecins mis en cause en fonction du département	82
B.	Répartition des faits qualifiés en fonction du département	84
C.	Répartition des sanctions disciplinaires en fonction du département.....	86
D.	Brève comparaison avec la Basse-Normandie	88
1.	Nombre de plaintes déposées dans chaque région sur la période 2009-2014	88
2.	Nombre de sanctions prononcées dans chaque région sur la période 2009-2014	89
III.	Résultats relatifs aux seuls médecins généralistes	91
A.	Pourcentage de médecins généralistes poursuivis sur la période de l'étude	91
B.	Pourcentage de plaintes déposées à l'encontre de médecins généralistes en fonction de l'espace géographique	92
C.	Répartition des plaintes déposées à l'encontre des médecins généralistes en fonction du sexe.....	93
D.	Répartition du contentieux des médecins généralistes en fonction de la qualification des faits opérée	94
E.	Répartition du contentieux en fonction de la sanction disciplinaire prononcée.....	96
	Quatrième partie : Discussion	99
I.	Critiques générales	99
A.	L'exhaustivité de l'étude, gage de sa qualité	99
1.	L'exhaustivité par l'étude de toutes les plaintes	99
2.	L'exhaustivité par les méthodes d'analyse.....	100
3.	L'exhaustivité par la durée de la période étudiée.....	101

B.	Les biais de l'étude, n'entravant pas sa qualité	101
1.	Le biais relatif à l'objet d'analyse : l'absence de recensement des poursuites judiciaires	101
2.	Le biais relatif à la zone géographique ciblée : une impossible généralisation des conclusions au niveau national.....	103
II.	Analyses avancées des résultats	105
A.	L'augmentation du nombre de médecins généralistes mis en cause, une réalité erronée.....	105
1.	Un argument irréfutable	105
2.	Une tendance stable.....	106
B.	Une mise en cause similaire des médecins généralistes en fonction de la zone géographique, un constat vérifié	108
C.	Une plausible corrélation entre le contentieux de la qualité des soins et l'obligation de résultat	108
1.	Qualité des soins et information.....	109
2.	Qualité des soins et compétences médicales	109
D.	Un modèle paternaliste perceptible par le contentieux des certificats	110
1.	Une confusion des notions à éviter	110
2.	Un manque d'information des médecins eux-mêmes	111
3.	Une résurgence du modèle paternaliste ?.....	113
III.	Réflexions approfondies.....	114
A.	Une médecine judiciarisée par la sacralisation sociétale des victimes.....	114
1.	La sacralisation sociétale de la victime	114
2.	Le voile levé sur l'opacité de la médecine	115

B.	Le Conseil de l'Ordre des médecins, une instance médiatrice avérée	116
1.	Un rôle éthique, moral et déontologique	116
2.	Un rôle administratif	116
3.	Un rôle social	117
4.	Un rôle consultatif	117
5.	Un rôle juridictionnel	117
C.	Une pratique de la médecine générale en mutation ?.....	118
1.	Le phénomène de l'hyperspécialisation de la médecine	118
2.	Les conséquences de l'hyperspécialisation de la médecine	119
	Conclusion	121
	Bibliographie	122

RESUME

Contexte – Le lien entre le droit et la médecine tend à se renforcer par, ce que la littérature médicale a appelé « la judiciarisation de la médecine ». L'imbrication des deux disciplines trouve une justification par la promotion grandissante des droits des malades dont la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002¹ est une illustration symptomatique. Les exigences du patient envers son médecin généraliste se multiplient, lesquelles conduisent à penser que la pratique de la médecine est influencée par le risque judiciaire qui pèse sur le médecin généraliste.

Objectif – Cette étude vise à déterminer la distorsion qui existe entre le sentiment et la réalité des mises en cause avérées de la responsabilité des médecins généralistes dans le cadre de leur exercice professionnel.

Méthode – Le choix méthodologique opéré est celui d'une méthode quantitative rétrospective et transversale concernant 163 procédures disciplinaires par le Conseil régional de l'Ordre des médecins de Haute-Normandie sur la période de juin 2007 à juin 2016. Le choix de l'étude quantitative résulte de la volonté qui est la nôtre de mesurer, *in concreto*, l'ampleur du phénomène des poursuites disciplinaires à l'encontre des médecins généralistes.

Résultats – Les résultats sont évocateurs. Seuls 3 % des médecins ont été inquiétés par une action disciplinaire sur neuf ans. Parmi les 163 procédures disciplinaires, 45 % concernait des médecins généralistes et 55 % des plaintes déposées à l'encontre des médecins généralistes ont été rejetées par le Conseil régional de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime.

Conclusion – La sacralisation sociétale de la victime et la médiatisation de la judiciarisation de la médecine ont laissé penser que le risque judiciaire pesait, telle une épée de Damoclès sur les médecins généralistes. Or, de par l'intervention d'acteurs efficaces, dont le Conseil de l'Ordre des médecins fait partie, le risque judiciaire est un phénomène appartenant davantage au mythe qu'à la réalité. De par son exhaustivité, cette étude s'est attachée à démontrer que les médecins généralistes ne subissent pas de pression judiciaire excessive.

INTRODUCTION

I. Avant-propos

« Le corps humain n'est qu'une horloge » dépeint Julien OFFRAY DE LA METTRIE dans son ouvrage L'Homme Machine² au XVIII^{ème} siècle. Rejetant les croyances en l'existence d'un divin, l'auteur récuse la distinction entre le corps et l'âme. Cette vision de l'Homme qui s'inscrit, certes dans le contexte du siècle des Lumières, est une donnée intéressante pour cette étude. A l'heure actuelle, l'Homme est, davantage encore, perçu comme une machine. Les progrès techniques, technologiques, intellectuels affectent le monde médical. Il se doit de répondre au critère de la performance dans une société qui court après le progrès technique, technologique, intellectuel. Lorsque l'Homme rencontre un problème technique par la maladie, son mécanicien³, autrement dit le médecin, doit réparer l'élément défectueux. L'erreur n'est plus admise.

Cette métaphore permet de comprendre la pression qui entoure la pratique de la médecine par l'ensemble du corps médical, mais dans le cadre de cette étude, la préférence sera accordée aux médecins généralistes. Il est un sentiment général d'une multiplication des poursuites qu'elles soient ordinales ou judiciaires, à l'endroit des médecins. Force est de constater que les droits des malades vont croissants, dont la loi KOUCHNER du 4 mars 2002 est une illustration. De surcroît, la profession du médecin généraliste est perçue différemment. A mesure que la science progresse, le patient accroît ses exigences envers son médecin, ne tolérant que rarement une faute de sa part⁴. C'est en ce sens qu'il existe une impression grandissante du risque judiciaire dans la pratique de la médecine, laquelle a conduit à l'émergence de deux phénomènes, d'une part, la judiciarisation de la médecine, d'autre part, le développement de la médecine défensive. Ils sont inextricablement liés puisque le second est la conséquence du premier.

- **La judiciarisation de la médecine** est le phénomène qui consiste à observer l'augmentation des plaintes des patients et les évolutions jurisprudentielles en matière de responsabilité médicale. La judiciarisation des soins est la pénétration de la justice dans l'exercice de la médecine. La médecine fait l'objet d'évaluations

scientifiques afin de déterminer l'efficacité des techniques médicales. La justice ne peut établir les règles pratiques, lesquelles sont élaborées par des organismes indépendants (ex. HAS, Afssaps, Anaes), mais elle doit sanctionner les fautes commises par les médecins qui n'appliquent pas ces normes ou les ignorent⁵.

- **La médecine défensive** est un concept américain correspondant à une « médecine d'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades⁶ ». Elle est onéreuse parce qu'elle conduit les médecins à multiplier les examens médicaux afin de constituer des preuves de leur travail consciencieux en cas de poursuites judiciaires.

Ce contexte, brièvement exposé, nécessite de délimiter le sujet de l'étude qui est la nôtre.

II. Délimitation du sujet

Par responsabilité, il convient de s'intéresser, dans le cadre de cette étude, aux responsabilités ordinale et judiciaire. La première, la responsabilité ordinale, est mise en jeu lorsque les règles déontologiques devant être respectées par le médecin, ont été transgressées. Il faut également noter que, le médecin généraliste peut voir sa responsabilité disciplinaire engagée, du seul fait de son statut de médecin. Il se doit d'être irréprochable non seulement dans l'exercice de ses fonctions, mais également dans le cadre de sa vie privée. La sanction est prononcée par le Conseil de l'ordre des médecins duquel le médecin en cause est rattaché. Ce qu'il est d'ores-et-déjà intéressant de noter, est que cette responsabilité est indépendante de celle prononcée par les instances judiciaires. La seconde, la responsabilité judiciaire est celle qui est prononcée à l'encontre d'un médecin qui a violé les prescriptions posées par la loi. Ces règles ne sont pas spécifiques aux médecins généralistes. Il existe trois types de responsabilité : la responsabilité administrative, la responsabilité civile et la responsabilité pénale.

Outre les types de responsabilité, il convient également de préciser que cette étude s'attachera à analyser les poursuites qui ont été encourues par les médecins généralistes dans le cadre de leur exercice professionnel. Dès lors, il s'agit de s'intéresser au médecin dans l'exercice de sa profession et non pas, dans le cadre de sa vie personnelle.

III. Intérêt de la recherche et questionnement

Cette recherche présente un intérêt certain par la transdisciplinarité de son champ d'étude, lequel est médico-légal. Il s'agit de comprendre si la crainte judiciaire des médecins généralistes est fondée sur des chimères ou sur une réalité tangible⁷. Il apparaît alors nécessaire de s'interroger sur : « combien de médecins généralistes haut-normands ont subi des poursuites (judiciaires ou ordinales) dans le cadre de leur exercice professionnel ? Quel type de responsabilité les poursuites visent-elles majoritairement, et pourquoi ? Comment comprendre la diversification des hypothèses de mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes libéraux ? Pourquoi la pratique de la médecine générale est-elle davantage susceptible de faire l'objet de poursuites judiciaires et ordinales ? Quelles conséquences peut-on déduire sur l'exercice de la profession du médecin généraliste dans la conjoncture actuelle ? »

Pour répondre à ce questionnement, il sera opportun de dépeindre le cadre juridique qui entoure les différentes hypothèses de responsabilités médicales (Partie 1). Pour ce faire, il faudra rappeler le matériel et les méthodes employées (Partie 2) afin de parvenir à un résultat concluant (Partie 3), qu'il faudra discuter (Partie 4).

PREMIERE PARTIE

Cadre juridique

I. La responsabilité médicale, son évolution

La responsabilité médicale a connu une évolution indubitable qu'il convient de retracer (A.), mais également de resituer (B.). Les changements opérés en matière de responsabilité médicale sont, de surcroît, le fruit d'une jurisprudence florissante en la matière (C.).

A. Historique de la responsabilité médicale

1. Première trace de la responsabilité médicale dans le Code d'Hammourabi

Dresser un historique de la responsabilité médicale nécessite de s'intéresser aux premiers textes juridiques qui ont été élaborés, au premier rang desquels figure le Code d'Hammourabi⁸. Ce dernier prévoit la réparation du préjudice subi à la suite d'un acte médical, en son article 218, lequel dispose : « Si un médecin pratique une grande incision avec un bistouri et tue son malade, ou s'il ouvre une taie avec un bistouri et perd l'œil, on lui coupera la main ». Il est d'ores-et-déjà intéressant que la peine prononcée est une amputation de la main par laquelle la faute a été commise, caractéristique des peines du IIe siècle av. JC, dans la Mésopotamie antique.

2. Irresponsabilité du médecin jusqu'au XIXème siècle

Le médecin, jusqu'au XIXe siècle, est dans une situation d'irresponsabilité en raison du caractère spécifique de la médecine. En effet, elle était considérée durant une période de longue durée comme un art occulte, incompréhensible pour les Hommes. Cette explication trouve une signification pertinente par la croyance qu'avaient les Hommes dans le pouvoir de

guérison de Dieu. La pratique de la religion est une donnée nécessaire qui explique l'irresponsabilité des médecins jusqu'au XIXe siècle, à l'heure où des courants de pensée tels que le scientisme émerge. La vie de l'Homme ne repose pas tant dans les mains du médecin que dans celles de Dieu. C'est Dieu qui décide de la vie ou de la mort d'un malade. Au cours du Moyen-Âge, les médecins appartenaient, pour la plupart, au clergé, ce qui témoigne du lien entre la médecine et la religion.

Ainsi, au XVIIème siècle, Molière critique cette impunité du corps médical dans sa pièce de théâtre Le Médecin malgré lui, dans laquelle il dépeint, de manière satirique, l'irresponsabilité des médecins en affirmant qu'ils peuvent « gâter un homme sans qu'il n'en coûte rien. Les bévues ne sont point pour nous ; et c'est toujours de la faute de celui qui meurt⁹ ». Ce métier était considéré comme « le meilleur de tous, la méchante besogne ne retomb[e] jamais sur notre dos ».

Dès lors, comment a émergé la responsabilité médicale ? Elle a émergé par l'existence du droit écrit et la rédaction du Code civil, en 1804¹⁰, sous Napoléon I^{er}. Le Code civil¹ a permis l'uniformisation des premières règles en matière de responsabilité médicale. Auparavant, la France obéissait aux coutumes qui différaient selon les territoires de France. La Normandie disposait de coutumes différentes de celles qui régissaient d'autres lieux. Par voie de conséquence, des affaires mettant en cause les médecins apparaissent au XIX^e siècle, amorçant la fin de l'irresponsabilité médicale. Il convient de les rappeler.

3. Une brèche dans l'irresponsabilité médicale : les affaires HELIE, THOURET-NAUROY et LAPORTE

Ces trois litiges sont intéressants à rappeler, même s'ils ont déjà été relatés dans la littérature médicale, parce qu'ils attestent d'une brèche dans l'irresponsabilité des médecins, traduisant l'évolution de la responsabilité médicale au XIXème siècle. La responsabilité médicale est en mouvement.

¹ *Répertoire de législation*, Dalloz (D.), 1858, pp. 317-318 précise que « les articles 1382 et 1383 du Code civil [aujourd'hui abrogés] rappellent le principe général, que “chacun est responsable des dommages qu'il a causés non seulement par son fait, mais encore par négligence ou imprudence” [...] cette rigueur de principe, puisée dans la loi naturelle elle-même, [n'exempte pas] les médecins des faits qui sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science ».

- L'affaire du docteur HELIE¹¹ : Cette affaire est symptomatique des choix que doit opérer le médecin lors d'un accouchement au XIXe siècle puisque le docteur HELIE a dû choisir entre sauver la vie de la mère ou de l'enfant. Il a choisi de sauver la vie de la mère, croyant l'enfant mort, et lui ampute les deux bras. Or, l'enfant a vécu après l'accouchement et survécu à l'amputation. L'Académie de médecine a reconnu, en 1832, la responsabilité du médecin, lequel a été condamné à verser une rente viagère à vie à l'enfant amputé de ses deux membres supérieurs. Il est intéressant de noter que la peine prononcée est une peine pécuniaire et non, une peine privative de liberté.
- L'affaire du docteur THOURET-NAUROY¹² : Cette jurisprudence de la Cour de cassation du 18 juin 1835 est un des premiers arrêts de principe de matière de responsabilité médicale. En l'espèce, le docteur THOURET-NAUROY avait, au cours d'une saignée, sectionné l'artère humérale de son patient, le sieur X, ce qui l'avait conduit à l'amputation du bras droit du patient. Le docteur THOURET-NAUROY a formé un pourvoi en cassation suite à sa condamnation en appel. La plus haute juridiction de l'ordre juridictionnel judiciaire a affirmé, dans son considérant de principe : « du moment que les faits reprochés au médecin sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la Science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance des choses que l'on devrait nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte ». Il est important de préciser que c'est la responsabilité civile qui a été mise en œuvre et non la responsabilité pénale, lesquelles seront appréhendées ci-après.
- L'affaire du docteur LAPORTE¹³ : En 1893, le docteur LAPORTE a été condamné, à la suite d'un accouchement qui s'est mal déroulé, à une peine d'emprisonnement par le Tribunal de grande instance de Paris en considérant le rapport d'experts judiciaires qui reprochaient au médecin « une impéritie notoire et l'absence d'appel à un confrère plus compétent ». Il sera, néanmoins, fait droit à ses prétentions en appel. Il apparaît nécessaire de préciser que la peine prononcée par la juridiction de première instance est une peine privative de liberté

contrairement à celle prononcée en 1835 dans celle du docteur HELIE, une évolution semble-t-elle poindre ? A l'aune du XIXe siècle, ce litige a permis la création du Sou médical, en 1897, qui correspond à la création d'une société d'Assurances du corps médical. La MACSF, quant à elle, ne verra le jour qu'en 1935, lors des grandes réformes sociales.

4. L'avènement de la responsabilité médicale par l'arrêt *Mercier*

Des hypothèses casuistiques de responsabilité médicale ont été mises en exergue ci-dessus. Il convient, cependant, d'introduire un des arrêts fondateurs de la responsabilité médicale qu'est l'arrêt *Mercier* de la Cour de cassation rendu le 20 mai 1936¹⁴.

En l'espèce, la patiente, Mme Mercier était atteinte d'une affection nasale. Elle se rendit auprès du docteur Nicolas, radiologue, lequel lui administra un traitement par rayon X. Au cours de ce traitement, la patiente développa une radiodermite des muqueuses de la face. Les demandeurs, M. et Mme Mercier, introduisirent une action en justice aux fins d'obtention de dommages et intérêts de la part du médecin, parce que ce dernier avait abusé des rayons X sans recourir à des précautions minimales. La Cour de cassation fit droit aux prétentions de ces derniers et considéra que :

« L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyen ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises par la science¹⁵ ».

Cet arrêt comporte plusieurs apports, lesquels permettent de dessiner les contours de la responsabilité médicale durant la première moitié du XXème siècle :

- La responsabilité médicale civile est une responsabilité civile dite contractuelle. Comme le précise l'arrêt, l'obligation de soins découle d'un « contrat médical », lequel est néanmoins tacite. Auparavant, il s'agissait d'une responsabilité dite

délictuelle fondée sur une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux. Elle était prévue aux articles 1382 et 1383 du Code civil².

- Le contrat de soins tacite entre le médecin et son patient conduit le premier au respect d'une « obligation de moyen » et non de résultat. Il s'agit pour le médecin de mettre en œuvre tous les moyens acquis par la science, qu'ils soient humains ou techniques, afin de fournir au patient le traitement le plus adapté. Il n'y a pas d'obligation de guérison, fort heureusement. A l'inverse, le patient s'engage à suivre les prescriptions médicales données par le médecin et à lui verser des honoraires.

Ces deux apports de l'arrêt *Mercier* sont essentiels parce qu'ils attestent d'une part, d'un changement de type de responsabilité, d'autre part, de la persistance à croire que l'obligation qui incombe au médecin est une obligation de moyen. En est-il toujours ainsi ? Afin de préciser de poursuivre l'étude de la responsabilité médicale, il est opportun de s'intéresser aux évolutions récentes du droit de la santé.

B. Contextualisation des évolutions récentes du droit de la santé

Les évolutions récentes du droit de la santé sont nécessairement corrélatives au contexte dans lequel elles s'insèrent. Pour les appréhender, il convient de porter une attention particulière à des phénomènes qui affectent le monde médical. A ce titre, il convient de s'intéresser à la vision qu'ont les patients de la médecine, caractérisée par sa toute-puissance (1.), à la médiatisation des scandales sanitaires (2.) et enfin, à l'altération de la relation médecin-patient (3.).

1. Une médecine « toute-puissante¹⁶ » ?

Le monde médical est marqué par de profondes avancées scientifiques, lesquelles se développent dès le XX^{ème} siècle. Ces progressions médicales, dans le domaine thérapeutique, peuvent s'illustrer par des progrès successifs comme l'insuline, le développement de la

² A noter : depuis l'adoption de l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations, l'article 1382 du Code civil est remplacé par l'article 1240 du Code civil.

chirurgie ou encore la découverte des antibiotiques. Les progrès technologiques et techniques permettent, quant à eux, d'améliorer les diagnostics des médecins par le développement, par exemple, des techniques d'imageries. Les avancées médicales concourent-elles alors à l'augmentation de l'espérance de vie des Hommes ? En effet, les connaissances se diversifient et se multiplient, lesquelles permettent un traitement plus efficace des maladies.

Par conséquent, le médecin dispose-t-il d'une palette d'instruments variés afin de soigner le patient même si ces innovations sont sujettes, parfois au risque. Le technique du « bénéfice-risque » apparaît et consiste à opérer une balance entre l'avantage d'un traitement et le risque de l'aggravation de l'état du patient si le traitement échoue.

Le patient voit alors son Salut, en la médecine. Les prouesses médicales laissent espérer que toute pathologie peut être soignée. La mort n'est alors pas admise dans un univers où les progrès scientifiques sont grandissants. Dans l'esprit des hommes, la médecine est la science de l'exactitude et ne peut se tromper.

Aussi s'agit-il de comprendre comment les patients en sont-ils arrivés à croire que la médecine était toute puissante ? Que la mort relevait nécessairement d'une erreur médicale commise par le médecin.

La première analyse est celle qui consiste à affirmer le recul de la foi des Hommes. En effet, en France, il y a un recul de la pratique de la religion. Lorsque le patient mourrait, autrefois, il était considéré que : « Dieu ne pouvait plus rien pour assurer la guérison, le patient devait mourir parce qu'il en était ainsi ».

La seconde analyse consiste à affirmer que les Hommes ont foi en la médecine parce qu'elle peut ôter la douleur et permettre la guérison. La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, interroge sur la sédation profonde et continue.

Cette perception de la médecine permet de comprendre la multiplicité des hypothèses de responsabilités médicales. De surcroît, les évolutions du droit de la santé sont également le résultat de scandales de santé publique.

2. La médiatisation des scandales sanitaires

L'évolution de la responsabilité médicale est le reflet de la perception qu'ont les citoyens, de la médecine. Or, les relais de l'information que sont les médias, jouent un rôle *sine qua non* dans la crainte des poursuites judiciaires par le médecin généraliste. Les scandales de santé publique du XX^{ème} siècle ont été relatés par les médias voire amplifiés¹⁷. La véracité d'une information nécessite de s'interroger sur ses pourvoyeurs et de leur intégrité. Cette diffusion instantanée de l'information est également permise par le développement des moyens de télécommunications. Il y a eu une gradation progressive dans l'accès à l'information : la télévision puis internet et le développement des réseaux sociaux. Ces éléments permettent de constater que les médias sont un des responsables du changement de la vie qu'a le patient sur son médecin, au vu des risques sanitaires qui ont eu lieu durant les dernières décennies. A ce titre, il convient de mentionner les affaires les plus retentissantes :

- L'affaire du Distilbène : Le Distilbène est une hormone de synthèse qui a été prescrite à plusieurs millions de femmes dans le monde, à l'après-guerre, afin de prévenir les fausses couches. Or, en 1953, bien qu'efficace, cette hormone a démontré des effets indésirables qui ont été reconnus en 1971. Elle entraînait des malformations chez les enfants dont les mères avaient pris le traitement. Le scandale résulte du fait que la France a attendu jusqu'en 1977, pour la retirer du marché contrairement aux Etats-Unis¹⁸ qui eux, ont effectué le retrait dès la découverte des effets secondaires de l'hormone de synthèse. Cette affaire a introduit une première défiance à l'endroit du corps médical.
- L'affaire de l'hormone de croissance¹⁹ : Depuis les années 1980, une centaine de personnes ont succombé à la maladie incurable de Creutzfeld-Jacob après avoir suivi un traitement destiné à favoriser leur croissance. Cette maladie est une dégénérescence du système nerveux central. Le prélèvement de l'hormone de croissance avait été effectué à partir des hypophyses prélevées sur des cadavres dont certains étaient infectés par ladite maladie neurologique. Les familles des victimes ont formé des recours en justice qui n'ont abouti que dans les années 2010.

- L'affaire du sang contaminé²⁰ : Ce scandale douloureux reste dans la mémoire de tous depuis qu'un rapport émis par *l'Événement du jeudi* a émis la preuve que le Centre national de transfusion sanguine (acronyme CNTS) a, en connaissance de cause, distribué, en 1985, des produits sanguins contaminés entraînant la contamination d'hémophiles par le VIH. Outre le corps médical, ce sont également les politiques qui ont été mis en cause dans cette affaire, à l'instar du Premier ministre de l'époque, Laurent Fabius, et ses ministres, Georgina Dufoix et Edmond Hervé. Ils ont comparu devant la Cour de justice de la République, le 2 mars 1999, pour « homicide involontaire ». En 2003, deux sont relaxés, un est condamné mais dispensé de peine. Cela introduit une double défiance dans l'esprit des citoyens : d'une part, l'irresponsabilité des médecins, d'autre part, l'irresponsabilité des politiques.

Plus récemment, d'autres affaires sanitaires ont été médiatisées. En effet, l'affaire du Mediator ou encore celle de la Dépakine s'ajoutent à la liste.

Outre la médiatisation des scandales sanitaires, le contexte de l'évolution du droit de la santé résulte aussi, d'une relation médecin-patient altérée.

3. Une relation médecin-patient altérée²¹

Les relations entre le médecin et le patient ont subi une évolution, laquelle peut être une cause ou une conséquence, selon le point de vue dans lequel on se place, de l'évolution du droit de la santé. C'est la vision qu'a le patient du médecin qui a changé. Jusqu'à aujourd'hui, le médecin répondait à une figure d'autorité bienveillante. En ce sens, la relation entre le patient et son médecin était inégalitaire et asymétrique. Cela se comprend parce que le médecin jouit d'une connaissance scientifique de la pathologie de son patient, doublée d'une objectivité et d'une expérience pratique. *A contrario*, le patient ignore tout de la maladie qui l'affecte si ce n'est les symptômes qui l'affectent.

Autrefois, il n'y avait pas un devoir d'information du patient tel qu'il est prescrit par la loi parce que le médecin disposait de la confiance de son patient²². Cette relation de confiance était établie et solide, ce qui le dispensait de justifier les actes médicaux que le médecin effectuait.

Les événements susmentionnés que sont les scandales sanitaires dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, ont conduit à une remise en question de la parole du médecin. Le lien de confiance s'effrite voire disparaît peu à peu. La relation entre le médecin et son patient est altérée et devient davantage égalitaire²³. Les évolutions de la médecine la rendent complexe, technique, lointaine. La décision d'un traitement innovant ou non n'appartient plus seulement au médecin mais également au patient. A titre d'illustration, la gestion de la fin de vie voit un renversement du rapport médecin-patient par la rédaction par le patient, de directives anticipées. De surcroît, le médecin a, désormais, un devoir d'information envers son patient afin de lui proposer différentes options quant au traitement à prendre. Certes, la relation médecin-patient ne s'est pas inversée (faut-il le saluer) pour faire du patient le décideur de sa santé mais ce dernier n'est plus dans une position passive. Il est pleinement acteur lorsqu'il s'agit de sa santé.

Désormais, il est nécessaire de s'intéresser à la jurisprudence relative au droit de la santé.

C. L'apport de la jurisprudence

La jurisprudence joue un rôle *sine qua non* dans le droit de la responsabilité médicale ce qui a conduit les instances juridictionnelles à voir leurs exigences accrues envers les médecins (1.). Cela s'est traduit par une inversion de la charge de la preuve (2.), à l'extension du devoir d'information (3.) et à la prise en compte du bénéfice-risque (4.).

1. Les exigences accrues des instances juridictionnelles

Les apports de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale sont essentiels parce que le cadre juridique, établi par la loi, est volontairement large. Cela donne à la jurisprudence donc aux juges, un pouvoir d'interprétation conséquent pour apprécier les affaires pendantes devant eux. Cette largesse du cadre légal peut apparaître comme un point négatif parce qu'il peut laisser s'épanouir des situations d'insécurité juridique. Le patient et le médecin seraient alors laissés dans l'insécurité, ne sachant pas à l'avance l'issue du litige avant que les juges aient rendu leur verdict. Or, le caractère délibérément large du cadre juridique fixé par la loi est bénéfique, parce qu'il permet aux juges d'apprécier chaque situation dans une liberté, toutefois contrôlée. Chaque affaire obéit à sa propre logique et lorsqu'il est question de la vie,

la situation est délicate. Sans affirmer que le droit de la responsabilité médicale s'est construit de manière prétorienne, des arrêts fondateurs, à l'instar de l'arrêt *Mercier*, rendu par la Cour de cassation dont il a été question auparavant, vont dessiner les contours de la responsabilité médicale. Un arrêt faisant jurisprudence pourra ensuite être confirmé par l'adoption d'une loi comme ce fut le cas pour la loi du 4 mars 2002.

De plus, les instances juridictionnelles et notamment la Cour de cassation, a amorcé un mouvement jurisprudentiel favorable aux victimes, ce qui a accru le niveau d'exigence du patient envers le médecin. Cela a contribué, de surcroît, à faire émerger de nouveaux types de responsabilité.

Il convient alors de s'intéresser aux conséquences des exigences accrues des instances juridictionnelles parmi lesquelles l'inversion de la charge de la preuve est un exemple pertinent.

2. Une charge de la preuve reposant sur le médecin²⁴

En principe, le défaut d'information qui incombe au médecin envers son patient est considéré comme une faute simple soumise au régime général de l'administration des preuves. Selon ce régime, la charge de la preuve incombe au patient parce que ce dernier est le demandeur d'une action en justice.

Or, le patient éprouvait, le plus souvent, des difficultés dans l'obtention de cette preuve. C'est la raison pour laquelle, la première Chambre civile de la Cour de cassation, dans son arrêt rendu le 25 février 1997²⁵, a opéré un revirement de jurisprudence en considérant que, désormais, la charge de la preuve incombait au défendeur, autrement dit au médecin. En l'espèce, il s'agissait d'un litige opposant un patient et son médecin, lequel avait manqué à son devoir d'information sur les potentiels risques d'une coloscopie. La coloscopie avait engendré, chez le patient, une perforation colique. La première Chambre civile estima alors que « le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation ». Cette jurisprudence atteste d'un mouvement en faveur de la victime parce que si la preuve est difficile à rapporter pour le patient, le sera-t-elle moins pour le médecin ?

C'est sans doute à cette crainte que la Cour de cassation répond dans son arrêt du 14 octobre 1997²⁶ en précisant que la preuve qui doit être rapportée par le médecin, peut l'être par tous moyens. Une preuve écrite par le biais d'un document n'est alors pas requise. Il convient de rappeler les faits de ce litige. En l'espèce, une laborantine était décédée d'une embolie gazeuse au cours d'une cœlioscopie exploratrice effectuée dans le bilan d'une stérilité. La famille de la victime a introduit une action en justice contre le gynécologue pour défaut d'information des risques d'une telle intervention. La Cour ne fit pas droit à leur demande parce qu'ils ont pris en compte le métier de la victime, dans le monde médical ; le nombre de consultations antérieures effectuées avec ce praticien, le temps de réflexion de la patiente. Ces éléments constituent un faisceau d'indices nécessaires à prouver l'information de la patiente qui incombe au médecin. La Cour a alors décidé que le médecin n'avait pas manqué à son obligation d'information.

Cette jurisprudence de la Cour de cassation est destinée à rassurer le médecin quant à la preuve qu'il peut être susceptible de rapporter afin de prouver l'accomplissement de son devoir d'information. En effet, force est de rappeler que le médecin ne peut employer tous les moyens de preuve mis à la disposition des victimes, parce qu'il appartient au monde médical. Néanmoins, il lui est possible de rompre le secret médical si ce dernier est mis en cause devant la justice.

Il convient désormais d'appréhender la jurisprudence qui étend l'obligation d'information.

3. Un devoir d'information étendu²⁷

La fin des années 1990 est une source importante du contentieux médical. Les scandales sanitaires ont conduit à la méfiance des patients envers leur médecin. La jurisprudence a alors renforcé le devoir d'information qui incombe au médecin par deux arrêts rendus, le 7 octobre 1998.

En principe, le médecin ne devait informer que des risques fréquents qui pouvaient surgir à la suite de l'accomplissement d'un acte médical. Désormais, ce dernier doit également étendre son devoir d'information aux risques graves même si ceux-ci sont rares. Les deux arrêts ont alors précisé :

- « Hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et qu'il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement²⁸ ».
- Néanmoins, lorsque l'état du patient s'améliore globalement alors qu'une complication est survenue, le patient ne peut obtenir réparation de son préjudice, pour défaut d'information de ladite complication.

Alors que le premier arrêt est de nature à inquiéter le corps médical par l'étendue de l'obligation d'information qui lui incombe, le second arrêt le dédouane d'une responsabilité, lorsqu'il est parvenu à améliorer, de manière générale, l'état de santé du patient.

Quid du devoir de sécurité ?

4. Un devoir de sécurité²⁹

L'obligation de sécurité est intéressante à mentionner parce qu'il a été précédemment affirmé que le médecin n'est tenu que d'une obligation de moyens. Or, **la jurisprudence admet, dans certains cas, que le médecin est débiteur d'une obligation de résultat.**

Cette solution jurisprudentielle a été dégagée dans le cadre de plusieurs affaires :

- En matière de prothèses – Les prothèses doivent être dépourvues de défaut selon les juges de la Cour de cassation.
- En matière de produits de santé – les produits sanguins et les médicaments sont soumis à une obligation de conformité.
- En matière de matériels – Le matériel qui est utilisé par le médecin pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins est également, soumis à une obligation de moyens.
- En matière d'infections nosocomiales – Il s'agit généralement d'une obligation de moyens.

La jurisprudence a contribué de manière conséquente à l'établissement du droit de la responsabilité médicale. Les solutions dégagées par elle ont été consacrées, par la loi du 4 mars 2002, qu'il convient d'appréhender désormais.

5. La loi KOUCHNER du 4 mars 2002

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 est la consécration par la loi des solutions jurisprudentielles antérieures. Ses dispositions ont été codifiées aux articles L. 1142-1 et suivants du Code de la santé publique. Elle a pour but d'unifier les règles applicables en matière contractuelle et délictuelle, qu'il s'agisse du secteur privé ou public. Elle est entrée en vigueur le 5 mars 2002 lorsqu'elle a été publiée au Journal officiel de la République française (JORF).

Outre la consécration de la jurisprudence antérieure, le législateur a également institué, en 2002, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Cet Office permet la réparation des préjudices du patient, au titre de la solidarité nationale, si ce dernier a subi un accident médical, une infection iatrogène ou une infection nosocomiale. La procédure doit se réaliser par l'intervention d'une commission régionale de conciliation et d'indemnisation qui, dans les six mois de sa saisine, émet un avis sur les causes, les circonstances, la nature et l'étendue du préjudice. Elle détermine également le régime d'indemnisation applicable, autrement dit :

- soit l'indemnisation par l'assurance du responsable,
- soit l'indemnisation par un recours à l'ONIAM.

Telle est l'évolution de la responsabilité médicale qui a oscillé, au cours de l'Histoire, entre responsabilité et irresponsabilité du médecin. A l'heure où le cadre juridique est en faveur de la réparation du préjudice des victimes, il est nécessaire d'appréhender la responsabilité pénale, la quelle recouvre une réalité plurielle.

II. La responsabilité médicale, une réalité plurielle

La responsabilité médicale représente une réalité plurielle dans la mesure où il existe de multiples hypothèses de responsabilité du médecin. A ce titre, il convient de rappeler certains types de responsabilités mais de les exclure de l'objet de notre recherche (A.). *A contrario*, il est nécessaire d'appréhender successivement la responsabilité civile (B.), la responsabilité pénale (C.), puis la responsabilité ordinale (D.).

A. L'exclusion de certaines responsabilités

L'étude qui est la nôtre concentre son attention sur les médecins libéraux. S'il est parfois fait mention des praticiens hospitaliers du secteur public, la responsabilité administrative doit être mentionnée (3.). Toutefois, appréhender la responsabilité des médecins ne relève pas nécessairement du domaine juridique, la conscience (1.) et la société (2.) peuvent jouer un rôle déterminant.

1. La conscience du médecin

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » - Tels sont les mots prononcés par Rabelais au XV^{ème} siècle. Lorsque le médecin prescrit un traitement à son patient, réalise un acte de soin, il le fait en toute conscience. Lorsqu'une faute de la part de celui-ci a entraîné une complication sur le patient, le médecin, indépendamment de toute intervention de la justice, se sent responsable. Il se pose la critique question du bien ou mal-fondé de son action ou de son omission. Il s'interroge indubitablement sur les manquements, les oublis éventuels qu'il a pu commettre. En ce sens, il s'agit d'une responsabilité morale et personnelle du médecin³⁰, laquelle est parfois plus répressive que toute autre forme de sanction judiciaire ou disciplinaire.

C'est la raison pour laquelle, parfois, l'intervention du juge ou des instances ordinales, lorsqu'elles déclarent le médecin non-coupable, est d'autant plus salvatrice. L'absence de poursuites aurait laissé planer le doute dans l'esprit du médecin alors que la poursuite judiciaire permet-elle enfin de laisser l'esprit au repos. Cela se vérifie également dans le cas

d'une condamnation du médecin. Il va exécuter la peine à laquelle il a été condamné et peut faire table rase du passé. En cela, la responsabilité morale que s'inflige le médecin lui-même peut être plus destructrice que la réponse judiciaire ou disciplinaire.

Outre la conscience du médecin, il y a également la responsabilité sociale et sociétale à laquelle ce dernier est confronté.

2. La responsabilité sociale du médecin

Le plus grand de tous les accusateurs n'est pas le juge mais le peuple. La vindicte populaire est celle qu'il faut craindre, en comparaison avec les juges. A titre d'exemple, les jurés d'assise sont, la plupart du temps, beaucoup plus sévères que le juge lui-même. Ils prononcent des peines lourdes, le juge intervenant alors, pour calmer l'esprit vengeur du peuple.

Aussi, la responsabilité du médecin dépasse le cadre juridique lui-même. Il n'est pas certain qu'au terme d'une affaire judiciaire, le médecin, même s'il est dédouané de toute responsabilité, puisse reprendre son activité normalement. La relation avec ses patients peut s'en trouver altérée, de même que le regard que portent sur lui ses confrères, peut être modifié. Par conséquent, la responsabilité médicale recouvre une réalité plurielle qui dépasse le champ du droit.

Quid de la responsabilité administrative médicale ?

3. La responsabilité administrative médicale³¹

- Principe : l'exclusion de la responsabilité du médecin

La responsabilité administrative est particulière en ce que le praticien hospitalier n'est pas personnellement responsable des dommages causés au patient, et même s'il s'agit de sa propre faute³². En effet, le médecin exerce au sein d'un établissement public et intervient alors en tant qu'agent de l'administration. Le patient est un usager du service public hospitalier. Dès lors, **seule la responsabilité de l'établissement public hospitalier peut être recherchée.**

- Exception : la faute personnelle détachable des fonctions

Exceptionnellement, la responsabilité personnelle du médecin peut être engagée s'il a commis une faute détachable de ses fonctions. Sa responsabilité civile est alors engagée. La faute détachable correspond à une faute d'une exceptionnelle gravité qui ne peut être rattachée au fonctionnement du service. Elle diffère alors de la faute de service.

Il convient de donner des exemples de fautes détachables des fonctions :

- L'acte appartenant à la vie privée de l'agent, étant alors matériellement détaché de la fonction
- L'acte révélant chez l'agent de l'administration une intention malveillante avec une volonté de nuire
- La recherche d'un intérêt personnel
- La faute inexcusable au regard de la déontologie professionnelle. Cette faute peut mettre en jeu la responsabilité civile ou disciplinaire du médecin.

- L'exigence d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité

Depuis la loi du 4 mars 2002, la responsabilité des établissements de santé est engagée sur le fondement de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique. Hormis certains cas de responsabilité sans faute de l'établissement public hospitalier, le patient doit, pour engager la responsabilité administrative médicale, rapporter la preuve de l'existence d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre les deux. Le plus souvent, une expertise médicale sera demandée.

- La principale sanction

La condamnation de l'établissement de santé par les juges administratifs conduit au **versement de dommages et intérêts** au patient. Il s'agira d'indemniser intégralement les préjudices subis.

- L'action récursoire

Lorsque la condamnation de l'établissement de santé est prononcée à cause d'une faute d'un des praticiens hospitaliers, l'hôpital a la possibilité de se retourner contre le médecin qui

est à l'origine de l'action en justice. La possibilité de se retourner contre l'agent s'appelle l'action récursoire, laquelle permet à l'hôpital de se voir rembourser les sommes qu'il a versées au patient à la suite de sa condamnation.

- Les trois degrés de juridiction

L'ordre juridictionnel administratif est composé de trois degrés. Ainsi, l'affaire sera d'abord portée à la connaissance du tribunal administratif, juge de première instance. Un appel pourra être interjeté devant la Cour administrative d'appel. Enfin, le pourvoi en cassation sera formé devant le Conseil d'Etat.

Après avoir mentionné les responsabilités qui n'entrent pas dans le champ de cette étude, il faut, désormais, s'intéresser à la responsabilité civile.

B. La responsabilité civile³³

Appréhender la responsabilité civile médicale dans le cadre de cette étude impose de porter une attention particulière aux principes qui gouvernent la responsabilité civile médicale (1.), mais aussi aux conditions de mise en œuvre de cette responsabilité (2.), avant de voir la procédure devant les juridictions civiles (3.).

1. Les principes de la responsabilité civile médicale

La responsabilité civile fait partie des responsabilités source d'indemnisation contrairement aux responsabilités ordinale et pénale qui sont source de sanction. La responsabilité civile médicale vise à indemniser la victime du préjudice qu'elle a subi. Il s'agit d'une première distinction à opérer qui apparaît nette aujourd'hui, alors que les sources pouvaient être confondues, au cours de l'Histoire.

- Définition: La responsabilité civile médicale est une responsabilité indemnitaire, laquelle est mise en œuvre lorsque d'une personne a, de son propre fait, causé un dommage à un tiers.

- La distinction entre responsabilité délictuelle et responsabilité contractuelle

Cette distinction est un enjeu lorsqu'il faut appréhender la responsabilité civile des médecins. En effet, **la responsabilité civile dite contractuelle** est mise en œuvre lorsqu'un contrat est établi entre deux personnes et que l'un des cocontractants n'a pas rempli les obligations auxquelles il s'était engagé dans ledit contrat. **La responsabilité civile dite délictuelle**, quant à elle, est mise en œuvre lorsqu'une personne a causé à un dommage à une autre personne et qu'il existe un lien entre les deux. La responsabilité délictuelle est une responsabilité civile et non une responsabilité pénale malgré l'emploi du terme « délictuelle ». Cela s'explique parce que la responsabilité civile délictuelle est établie par le Code civil et non le Code pénal. D'autre part, elle est de la compétence des juges civils et non des juges pénaux. Enfin, elle a une vocation indemnitaire et non répressive : aucune peine d'emprisonnement ne peut être prononcée.

- La responsabilité médicale, une responsabilité civile contractuelle

Comme il l'a été précisé dans la première partie de cette étude consacrée à l'évolution de la responsabilité médicale, **la responsabilité médicale est, par principe, une responsabilité civile contractuelle** depuis l'arrêt de la Cour de cassation *Mercier* rendu en 1936. Le contrat qui est établi entre le médecin et son patient est un contrat civil. Il doit simplement y avoir une proposition de soins de la part du médecin, et une acceptation du traitement, de la part du patient.

Un contrat s'établit sur la base de la rencontre de deux volontés. Il faut alors que les deux parties soient capables de donner un consentement libre et éclairé pour que le contrat médical s'établisse. Si le patient est inanimé, est un mineur ou une personne incapable (c'est-à-dire une personne sous tutelle ou curatelle), il n'y a pas de rencontre des volontés. Dès lors, il n'y a pas de contrat médical entre le médecin et son patient.

En France, la pratique illégale de la médecine est punie par la loi.

Les précisions sur le contrat médical étant faites, il convient de voir les conditions de mises en œuvre de la responsabilité médicale.

2. Les conditions de mises en œuvre de la responsabilité civile médicale

La mise en œuvre de la responsabilité civile médicale est subordonnée à la réunion de trois conditions : une faute, un dommage et un lien de causalité.

- La faute

Différents types de fautes peuvent être susceptibles d'engager la responsabilité civile du médecin :

- **La faute d'imprudence ou de négligence** : il s'agit d'une erreur commise par le médecin.
- **La faute technique** : il s'agit d'une faute de diagnostic, de choix de traitement ou lors de la réalisation d'un acte de soin. La faute sera déterminée à partir du comportement qu'adopte généralement un médecin. L'absence de réalisation d'un diagnostic, à titre d'exemple, ne sera pas considérée comme une faute, sauf si le médecin n'a pas établi le diagnostic en ne faisant pas les examens réalisés habituellement pour le déterminer.
- **La faute déontologique** : Il s'agit du non-respect par le médecin, de l'obligation d'information, du secret professionnel, voire de l'absence d'obtention du consentement du patient. Si ce non-respect est prouvé, il pourra permettre d'engager la responsabilité civile du médecin.

- Le dommage

L'ensemble des dommages sont admis et peuvent concourir à l'établissement de la responsabilité civile du médecin. Il peut s'agir d'un préjudice corporel mais aussi moral. La preuve du préjudice moral est cependant, plus difficile à rapporter pour le patient désireux d'intenter une action en justice devant les juges civils.

Il existe, de surcroît, en comparaison des autres types de responsabilités appréhendés dans cette partie, un dommage particulier reconnu par le droit civil : il s'agit de la perte de chance. Elle correspond à une faute commise par le médecin qui entraîné un dommage pour le patient. Cependant, les experts consultés lors de l'examen de l'affaire, n'arrivent pas à déterminer si, même si le médecin avait agi conformément aux règles habituellement suivies, la complication rencontrée n'aurait pas eu lieu. Dès lors, les juges estiment que le patient a subi

une perte de chance d'être guéri ou de ne pas subir la complication. La perte de chance sera indemnisée et non pas le dommage occasionné.

- Le lien de causalité

C'est la troisième condition de mise en œuvre de la responsabilité civile médicale. Il doit être prouvé un lien causal entre la faute et le dommage subi. Ce lien de cause à effet doit être direct et certain. C'est la raison pour laquelle dans le cadre de la perte de chance, il n'est pas possible d'indemniser le dommage en lui-même, seulement la perte de chance. En effet, le lien de causalité est incertain.

3. La procédure devant les juridictions civiles³⁴

Intenter une action en justice pour engager la responsabilité d'un médecin nécessite d'opérer un choix. Premièrement, il est possible que le médecin et le patient s'entendent sur une solution amiable sans que la justice ne soit obligée d'intervenir pour trancher le litige.

Outre les solutions amiables, le patient peut décider de porter son affaire devant les juridictions pénales ou les juridictions civiles. Dans le cadre de l'étude de la responsabilité civile médicale, le patient décide, ici, d'assigner le médecin devant les juridictions civiles. Il devient alors le demandeur au procès alors que le médecin est le défendeur.

La charge de la preuve incombe, selon l'administration générale des preuves, au demandeur, autrement dit au patient. Une exception à ce principe existe pour ce qui est de l'obligation d'information. Son respect doit être prouvé par tous moyens par le médecin.

Le plus souvent, les actions en responsabilité médicale sont de la compétence du Tribunal de grande instance du lieu où demeure le défendeur. Si le médecin travaille à Rouen, le Tribunal de grande instance compétent sera le Tribunal de grande instance Rouen. S'il n'est pas fait droit aux prétentions du demandeur en première instance, il lui sera possible d'interjeter appel. Enfin, si une nouvelle fois, il est débouté de ses demandes, il pourra former un pourvoi en cassation.

Telle est la procédure classique devant les juridictions civiles. Il faut désormais s'intéresser à la responsabilité pénale que peut encourir le médecin.

C. La responsabilité pénale³⁵

Etudier la responsabilité pénale qui pèse sur les médecins, nécessite quelques propos liminaires (1.), avant de s'intéresser aux éléments constitutifs de celle-ci (2.), aux fautes pénales de droit commun (3.) mais aussi spécifiques (4.).

1. Propos liminaires

- Définition : La responsabilité pénale est celle qui se caractérise par la sanction qui sera prononcée contre un médecin qui a, dans le cadre de sa fonction, commis une infraction qui est prévue dans le Code pénal.

La responsabilité pénale du médecin peut conduire à une peine d'emprisonnement et/ou une amende. La sanction pénale vise à restaurer l'équilibre dans la société, lequel a été rompu par l'infraction commise par le médecin. Elle a une nature répressive. Elle consiste à réparer d'une part, le préjudice subi par la société parce qu'un trouble à l'ordre public a été commis, d'autre part, le préjudice personnel subi par la victime.

Par ailleurs, la responsabilité pénale est particulière parce qu'elle a, indubitablement, une nature vindicative. La victime et la société entendent obtenir vengeance. Cette particularité conduit à la crainte judiciaire qui pèse sur les médecins. En effet, le médecin éprouvé par un contentieux pénal, peut perdre sa crédibilité auprès des siens. De plus, les sanctions sont souvent lourdes de conséquences et parfois irréparables.

Dès lors, il est nécessaire de savoir dans quelles circonstances, le médecin encourt-il un risque pénal ? *A priori*, l'ensemble des actes médicaux expose le médecin à une potentielle responsabilité pénale. En effet, le médecin n'exerce pas une profession comme les autres : l'objet de son action est la vie humaine, qu'il s'agisse de la dignité du patient ou de son intégrité physique. Par conséquent, il faut s'intéresser aux éléments constitutifs de la responsabilité pénale.

2. Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité pénale médicale

La responsabilité pénale ne peut être engagée que s'il y a la réunion de ses trois éléments constitutifs que sont la faute, le dommage et le lien de causalité entre les deux.

- La faute

Contrairement à la matière civile, la matière pénale, de par l'importance de ses conséquences, nécessite une faute de la part du médecin. Il n'existe pas de responsabilité pénale sans faute. De plus, **la faute doit être expressément prévue par les textes.**

Il existe généralement trois types de fautes :

- La faute par commission : action positive du médecin
- La faute par omission : abstention, négligence, inattention de la part du médecin
- La faute par manquement ou violation d'une obligation de prudence ou de sécurité définie par la loi ou le règlement.

Par ailleurs, il faut aussi ajouter que la responsabilité pénale du médecin peut être mise en œuvre lorsqu'il est **directement** auteur du dommage ou lorsqu'il **a créé la situation** dans laquelle le dommage a eu lieu, c'est-à-dire lorsqu'il a méconnu volontairement les règles de prudence communément admises. Cette précision a été dégagée par la loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non-intentionnels.

La mission du juge est de faire appel à des experts pour qualifier la faute reprochée au médecin. Ces derniers doivent aussi apprécier les faits de l'espèce. Cette tâche est délicate pour les juges, parce qu'ils doivent déterminer le moment où le comportement du médecin était imprudent ou lorsque celui-ci a commis une négligence ou une inattention. Afin de trancher le litige, le juge opère une appréciation qualifiée d'*in abstracto*, autrement dit, selon un standard. Ce standard consiste à apprécier ce qu'aurait fait un médecin normalement diligent.

- Le dommage

Il s'agit du deuxième élément constitutif de l'infraction. Comme la sanction pénale présente des enjeux majeurs, le **dommage doit être certain, actuel et corporel.**

La victime qui a subi le dommage doit être une **personne née et qui a vécu.**

La détermination du dommage permet également de déterminer la juridiction compétente.

- Le lien de causalité

Le lien de causalité est une relation de cause à effet entre le comportement fautif de l'auteur de l'infraction et le dommage. Le lien de causalité doit être certain. Une nouvelle fois, les conséquences de la mise en jeu de la responsabilité pénale sont telles, qu'un lien de causalité incertain, probable ne peut être admis.

C'est principalement la constitution de ce troisième élément constitutif de l'infraction que de nombreux non-lieux sont prononcés. Cependant, il n'est pas interdit à la victime, qui n'a pas obtenu satisfaction devant les juridictions pénales, d'introduire une action en justice devant les juridictions civiles afin d'obtenir une indemnisation de son préjudice.

Enfin, il convient de mentionner les deux principes de la responsabilité pénale des médecins, lesquels permettent au juge de rendre son « verdict » :

- Le premier est le **principe d'individualisation de la responsabilité pénale**. Celle-ci ne peut être que personnelle.
- Le second est le **principe d'une responsabilité cumulée**. Il permet d'engager la responsabilité de plusieurs acteurs qui ont concouru à la réalisation du préjudice. A titre d'exemple, il peut s'agir de la mise en cause d'un chirurgien mais aussi d'un anesthésiste.

Après avoir déterminé les éléments constitutifs de l'infraction, il faut mentionner les fautes pénales de droit commun.

3. Les fautes pénales de droit commun

En France, le principe de l'intangibilité du corps humain prévaut et est consacré dans les textes, notamment dans le Code pénal. Dès lors, il ne peut être dérogé au principe du respect de l'être humain que s'il y a un but thérapeutique et si le consentement du patient est libre et éclairé. Les fautes pénales de droit commun sont l'atteinte volontaire ou involontaire à l'intégrité physique.

- L'atteinte volontaire à l'intégrité physique

Il s'agit principalement des infractions suivantes :

- Les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner
- Les violences volontaires ayant entraîné une ITT (incapacité temporaire de travail)
- Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente
- L'administration de substances nuisibles
- L'homicide volontaire
- La non-assistance à personne en danger
- Les abus sexuels

- L'atteinte involontaire à l'intégrité physique

Les atteintes volontaires à l'intégrité physique sont les infractions qui touchent le plus souvent les médecins. Elles aboutissent aux mêmes conséquences que les atteintes volontaires à l'intégrité physique, à un élément près : l'atteinte est involontaire.

La faute commise par le médecin relève d'un comportement qui ne peut être considéré comme conforme à celui que l'on doit attendre d'un médecin normalement diligent.

L'acte médical sera considéré comme anormal par :

- Maladresse
- Imprudence
- Inattention
- Négligence
- Non-respect des règlements

Il faut noter que **c'est à la victime de rapporter la preuve de l'atteinte involontaire à son intégrité physique**, ou à défaut, à ceux qui intentent l'action en justice.

Outre les fautes pénales de droit commun, il existe également, des fautes pénales spécifiques.

4. Les fautes pénales spécifiques

Il s'agit ici de reprendre les fautes pénales spécifiques les plus communes à l'instar de la violation du secret professionnel, de l'exercice illégal de la médecine, de l'établissement de faux certificats et de fausses déclarations et du compéragé.

- La violation du secret professionnel

Il est une obligation pour tout médecin de respecter le secret professionnel dans l'intérêt de son patient. Il participe également à l'instauration d'un lien de confiance dans la relation médecin-patient. Il comprend tout ce qui a été porté à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession autrement dit, ce qu'il a vu, compris, entendu, et ce qui lui a été confié.

De plus, le médecin est tenu au secret médical que l'information soit médicale ou extra-médicale, et perdure après la mort du patient. Le médecin ne peut s'affranchir du secret médical que dans les cas autorisés par la loi. Ce principe est alors général et absolu.

- L'exercice illégal de la médecine

Les exigences de Santé publique requièrent que l'exercice de la médecine soit réservé à des professionnels qualifiés.

L'exercice de la médecine est réservé à des médecins « thésés » et inscrits au Conseil de l'Ordre.

Enfin, un médecin se rend complice et encourt les peines relatives à l'exercice illégal de la médecine s'il apporte son concours à des personnes n'ayant pas les compétences légales pour effectuer des actes de soins.

Le médecin non-thésé qui pratique illégalement la médecine peut encourir une peine d'emprisonnement et une amende auxquels peuvent s'ajouter des peines complémentaires.

- L'établissement de faux certificats et de fausses déclarations

Il s'agit d'une infraction qui repose sur l'établissement d'un certificat médical ou d'une attestation dont le contenu est matériellement inexact. L'infraction n'est constituée que s'il y a un écrit. En effet, si l'information incorrecte est formulée oralement, aucune sanction pénale

ne peut être encourue. La sanction peut être prononcée même si la personne à qui le médecin a fait le certificat n'en a pas fait utilisation.

A titre d'exemple, il peut s'agir pour le médecin de produire un faux certificat à un tiers, attestant de troubles psychiques ou physiques d'un patient dans le but de favoriser le tiers dans sa procédure de divorce.

- Le compéragé

Le compéragé est l'entente contraire à la déontologie entre membres de certaines professions libérales. Le compéragé entre pharmaciens et médecins ou tout autre professionnel de santé est interdit.

Par exemple, toute convention par laquelle un pharmacien assure à un médecin praticien, un chirurgien-dentiste ou à une sage-femme, un bénéfice d'une nature quelconque sur la vente de produits pharmaceutiques que celui-ci peut vendre, est formellement interdite.

D. La responsabilité disciplinaire ou ordinale

La responsabilité disciplinaire, autrement appelée ordinale, est celle qui est mise en œuvre devant la Conseil de l'Ordre des médecins, qu'il soit départemental, régional ou national. Après quelques propos liminaires (1.), il apparaît judicieux d'étudier la faute déontologique (2.), la procédure qui est respectée devant les juridictions ordinales (3.), puis d'apercevoir ce que recouvre la sanction disciplinaire (4.).

1. Propos liminaires sur le Conseil de l'Ordre des médecins

Il convient, à titre liminaire, de donner une précision sur les praticiens hospitaliers. Depuis les années 2000, le patient peut porter plainte directement contre un praticien hospitalier auprès du Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Auparavant, son action disciplinaire n'était ouverte que devant le préfet, l'Autorité régionale de santé ou le Ministère de la Santé. L'issue de la procédure dépend du rejet ou non de la plainte par le Conseil départemental. Si le Conseil départemental rejette la plainte, l'affaire est classée. Le patient aura toujours la possibilité de faire appel devant le Conseil national de l'Ordre

des médecins. Si le Conseil départemental porte plainte, le litige sera jugé devant le Conseil régional suivant la procédure classique. Cette précision est importante afin de mesurer les compétences croissantes du Conseil de l'Ordre des médecins dans la gestion des contentieux médicaux.

Le Conseil de l'Ordre des médecins est une institution indépendante et impartiale. Dès lors, si un membre du Conseil de l'Ordre départemental ou régional faisait l'objet d'une poursuite, l'action serait menée devant le Conseil régional ou départemental d'une autre région ou d'un autre département.

Le dernier point de ces propos liminaires concerne la diversité des chambres du Conseil régional de l'Ordre des médecins. Il se compose principalement :

- D'une chambre disciplinaire de première instance
- D'une section des assurances sociales
- D'une formation restreinte (article L. 4124-6-1 du Code de la santé publique : nombre réduit de médecins choisis pour leur expertise afin de juger de la compétence ou de l'aptitude physique ou mentale d'un médecin)

La chambre disciplinaire de 1^{ère} instance, laquelle concerne directement cette étude, est composée de 8 membres titulaires et de 8 membres suppléants élus. Elle est présidée par un magistrat profession désigné par le Conseil d'Etat. Elle peut siéger en formation collégiale entre 5 et 9 membres (assesseurs et présidents compris).

2. La faute déontologique

- Définition : La faute déontologique est un manquement à une obligation déontologique ou à une obligation morale de la profession.

La responsabilité ordinale est particulière parce que la décision rendue par les instances ordinales n'a pas l'autorité de la chose jugée. Cela signifie que, pour les mêmes faits, la victime peut porter son préjudice et introduire une action en justice devant les juridictions civiles ou pénales. De plus, la règle déontologique violée peut également correspondre à une règle de droit civil ou de droit pénal.

Il convient de mentionner certaines règles déontologiques prévues dans le Code de la santé publique, afin de connaître davantage les obligations déontologiques qui pèsent sur les médecins :

- **Article R. 4127-2 du Code de la santé publique** : Lorsque le médecin a accepté de répondre à une demande du patient, il s'engage alors à assurer, personnellement, des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science.
- **Article R. 4127-33 du Code de la santé publique** : Le médecin est tenu d'élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en utilisant toutes les techniques médicales à sa disposition. Il faut qu'il prenne un temps suffisant pour l'élaborer.
- **Article R. 4127-34 du Code de la santé publique** : Les prescriptions du médecin doivent être formulées avec clarté afin de s'assurer que le patient ainsi que son entourage puisse en avoir une pleine compréhension. Le médecin doit s'assurer d'en obtenir la bonne exécution.

3. La procédure disciplinaire

La procédure disciplinaire a connu une évolution, depuis les lois n° 2002-3 et n° 2007-127 respectivement du 4 mars 2002 et du 30 janvier 2007. Depuis l'entrée en vigueur de ces législations, le patient peut, être partie dans les procédures disciplinaires.

Concrètement, une plainte est déposée par la victime auprès du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, duquel le médecin est rattaché. Après le dépôt de cette plainte, le président du conseil départemental convoque les deux parties en vue de la réalisation d'une médiation. S'il y a un échec de la conciliation, la plainte est alors transmise au Conseil régional de l'Ordre des médecins où la procédure est écrite, contradictoire et publique. La cour a un délai de six mois pour statuer, délai qui débute à compter de la date de dépôt de la plainte.

Comme pour les poursuites judiciaires, il est possible d'interjeter appel de la décision devant la chambre disciplinaire nationale. Cela est prévu par l'article L. 4122-3 du Code de la santé publique. La décision rendue par cette chambre sera susceptible également de faire l'objet d'un recours devant le Conseil d'Etat, dans les deux mois qui suivent sa notification.

Tel est un aperçu de la procédure disciplinaire qui opère lors de la mise en jeu de la responsabilité médicale. Il convient désormais, de s'intéresser aux sanctions qu'encourt le médecin.

4. La sanction disciplinaire

La finalité de la responsabilité ordinale est la sanction, autrement dit de punir le médecin qui a manqué à ses obligations déontologiques. Il ne s'agit alors pas d'indemniser la victime comme c'est le cas pour la responsabilité civile médicale.

Le Code de la santé publique prévoit, en son article L. 4124-6, les peines disciplinaires. Parmi les sanctions principales, il faut noter :

- L'avertissement
- Le blâme
- L'interdiction temporaire d'exercer (avec ou sans sursis) sans que l'interdiction ne puisse dépasser trois ans.
- La radiation de l'ordre

Aux côtés de peines principales, lesquelles sont listées ci-dessus, des peines complémentaires peuvent être prononcées à l'instar de la privation du droit de faire partie d'instances disciplinaires pendant un certain temps qui sera défini.

Le Code de la santé publique confie le pouvoir au préfet du département, à l'article L. 4113-14, de suspendre immédiatement et de sa propre initiative le droit d'exercer de certains professionnels de santé. Certaines conditions doivent, cependant, être remplies. Il faut, pour ce faire qu'il y ait :

- Urgence
- Un risque de danger grave pour le patient.

Le préfet ou l'Agence Régionale de Santé, devra saisir les instances ordinales qui auront alors un délai maximum de quatre mois pour statuer. De surcroît, il devra également en informer les organismes de maladie dont dépend le professionnel par une décision de suspension.

Ainsi, la responsabilité médicale recouvre-t-elle une réalité plurielle. La diversification des mises en cause potentielles de la responsabilité des médecins conduit à s'interroger sur la judiciarisation de la médecine.

III. La responsabilité médicale et la judiciarisation de la médecine

Le phénomène de la judiciarisation de la médecine est une composante de l'évolution de la responsabilité médicale, et plus encore, de la perception qu'on les médecins de celle-ci. C'est la raison pour laquelle il apparaît judicieux de porter une attention particulière à la notion de « judiciarisation de la médecine » (A.), avant d'en appréhender les conséquences (B.).

A. Le phénomène de la « judiciarisation de la médecine³⁶ » : mythe ou réalité ?

Dans le but d'appréhender le phénomène de « judiciarisation de la médecine », il convient de s'intéresser à son contexte (1.), lequel sera suivi de la source des chiffres du contentieux médical (2.), avant de se demander si, finalement, la judiciarisation de la médecine, n'est-elle pas davantage un mythe qu'une réalité (3.).

1. Contexte

Phénomène apparu aux Etats-Unis, la judiciarisation, laquelle n'est pas inhérente au monde médical, consiste à privilégier le recours aux instances judiciaires pour trancher des litiges qui pourraient l'être par des voies plus souples, à l'instar des accords amiables ou de la médiation. La société tout entière est confrontée à la crainte omniprésente du procès.

Qualifiée par certains de « dérive à l'américaine », la judiciarisation de la médecine, en France, ne connaît pas la propension qu'il existe outre-Atlantique. Il convient alors de revenir sur les causes qui ont permis de forger cette impression grandissante de la menace de la Justice :

- La jurisprudence *Perruche* et le désengagement général des compagnies d'assurance du marché général de la responsabilité civile médicale

Le 17 novembre 2000, l'Assemblée Plénière de la Cour de cassation a rendu l'arrêt *Perruche*, lequel apparaît comme l'arrêt le plus controversé du début du XXIème siècle³⁷. En l'espèce, une femme enceinte est atteinte de rubéole. L'embryon, s'il est également atteint par cette maladie, présentera, avec certitude, un handicap à sa naissance. Le médecin commet une faute médicale en affirmant que l'enfant ne sera pas atteint du handicap à la naissance parce que les analyses ont révélé des résultats qu'il a considérés comme étant négatifs. Or, l'enfant naît handicapé. La question que devait trancher les juges de la Cour de cassation, réunis en formation plénière était celle de savoir s'il est possible d'indemniser un enfant handicapé du seul fait de naissance. En effet, l'enfant est né handicapé, non pas par la faute médicale du médecin, mais par la maladie qui a causé son handicap.

De manière controversée, les juges décidèrent d'indemniser l'enfant du préjudice qu'il a subi du fait de sa naissance en considérant :

« Dès lors que les fautes commises par le médecin et le laboratoire dans l'exécution des contrats formés avec Mme Perruche avaient empêché celle-ci d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse et ce, afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, ce dernier peut demander la réparation du préjudice résultant de ce handicap et causé par les fautes retenues³⁸ ».

Une telle décision n'a pas manqué de faire pleuvoir les affaires mettant en cause des handicaps d'enfants aux fins d'obtenir une indemnisation. Cela a conduit au désengagement général des compagnies d'assurance du marché général de la responsabilité civile médicale. Telle est une première cause de la judiciarisation de la médecine par l'arrêt *Perruche*. Or, face aux contestations criantes de l'ensemble du corps médical, la loi « anti-Perruche », du 11 février 2005³⁹ a été adoptée pour supprimer ladite jurisprudence.

- Des procès retentissants comme l'affaire du sang contaminé ou de l'hormone de croissance

Il n'est pas le lieu de revenir sur les faits des espèces qui ont, d'ores-et-déjà été appréhendées ci-dessus. Néanmoins, ces scandales sanitaires ont mis en exergue la médecine comme étant une profession exposée à l'investigation judiciaire. Outre la dimension

individuelle de ces scandales sanitaires pour les personnes concernées, cela a également pris une dimension sociale et sociétale sans précédent. En effet, ces procès ont introduit une dose de défiance à l'égard du système de soins et « un repli collectif de la médecine vers des pratiques supposées moins risquées pour les professionnels⁴⁰ ».

- Une évolution perçue négativement par les professionnels de santé.

Quelle perception plus forte que celle qu'ont les médecins de l'exercice de leur profession ? Ces derniers estiment la pratique de la médecine comme de plus en plus exposée au risque judiciaire. Cela a pour conséquence un désintérêt progressif pour les spécialités à risques telles que l'obstétrique, la chirurgie, l'anesthésie. Cela affecte le choix de la spécialité des futurs médecins. Le député Jacques Domergue a pu proposer, en 2004, de dégager le médecin de toute responsabilité pénale ou civile lors de l'exercice de leur profession. Est-ce pourtant la solution ?

Or, cette crise incontestable est également fonction de la perception qu'a le corps médical de la judiciarisation de son activité. Y-a-t-il une distorsion entre la réalité et la perception ? La judiciarisation de la médecine est-elle un mythe ou une réalité ? Quels chiffres permettent d'étayer une telle analyse ?

2. Des chiffres épars du contentieux médical

Prôner la judiciarisation de la médecine nécessite d'interroger les chiffres qui permettent de formuler une telle affirmation. Or, parler de la judiciarisation de la médecine devrait, *stricto sensu*, conduire à n'appréhender que les affaires qui ont été effectivement portées à la connaissance des instances juridictionnelles.

Néanmoins, force est de constater que le contentieux médical émerge avant-même l'existence d'un procès. Il faut alors prendre en compte les réclamations des patients auprès de l'établissement de santé, mais aussi les déclarations de sinistre effectuées par les médecins à leurs assurances, les plaintes déposées devant le Conseil de l'ordre des médecins. La résolution d'un différend entre le patient et son médecin s'effectue également par des transactions amiables, point qu'il ne faut pas négliger.

De plus, il faut également s'intéresser à qui fournit les chiffres de l'augmentation du contentieux médical ? Le plus souvent, ce sont les compagnies d'assurance, lesquelles ne sont pas impartiales dans le marché de la responsabilité civile médicale. En effet, il faut rappeler qu'il n'existe pas de registre, à proprement parlé, qui répertorie sur plusieurs années les accidents médicaux. Comment aboutir alors à une telle conclusion ?

L'absence de synthèse des accidents médicaux affecte la fiabilité de l'analyse qui conduit à affirmer la judiciarisation de la médecine. Il serait alors opportun de créer un tel registre, lequel permettrait aux professionnels de la santé d'avoir une vision juste des accidents médicaux qui se sont produits durant les dernières années. L'édition d'un répertoire des affaires mettant en cause les médecins introduirait alors une dose d'objectivité nécessaire. Cela permettrait aussi de rassurer les praticiens sur la réalité du contentieux médical.

Il faudra s'intéresser, dans le cadre de l'étude qui est la nôtre, au nombre de litiges portés effectivement devant les instances juridictionnelles. Cela est l'objet de cette étude afin de déterminer si la crainte judiciaire est une réalité.

3. La judiciarisation de la médecine, un mythe ?

La judiciarisation de la médecine n'est-elle pas finalement un mythe relégué par quelques affaires retentissantes qui ont fait l'objet d'une médiatisation disproportionnée ? La plupart des litiges sont portés à la connaissance des juges civils ou administratifs. Dès lors, la finalité du procès n'est plus la sanction mais la vocation indemnitaire. Le discrédit n'est pas nécessairement rejeté sur un médecin qui a pratiqué les soins comme le ferait n'importe quel autre praticien. Cela est apprécié par le juge, il s'agit alors simplement de réparer le préjudice subi par la victime.

La loi KOUCHNER du 4 mars 2002, en créant l'ONIAM atteste également de sa volonté de laisser le contentieux médical, en dehors des tribunaux. Les règlements amiables sont privilégiés.

Il faut alors ôter la passion qui entoure le phénomène de judiciarisation de la médecine. Elle relève davantage du mythe. Cependant, elle s'ancre dans la réalité parce qu'elle aboutit à des conséquences non-négligeables.

B. Les conséquences de la « judiciarisation de la médecine »

La judiciarisation de la médecine a eu pour conséquence de renforcer les exigences de patients (1.), ce qui a conduit à faire émerger « la médecine défensive » (2.).

1. Un patient « roi »

Le XXème siècle marque l'accès démocratisé à l'enseignement pour l'ensemble des citoyens. Cela se traduit alors par une connaissance accrue de ces derniers, doublée d'une progressive autonomisation. De plus, outre l'accès à la connaissance, c'est aussi l'accès à l'information qui se développe. La multiplication des moyens informationnels et leur médiatisation conduit à la réalisation de la maxime « nul n'est censé ignorer la loi » médicale.

En parallèle de ces évolutions notables, le droit poursuit sa lancée dans un mouvement en nette faveur des patients. La Justice n'ignore pas ces évolutions et adopte des jurisprudences favorables aux patients victimes, au détriment des médecins généralistes. Le patient devient acteur de sa santé ce qui est retranscrit par le respect de sa dignité, de sa liberté dans le choix des soins qui lui sont prodigués.

Ces constats multiples marquent l'émergence d'un patient « roi » parce que celui-ci est mieux informés de ses droits ce qui accroît ses exigences envers le corps médical. Les médecins qui ont connu ces évolutions au cours de leur carrière attestent de ce mouvement, comme le souligne Claudine Herzlich, dans son article « Cinquante ans d'exercice de la médecine en France ».

Hormis les exigences des patients qui n'ont cessé de grandir, il est, parallèlement, un développement de la médecine dite défensive

2. L'émergence de la médecine dite défensive

La notion de médecine défensive n'est pas nouvelle, c'est pourquoi il faut évoquer sa définition avant de tenter de faire émerger le comment réduire les risques.

- La définition de la médecine défensive

La médecine défensive correspond à la prescription d'actes médicaux non-nécessaires afin de se prémunir contre de potentielles plaintes des patients. Il s'agit aussi d'éviter de réaliser des actes qui se caractérisent par un fort taux de probabilité d'échouer ou d'obtenir des résultats inefficaces.

Ce phénomène prend naissance dans les pays anglo-saxons, qu'il s'agisse du Royaume-Uni ou des Etats-Unis. Il serait en perpétuelle augmentation dans ces Etats et affecterait l'ensemble du corps médical, à savoir les médecins généralistes ou les spécialistes, tels que les chirurgiens. De plus, l'âge du médecin est un indicateur du pourcentage de la pratique de la médecine défensive parce qu'elle serait plus présente chez les praticiens jeunes que ceux qui jouissent d'une expérience plus longue.

En 2012, la Fédération hospitalière de France a réalisé un sondage auprès de plus de 800 praticiens libéraux et hospitaliers dont elle a rendu publics les résultats. L'étude portait sur le point de savoir si ces derniers pratiquaient des actes médicaux non-justifiés. Le résultat est sans appel, 53% des médecins ont affirmé que la crainte des poursuites judiciaires avait modifié leur pratique de la médecine, les conduisant à la réalisation d'exams complémentaires.

Or, ce phénomène a une incidence sur le coût des soins parce qu'il engendre des surcoûts au système de santé. Aux Etats-Unis, le budget MEDICARE est en surcoût de 20% à cause de cette pratique.

Ce concept correspond finalement à mêler les craintes du prescripteur qu'elles soient sociales ou encore judiciaires ce qui rend sa définition plus complexe. La problématique du sur-diagnostic est qu'il peut conduire à la surmédication, laquelle pourrait provoquer des effets indésirables graves par le fait de traiter un patient qui n'en a pas le besoin.

La médecine défensive emporte des conséquences qui dépassent toute logique médicale. Ainsi, est-il nécessaire de penser la pertinence des soins.

- La pertinence des soins et la réduction des risques

L'interrogation portée sur la pertinence des soins ne concerne-t-elle que la crainte judiciaire ? En effet, le médecin généraliste, lorsqu'il effectue son diagnostic ne subit pas la seule pression du risque de poursuites judiciaires provenant du patient. Les doutes personnels qu'il rencontre dans la réalisation de son diagnostic, la pression qui est exercée par ses collègues sont autant d'éléments qui participent au renforcement de la médecine défensive. En sus de la pression judiciaire, la pression morale de la société est un facteur de la sur-prescription.

Il convient alors de présenter des solutions possibles de la réduction du risque judiciaire afin d'inverser la tendance :

- Le renforcement de la participation du patient
- La transparence
- Le partage des risques pour les examens non-nécessaires
- Le non-remboursement d'actes superflus
- La réduction du niveau de gravité et des sanctions pour faute médicale

La réduction de la pratique de la médecine de cette manière est nécessaire parce que la médecine pratiquée ainsi est de moins bonne qualité. En effet, les médecins renoncent à effectuer des actes innovants dans la mesure où ces derniers seraient plus « risqués ». Une instauration pérenne de la médecine défensive romprait définitivement le lien de confiance entre le médecin et le patient, pourtant fondamental.

De plus, l'émergence de cette médecine interroge sur le médecin lui-même. Si ce dernier a, d'ores-et-déjà, fait l'objet de poursuites qu'elles soient judiciaires ou ordinaires, n'est-il pas davantage enclin à se protéger contre le renouvellement d'une telle expérience.

Ces raisons conduisent à insinuer un sentiment de peur dans l'esprit des médecins. Toutefois, il convient, à travers l'étude qui va suivre, de rendre compte de la véracité de ces affirmations. Le risque judiciaire existe-t-il vraiment ?

DEUXIEME PARTIE

Matériel et méthodes

I. Bibliographie

Un travail de recherche nécessite, au préalable, d'avoir une connaissance étendue du sujet qui a été choisi. C'est la raison pour laquelle, il a été nécessaire de débiter cet exercice singulier par une recherche bibliographique. La démarche suivie a consisté à faire un état des lieux du cadre juridique de la responsabilité médicale, qu'elle soit judiciaire ou ordinale, afin de pouvoir progressivement en déceler les enjeux. Il a pu être constaté que le terme de responsabilité médicale englobait une réalité diverse et variée, ce dont il a fallu se saisir.

De multiples sources bibliographiques ont été consultées dont on peut citer, de manière non-exhaustive : CAIRN, PubMed, SUDOC ou encore Google. De plus, les chiffres qui figurent dans cette étude ont été recueillis auprès du Conseil départemental et du Conseil régional de l'Ordre des médecins, lesquels ont accepté, volontiers, de partager leurs données.

Une recherche efficiente nécessite du pragmatisme. Aussi, des mots-clés ont été saisis, à l'instar de « responsabilité médicale », « risque judiciaire », « médecine et droit », « la déontologie médicale », « le Conseil de l'ordre et les médecins ».

Le recueil des références bibliographiques a permis de brosser le portrait de l'enquête qui est la nôtre, à travers un choix méthodologique.

II. Choix méthodologique

Le choix méthodologique opéré est celui d'une méthode quantitative rétrospective et transversale concernant 163 procédures disciplinaires par le Conseil régional de l'Ordre des médecins de Haute-Normandie sur la période de juin 2007 à juin 2016. Le choix de l'étude quantitative résulte de la volonté qui est la nôtre de mesurer, *in concreto*, l'ampleur du phénomène des poursuites disciplinaires à l'encontre des médecins généralistes.

Bien que le sujet soit relatif aux poursuites judiciaires et ordinales, l'enquête repose sur une analyse des seules plaintes ordinales et ce, pour plusieurs raisons. La première, est qu'il n'existe pas de registre spécifique des affaires judiciaires mettant en cause des médecins. Seule une analyse succincte de la jurisprudence pourrait être réalisée, ce qui ne satisfait pas les gages d'exhaustivité auxquels cette étude s'engage. La seconde, est que l'interview réalisée auprès du Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins nous a appris que, quantitativement, le nombre d'affaires judiciaires était très minime comparé aux plaintes déposées auprès du Conseil de l'Ordre, ce qui ne tardera pas à faire l'objet de discussions dans la Partie IV. Cela donne, indubitablement, une dimension nouvelle à cette thèse.

Il convient alors de s'interroger au questionnement de cette étude.

III. Questionnement

Le questionnement de cette thèse a été élaboré dans le but de déterminer les éléments à analyser au cours de l'enquête. L'étude des plaintes ordinales a permis de construire des rubriques, qu'il faut préciser :

- L'année du jugement de la plainte
- La spécialité du médecin en cause
- Son statut (libéral, praticien hospitalier)
- Son sexe (homme, femme)
- La nature des faits
- Le lieu
- La condamnation encourue

Ces différentes rubriques permettent d'apprécier le risque ordinal qu'encourt le médecin à plusieurs titres. En effet, il peut apparaître intéressant de constater le nombre de plaintes selon le lieu géographique où le praticien exerce. Par ailleurs, il faut s'interroger sur le point de savoir si le sexe du médecin a une influence sur le type de motif de la plainte et leur nombre. Les médecins généralistes ont-ils fait l'objet de moins de plaintes que les spécialistes ? Toutes ces interrogations permettent de dessiner les contours du questionnement de cette étude et de déterminer la population cible.

IV. Population cible

La population cible porte sur 163 plaintes enregistrées mettant en cause les praticiens, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, sur une période de dix ans. Cette population a été comparée au nombre total de médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, en Haute-Normandie. On compte environ 5000 médecins, en Seine-Maritime, et 1362 médecins, dans l'Eure. Soit un total de 6362 médecins exerçant en Haute-Normandie³. La finalité étant de percevoir le risque disciplinaire encouru par les médecins généralistes au cours de leur exercice professionnel. Il est apparu nécessaire de ne pas appréhender seulement les médecins généralistes afin de pouvoir opérer un *distinguo* entre spécialistes et généralistes.

Quid du recueil des données ?

V. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé sur plusieurs séances effectuées auprès du Conseil régional de l'Ordre des médecins, lequel a transmis l'ensemble des poursuites disciplinaires sur la période étudiée. Le gage d'exhaustivité des données a alors été respecté, ce qui a permis une analyse statistique.

VI. Analyse statistique

Les données étant recueillies, les résultats ont été reportés sur une feuille de calcul de Microsoft Excel.

S'agissant des variables, les variables quantitatives sont présentées sous forme d'effectif ou de pourcentage. Le logiciel Excel a permis de réaliser ces variables.

A présent, il convient d'appréhender les résultats de cette étude.

³ Ces données ont été recueillies sur l'Atlas de l'Ordre national des médecins.

TROISIEME PARTIE

Résultats

Les résultats de l'étude, sur la période de juin 2007- juin 2016, doivent être divisés en trois parties. La première met en exergue les résultats portant sur l'ensemble des médecins, confondant généralistes et spécialistes (I.). La deuxième s'intéresse à l'espace géographique dans lequel les médecins exercent (II.). La troisième n'est relative qu'aux médecins généralistes, objet de cette étude (III.)

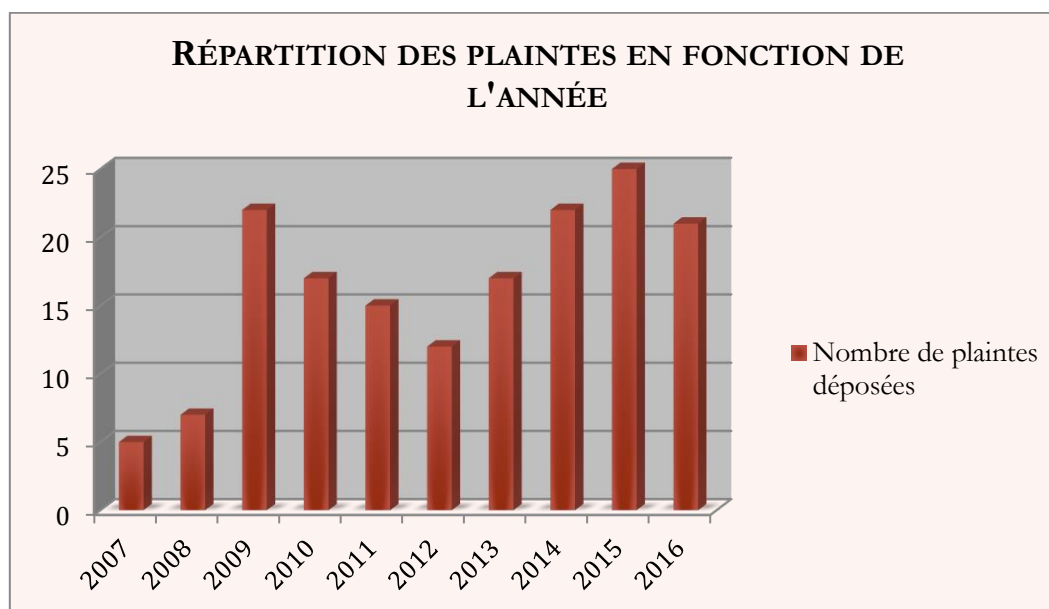
L'appréhension de ces résultats nécessite, au préalable, des propos liminaires. En effet, toute plainte déposée devant le Conseil départemental de l'Ordre des médecins ne donne pas nécessairement lieu à une action disciplinaire. Cela s'explique par la phase du pré-contentieux des conciliations. Le Conseil de l'Ordre est une instance médiatrice qui, de janvier 2012 à décembre 2016, a opéré **156 conciliations**. Ce nombre est considérable au vu du nombre total de plaintes de cette étude ce qui est un indicateur dont il faudra discuter en partie IV.

Outre la phase du pré-contentieux, la partie qui a été déboutée de ses prétentions peut interjeter un appel devant le Conseil national de l'Ordre des médecins. Durant la période de notre étude, **66 appels ont été formés**. Donc, dans 40,5 % des cas, la partie « perdante » décide de poursuivre son action disciplinaire devant la chambre disciplinaire nationale.

Ces propos liminaires permettent de constater la pertinence de l'action du Conseil de l'Ordre des médecins dans le règlement des conflits opposant un médecin et une tierce personne.

I. Résultats relatifs à l'ensemble des médecins

A. Répartition des plaintes déposées sur la période de l'étude



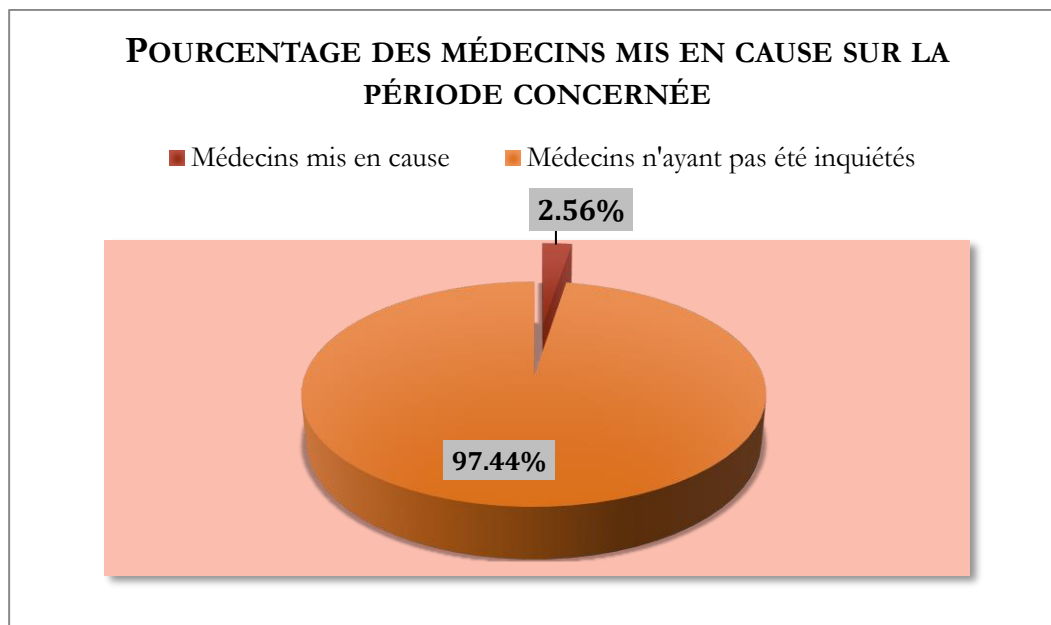
Année	Nombre de plaintes déposées
2007	5
2008	7
2009	22
2010	17
2011	15
2012	12
2013	17
2014	22
2015	25
2016	21

Sur la période de l'étude, le nombre de plaintes déposées n'a pas cru de manière significative.

Il n'existe pas de différence tangible depuis dix ans.

La moyenne du nombre de plaintes déposées, sur la période de l'étude, par an : $\mu = 16,3$.

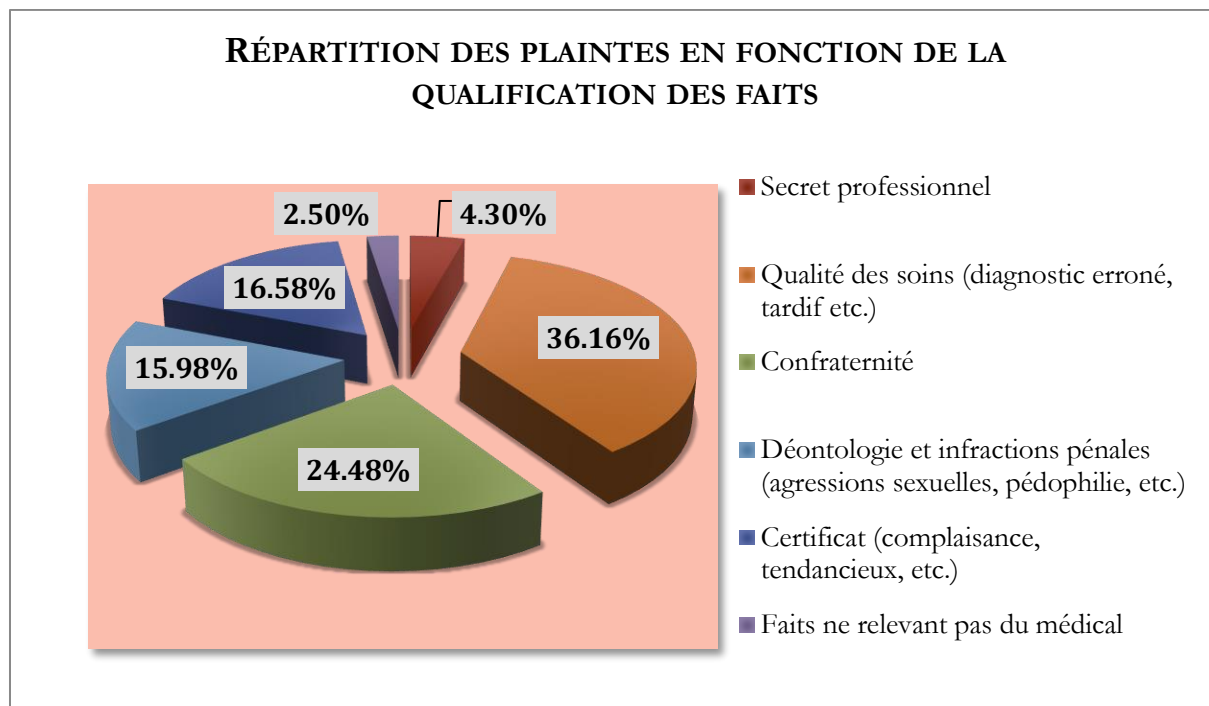
B. Pourcentage des médecins mis en cause sur la période de l'étude



Médecins mis en cause		Médecins haut-normands n'ayant pas fait l'objet de poursuites	
Effectif	%	Effectif	%
163	2,56	6199	97,44

De juin 2007 à juin 2016, seuls 2,56% de médecins ont fait l'objet de poursuites ordinales, soit 163 médecins. 6 199 médecins n'ont pas été inquiétés.

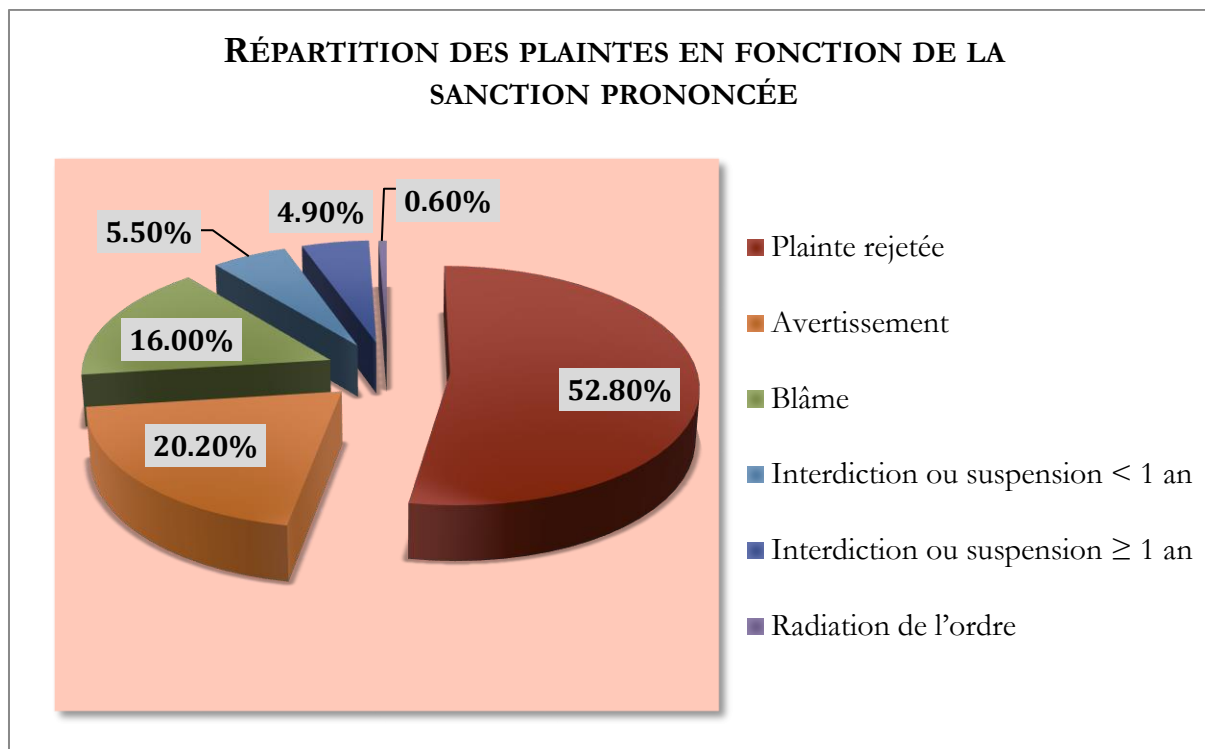
C. Répartition du contentieux en fonction de la qualification des faits



Qualification des faits	Effectif	% (arrondi au dixième supérieur)
Secret professionnel	7	4,3 %
Qualité des soins (diagnostic erroné, tardif etc.)	59	36,2 %
Confraternité	40	24,5 %
Déontologie et infractions pénales (agressions sexuelles, pédophilie, etc.)	26	16 %
Certificat (de complaisance, tendancieux, etc.)	27	16,6 %
Faits ne relevant pas du médical	4	2,5 %

Les résultats de la répartition des plaintes en fonction de la qualification des faits attestent que le contentieux le plus important est celui relatif à la qualité des soins (36,2 %). Le nombre de plaintes le plus important arrivant en second, relève du contentieux entre confrères (24,5 %). Le secret professionnel, quant à lui, ne représente que 4,3 % alors que le contentieux relatif aux certificats est relativement important (16,6 %). Les fautes déontologiques du médecin ont été associées aux infractions pénalement répréhensibles. Elles représentent 16% des plaintes déposées. Enfin, la catégorie des faits ne relevant pas du médical concerne 2,5 % des affaires. Cette dernière catégorie est traitée par le Conseil régional de l'Ordre des médecins parce qu'il doit trancher toute affaire qui se présente devant lui.

D. Répartition du contentieux en fonction de la sanction prononcée



Sanction disciplinaire prononcée	Effectif	% (arrondi au dixième supérieur)
Plainte rejetée	86	52,8 %
Avertissement	33	20,2 %
Blâme	26	16 %
Interdiction temporaire ou permanente d'exercice (avec ou sans sursis), < 1 an.	9	5,5 %
Interdiction temporaire ou permanente d'exercice (avec ou sans sursis), ≥ 1 an.	8	4,9 %
Radiation de l'ordre	1	0,6 %

L'analyse des résultats permet de constater que 52,8 % des plaintes sont rejetées par le Conseil régional de l'Ordre des médecins. La sanction disciplinaire la plus prononcée est l'avertissement à hauteur de 20,2 %. 16% de blâmes sont prononcés alors que les interdictions temporaires et permanentes ne représentent que 10% des sanctions disciplinaires. Une seule radiation a été encourue sur la période de l'étude.

Force est de constater qu'il y a une gradation, de la sanction la plus contraignante à la sanction la plus douce, ce qui se perçoit aisément, au travers des résultats fournis.

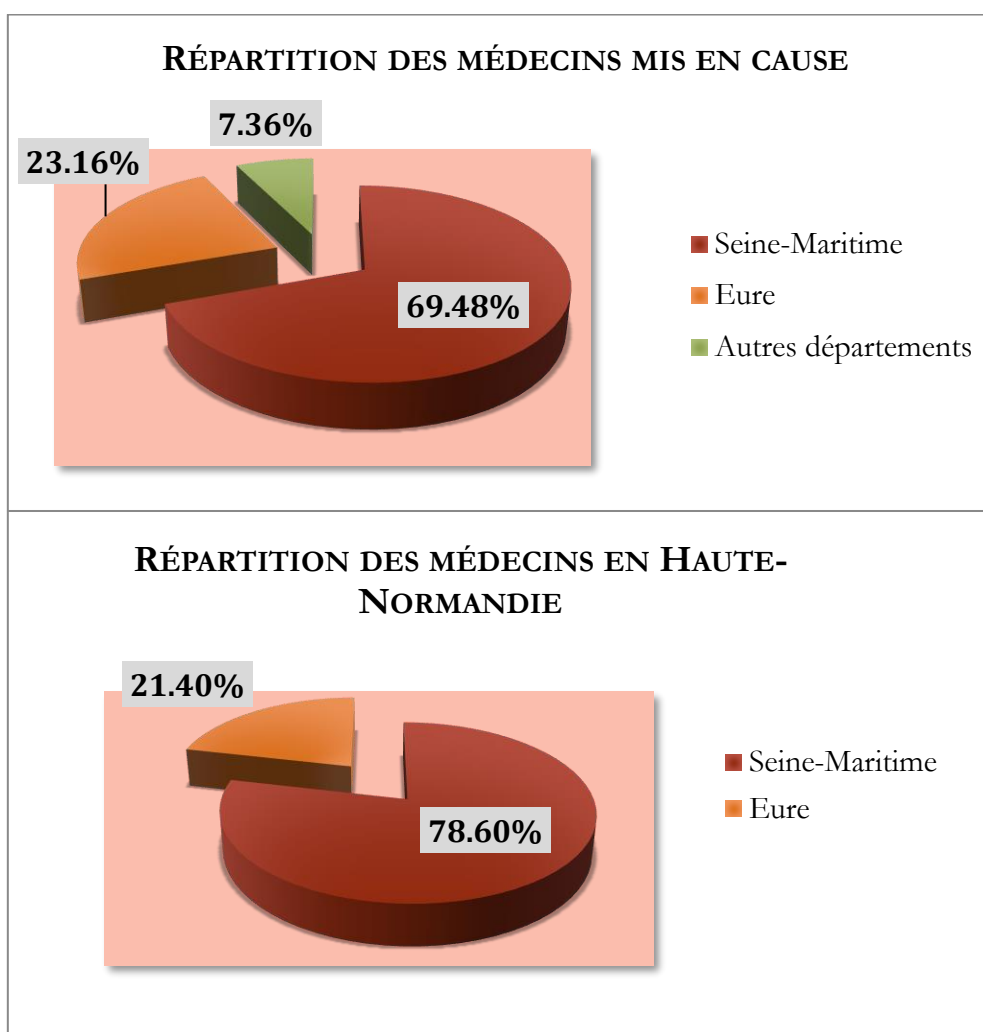
Outre les résultats relatifs à l'ensemble des médecins ayant fait l'objet de poursuites disciplinaires, il convient de s'intéresser à leur zone géographique d'exercice.

II. Résultats relatifs à la zone géographique

Dans le but d'appréhender les résultats de l'étude selon la zone géographique d'exercice des médecins, trois sous-divisions sont nécessaires. La première, nécessite de s'intéresser à la répartition des médecins mis en cause en fonction du département (A.) ; la deuxième, à la répartition du contentieux en Haute-Normandie (B.) et la troisième, à cette même répartition selon la sanction disciplinaire prononcée (C.).

Enfin et, même si nous n'avons pas pris en compte la récente réforme des régions qui réunit Haute et Basse-Normandie, il est apparu nécessaire d'établir une brève comparaison avec les résultats bas-normands, dans une dernière partie (D.).

A. Répartition des médecins mis en cause en fonction du département



Département	Population de l'étude		Population totale	
	Effectif	%	Effectif	%
Seine-Maritime	114	69,9 %	5000	78,6 %
Eure	38	23,3%	1362	21,4 %
Autres départements	12	7,4 %	/	/

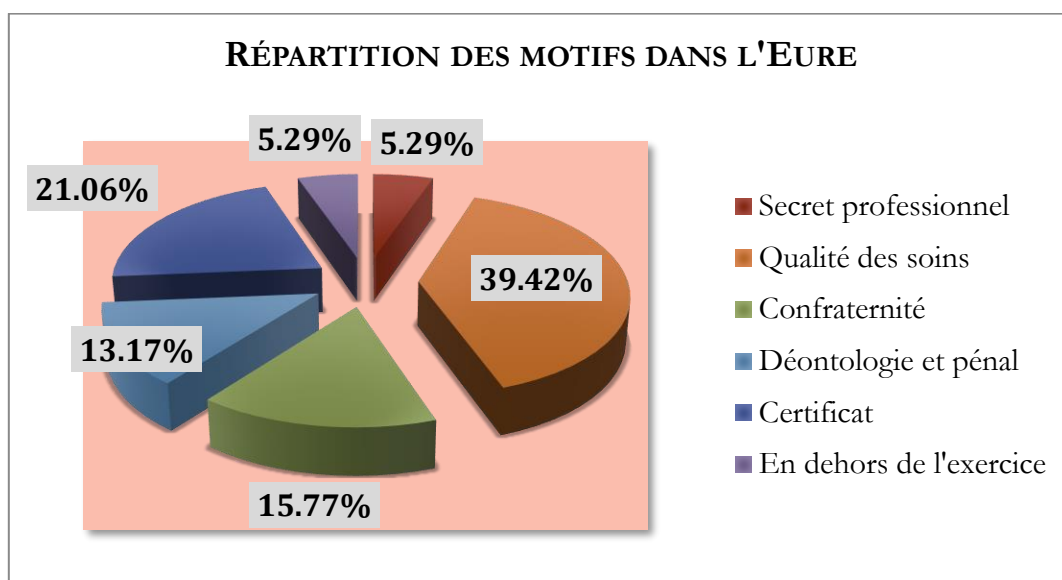
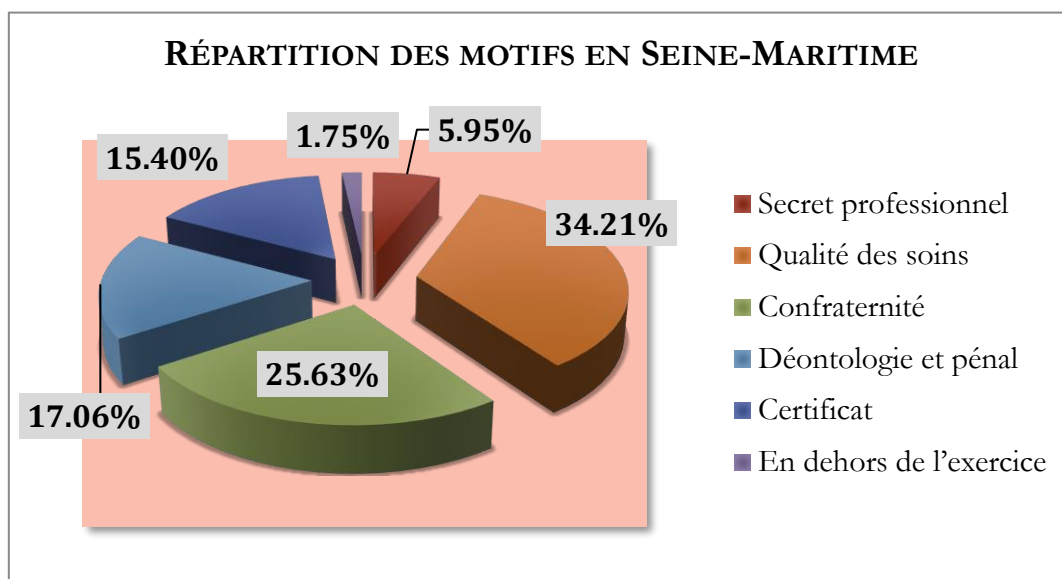
Les plaintes déposées au Conseil régional de l'Ordre des médecins de Rouen proviennent pour 69,9 %, de médecins exerçant en Seine-Maritime, contre 23,3 % seulement dans l'Eure. Les 7,4 % proviennent de médecins remplaçants exerçant dans d'autres départements que la Normandie.

Il était nécessaire de calculer, simultanément, la répartition des médecins en Haute-Normandie. 21,4 % des médecins exercent dans l'Eure et 78,6 % en Seine-Maritime.

Par conséquent, la répartition des plaintes selon la zone géographique du lieu d'exercice des médecins correspond, principalement, à la répartition des médecins en Haute-Normandie.

Il faut désormais porter une attention particulière à la qualification des faits en fonction de la zone géographique.

B. Répartition des faits qualifiés en fonction du département



Faits qualifiés	Seine-Maritime		Eure	
	Effectif	%	Effectif	%
Secret professionnel	7	6,1 %	2	5,3 %
Qualité des soins	40	35,1 %	15	39,5 %
Confraternité	30	26,3 %	6	15,8 %
Déontologie et pénal	20	17,5 %	5	13,2 %
Certificat	18	15,8 %	8	21,1 %
En dehors de l'exercice	2	1,8 %	2	5,3 %

En Seine-Maritime comme dans l'Eure, la majeure partie des plaintes déposées concerne la qualité des soins prodigués. Dans le département de la Seine-Maritime, cela représente 35,1 % des plaintes contre 39,5% dans l'Eure.

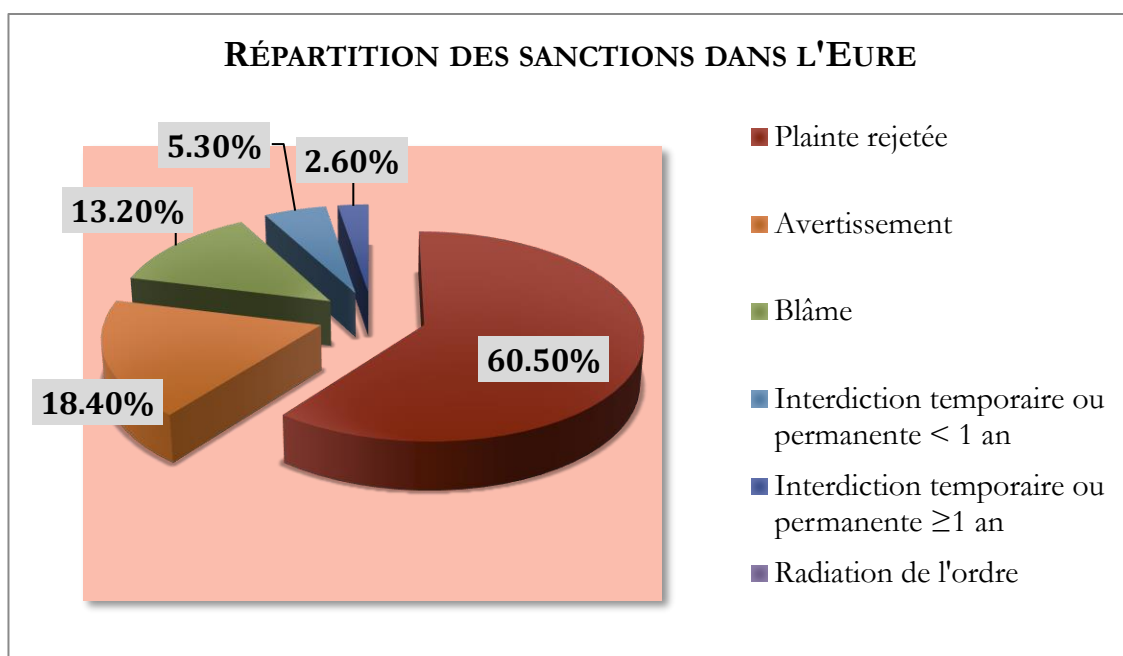
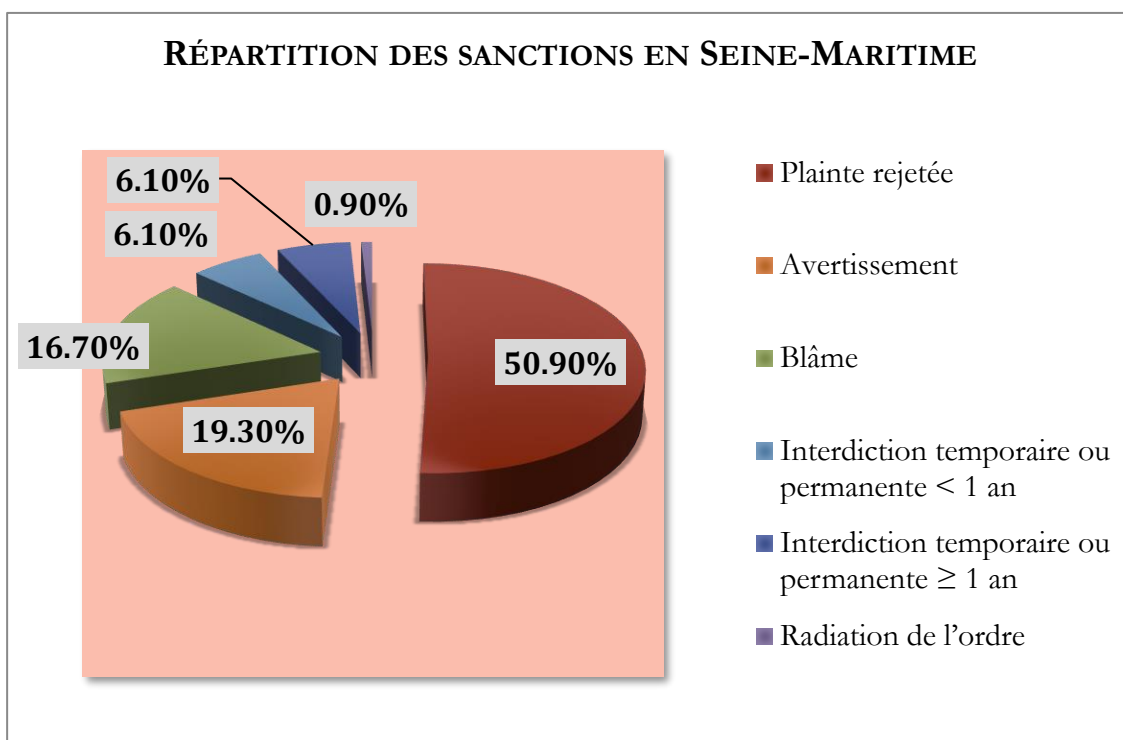
Cependant, le deuxième plus grand nombre de plaintes déposées diffère entre les deux départements. Pour la Seine-Maritime, il s'agit des litiges de confraternité, à hauteur de 26,3% alors que, pour l'Eure, il s'agit du contentieux des certificats, à hauteur de 21,1 %.

La violation du secret médical représente un pourcentage faible pour les deux départements, respectivement de 6,1% pour la Seine-Maritime et 5,3% pour l'Eure.

Les manquements à la déontologie médicale, lesquels sont parfois recoupés avec le contentieux pénal, sont plus significatifs en Seine-Maritime. Ils représentent 17,5 % du contentieux contre 13,2 % pour l'Eure.

Quid de la répartition des sanctions disciplinaires en fonction du département ?

C. Répartition des sanctions disciplinaires en fonction du département



Sanctions	Seine-Maritime		Eure	
	Effectif	%	Effectif	%
Plainte rejetée	58	50,9 %	23	60,5 %
Avertissement	22	19,3 %	7	18,4 %
Blâme	19	16,7 %	5	13,2 %
Interdiction temporaire ou permanente < 1 an	7	6,1 %	2	5,3 %
Interdiction temporaire ou permanente ≥ 1 an	7	6,1 %	1	2,6 %
Radiation de l'ordre	1	0,9 %	0	0 %

Les résultats relatifs aux sanctions encourus par les médecins sont révélateurs. En effet, en Seine-Maritime, 50,9 % des plaintes sont rejetées ; dans l'Eure, le rejet des plaintes représente 60,5 %. Finalement, plus d'une plainte sur deux, dont a eu connaissance le Conseil régional de l'Ordre des médecins, s'est soldée par un rejet.

Statistiquement, l'avertissement est la sanction encourue la plus fréquente. Elle est prononcée dans 19,3 % des cas en Seine-Maritime contre 18,4 % dans l'Eure.

Le blâme, quant à lui, n'est prononcé que dans 16,7% des cas en Seine-Maritime, et 13,2 % des cas dans l'Eure.

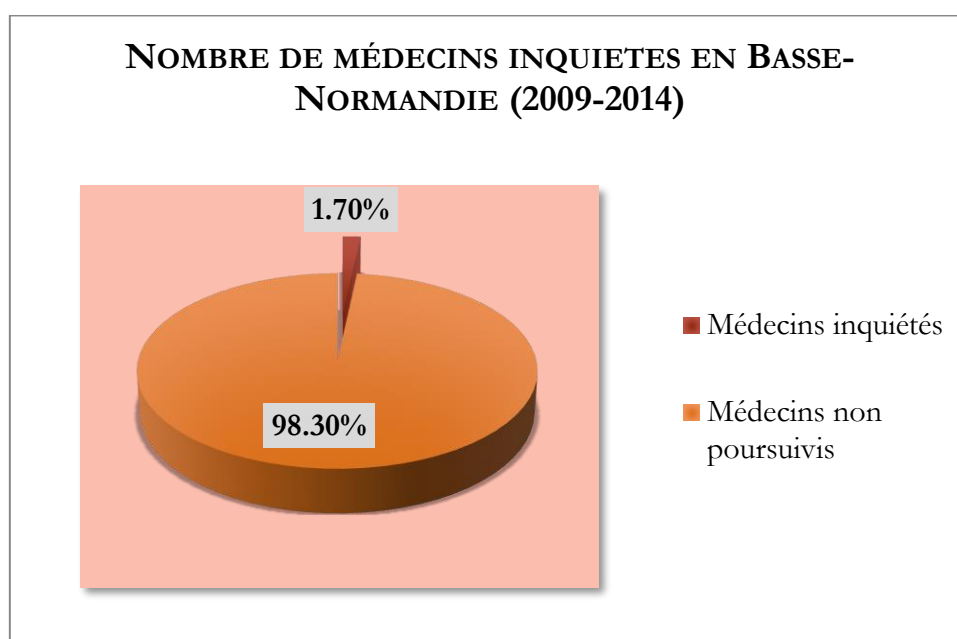
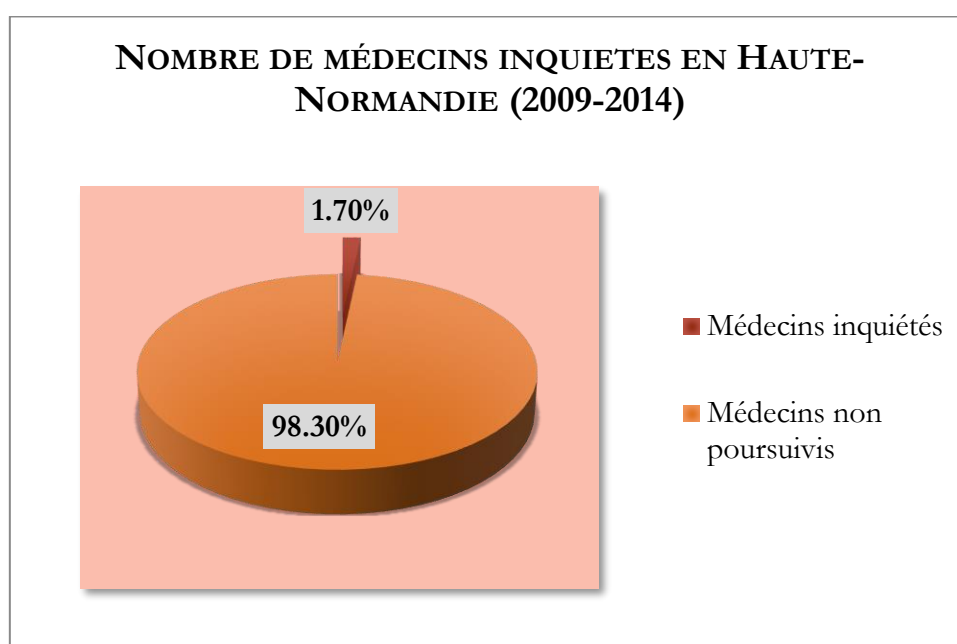
Les interdictions temporaires ou permanente d'exercice, qu'elles soient supérieures ou inférieures à un an, ne représentent qu'une infime partie des sanctions prononcées à l'encontre des médecins mis en cause. Une seule radiation de l'Ordre des médecins a été encourue en Seine-Maritime.

Pour conclure, il faut constater une gradation dans les sanctions prononcées, de la moins importante à la plus coercitive.

D. Brève comparaison avec la Basse-Normandie

Les résultats relatifs à la Basse-Normandie sont issus d'une thèse réalisée en 2014 qui a étudié les plaintes déposées auprès du Conseil régional de l'Ordre des médecins de Basse-Normandie, sur la période de 2009 à 2014, soit cinq ans.

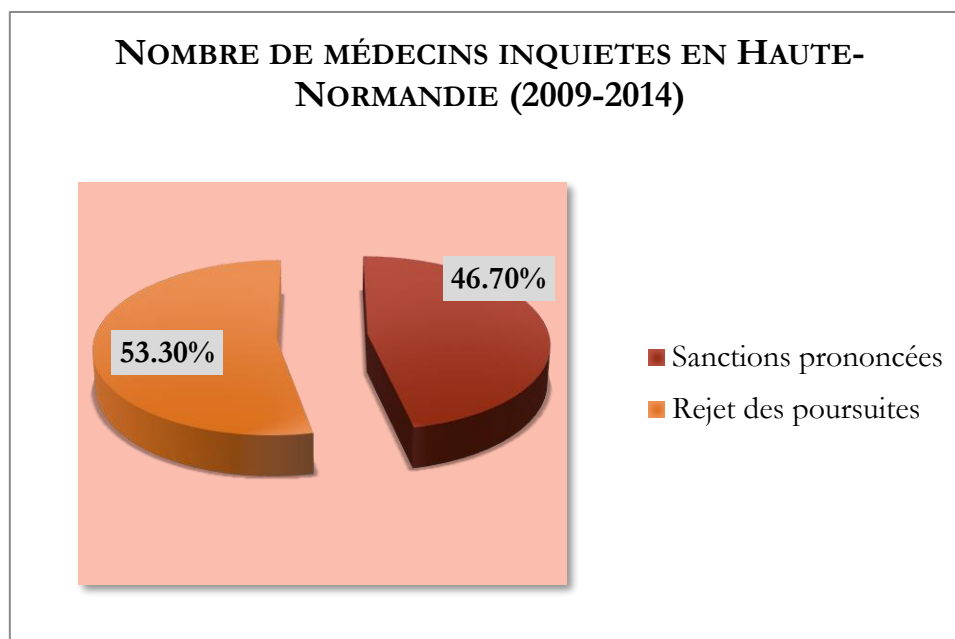
1. Nombre de plaintes déposées dans chaque région sur la période 2009-2014

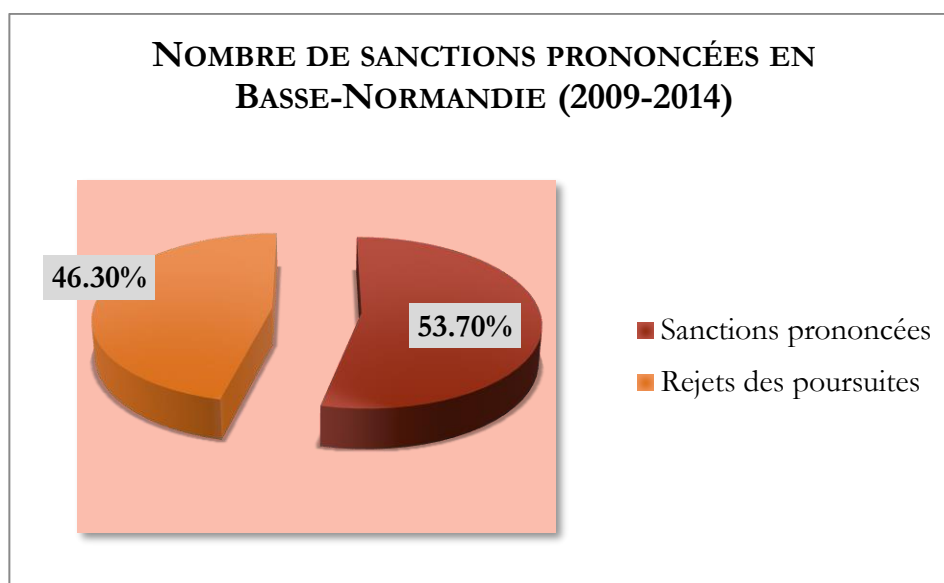


Région	Médecins mis en cause		Médecins n'ayant pas fait l'objet de poursuites	
	Effectif	%	Effectif	%
Haute-Normandie	105	1,7 %	6257	98,3 %
Basse-Normandie	67	1,7 %	3900	98,3 %

De manière fortuite, les résultats de chaque région révèlent un nombre identique de poursuites à l'encontre des médecins sur la période 2009-2014. Dans les deux régions, 1,7 % des médecins ont fait l'objet de poursuites disciplinaires. Il faut noter que 98,3 % des médecins n'ont pas été inquiétés.

2. Nombre de sanctions prononcées dans chaque région sur la période 2009-2014



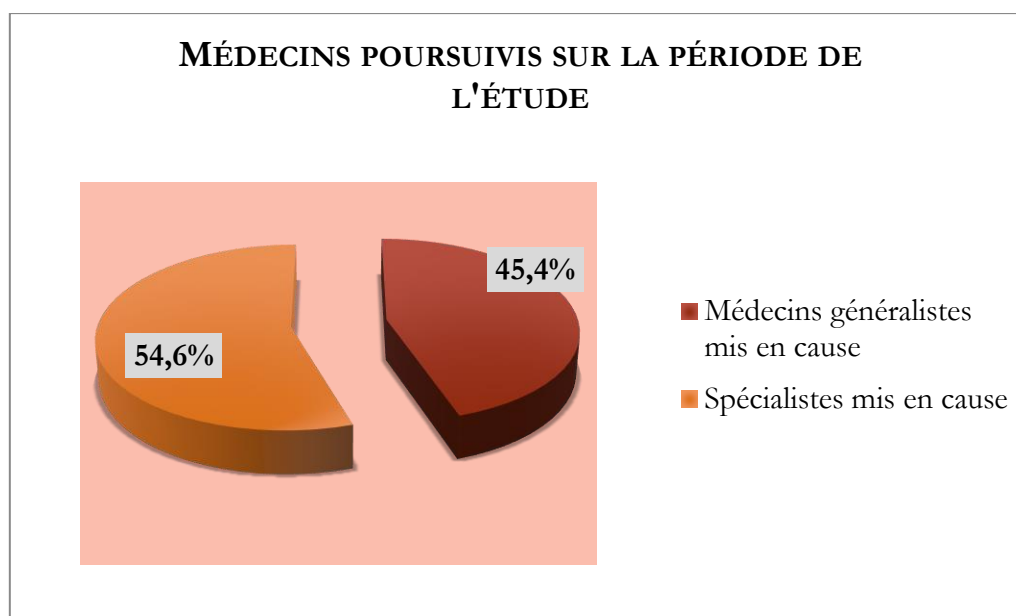


Région	Sanctions prononcées		Rejets des poursuites	
	Effectif	%	Effectif	%
Haute-Normandie	49	46,7 %	56	53,3 %
Basse-Normandie	36	53,7 %	31	46,3 %

Même si un nombre identique de médecins ont été poursuivis par le Conseil régional de l'Ordre des médecins en Haute-Normandie et en Basse-Normandie, le pourcentage de sanctions prononcées diffère. En Haute-Normandie, 46,7 % de sanctions disciplinaires ont été prononcées contre 53,7 % en Basse-Normandie. Les motifs des plaintes peuvent avoir une incidence sur les résultats.

III. Résultats relatifs aux seuls médecins généralistes

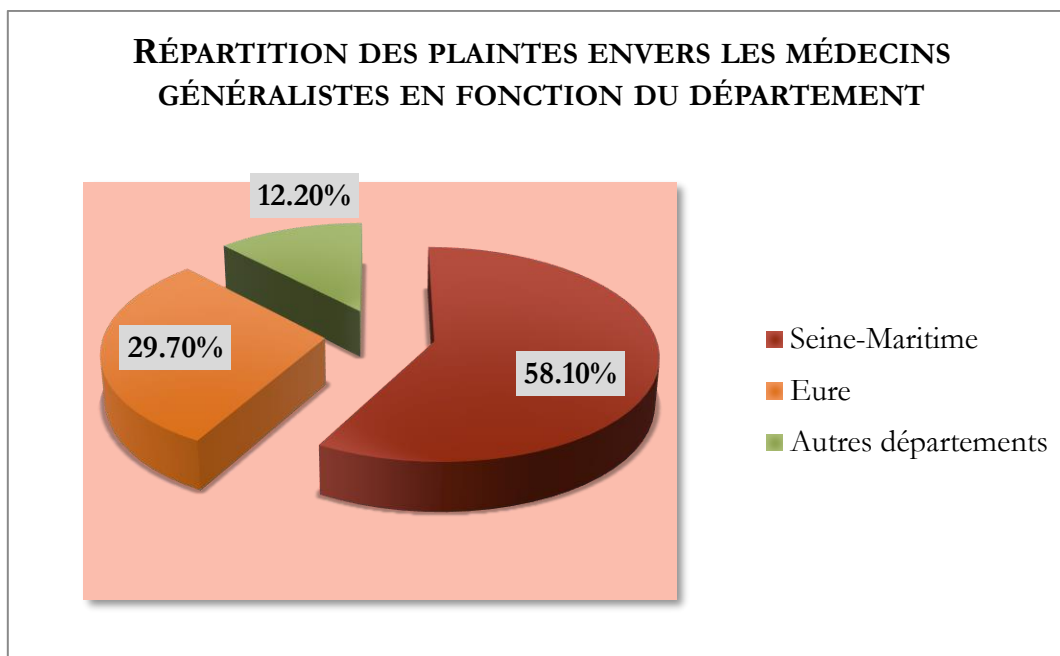
A. Pourcentage de médecins généralistes poursuivis sur la période de l'étude



Médecins généralistes mis en cause		Spécialistes mis en cause	
Effectif	%	Effectif	%
74	45,4 %	89	54,6 %

L'étude des données recueillies permet de constater que 45,4 % des médecins généralistes ont été mis en cause durant la période de l'étude, contre 54,6 de spécialistes.

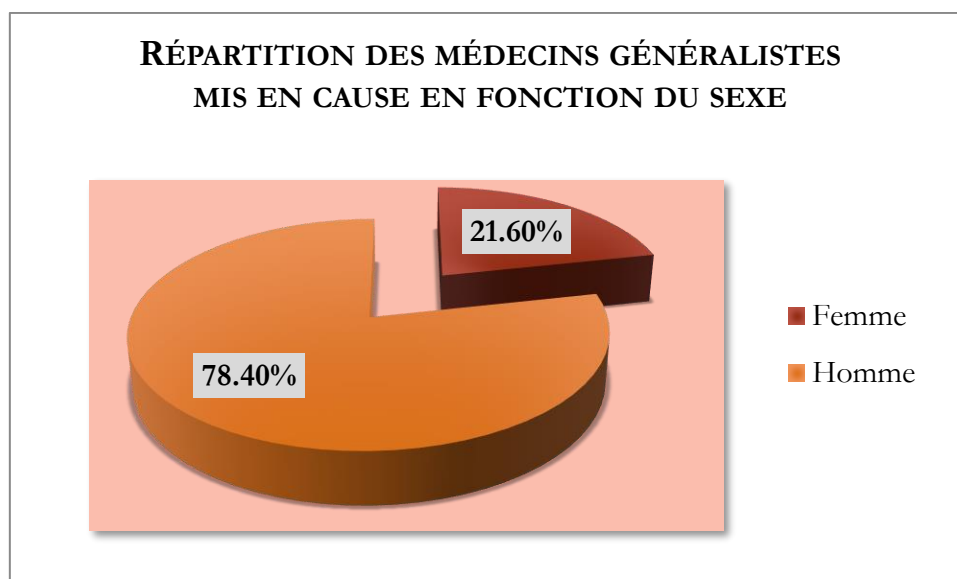
B. Pourcentage de plaintes déposées à l'encontre de médecins généralistes en fonction de l'espace géographique



Espace géographique	Médecins généralistes	
	Effectif	%
Seine-Maritime	43	58,1 %
Eure	22	29,7 %
Autres départements	9	12,2 %
Région Haute-Normandie	65	87,8 %

L'analyse statistique permet de conclure que 58,1 % des médecins généralistes poursuivis exercent en Seine-Maritime, 29,7 % dans l'Eure et 12,2 % dans d'autres départements. Les médecins provenant d'autres départements, correspondent principalement, aux remplaçants.

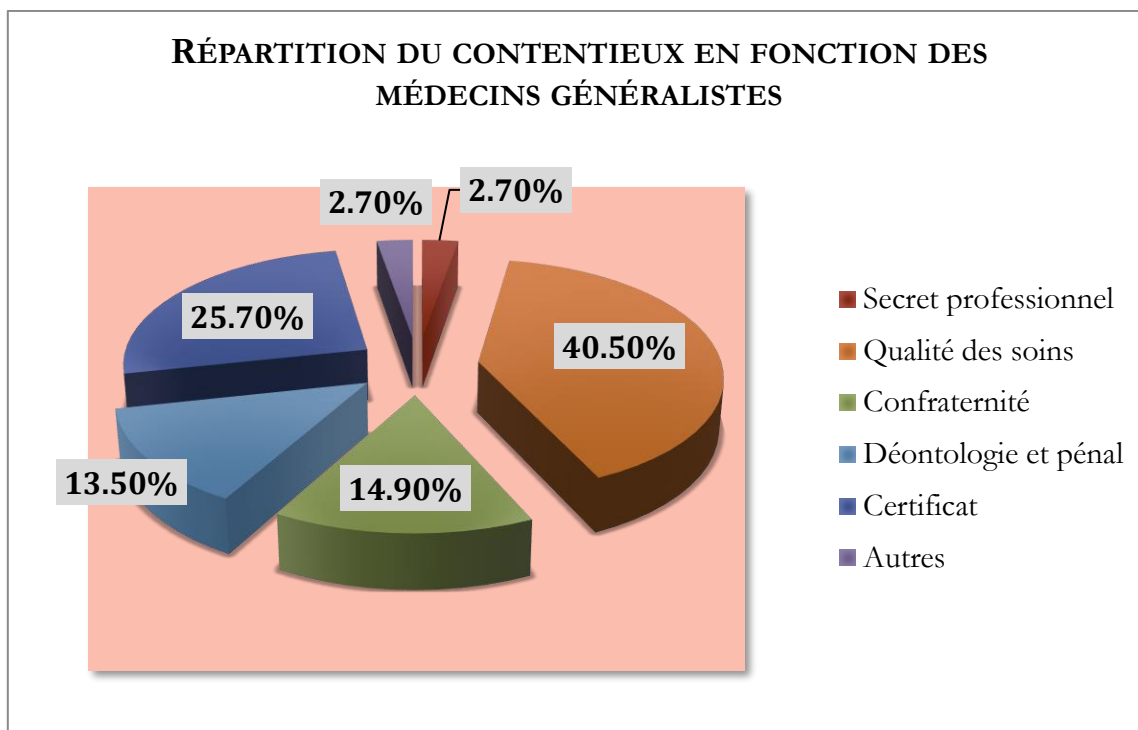
C. Répartition des plaintes déposées à l'encontre des médecins généralistes en fonction du sexe



Sexe	Effectif	%
Femme	16	21,6 %
Homme	58	78,4 %

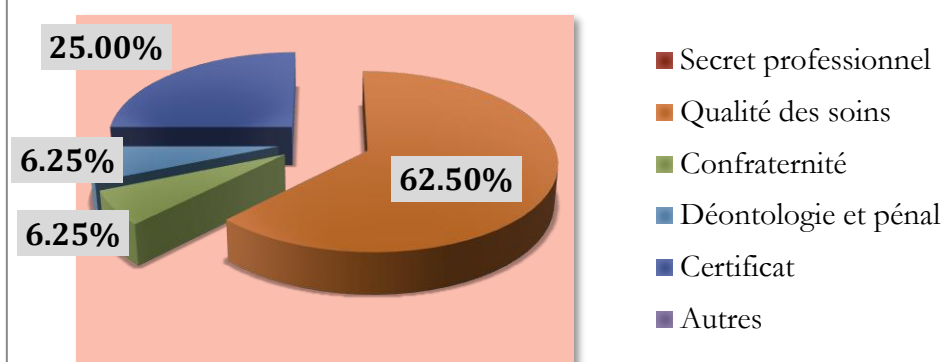
La répartition du contentieux mettant en cause des médecins généralistes, selon le sexe, permet de constater que 21,6 % de femmes ont été poursuivies contre 78,4 % d'hommes. Ce résultat est intéressant parce que, selon l'Atlas de l'Ordre des médecins, il y a 36% de médecins généralistes femmes dans l'Eure et 43% en Seine-Maritime. Force est de constater qu'elles sont, proportionnellement, moins inquiétées que les médecins généralistes hommes.

D. Répartition du contentieux des médecins généralistes en fonction de la qualification des faits opérée

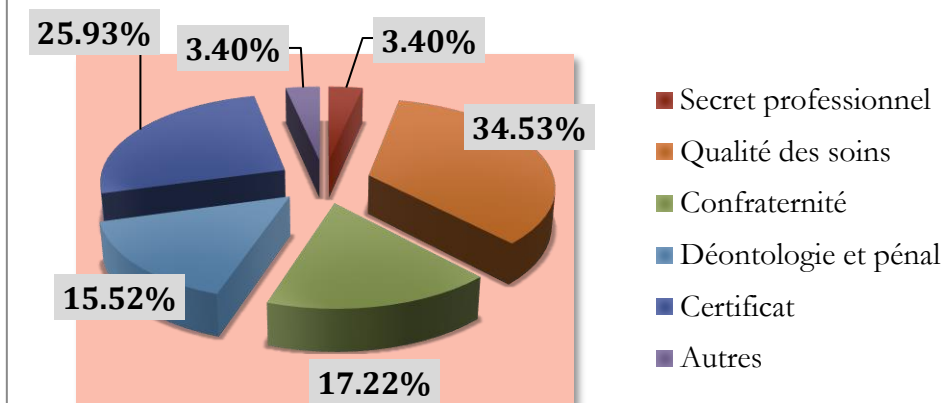


La répartition du contentieux en fonction des médecins généralistes permet de constater que 40 % des plaintes déposées relèvent de la qualité des soins. Le contentieux portant sur les certificats représente 26 %. Les litiges de confraternité, quant à eux, indiquent 15 %. 13 % des plaintes déposées sont relatives à la déontologie et au pénal. Le secret professionnel est moins significatif puisqu'il ne représente que 3 % des poursuites ordinales.

RÉPARTITION DU CONTENTIEUX EN FONCTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FEMMES



RÉPARTITION DU CONTENTIEUX EN FONCTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES HOMMES

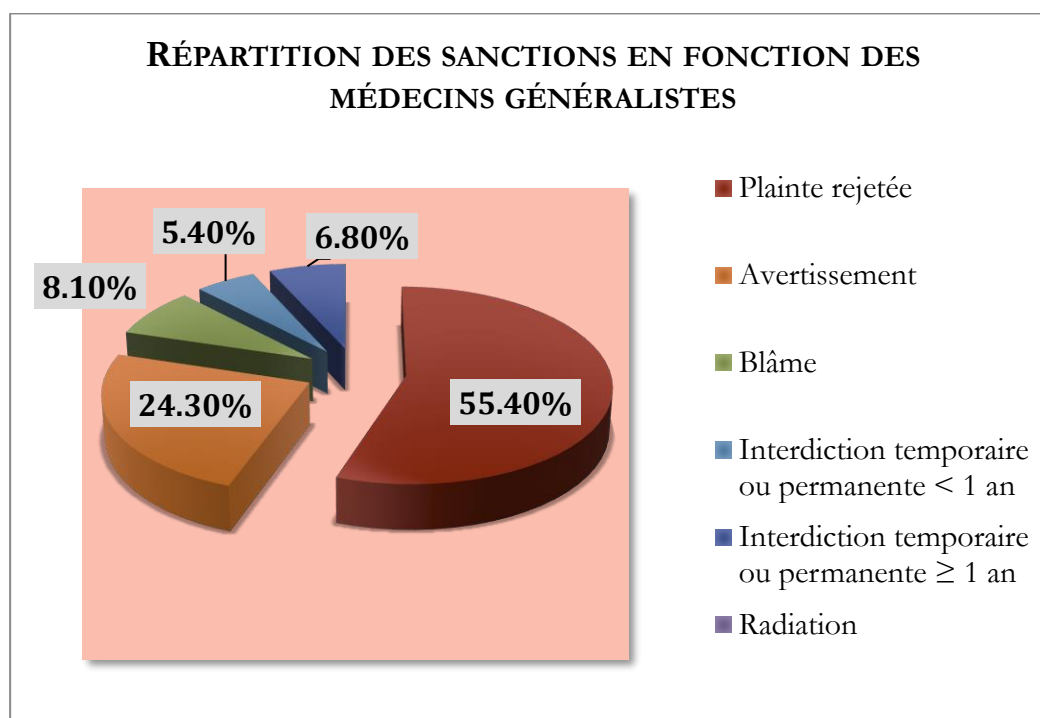


Qu'il soit question des médecins généralistes femmes ou hommes, la part du contentieux la plus importante est la qualité des soins, à hauteur de 63 % pour les femmes et 35 % pour les hommes. Il en est de même pour le contentieux relatif aux certificats. Cependant, aucune femme généraliste n'a été mise en cause pour violation du secret professionnel alors que les hommes l'ont été dans 3 % des cas. Les poursuites pour manquement à la déontologie médicale ne représentent que 6 % pour les femmes alors que cela représente 16 % du contentieux chez les hommes.

Les résultats attestent une répartition du contentieux sensiblement différente qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes.

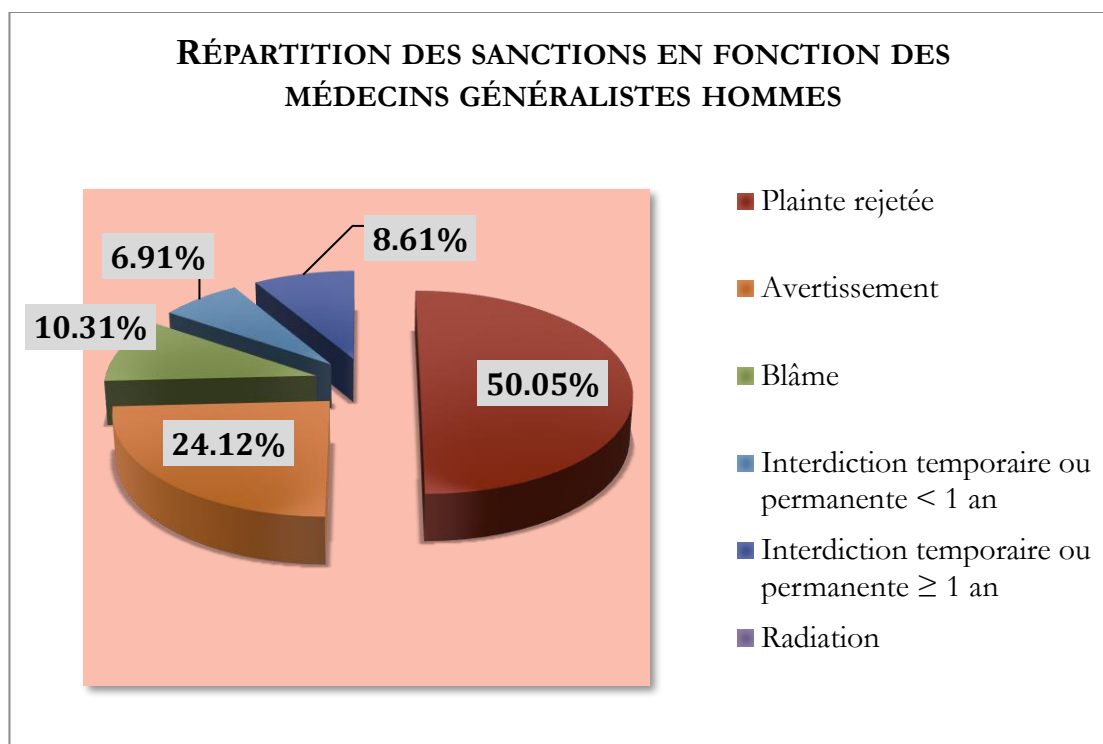
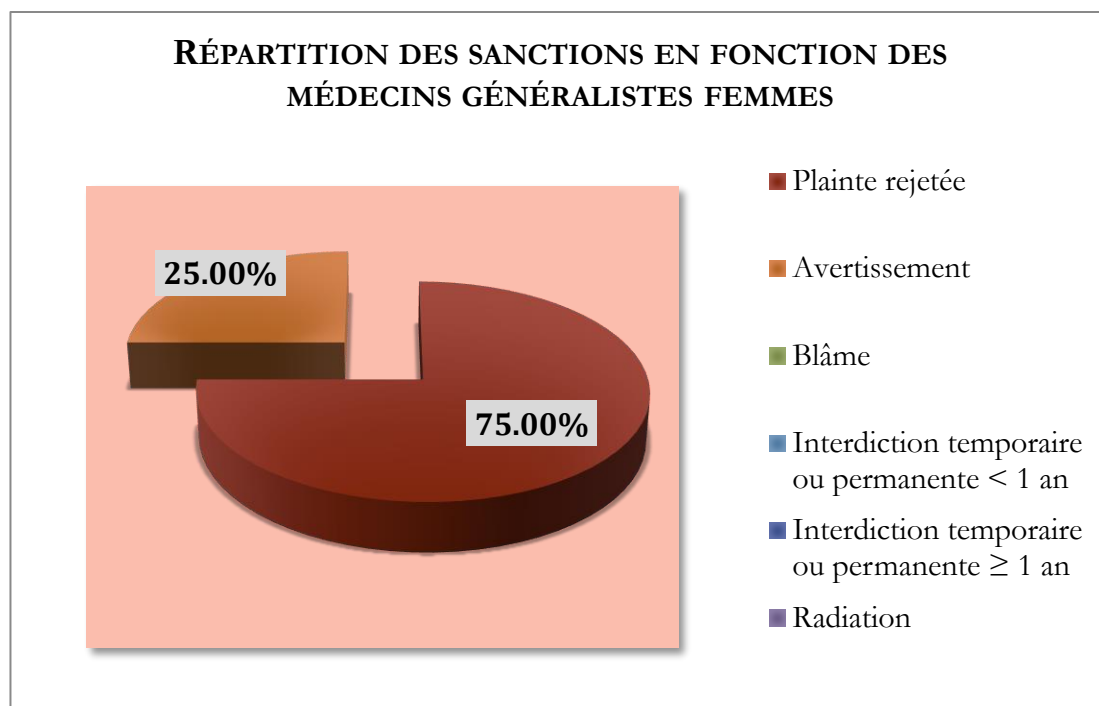
Faits qualifiés	Femmes		Hommes		Population totale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Secret professionnel	0	0 %	2	3,4 %	2	2,7 %
Qualité des soins	10	62,5 %	20	34,5 %	30	40,5 %
Confraternité	1	6,25 %	10	17,2 %	11	14,9 %
Déontologie et pénal	1	6,25 %	9	15,5 %	10	13,5 %
Certificat	4	25 %	15	25,9 %	19	25,7 %
Autres	0	0 %	2	3,4 %	2	2,7 %

E. Répartition du contentieux en fonction de la sanction disciplinaire prononcée



Dans plus d'un litige sur deux, la plainte est rejetée, soit dans 55 % des cas. L'avertissement est la deuxième sanction la plus encourue, à hauteur de 24 %. Le blâme et les

interdictions temporaires d'exercice inférieure à un an ne représentent, respectivement, que 8 % et 7 %.



Les sanctions encourues par les femmes sont les moins coercitives puisque dans 75 % des cas, la plainte est rejetée. 25 % médecins généralistes femmes ont été sanctionnées par un avertissement.

A contrario, le panel de sanctions prononcées à l'encontre des médecins généralistes hommes est plus varié. 50 % des plaintes sont rejetées. 24 % ont été sanctionnés par un avertissement. Cependant, ils ont aussi, dans 8 % des cas, reçu un blâme ; dans 6 % des cas, une interdiction temporaire ou permanente inférieure à un an et dans 7 % des cas, une interdiction temporaire ou permanente supérieure ou égale à un an. Aucune radiation de l'Ordre des médecins n'a été prononcée.

Faits qualifiés	Femmes		Hommes		Population totale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Plainte rejetée ⁴	12	75 %	29	50 %	41	55,4 %
Avertissement	4	25 %	14	24,1 %	18	24,3 %
Blâme	0	0 %	6	10,3 %	6	8,1 %
Interdiction temporaire ou permanente < 1 an	0	0 %	4	6,9 %	4	5,4 %
Interdiction temporaire ou permanente ≥ 1 an	0	0 %	5	8,6 %	5	6,8 %
Radiation	0	0 %	0	0 %	0	0 %

⁴ Il faut préciser que le rejet d'une plainte par le Conseil régional de l'Ordre des médecins n'est pas nécessairement le résultat d'une absence de faute du médecin généraliste. Parfois, elle est l'aboutissement d'un vice de procédure. Le respect des procédures est un gage de protection des droits des parties au litige, d'où l'attentive attention qui leur est adressé. Comme le disait R. Von Jhering, « ennemie jurée de l'arbitraire, la forme est la sœur jumelle de la liberté ».

QUATRIEME PARTIE

Discussion

I. Critiques générales

Les critiques, qu'elles soient positives ou négatives, se doivent d'être constructives. Cette étude est consciente de ses qualités mais n'a pas l'inconscience d'ignorer ses défauts. C'est pourquoi, il s'agit de s'intéresser aux gages de qualité de cette recherche par son caractère exhaustif (A.), lesquels ne sont pas remis en question par l'existence, certaine, de biais (B.).

A. L'exhaustivité de l'étude, gage de sa qualité

L'exhaustivité de l'étude trouve plusieurs manifestations qu'il faut souligner. La première, résulte du fait que l'on s'est attaché à recenser et étudier la totalité des plaintes qui ont été déposées lors de la période de l'étude (1.). La deuxième, consiste en les méthodes d'analyse choisies (2.). La dernière, est relative à la durée de la période étudiée, laquelle permet d'obtenir aisément la tendance contemporaine (3.).

1. L'exhaustivité par l'étude de toutes les plaintes

Cette étude s'avère être exhaustive parce que l'on a étudié la totalité des plaintes déposées auprès du Conseil régional de l'Ordre des médecins sur la période de juin 2007 à juin 2016. On a compté 163 affaires qui ont mis en cause les médecins, toutes spécialités confondues. Parmi ces plaintes, 74 ont été déposées à l'encontre des généralistes contre 89 à l'encontre des spécialistes. Cette étude se veut exhaustive parce qu'elle a pris en compte l'ensemble des plaintes déposées, dans le but de réaliser un croisement des données pertinent pour la profession de médecin généraliste.

Outre l'exhaustivité par l'étude de l'ensemble des plaintes, le choix de la méthode d'analyse s'est avéré intéressant.

2. L'exhaustivité par les méthodes d'analyse

Les méthodes d'analyse sont quadruples, à la fois quantitative, rétrospective et, dans une moindre mesure, transversale et longitudinale.

- Méthodologie quantitative

Force est de rappeler que la méthodologie choisie est celle d'une **étude quantitative**. D'aucuns ignorent que cette approche ne peut être isolée de la **méthode qualitative**. En effet, il existe une complémentarité entre les approches quantitative et qualitative. La première, consiste à réduire le matériel à quelques catégories dans le but de produire des analyses de fréquence. Dans cette étude, il s'agissait de séparer le contentieux, les spécialités, les types de sanction prononcée. La seconde, l'analyse qualitative quant à elle, vise à interpréter le matériel en décrivant la particularité de quelques catégories analytiques⁴¹. Cette dernière fait l'objet de la partie à laquelle nous nous intéressons désormais, la partie « discussion ».

- Méthodologie rétrospective

La **méthode rétrospective** s'intéresse au **temps de l'observation**. Elle tente, effectivement, de comprendre le présent par l'analyse de ce qui a eu lieu dans le passé. Or, cette étude s'est intéressée aux plaintes déposées durant les neuf dernières années afin de déterminer, si le risque judiciaire est un phénomène existant, en France. Cette méthode diffère de la **méthode prospective**, laquelle vise à observer ce qui se passe dans l'avenir à partir de l'instant *t*.

- Méthodologie transversale et longitudinale

Enfin, cette étude a également un aspect **transversal** parce qu'elle met en parallèle, durant la période de l'étude, des faits, des professions (généralistes et spécialistes) afin de les comparer et les évaluer. Mais elle est aussi, dans une moindre mesure, **longitudinale**, parce qu'elle entend mesurer une évolution à travers le temps sur un même échantillon. On observe, effectivement, sur une période de neuf ans, le nombre de médecins généralistes poursuivis afin de voir la tendance contemporaine des poursuites judiciaires qu'ils encourent.

Désormais, il faut apprécier l'exhaustivité de l'étude par la durée de la période étudiée.

3. L'exhaustivité par la durée de la période étudiée

Cette sous-partie mérite peu de développements. En effet, notre étude a recensé toutes les poursuites ordinales sur la période de juin 2007 à juin 2016. En somme, l'étude de ces neuf années permet de dresser une tendance contemporaine des poursuites ordinales à l'encontre des médecins généralistes, ce qui est l'objet de cette recherche.

Il convient alors de s'intéresser aux biais de l'étude, n'entravant pas la qualité du travail de recherche effectué.

B. Les biais de l'étude, n'entravant pas sa qualité

L'existence de biais est inhérente à chaque recherche. Il faut, néanmoins, tenter que ces derniers n'affectent pas la qualité des conclusions présentées. On a discerné deux biais majeurs dont le premier est relatif à l'objet d'analyse. En effet, l'absence de registre spécifique aux poursuites judiciaires nous a contraints à limiter l'étude aux seules poursuites ordinales (1.). En sus de ce biais, il existe également celui relatif à la zone géographique ciblée par l'étude, lequel ne permet pas de tirer de conclusions généralisées au niveau national de manière certaine (2.).

1. Le biais relatif à l'objet d'analyse : l'absence de recensement des poursuites judiciaires

Alors que le sujet est intitulé « le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinales », l'on pourrait légitimement s'interroger sur l'absence de recensement des poursuites judiciaires dans le cadre de l'étude effectuée. De plus, on pourrait également constater que les conclusions apportées sont *biaisées* par ladite absence et que le sujet devrait alors être renommé, « le médecin généraliste face aux poursuites ordinales ».

Or, ce biais qui, certes, existe, n'entrave pas la qualité des travaux.

- Un recensement difficile

La première raison est, comme il l'a été démontré, **qu'il n'existe pas de registres judiciaires classés par contentieux**, des poursuites à l'encontre des médecins généralistes ou non. Le chercheur aurait dû se rendre, d'une part, dans chaque juridiction (civile, pénale, administrative), d'autre part, aurait dû distinguer les affaires selon qu'il s'agisse d'un généraliste, spécialiste ou autre profession.

- Un accès aux données vain

Ce travail était titanesque, mais pas impossible. Cependant, une autre limite s'est imposée, celle de **l'accès des données**. En effet, les litiges devant les juridictions civile, administrative et pénale ne sont pas en accès libre, permettant à quiconque de les étudier. Il n'en demeure pas moins, qu'une analyse de la jurisprudence publiée des juridictions aurait été possible.

Certes, les arrêts des Cours sont censés être publiés mais tel n'est pas toujours le cas. Ce sont souvent des affaires avec un retentissement médiatique qui dépasse alors notre cadre régional haut-normand.

- Une plus-value hypothétique

La dernière raison est la plus irréfutable, à savoir ***quel intérêt la recherche délicate des affaires judiciaires aurait apporté à cette étude ?*** La réponse est lapidaire car **l'apport aurait été minime et n'aurait pas changé la teneur des conclusions**. En effet, le contentieux judiciaire le plus important est relatif à la responsabilité administrative des établissements de santé qui n'intéresse pas notre étude, laquelle se limite à l'étude des médecins généralistes. De plus, le contentieux pénal mettant en cause des médecins généralistes est si minime, comme nous l'a rappelé, à juste titre, le Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins, que ces litiges pourraient davantage ressembler à des « cas d'école » qu'à des cas courants.

Finalement, en quoi l'étude des poursuites change-t-elle les conclusions de la réflexion menée ? En effet, nous tentons de démontrer que le risque judiciaire qui pèse sur les médecins généralistes n'est pas une contrainte dans leur exercice, qu'elle appartient davantage au mythe qu'à la réalité. Or, l'existence d'un faible nombre de poursuites judiciaires, même non recensées, ne fait que renforcer notre démonstration. Si bien que les conclusions peuvent également être étendues aux poursuites judiciaires.

Tel est ce biais qui n'affecte pas les conclusions du chercheur, d'autant que le rapport de l'Institut droit et santé s'inscrit dans cette argumentation.

- L'étude significative de l'Institut droit et santé

Anne LAUDE et Didier TABUTEUR, tous deux co-directeurs de l'Institut droit et santé se sont intéressés au phénomène de la judiciarisation de la médecine en étudiant 50 000 décisions de justice recueillies auprès des juridictions administratives, civiles et pénales sur une période de dix ans (2002-2012)⁴². Les chiffres à retenir de ce rapport :

- 23 requêtes (fond et référé) pour 100 000 admissions en établissements de santé
- 6 requêtes pour 1 000 000 d'actes médicaux réalisés
- moins d'1 condamnation pénale pour 1 000 médecins

Aussi, cette étude de l'Institut droit et santé révèle la portée de la judiciarisation de la médecine, laquelle ne repose pas sur une pression contentieuse. Néanmoins, les auteurs affirment que l'enjeu du débat n'est pas juridique mais sanitaire. En effet, « de l'apaisement de la crainte d'une dérive contentieuse dépend d'abord, la qualité des soins ».

2. Le biais relatif à la zone géographique ciblée : une impossible généralisation des conclusions au niveau national

Les plaintes recensées devant le Conseil régional de l'Ordre des médecins étaient, toutes, relatives à une zone géographique ciblée, qu'est la Haute-Normandie⁵. En effet, ce sujet s'interroge sur les poursuites qu'encourent les médecins généralistes dans un territoire précis. Dès lors, le biais de cette étude, consiste à ne pouvoir étendre toutes les conclusions de la recherche au territoire national. Il s'agit alors de préciser les conclusions pouvant ou non être étendues au niveau national.

⁵ Nous n'avons pas pris en compte, dans le cadre de cette étude, la récente réforme des régions qui regroupe Haute et Basse-Normandie pour former la Normandie. Néanmoins, une comparaison avec la Basse-Normandie a été effectuée. Cette réforme est entrée en vigueur après la publication de la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, *JORF* du 17 janvier 2015, p. 777.

- Identité des conclusions aux niveaux régional et national

Ce que l'on peut estimer comme une analyse globale est la tendance générale qu'il n'existe pas un risque judiciaire majeur pour les médecins généralistes de France. En effet, même s'il est un phénomène de judiciarisation de la médecine, il n'est pas démontré que les poursuites envers les médecins sont davantage coercitives.

Cependant, il existe une spécificité des conclusions de l'étude que l'on ne peut étendre avec certitude, au niveau national. Cela constitue un second biais, qu'il faut appréhender dès à présent.

- Spécificités des conclusions aux niveaux régional et national

Les spécificités de ces conclusions sont relatives non pas à la démonstration, fil conducteur de la thèse, mais à la précision de certains résultats obtenus. Aussi, on ne peut affirmer au niveau national :

- Une identique diversité du contentieux avec une part plus importante du contentieux de la qualité des soins et des certificats.
- Une gradation dans les sanctions prononcées avec une part significative de rejets des plaintes.
- Un pourcentage similaire de médecins généralistes mis en cause
- Une répartition analogue des médecins hommes/femmes dans la profession

Dès lors, ces critiques générales permettent-elles de prendre conscience de la qualité de l'étude réalisée. C'est pourquoi il convient de s'intéresser aux analyses avancées des résultats.

II. Analyses avancées des résultats

Les résultats bruts d'une étude ne sont d'aucun intérêt s'ils ne font pas l'objet d'une analyse avancée. C'est la raison pour laquelle on se propose d'étudier six points successifs qui méritent, selon nous, une attention particulière. Le premier point est une réponse à notre problématique puisqu'il s'agit d'attester la réalité erronée que constitue l'augmentation du nombre de médecins généralistes mis en cause (A.) ; ensuite, il est question de remarquer que la zone géographique n'a que peu d'importance (B.). Il existe, néanmoins, une plausible corrélation entre le contentieux de la qualité des soins et l'obligation de résultat incombant, dans certaines hypothèses, au médecin généraliste (C.). Enfin, le contentieux des certificats exprime-t-il, certainement, une résurgence du modèle paternaliste (D.).

A. L'augmentation du nombre de médecins généralistes mis en cause, une réalité erronée

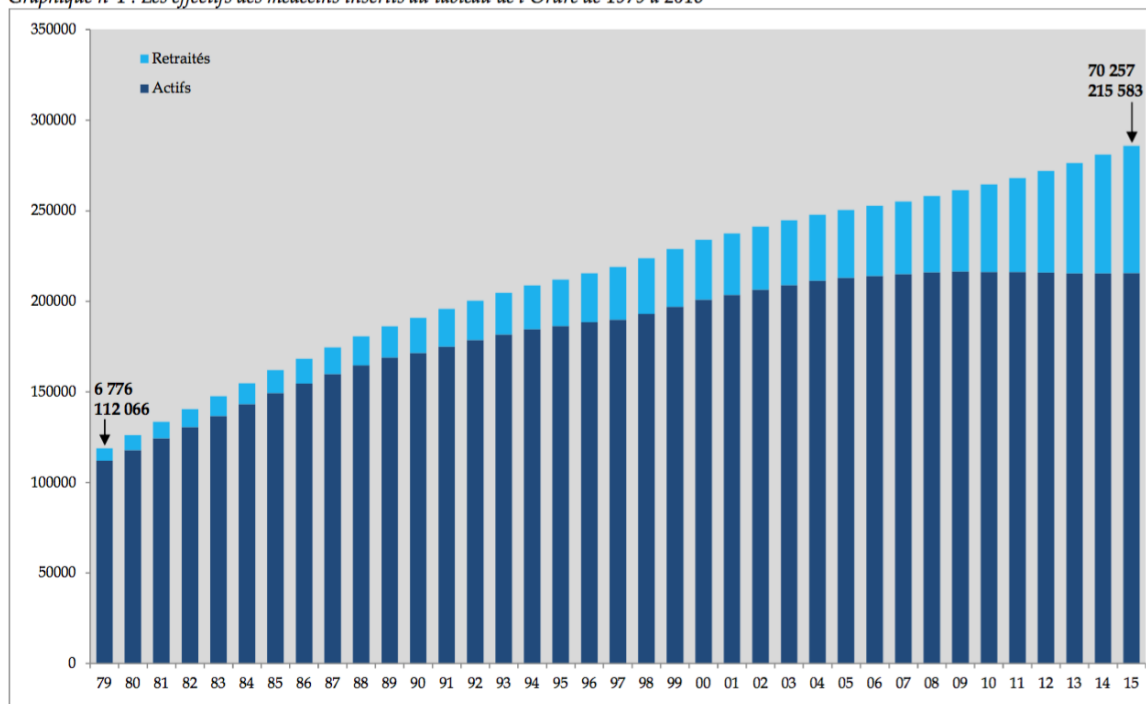
Une analyse efficace est celle qui étudie le général avant le particulier. En ce sens, il apparaît nécessaire, pour démontrer que l'augmentation du nombre de médecins généralistes mis en cause est une réalité erronée, de s'intéresser à ce que nous appelons : un argument irréfutable. En effet, l'augmentation du nombre de médecins inscrits au tableau du Conseil de l'ordre induit une nécessaire augmentation du contentieux médical (1.). Dans un second temps, il s'agit d'appréhender la période de l'étude qui atteste une tendance stable (2.).

1. Un argument irréfutable

On peut légitimement s'interroger sur le point de savoir si une augmentation du nombre de médecins n'a-t-elle pas pour nécessaire corollaire une augmentation du contentieux. Cette étude défend la thèse selon laquelle l'augmentation des poursuites judiciaires à l'encontre des médecins généralistes n'est le fruit que d'une médiatisation de la judiciarisation de la médecine. Afin de satisfaire cet argumentaire, il est opportun de souligner un premier constat : **l'effectif des médecins a augmenté de 140,5 % entre 1979 et 2016 selon l'Atlas**

de la démocratie médicale en France⁴³. Il est alors indubitable, indépendamment de tout phénomène de judiciarisation de la médecine, que le nombre de poursuites croisse.

Graphique n°1 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2016



Entre 1979 et 2016, le nombre de médecins est passé de 118 842 à 285 840 soit une augmentation de 140,5%. Les médecins actifs enregistrent une hausse de 92,4% alors que les retraités atteignent presque les 940% d'inscrits en plus au tableau de l'Ordre entre 1979 et 2016.

En ce sens, le graphique est explicite. L'augmentation du nombre des poursuites ne relève pas alors du fatalisme mais de la logique. Cependant, il faut l'admettre et nous le démontrerons ultérieurement, que le patient est davantage exigeant qu'auparavant. Comme le disait déjà en 1990, le docteur Jean PENNEAU, « l'efficacité est sans doute, aux yeux du profane, ce qui caractérise la médecine contemporaine⁴⁴ ».

2. Une tendance stable

La période de l'étude révèle un nombre stable de plaintes déposées auprès du Conseil régional de l'Ordre des médecins dont la moyenne est de 16,3 par an. Ce faible nombre mettant en cause seulement 3% des médecins, toutes spécialités confondues, renforce les résultats de notre étude.

Toutefois, il convient de s'intéresser à la légère chute du contentieux en 2011-2012. Cette légère baisse des actions disciplinaires peut s'expliquer, par l'instauration, en 2011, d'une « contribution pour l'aide juridique de 35 € [laquelle] est perçue par une instance introduite en matière civile, commerciale, prud'homale, sociale ou rurale devant une juridiction judiciaire ou par instance introduite devant une juridiction administrative⁴⁵ ». Cet article de la 1^{ère} loi de finances rectificative pour 2011 a été mise en application par un décret du 28 septembre 2011⁴⁶. Concrètement, le justiciable devait s'acquitter du paiement d'un timbre fiscal de 35 € pour intenter une action en justice. Cette taxe visait à financer l'aide juridictionnelle, qui permet aux personnes ayant de faibles revenus, d'accéder à la justice.

L'obligation d'acquiescement du timbre fiscal avait été étendue aux actions disciplinaires devant le Conseil régional de l'ordre des médecins. Le refus de paiement de cette somme était considéré comme un vice de procédure aboutissant à l'irrecevabilité de la plainte. Cependant, un décret de 2013 a supprimé cette contribution à l'aide juridique⁴⁷.

On peut alors se demander si le paiement d'une somme de 35€ est un frein à l'action disciplinaire.

En sus de cet élément important, on peut comprendre également le faible nombre de plaintes déposées devant le Conseil régional de l'ordre des médecins par les conséquences financières pour le patient si le Conseil rejette sa plainte. En effet, même si, en principe, la chambre disciplinaire du Conseil ne prononce de réparation du préjudice par des dommages-intérêts, la partie perdante devra, le cas échéant régler potentiellement différents frais⁴⁸ :

- L'article 75 de la loi du 10 juillet 1991 prévoit que la partie perdante doit supporter les frais engagés par l'autre partie pour sa défense.
- L'article R. 741-12 du Code de justice administrative prévoit une amende pour plainte abusive.
- Des dommages-intérêts pour citation abusive peuvent être alloués au médecin mis en cause s'il justifie d'un préjudice causé par la plainte.

Cet élément pécuniaire est une donnée importante transmise par les médecins à leurs patients. Si le timbre fiscal interroge sur la gratuité de la justice⁴⁹, la compensation financière du patient envers son médecin se comprend aisément. Une action judiciaire rejetée emporte les mêmes conséquences.

A cette réalité erronée que constitue l'augmentation inexplicquée du risque judiciaire, il faut porter une attention particulière à la zone géographique du lieu d'exercice du médecin, laquelle révèle une mise en cause similaire.

B. Une mise en cause similaire des médecins généralistes en fonction de la zone géographique, un constat vérifié

S'inscrivant dans une démarche opposée aux idées reçues, cette étude permet de constater une mise en cause similaire des médecins en fonction de leur zone géographique d'exercice. En effet, il est souvent relaté que les médecins sont plus mis en cause en Seine-Maritime parce que ce département concentre davantage de grandes villes.

Or, cette étude atteste du contraire. En comparaison avec la répartition des médecins en Haute-Normandie, l'Eure a subi légèrement plus de poursuites que la Seine-Maritime (cf. graphiques de la partie 3). De plus la répartition du contentieux est également similaire. Une nouvelle fois, la qualité des soins est remise en cause.

Par conséquent, cela permet de conclure que, indépendamment du caractère rural ou urbain du lieu d'exercice de la profession, le médecin encourt un risque disciplinaire identique. La seule différence notable est relative au contentieux de la confraternité qui représente une part plus importante des plaintes en Seine-Maritime.

On peut désormais s'interroger sur le point de savoir s'il existe une corrélation entre le contentieux de la qualité des soins et l'obligation de résultat.

C. Une plausible corrélation entre le contentieux de la qualité des soins et l'obligation de résultat

Le lien de corrélation entre le contentieux de la qualité des soins et l'obligation de résultat est équivoque. La relation traditionnelle du médecin et de son patient qu'Hippocrate qualifiait de « rencontre d'une confiance et d'une conscience » semble érodée. C'est pourquoi l'on va s'intéresser à la qualité des soins, respectivement face à l'information (1.) puis face aux compétences médicales (2.).

1. Qualité des soins et information

Le contentieux de la qualité des soins est difficile à appréhender parce qu'il faut parvenir à déterminer, de manière commune, ce qu'est la qualité des soins prodigués. La qualité est un concept intrinsèquement subjectif donc il est délicat d'affirmer que la qualité pour un médecin soit identique à celle d'un autre. Aussi, la qualité des soins pourrait consister en la fidèle application, par le médecin, des protocoles médicaux assignés à chaque maladie.

De plus, le développement des jurisprudences relatives aux obligations du médecin ont conduit, de manière simultanée, à renforcer les exigences du patient (Cf. Partie 1. Cadre juridique). Les obligations d'information, de sécurité d'un « patient-expert »⁵⁰, sont grandissantes. Aussi, n'est-il pas surprenant que le contentieux de la qualité des soins soit le contentieux le plus important.

Toutefois, l'importance de ce contentieux ne s'explique-t-il pas également parce qu'il porte sur l'exercice même de la profession de médecin ?

2. Qualité des soins et compétences médicales

A présent, il convient de s'intéresser à ce contentieux qui, diffère sensiblement des autres poursuites disciplinaires. En effet, la qualité des soins est relative à l'exercice direct de la profession de médecin, aux compétences médicales. La conscience du médecin n'est pas remise en question, comme c'est le cas pour le contentieux du secret professionnel ou des manquements aux règles déontologiques. Il ne s'agit pas non plus d'une méconnaissance de la part de ce dernier, à l'instar du contentieux des certificats. Le contentieux de la qualité des soins, quant à lui, porte sur les compétences professionnelles du médecin en tant qu'il parvient ou non, à déceler la maladie de son patient. Dès lors, n'est-il pas évident que les actions disciplinaires soient, en premier lieu, dirigées contre le diagnostic réalisé par le médecin généraliste ? En effet, ce contentieux est, comme le soulignent Fabienne BOUDIER, Faouzi BENSEBAA et Adrienne JABLANCZY :

Une réponse aux reproches faits ces dernières années à la médecine. Mise au banc des accusés pour la technicité, la segmentation grandissante des soins, l'agressivité des thérapies proposées, la focalisation croissante sur les aspects relatifs aux coûts, la

médecine est de plus en plus présentée comme déshumanisée avec notamment, une érosion de la rencontre entre patient et médecin, ce dernier apparaissant comme de plus en plus spécialisé et souffrant cruellement d'un manque de temps⁵¹.

Cette double explication conduit indubitablement, à expliquer l'importance du contentieux de la qualité des soins. Dès lors, quid du contentieux des certificats ?

D. Un modèle paternaliste perceptible par le contentieux des certificats

Avant toute analyse, il convient de déterminer ce que l'on entend par certificat médical, qui représente un contentieux important et a une « valeur de preuve médico-légale⁵² ». Il convient de rappeler qu'un certificat engage la responsabilité du médecin, lequel ignore bien souvent les risques qu'implique une telle rédaction. Comme le soulignent les Docteurs Jean-Marie FAROUDJA et Philippe GARAT : « plus de 20% des plaintes enregistrées auprès des chambres disciplinaires de première instance mettent en cause des certificats médicaux⁵³ ». Ce pourcentage se rapproche de celui obtenu en Haute-Normandie qui est de 25 %.

Aussi, il faut distinguer le certificat de notions proches (1.), premièrement, avant d'appréhender si l'importance du contentieux est relative à un manque d'information du médecin généraliste (2.) ou, au contraire, est le signe d'une résurgence du modèle paternaliste (3.).

1. Une confusion des notions à éviter

Le certificat est un acte médical singulier qu'il ne faut pas confondre avec des actes qui semblent proches, tels que l'attestation ou le signalement. Afin de lever les interrogations relatives à ces actes, on va procéder à une précision définitionnelle de ces actes :

- Le certificat

Le certificat est un acte médical qui a pour objet de témoigner d'un fait médical constaté par un médecin **dans l'exercice de ses fonctions**. Le fait constaté est strictement médical et doit être réalisé par un médecin.

- L'attestation

La rédaction de ce document est régie par l'article R. 4127-76 du Code de la santé publique, lequel autorise le médecin à faire état de constatations ou de faits dont il a été le témoin, **en dehors de toute activité médicale**, y compris sur le comportement ou l'état de santé d'un individu dans le cadre de relations privées. Le médecin peut la délivrer sur papier libre, sans en-tête professionnel et n'est pas tenu aux contraintes d'objectivité exigées par le certificat médical. Enfin, le médecin généraliste est limité dans sa liberté d'expression, parce qu'il ne peut faire état d'informations sur une personne non-examinée ou doit respecter le secret professionnel.

- Le signalement

Le signalement a une portée plus précise que le certificat médical. C'est un terme consacré et réservé à l'information adressée au procureur. Le médecin, dans un signalement, ne se borne pas à consigner des constatations médicales mais, conformément à l'article R. 4127-76 du Code de la santé publique, **il « alerte le procureur de la république » sur une situation** qu'il est obligé d'interpréter puisqu'il doit révéler que l'état de santé d'une personne est consécutif à des possibles sévices ou privations.

En conclusion, ces actes doivent être discernés mais ont pour point commun d'être des actes juridiques. En effet, ils emportent des conséquences potentielles au premier rang desquelles figure l'engagement de la responsabilité morale et disciplinaire du médecin. Ce dernier ne doit pas, par ignorance ou légèreté, s'affranchir du respect de la règle de droit. Aussi, ce dernier point permet-il de se demander si les médecins subissent un manque d'information dans la délivrance des certificats.

2. Un manque d'information des médecins eux-mêmes

Outre la distinction entre certificat, attestation et signalement qui n'est pas toujours maîtrisée, il se pose la question de savoir si les médecins généralistes sont bien informés sur le certificat médical⁵⁴. Pour ce faire, il faut prendre conscience que la rédaction du certificat médical obéit à des règles strictes. Il existe, de surcroît, différents types de certificats.

a. Les différents types de certificats (liste d'exemples non-exhaustive) :

- **Les certificats imposés par la loi ou les règlements**
 - Arrêt de travail, accident du travail, maladie professionnelle, décès, naissance, protection juridique, vaccination, etc.
 - Sur réquisition (sauf incompétence motivée)
 - Dispositions particulières de certains certificats comme l'adoption
- **Les certificats non-obligatoires**
 - Demandés par le patient, remis en main propre
 - Demandés par un tiers : à refuser sauf s'il s'agit d'un mineur, d'un malade inconscient ou incapable, suite à un décès, etc.
- **Les certificats superflus et abusifs à la demande de l'administration, des assurances ou des patients**
 - Certificat pour maladie justifiant une interruption scolaire
- **Les certificats descriptifs de constatations ou susceptibles de donner droit**
 - Accidents, agressions, coups et blessures.

b. L'exigence d'une rédaction prudente et réfléchie

La rédaction du certificat doit être réfléchie parce que certaines maladroites de langage peuvent emporter de lourdes conséquences. Pour ce faire, il convient de prendre quelques exemples. En effet, la formulation des termes employés par le médecin dans le certificat doit être rigoureuse parce que ce dernier doit être objectif, concis, et ne peut certifier que de ce qu'il a personnellement constaté. Il n'a pas à emprunter le rôle d'un officier de police judiciaire en relatant avec précision tous les éléments dont il a été le témoin. Il demeure également tenu par le secret médical dans les certificats.

Par ailleurs, l'emploi des termes juridiques exacts, a une importance. Trop souvent, certaines notions juridiques sont mal-appréhendées à l'instar de l'ITT civil et de l'ITT pénal. Le premier correspond à une incapacité temporaire de travail alors que le second, est relatif à une incapacité totale de travail lequel est corrélatif à des violences ou coups et blessures.

c. Les conséquences d'un certificat mal-rédigé

Un certificat qui ne répond pas aux critères légaux peut conduire à plusieurs types de conséquences. Premièrement, si le médecin interprète mal les propos d'un patient, une ITT

peut lui être préjudiciable, ainsi qu'à l'entreprise. Deuxièmement, le médecin peut engager sa responsabilité disciplinaire, mais aussi civile et pénale.

Aussi, l'on comprend mieux l'importance du contentieux des certificats. Toutefois, au-delà des contraintes légales, ce contentieux n'exprime-t-il pas, par certains de ses aspects, une résurgence du modèle paternaliste ?

3. Une résurgence du modèle paternaliste ?

La délivrance de certificats médicaux soulève de nombreuses interrogations pour le médecin généraliste. Il peut, ainsi, se demander s'il est obligé de le faire ; s'il est dans son rôle de médecin lorsqu'il délivre ledit document. Or, cette deuxième interrogation permet de comprendre le lien qui peut persister entre le médecin généraliste et son patient.

Même si nous avons démontré, dans la partie réservée au « cadre juridique » que la relation médecin-patient s'altérait ; que l'on passait d'une relation paternaliste à horizontale, il existe un lien précieux entre le médecin et son patient. Il demeure encore des médecins dits « de famille », de même que le choix d'un médecin traitant référent fait de ce dernier, un praticien singulier.

Dès lors, le médecin est-il encore objectif lorsqu'il connaît ses patients depuis des décennies ? Peut-il refuser de délivrer un certificat de complaisance face à la faiblesse de son patient ? Ces interrogations, auxquelles doit faire face le médecin généraliste, permettent de faire le lien entre le contentieux des certificats et la persistance d'un lien spécifique entre le médecin généraliste et son patient.

III. Réflexions approfondies

La réalisation de cette étude portant sur le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinales invite, naturellement, à s'interroger sur des questions contemporaines plus approfondies. A ce titre, il est pertinent de s'intéresser à la médecine judiciarisée afin de déterminer en quoi la sacralisation des victimes est sujette à la critique (A.). Par ailleurs, cette recherche met en exergue le rôle déterminant d'une instance médiatrice avérée, qu'est le Conseil de l'ordre des médecins (B.). La pratique de la médecine générale, à travers le prisme du contentieux médical, permet, de surcroît, de se poser la question de sa mutation (C.).

A. Une médecine judiciarisée par la sacralisation sociétale des victimes

Le processus de judiciarisation de la médecine ne peut être envisagé qu'en comparaison avec le mouvement de sacralisation sociétale de la victime (1.), lequel a conduit à lever le voile sur l'opacité de la médecine (2.).

1. La sacralisation sociétale de la victime⁵⁵

Le professeur de sciences criminelles Robert CARIO constate que l'on est passé d'une « victime oubliée à une victime sacralisée⁵⁶ ». En effet, le processus de judiciarisation de la médecine interroge sur la place que l'on souhaite donner à la victime dans la société, au point que certains se demandent s'il faut « canoniser les victimes⁵⁷ ». En effet, les victimes ont longtemps été, dans nos sociétés, réduites au silence. La justice pénale est symptomatique de la place grandissante accordée à la victime. Lorsqu'un crime est commis, le préjudice est classiquement subi par l'Etat avant la victime (d'où l'intervention d'un procureur de la république). Désormais, la victime est au centre de toutes les attentions, comme en atteste, la loi Taubira du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales⁵⁸.

La victime est mise sur un piédestal qu'elle soit victime d'un accident médical, d'un accident domestique ou encore d'un accident de la route. Il est alors devenu absolument nécessaire de trouver un responsable, un coupable, dans tous les domaines dans lesquels il y a

une victime. Aussi, le monde médical, partie intégrante de la société, n'a pu être immunisé contre le mouvement sociétal en marche.

L'importance des droits des patients, le développement des associations, a conduit au développement de la judiciarisation de la médecine. Elle est dans tous les débats même si, *de facto*, les médecins ne sont pas davantage inquiétés.

Face à une médiatisation de la victime qui a conduit à sa sacralisation, il a fallu que le voile soit levé sur l'opacité de la médecine.

2. Le voile levé sur l'opacité de la médecine

La deuxième raison qui conduit à la judiciarisation de la médecine est la déconstruction progressive du mythe de la médecine toute-puissante. Comme cela a déjà été expliqué, il y a eu des scandales sanitaires qui ont causé préjudice à la profession. Néanmoins, cela a permis de lever le voile sur l'opacité de la médecine. En effet, il a été longtemps considéré que le patient devait rester dans l'ignorance, sans être informé des risques qu'il encourait. Désormais, le médecin a l'obligation d'informer des risques qui peuvent survenir lors de la réalisation d'un acte médical. Une profession qui attrait à la vie ne peut être pourvue d'un risque zéro.

Par ailleurs, une attention plus grande est portée sur la volonté de la victime, laquelle permet incontestablement de réduire le risque judiciaire. La médecine est devenue protocolaire ce qui a offert, au médecin, une protection adéquate contre les assauts toujours plus grands des patients-victimes.

Aussi, la judiciarisation de la médecine existe. Elle n'a pas conduit à augmenter les sanctions prononcées à l'encontre des médecins parce que ces derniers, corrélativement au mouvement de sacralisation des victimes, ont obtenu une protection juridique plus efficace. Par protection efficace, il faut souligner le rôle médiateur du Conseil de l'ordre des médecins, qui s'avère être une instance pacificatrice avérée.

B. Le Conseil de l'Ordre des médecins, une instance médiatrice avérée⁵⁹

Le Conseil de l'Ordre des médecins exerce une pluralité de missions auprès des médecins mais aussi auprès des patients. Il est qualifié, dans cette étude, d'instance médiatrice avérée parce qu'il permet, aussi, de désamorcer des situations conflictuelles voire contentieuses. Cependant, ce n'est pas la seule mission qui lui est confiée. Pour ce faire, il apparaît nécessaire de mettre l'accent sur l'ensemble des rôles joués par le Conseil de l'Ordre des médecins, lesquels ont été rappelés par le Bulletin n° 25 du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime.

1. Un rôle éthique, moral et déontologique

L'Ordre des médecins est le garant de la morale et de la déontologie médicale. En ce sens, il est un interlocuteur privilégié pour les patients, les médecins mais aussi pour les pouvoirs publics, qu'il a pour mission de conseiller. Il lui revient, également, le soin de procéder aux modifications du Code de la déontologie dont il assure le respect. Le gage de qualité du Conseil de l'Ordre des médecins repose sur son indépendance, d'autant que son financement n'est assuré que par la seule cotisation des médecins. Il est, enfin, présent dans de nombreuses instances, afin de représenter l'ensemble de la profession et d'y assurer son rôle de conseil et de médiateur.

Outre les fonctions éthiques, morales et déontologiques, l'Ordre des médecins a un rôle administratif.

2. Un rôle administratif

L'Ordre veille au maintien des compétences et à la probité du corps médical par l'exercice d'une mission de service public, laquelle correspond à la tenue du tableau de l'inscription des médecins et de leurs qualifications. Il dispose, également, d'un pouvoir réglementaire notamment parce que l'inscription au tableau de l'Ordre est obligatoire, en France, mais aussi parce qu'il surveille les conditions d'exercice des médecins, leurs compétences ou encore porte le processus de qualification. C'est une instance particulière pour les médecins parce

qu'il lui revient, à titre d'exemple, le soin d'autoriser les remplacements, les exercices en sites distincts. Finalement, l'Ordre guide et accompagne les médecins dans leur exercice et notamment en matière de prévention, ou de gestion, des conflits de tout type.

3. Un rôle social

Le Conseil de l'Ordre est une instance de solidarité, d'entraide pour les médecins parce qu'il pallie les difficultés liées à la profession. Il assure aussi un soutien moral à ceux qui en font la demande. Il peut proposer une aide financière ponctuelle pour le médecin ou ses proches quand les situations l'imposent. Enfin, cet aspect social se caractérise par la préoccupation du Conseil à remédier aux souffrances résultant des difficultés de l'exercice.

4. Un rôle consultatif

Le Conseil de l'Ordre est un organe consultatif parce qu'il participe aux grands débats sociétaux ayant trait à la santé. En ce sens, il participe à la défense de la profession mais aussi de ses valeurs éthiques et déontologiques. L'Ordre est aussi un organe consultatif parce qu'il est une ressource informationnelle pour les médecins ou encore les patients. Enfin, l'Ordre des médecins est omniprésent dans les territoires. Les Conseils départementaux assurent un rôle de conseiller de proximité pour l'ensemble des médecins pour toutes les formalités d'exercice, administratives relatives à leur profession.

5. Un rôle juridictionnel

Cette fonction du Conseil de l'Ordre est celle qui intéresse le plus cette étude qui porte sur le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinales. En effet, ce dernier est en charge du contrôle de l'exercice et de la relation avec le patient. Comme la loi le prévoit, les médecins peuvent être jugés et sanctionnés, par leurs pairs. Après enregistrement des plaintes par le Conseil départemental, celui-ci exerce son rôle primordial de conciliation. La suite du processus juridictionnel du Conseil ayant été d'ores-et-déjà mentionné, il fallait préciser la mission conciliatrice du Conseil de l'Ordre. Ce dernier voit dans la mission de conciliation un

lieu de favorisation des échanges, partage, explication nécessaire à une meilleure compréhension de toutes les parties. **Ils permettent régulièrement de prévenir la judiciarisation.**

Quid de la pratique de la médecine générale en mutation ?

C. Une pratique de la médecine générale en mutation ?

Affirmer que la pratique de la médecine générale est en mutation, c'est s'interroger nécessairement sur le phénomène de la méthode de la médecine (1.) dont il faut se soucier des retombées dans l'exercice de la profession du médecin généraliste (2.).

1. Le phénomène de l'hyperspécialisation de la médecine

Le phénomène contemporain de l'hyperspécialisation affecte les professions médicales, même si ce n'est pas le seul secteur professionnel à en être touché⁶. Il faut alors s'intéresser à la définition de l'hyperspécialisation avant de comprendre son lien avec la médecine.

- Définition de l'hyperspécialisation

Elle correspond à l'action de se spécialiser à l'extrême ou le fait d'être extrêmement spécialisé. L'emploi du terme « extrême » introduit l'idée de limite. La spécialisation ne peut alors aller au-delà de la spécialisation. Par ailleurs, le préfixe « hyper » ne renvoie pas à un phénomène positif.

- Hyperspécialisation et médecine

La problématique de l'hyperspécialisation de la médecine n'est pas un phénomène si récent que cela. Pour preuve, l'auteur russe DOSTOÏEVSKI affirmait déjà, de manière satirique :

⁶ Comme le souligne le Pr. CLAUDON, « C'est une évolution obligatoire qui se décline dans toutes les disciplines même les plus transversales. Prenons l'exemple de la biologie. Aujourd'hui, on fait de l'hématologie sans faire pour autant de la bactériologie. Idem pour l'imagerie médicale qui compte dix surspécialités : génito-urinaire, neuroradiologie, imagerie pédiatrique, etc. **A tel point que l'hyperspécialiste d'aujourd'hui deviendra le spécialiste de demain. C'est un arbre dont les branches poussent en continu mais dont le tronc reste commun : la médecine** ». In : « Hyperspécialisation et polyvalence : comment trouver le bon dosage ? », *Profil médecin*, En ligne. URL : <http://www.profilmedecin.fr/contenu/hyperspecialisation-et-polyvalence-comment-trouver-le-bon-dosage/>.

« Il n’y en a plus aujourd’hui que pour les spécialistes, et les journaux sont pleins de leurs réclames. Si tu as des douleurs dans le nez, on t’enverra à Paris : il paraît qu’il y a là un spécialiste de réputation européenne qui sait admirablement traiter tout ce qui touche au nez. Tu te rends à Paris, le spécialiste examine ton nez : « Je ne puis guérir, te déclarera-t-il, que votre narine droite, car je ne m’occupe jamais de la narine gauche, qui ne rentre pas dans ma spécialité⁶⁰ ».

L’hyperspécialisation de la médecine moderne « permet de prodiguer des thérapeutiques rigoureusement évaluées grâce à des données scientifiques sans cesse évolutives⁶¹ ». Cependant, elle conduit à un « morcellement de la prise en charge du patient ». C’est pourquoi il faut appréhender ses conséquences.

2. Les conséquences de l’hyperspécialisation de la médecine

L’hyperspécialisation de la médecine introduit deux types de conséquences particulièrement sévères dans la profession du médecin généraliste. Alors que celui-ci se doit d’exercer une médecine polyvalente, il faut envisager les retombées de l’hyperspécialisation dans son exercice professionnel. De surcroît, d’aucuns ignorent la crise qui affecte le système de santé français. L’hyperspécialisation contribue-t-elle à renforcer le déséquilibre financier de ce dernier ?

- Polyvalence de la profession de médecin généraliste et hyperspécialisation : un compromis est-il envisageable ?

L’hyperspécialisation de la médecine renvoie au poids des progrès scientifiques et techniques. Certains estiment que l’innovation technologique – la sophistication des équipements, le développement de la robotique etc. – rend de plus en plus compliquée la seule activité de généraliste. C’est en ce sens que l’on peut constater une mutation de la pratique de la médecine générale. En effet, on peut légitimement se poser la question de savoir si le médecin généraliste du XXI^{ème} siècle peut encore jouir de la polyvalence de son métier ?

En effet, le danger de l’hyperspécialisation est que le médecin hyperspécialisé perde de vue l’approche globale de la médecine. Il resterait alors focalisé sur sa pratique et cela pourrait être au détriment du patient. C’est en cela que la polyvalence de la profession de médecin généraliste est nécessaire.

Outre la technicité croissante des disciplines médicales, se pose aujourd'hui la question de savoir si, dans l'esprit du patient, le médecin généraliste est compétent et légitime pour effectuer, à titre d'exemple, des actes gynécologiques. Qu'en est-il des retombées économiques de l'hyperspécialisation de la médecine ?

- Les retombées économiques de l'hyperspécialisation de la médecine

Comme il l'a été précédemment souligné, l'hyperspécialisation de la médecine conduit à un morcellement de la prise en charge du patient, qui doit multiplier les consultations. Or, outre le préjudice potentiel que de multiples rendez-vous induisent sur le patient, cela a des répercussions économiques sur le système de santé. En effet, nul ne peut ignorer que la multiplication des consultations pour chaque patient, à l'échelle nationale, a un coût pour le système de sécurité social, lequel est d'ores-et-déjà en perdition. Face à la dérive à l'américaine du système de santé qui se profile, incidemment, quelle réaction vont avoir les pouvoirs publics ? Quand la prise de conscience du public va-t-elle s'exprimer ?

La mutation de la médecine générale, par l'hyperspécialisation vient d'être dépeinte. Il faut, désormais, porter une attention particulière à la place des femmes en médecine et ce, dans une perspective sociologique.

CONCLUSION

Cette étude s'est interrogée sur le point de savoir si les médecins généralistes haut-normands étaient en situation de risque judiciaire. Pour ce faire, il a fallu établir une présentation générale du cadre juridique actuel de la responsabilité médicale. L'étude de la responsabilité médicale a permis de constater qu'il y avait une grande diversité des mises en cause potentielles de la responsabilité des médecins généralistes. C'est la raison pour laquelle, il a fallu opérer un choix. La recherche s'est alors intéressée au contentieux disciplinaire dont le Conseil régional de l'Ordre des médecins a à connaître.

De surcroît, il a fallu établir une méthodologie dans ce raisonnement. C'est la méthode quantitative rétrospective et transversale qui a été choisie, laquelle permettait de refléter, de manière efficace, la réalité du contentieux disciplinaires. On a étudié l'ensemble des actions disciplinaires déposées auprès du Conseil régional de Seine-Maritime, soit 163 affaires, sur la période juin 2007-juin 2016. Cela a permis d'obtenir des résultats.

Les résultats de l'étude, dressés sous forme de tableaux ont été classés dans trois rubriques distinctes : les résultats relatifs à l'ensemble des médecins, les résultats relatifs à une zone géographique ciblée et ceux relatifs aux seuls médecins généralistes. Ils ont permis de constater que très peu de médecins généralistes ont dû subir une action disciplinaire (74 sur la période de l'étude).

Enfin, la discussion nous a permis de réfléchir sur les résultats obtenus. Après des réflexions approfondies, cette étude s'achève par une conclusion claire et démontrée : les médecins généralistes haut-normands ne doivent pas redouter outre mesure le risque judiciaire.

BIBLIOGRAPHIE

-
1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, *JORF* du 5 mars 2002, p. 4118.
 2. LA METTRIE (J.), *L'Homme machine*, Paris, Folio, 1999, 288 p.
 3. Cf. sur ce point, DOMERGUE (J.) et GUIDICELLI (H.), *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, Rapport à l'attention de Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, La Documentation française, 56 p.
 4. PIERRON (J.-P.), « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », In : *Sciences sociales et santé* (Vol. 25), n° 2, pp. 43-66.
 5. LANSAC (J.), SABOURAUD (M.), « Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale », In : *Les Tribunes de la santé* 4/2004 (n° 5), pp. 47-56.
 6. BARBOT (J.), FILLION (E.), « La “médecine défensive” : critique d'un concept à succès », In : *Sciences sociales et santé* 2/2006 (Vol. 24), pp. 5-23.
 7. BARBOT (J.), « Soigner en situation de risque judiciaire. Refus de transfusion et responsabilité médicale », In : *Revue française de science politique* 6/2008 (Vol. 58), pp. 985-1014.
 8. DEMONT (L.), « 4000 ans de responsabilité pénale médicale », In : *Revue juridique de l'Ouest*, 1999/3, pp. 361-376.
 9. MOLIERE, *Le médecin malgré lui*, 1666, Acte III, scène 1.
 10. BAUZON (S.), « Aux origines du biodroit : la responsabilité médicale délictuelle (1835-1936), In : *La personne biojuridique*, Paris, PUF, coll. « Quadriges », 2006, 192 p.
 11. BERGOIGNAN-ESPER (C.) et SARGOS (P.), *Les grands arrêts du droit de la santé*, Dalloz, 2010, pp. 188-190.

-
12. SUREAU (C.), « « Principe de précaution », ou éthique de précaution » ? L'activité médicale et le principe de précaution », In : *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2009/1 (n° 3), pp. 41-55.
13. LORPHELIN MARTEL (H.), *Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ?* In : Thèse pour le doctorat en médecine, 2014, p. 19.
14. LAUDE (A.), « Les médecins et les médecins face au droit », In : *Revue française d'administration publique* 1/2005 (n° 113), pp. 113-120.
15. Mercier, Civ. 20 mai 1936, DP 1936. 1. 88, rapp. Josserand et concl. Matter, *RTD civ.* 1936., p. 691, obs. Demogue ; *GAJC*, 12e édition, 2008, n° 162 et 163.
16. ECHARD (B.), « Vers la toute-puissance médicale », In : *Souffrance spirituelle du patient en fin de vie*, Toulouse, ERES, coll. « Pratiques du champ social », 2006, 272 p.
17. ZYLBERMAN (P.), « Crises sanitaires, crises politiques », In : *Les Tribunes de la santé* 1/2012 (n° 34), pp. 35-50.
18. BONAHE (C.) et GAUDILLERE (J.-P.), « Faute, accident ou risque iatrogène ? La régulation des événements indésirables du médicament à l'aune des affaires Stalinon et Distilbène », In : *Revue française des affaires sociales* 3/2007 (n° 3-4), pp. 123-151.
19. BONNET (M.), « L'enfant fou de la folie des hommes », In : *Les Tribunes de la santé* 4/2009 (n° 25), pp. 119-125.
20. FILLION (E.), « Que font les scandales ? La médecine de l'hémophilie à l'épreuve du sang contaminé », In : *Politix* 3/2005 (n° 71), pp. 191-214.
21. JAUNAIT (A.), « La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient. Commentaires », In : *Sciences sociales et santé* 2/2007 (Vol. 25), pp. 67-72.
22. JAUNAIT (A.), « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », In : *Raisons politiques* 3/2003 (n° 11), pp. 59-79.
23. VERSPIEREN (P.), « Malade et médecin, partenaires », In : *Etudes* 1/2005 (Tome 402), pp. 27-38.

-
24. LAUDE (A.), « La judiciarisation en France, sur la trace des Etats-Unis », In : *Les Tribunes de la santé* 1/2010 (n° 26), pp. 49-59.
25. Cass. Civ. 1ère, 14 octobre 1997, *Bull.* 1997, n° 278, p. 188.
26. Cass. Civ. 1ère, 25 février 1997, *Bull.* 1997, n° 75, p. 49.
27. LAUDE (A.), « Le droit à l'information du malade », In : *Les Tribunes de la santé* 4/2005 (n° 9), pp. 43-51.
28. Cass. Civ. 1ère, 7 octobre 1998, *Bull.* 1998, n° 291, p. 202.
29. DAVID (G.), « Risques et principe de précaution en matière médicale », In : *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 1/2009 (n° 3), pp. 107-117.
30. JAUNAIT (A.), « La médecine est-elle toujours morale ? », In : *Les Tribunes de la santé* 1/2010 (n° 26), pp. 95-102.
31. CONSEIL D'ETAT, « L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics », In : Les dossiers thématiques du Conseil d'Etat, mis en ligne le 5 janvier 2015, 13 p.
32. PANEL (P.), « L'hôpital public. Ses contradictions, ses mutations », In : *Etudes* 10/2007 (Tome 407), pp. 319-330.
33. LE TOURNEAU (Ph.), « Introduction ». In : *La responsabilité civile*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2003, 128 p.
34. FRICERO (N.), *Procédure civile*, Paris, Gualino Editeur, coll. « Mémentos LMD », 2016-2017, 270 p.
35. TERRE (F.), « Propos sur la responsabilité civile et pénale du médecin », In : *Santé, médecine, société*, Paris, PUF, coll. « Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques », 2010, 440 p.
36. THOUVENIN (D.), « Responsabilité médicale : de quoi s'agit-il exactement ? Commentaire », In : *Sciences sociales et santé* 2/2006 (Vol. 24), pp. 35-42.
37. AMANN (J.-P.), « L'arrêt Perruche et nos contradictions face à la situation des personnes handicapées. Point de vue », In : *Revue française des affaires sociales* 3/2002 (n° 3), pp. 125-138.

38. Cass., Ass. plén, 17 novembre 2000, *Perruche*, *Bull.* 2000 A. P., n° 9, p. 15.
39. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, *JORF* du 12 février 2005, p. 2353.
40. HELMLINGER (L.), MARTIN (D.), « La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité », In : *Les Tribunes de la santé* 4/2004 (n° 5), pp. 39-46.
41. BERREWAERTS (J.), « Méthodologie de l'observation ». En ligne. URL : http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/MET/MET-DON/ELE%20MET-DON%208166.pdf.
42. LAUDE (A.) et TABUTEAU (D.), *La judiciarisation de la santé*, Paris, Editions de la santé, 2012, 367 p.
43. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Atlas de la démocratie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016*. URL : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf.
44. PENNEAU (J.), « La réforme de la responsabilité médicale : responsabilité ou assurance », In : *Revue internationale de droit comparé*, 1990, vol. 42, n° 2, pp. 525-544.
45. Article 54 de la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 *de finances rectificatives pour 2011*, *JORF* du 30 juillet 2011, p. 12 969.
46. Décret n° 2011-1202 du 28 septembre 2011 *relatif au droit affecté aux fonds d'indemnisation de la profession d'avoué près les cours d'appel et à la contribution pour l'aide juridique*, *JORF* du 29 septembre 2011, p. 16 383.
47. Décret n° 2013-1280 du 29 décembre 2013 *relatifs à la suppression de la contribution pour l'aide juridique et à diverses dispositions relatives à l'aide juridique*, *JORF* du 30 décembre 2013, p. 22 242.
48. SIMONI (B.), « La chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins », En ligne. URL : <http://www.ile-de-france.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-186/documents/Le%20diaporama%20ch%20%20disc.pdf>.
49. RASSAT (M.-L.), « Chapitre III. Les principes relatifs au fonctionnement de la justice », In : *La Justice en France*, Paris, PUF, 8^{ème} édition, 2007, 128 p.

50. BOUDIER (F.), BENSEBAA (F.) et JABLANCZY (A.), « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante », In : *Innovations*, 2012/3 (n° 39), pp. 13-23.

51. *Ibid.*, p. 13.

52. PANON (C.), « Certificats médicaux : savoir les rédiger », In : *Cahier jurispratique*, n° 26, novembre-décembre 2012, p. 17. URL : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS26_web.pdf

53. *Ibid.*, p. 17.

54. FAROUDJA (J.-M.), « Certificats... attention aux pièges ! », In : *Entretiens de Bichat*, 2011, pp. 1 – 5.

55. RIVIERE (J.-P.), « La judiciarisation médicale, phénomène récent lié à la sacralisation et à l'opacité », Interview de Maître Patrick de la Grange, 21 janvier 2015, URL : https://www.vidal.fr/actualites/14852/la_judiciarisation_medicale_phenomene_recent_lie_a_la_sacralisation_et_a_l_opacite_interview_de_maitre_patrick_de_la_grange/.

56. CARIO (R.), « De la victime oubliée... à la victime sacralisée ? », In : *AJ pénal*, 2009, pp. 491- 494.

57. MERCKAERT (J.), « Faut-il canoniser les victimes ? », In : *Revue projet*, 2014/3 (n° 430), pp. 2-3.

58. Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 *relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales*, *JORF* du 17 août 2014, p. 13 647.

59. CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE LA SEINE-MARITIME, *Un Conseil de l'Ordre des médecins : pour quoi faire ?*, Bulletin d'information n° 21, octobre 2015, 15 p.

60. DOSTOÏEVSKI, *Les frères Karamazov*, Le Livre de Poche, Paris, T. II, p. 448.

61. MALLET (D.), DUCHENE (V.) et COLOMBAT (P.), « Globalité et médecine moderne », In : *Laennec*, 2/2008 (T. 56), pp. 35-49.

Résumé

Contexte – Le lien entre le droit et la médecine tend à se renforcer par, ce que la littérature médicale a appelé : « la judiciarisation de la médecine ». L'imbrication des deux disciplines trouve une justification par la promotion grandissante des droits des malades dont la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002⁶¹ est une illustration symptomatique. Les exigences du patient envers son médecin généraliste se multiplient, lesquelles conduisent à penser que la pratique de la médecine est de plus en plus influencée par le risque judiciaire qui pèse sur le médecin généraliste.

Objectif – Cette étude vise à déterminer la distorsion qui existe entre le sentiment et la réalité des mises en cause avérées de la responsabilité des médecins généralistes dans le cadre de leur exercice professionnel.

Méthode – Le choix méthodologique opéré est celui d'une méthode quantitative rétrospective et transversale concernant 163 procédures disciplinaires par le Conseil régional de l'Ordre des médecins de Haute-Normandie sur la période de juin 2007 à juin 2016. Le choix de l'étude quantitative résulte de la volonté qui est la nôtre de mesurer, *in concreto*, l'ampleur du phénomène des poursuites disciplinaires à l'encontre des médecins généralistes.

Résultats – Les résultats sont évocateurs. Seuls 3 % des médecins ont été inquiétés par une action disciplinaire sur neuf ans. Parmi les 163 procédures disciplinaires, 45 % concernait des médecins généralistes et 55 % des plaintes déposées à l'encontre des médecins généralistes ont été rejetées par le Conseil régional de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime.

Conclusion – La sacralisation sociétale de la victime et la médiatisation de la judiciarisation de la médecine ont laissé penser que le risque judiciaire pesait, de manière inégale, sur les médecins généralistes. Or, de par l'intervention d'acteurs efficaces, dont le Conseil de l'Ordre des médecins fait partie, le risque judiciaire est un phénomène appartenant davantage au mythe qu'à la réalité. De par son exhaustivité, cette étude s'est attachée à démontrer que les médecins généralistes ne subissent pas de pression judiciaire excessive.

Mots Clés :

- Médecins généralistes,
- Risque judiciaire,
- Conseil de l'Ordre des médecins,
- Responsabilité médicale,
- Droit,
- Judiciarisation,
- Plainte,
- Procédure disciplinaire,
- Pratique de la médecine,
- Sanction.