



La perception du cadre légal des droits des malades, du risque judiciaire et l'impact dans la pratique quotidienne chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

Julien Reymond

► To cite this version:

Julien Reymond. La perception du cadre légal des droits des malades, du risque judiciaire et l'impact dans la pratique quotidienne chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01877588

HAL Id: dumas-01877588

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01877588>

Submitted on 20 Sep 2018

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.



**La perception du cadre légal des droits des malades, du risque
judiciaire et l'impact dans la pratique quotidienne chez les médecins
généralistes des Bouches-du-Rhône.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 12 Octobre 2017

Par Monsieur Julien REYMOND

Né le 18 juin 1990 à Gap (05)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Madame le Professeur PELISSIER-ALICOT Anne-Laure

Monsieur le Docteur (MCU-PH) BARTOLI Christophe

Madame le Docteur PABST Louise

Président

Assesseur

Assesseur

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseeurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

	FIECHI Marius	PENE Pierre
	FIGARELLA Jacques	PIANA Lucien
	FONTES Michel	PICAUD Robert
	FRANCOIS Georges	PIGNOL Fernand
	FUENTES Pierre	POGGI Louis
	GABRIEL Bernard	POITOUT Dominique
	GALINIER Louis	PONCET Michel
MM	POYEN Danièle	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jean-Claude	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SERRATRICE Georges	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	
	VANUXEM Paul	
	VERVLOET Daniel	
	VIALETES Bernard	
	VIGOUROUX Robert	
	WEILLER Pierre-Jean	

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre		
Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre		
Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUBE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
		LE TREUT Yves-Patrice
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
		LEHUCHER-MICHEL Marie-
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
		MARANINCHI Dominique
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
		METZLER/GUILLEMAIN
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

Mis à jour 16/11/2016

CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GARCIA Stéphane	MICHEL Gérard
CASANOVA Dominique	GARIBOLDI Vlad	MICHELET Pierre
CASTINETTI Frédéric	GAUDART Jean	MILH Mathieu
CECCALDI Mathieu	GENTILE Stéphanie	MOAL Valérie
CHABOT Jean-Michel	GERBEAUX Patrick	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GEROLAMI/SANTANDREA René	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIORGI Roch	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIOVANNI Antoine	MUNDLER Olivier
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GIRARD Nadine	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GIRAUD/CHABROL Brigitte	NICCOLI/SIRE Patricia
CHIARONI Jacques	GONCALVES Anthony	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard	REYNAUD Rachel	TAIEB David
OLIVE Daniel	RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier
OUAFIK L'Houcine	RIDINGS Bernard Surnombre	THOMAS Pascal
PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck
PANUEL Michel	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PARRATTE Sébastien	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
PAUT Olivier	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PETIT Philippe	SAMBUC Roland	VIENS Patrice
PHAM Thao	SARLES Jacques	VILLANI Patrick
PIARROUX Renaud	SARLES/PHILIP Nicole	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie- Dominique	SASTRE Bernard Surnombre	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SCAVARDA Didier	VIEHWEGGER Heide Elke
PIRRO Nicolas	SCHLEINITZ Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	SEBAG Frédéric	XERRI Luc
POUGET Jean Surnombre	SEITZ Jean-François	
RACCAH Denis	SERRATRICE Jacques	
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	
REGIS Jean	SIMON Nicolas	
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
LAGIER Aude (MCU-PH)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)	
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)	ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laëtizia (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECCQ Véronique (MCU-PH)	CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) ENJALBERT Alain (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
ALBANESE Jacques (PU-PH) AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre BRUDER Nicolas (PU-PH) KERBAUL François (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre MICHEL Fabrice (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH) PAUT Olivier (PU-PH)	BUFFAT Christophe (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH) VELLY Lionel (MCU-PH)	

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Sumombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Sumombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Sumombre

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHES Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELL Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

Mis à jour 16/11/2016

	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603
	LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503	BARTOLI Christophe (MCU-PH) BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)
BROUQUI Philippe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH) MILLION Matthieu (MCU-PH)	
	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301	BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) DELARQUE Alain (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)
BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH) SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité EBBO Mikael (MCU-PH) GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602 BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH) BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)
	NEPHROLOGIE 5203
	BERLAND Yvon (PU-PH) BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphane (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) MOAL Valérie (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)
NUTRITION 4404	NEUROCHIRURGIE 4902
DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH) ATLAN Catherine (MCU-PH) BELIARD Sophie (MCU-PH) MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)	DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH) CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU-PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
OPHTALMOLOGIE 5502	
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	
	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Anaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
	PHILOSOPHIE 17
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

Mis à jour 16/11/2016

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick, membre des urgences de la Timone 2 à Marseille :

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici le témoignage de ma plus profonde reconnaissance.

Madame le Professeur PELISSIER-ALICOT Anne Laure, membre du service de médecine légale de la Timone à Marseille :

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assurée de mon profond respect.

Monsieur le Docteur-Maître de Conférence Universitaire BARTOLI Christophe, chef de service de médecine pénitencière de Marseille et membre du service de médecine légale de la Timone :

Vous avez accepté avec gentillesse de juger cette thèse, veuillez croire en ma respectueuse gratitude.

Madame le Docteur PABST Louise, médecin urgentiste au Centre Hospitalier des Escartons à Briançon :

Un grand merci de diriger ce travail de thèse. J'ai pris autant de plaisir à le réaliser qu'à me former à tes côtés, dans cette seconde famille que constituent les urgences de la plus haute ville de France.

A mes parents :

Merci de m'avoir offert ce socle familial solide et si important dont un enfant a besoin ; de m'avoir inculqué le respect des gens, le plaisir des choses simples et le goût du travail.

Vous m'avez offert le plus beau des cadeaux : celui de faire le métier de mes rêves, celui pour lequel je me lèverai tous les jours avec plaisir, celui qui à une époque toujours plus matérialiste garde une approche humaine. La réussite de ces longues et difficiles études c'est aussi et surtout la vôtre. Je vous aime.

A mes grands-parents Bernard et Christiane :

Je vous remercie pour l'amour que vous m'avez toujours donné et la passion des jeux de cartes que vous m'avez transmise. Pépé, à 96 ans, il serait souhaitable d'arrêter de tricher !

A ma grand-mère Paulette, qui m'a toujours soutenu et donné plein d'amour. Je ne te battraï probablement jamais à la belote et comprendrai encore moins ta façon de compter les points (« 80 et 20 qui font 10 donc 130 »).

Quand tu nous gardais le mercredi après-midi avec Jérémy, tu ne te doutais sûrement pas que tu avais deux futurs médecins !

A mon confrère, mon cousin et grand frère de coeur Jérémy, avec qui j'ai tout partagé : les joies de la Playstation (2ème mondial à FIFA pendant l'internat), les interminables sessions de foot ou de hockey du mercredi après-midi, les punitions et j'en passe. Prends soin de tes magnifiques dames Sophie et Yéléna.

Mille mercis mon Jérémy.

A ma tante et marraine Armelle, qui a toujours su avoir une attention ou un message de réconfort au moment opportun.

A mon parrain Marc, qui doit être fier de moi de là-haut.

A mes oncles et tantes en or, en particulier Marie-Yvonne et Maurice qui m'ont soutenu dans ce dur travail.

A toute ma grande et magnifique famille, qui m'apporte du bonheur au quotidien.

A ma belle famille, qui est la plus accueillante et gentille qui soit (en dehors du fait de supporter le mauvais Olympique...).

Aux Débiles : faire les études de médecine à vos côtés a été intense. Dame Alienor princesse de la Cryde, Benoît dit Clepto, Jean-chir l'orthopédiste, Benjam le toulonnais intelligent, Pitou le Hitou, Thibaut l'épicier, Nicoleuberre, Rwanito l'armurier, Viet le différent : on forme une belle bande de bras cassés. Je vous souhaite le meilleur mais surtout le pire.

A mes anciens co-internes : Valerian le professeur, Florian le génie, Thomas le martégai, Eva Bardot, Sheldon Strauss.

A l'excellent service de Pneumologie de Gap qui m'a initié aux joutes médicales : Dr Thomas, Dr Fico, Dr Nussbaum, Ludo le chinois, Alexa directrice des pistes du Dévoluy, Séverine Maman Cafard, Aurélia Mange Moi Les, Dame Béatrice, Colette la champsaurine libre.

A mes colocataires Alice, Clémence et Richard.

A mon ami Farouba, le plus grand aventurier qui soit.

Aux amis Lillois que je vais rejoindre sous peu : merci pour votre accueil chaleureux. Je ne pleurerai pas deux fois, comme le dit le dicton, puisque c'est avec un immense plaisir que je vous rejoins.

A Mehdi, merci pour tout ce que tu as pu faire pour moi. Tu es une personne de valeur, remplie de générosité. Tu me manqueras dans le Nord. Je te dois beaucoup et tu le sais.

A Julien Bertolino, merci pour ton soutien tout au long de mes études. Comme Jérémy, tu m'as beaucoup apporté, notamment durant le semestre au CHU. Ton calme, digne d'un Roger Federer, m'a beaucoup apaisé. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec Solène et Adam !

A Jana-georgina, ma chère corse et allemande, ton nom reflète bien ta personnalité : UNIQUE. Te compter parmi mes proches est un réel privilège. Je te souhaite le meilleur dans le deuxième plus bel endroit au monde: la Corse (après les Hautes-Alpes évidemment).

A Bérénice, ma douce et tendre lyonnaise, tu remplis ma vie de bonheur. Bien que m'éloignant de la famille et des montagnes qui me sont si chères, j'ai hâte de te rejoindre dans le Nord. Tu me comprends, me complètes, m'écoutes et fais surtout de moi un homme meilleur. J'espère être à la hauteur de ton amour, pour longtemps. Je t'aime.

« Les mystères de l'alpinisme sont aussi
impénétrables à ses pratiquants qu'à ceux
qui ne mettent jamais les pieds en
montagne »

Jean-Christophe Lafaille, alpiniste gapençais (1965-2006)

I) Introduction	41
II) Définitions	42
A) Cadre légal	42
B) Droit	42
C) Risque juridique	42
D) Plainte	43
E) Médecine générale	44
III) Historique de la responsabilité médicale	45
A) Babylone voit la naissance du concept de «responsabilité médicale»	45
B) Le caractère sacré de la médecine durant l’Egypte antique	46
C) La Grèce Antique, le berceau de la responsabilité médicale moderne	46
D) Sous l’Empire Romain : l’apparition du principe de causalité	47
E) Au moyen âge : la volonté divine ne peut être contestée	48
F) Au XVII ème siècle	48
G) Post révolution : la disparition de l’immunité médicale	48
H) Jurisprudences du XIX ème siècle régissant la responsabilité médicale	49
I) De la relation contractuelle à la loi Kouchner : raisons de l’évolution	52
J) Loi Kouchner ou loi du 4 mars 2002	61
IV) Les responsabilités médicales actuelles du médecin généraliste	65
A) La responsabilité civile	65
B) La responsabilité ordinale	68
C) La responsabilité pénale	72
D) La responsabilité administrative	74
E) La conciliation ou voie non contentieuse	77
V) Pratique de la médecine générale	79
A) L’interrogatoire	79
B) L’examen physique	79
C) Les examens complémentaires	80
VI) La judiciarisation de la médecine : vers une médecine défensive ?	81
VII) Matériel et méthode	82
A) Bibliographie	82
B) Type d’enquête	82
C) Questionnaire	83
VIII) Résultats	84
IX) Discussion	94

A) Taux de réponses	94
B) Biais de l'étude	94
C) Représentativité du sexe de l'échantillon	95
D) Un système de santé français bien loin d'une «dérive à l'américaine»	95
E) Une perception erronée du risque judiciaire à l'origine de la médecine défensive?	97
F) Les antécédents de plainte(s) ne modifient pas les pratiques quotidiennes des médecins généralistes... dans l'étude.	98
G) La loi Kouchner : une loi dans l'ensemble connue, bien que très peu lue.	99
H) Les généralistes qui ont lu la loi Kouchner tracent mieux l'information délivrée aux patients dans le dossier, bien que ceux-ci ne leurs reprochent que rarement...	100
I) La lecture de la loi Kouchner ne modifie pas la pratique quotidienne des médecins généralistes	102
X) Conclusion	102
XI) Bibliographie	104

I) Introduction

On assiste, depuis plusieurs années, à une montée des débats publics autour de la «judiciarisation des soins».

Certains auteurs américains décrivent dès les années 70 le concept de «médecine défensive», pratique de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire, qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades. (1)

En France, un contexte post-guerre socio-économique favorable ainsi que plusieurs affaires de santé publique médiatisées, donnent naissance à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient.

Celle-ci fait apparaître deux séries de nouvelles dispositions : le droit général du patient à être informé sur son état de santé et les conditions d'accès à l'information médicale, notamment par le biais du dossier médical.

Ce cadre légal, qui est récent, n'est pas toujours connu des médecins généralistes. En 2005 dans la région Midi-Pyrénées, 62,5% des 300 généralistes interrogés connaissaient son contenu et seulement 14,71% l'avaient lu.

Cette même enquête mettait en évidence des prescriptions «défensives» d'examens complémentaires, d'avis spécialisés et de médicaments. (2)

La médecine défensive, en plus de ne pas considérer le patient comme point central de la relation de soins, est un système coûteux et non efficient d'après les données de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (3)

L'étude mettait également en avant le fait que les médecins disposant d'une bonne connaissance de la loi procédaient à des modifications du dossier médical, mesure qui semblait la plus adaptée à cette nouvelle situation juridique.

L'impact de l'intervention de la justice et du cadre légal sur les pratiques médicales reste cependant peu exploré.

L'objectif principal de cette étude est donc de décrire la perception du cadre légal des droits des patients et du risque judiciaire pour appréhender leur impact dans la pratique des médecins généralistes à un niveau départemental : celui des Bouches-du-Rhône.

II) Définitions

A) Cadre légal

Lois et décrets qui entourent quelque chose. (4)

Le mot loi est un terme générique pour désigner une règle, une norme, une prescription ou une obligation, générale et permanente, qui émane d'une autorité souveraine et qui s'impose à tous les individus d'une société.

Son non-respect est sanctionné par la force publique.

Par extension, la loi est l'ensemble des lois. Elle est la principale source du droit.

En France, une loi est un texte promulgué par le Président de la République, soit sur proposition des parlementaires (députés ou sénateurs), soit à partir d'un projet déposé par le gouvernement. (5)

Un décret est un acte réglementaire ou individuel pris par le président de la République, par le Premier ministre, ou conjointement par ces deux autorités, en vertu de leur pouvoir réglementaire. (6)

B) Droit

Le droit est défini comme l'ensemble des règles qui régissent la conduite de l'homme en société, les rapports sociaux, ou de façon plus complète l'ensemble des règles imposées aux membres d'une société, pour que leurs rapports sociaux échappent à l'arbitraire et à la violence des individus et soient conformes à l'éthique dominante. (7)

C) Risque juridique

Le risque juridique est un type de risque lié au droit, à l'absence ou à un trop-plein de règles applicables, à son éventuelle mauvaise conception, à sa méconnaissance ou à la difficulté de son interprétation, ainsi qu'à la mauvaise volonté dans l'application d'une loi.

Le référentiel juridique concerné est naturellement l'ensemble des dispositions légales internationales, européennes si elles ont un effet direct, françaises mais également la jurisprudence, qui précise la portée des dispositions précitées, ainsi que les normes professionnelles, sectorielles, déontologiques. (8)

D) Plainte

La plainte est l'acte par lequel une personne qui s'estime victime d'une infraction en informe la justice.

La plainte peut être déposée contre une personne physique précise, morale (une entreprise ou une association) ou inconnue : la plainte sera alors déposée contre X.

Le dépôt de plainte peut se faire dans un commissariat de police, une brigade de gendarmerie ou directement auprès du procureur.

Elle permet de demander des sanctions (prison et/ou amende) contre l'auteur des faits.

Le plaignant dispose de délais au-delà desquels il ne peut plus porter plainte. On parle de délais de prescription.

Sauf situation particulière, ces délais sont les suivants :

- 1 an pour les contraventions
- 3 ans pour les délits (vols, coups et blessures, escroquerie)
- 10 ans pour les crimes

Ces délais commencent en principe à partir du jour de la commission de l'infraction.

Ils sont augmentés pour certains délits ou crimes commis sur un mineur et peuvent ne courir qu'à partir de la majorité de la victime.

Par exemple, une victime d'un viol sur mineur peut porter plainte jusqu'à ses 38 ans. (9)

E) Médecine générale

La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques.

C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

De façon efficiente, elle utilise les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

La médecine générale s'occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie, et non d'une pathologie impersonnelle ou d'un «cas».

Le patient est le point de départ du processus. Il est aussi important de comprendre comment le patient fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même.

Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée.

La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique.

La médecine générale a la responsabilité d'assurer des soins continus longitudinaux et de gérer simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires et intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies.

Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

La discipline doit reconnaître toutes ces dimensions simultanément et accorder à chacune une importance adéquate. (10)

III) Historique de la responsabilité médicale

A) Babylone voit la naissance du concept de «responsabilité médicale»

Les premières dispositions relatives à la réparation d'un fait dommageable à la suite d'un acte médical sont rapportées dans le Code d'Hammourabi.

Il est constitué de 282 lois.

Huit articles du code concernent la médecine :

- L'article 215 pose le principe du contrat médical : «Si un médecin pratique une grande incision avec un bistouri, ou s'il ouvre une taie avec un bistouri et sauve l'œil, il doit recevoir dix shekels d'argent».

- L'article 218 traite de la responsabilité du médecin: «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».

Sont prescrites une mutilation si c'est un notable et une amende ou une compensation pour les autres groupes sociaux. (11)

B) Le caractère sacré de la médecine durant l'Égypte antique

Les malades sont exposés en place publique et les passants qui ont guéri de mêmes maux doivent aider de leurs conseils ceux qui souffrent.

Les malades ont l'obligation de venir, après leur guérison, inscrire le nom ou la formule des remèdes qui les ont soulagés dans des Temples dédiés.

On parle de registres salutaires, accessibles à la libre consultation de chacun.

Ces traitements sont codifiés et doivent être appliqués sous peine de mort.

La responsabilité médicale s'impose donc comme une règle d'ordre public. Le médecin demeure à l'abri de toute sanction s'il respecte ces règles et ces codes.

S'il les viole, et quelque soit l'issue de la maladie, il encourt des peines sévères qui peuvent aller jusqu'à la mort. (12)

C) La Grèce Antique, le berceau de la responsabilité médicale moderne

La médecine hippocratique repose sur un trépied :

- l'observation et le raisonnement (qui écartent les considérations religieuses)
- le cadre théorique (théorie des humeurs, anatomie, alimentation et développement)
- la déontologie (les médecins hippocratiques soignent tous les malades, les personnes libres comme les esclaves, les riches comme les pauvres, les hommes comme les femmes, les citoyens comme les étrangers)

Une certaine irresponsabilité était admise si le caractère involontaire du dommage était retenu.

Le serment d'Hippocrate va être la base de la responsabilité médicale moderne.

On y retrouve déjà la notion de secret médical. (13)

D) Sous l'Empire Romain : l'apparition du principe de causalité

A Rome, l'art de guérir est abandonné aux esclaves et aux étrangers, pour la plupart d'origine grecque. Socialement disqualifiés, les médecins commencent par être plutôt maltraités.

Graduellement la médecine gagne pourtant le droit de cité dans la société romaine, leur conférant petit à petit une certaine impunité.

La Lex Aquilia, vers 225 avant J-C, prévoit des peines applicables au médecin, mais seulement dans les hypothèses où il aurait commis une faute lourde (culpa gravis).

La responsabilité du médecin n'est donc pas automatique, puisqu'il appartient à la victime d'apporter la preuve que le médecin a effectivement manqué gravement à ses devoirs.

En 81 avant J.C, la Lex Cornelia de sicariis et veneficis, qui concerne les condamnations des meurtriers et des empoisonneurs, à connotation pénale, stipule que : «est tenu de la loi Cornelia, celui qui a tué un homme libre ou esclave ; celui qui, dans l'intention de donner la mort, a confectionné et vendu du poison ; celui qui a blessé dans l'intention de tuer ; celui qui a vendu au public des médicaments dangereux, ou en a conservé dans des intentions homicides».

Les médecins étaient généralement exempts de poursuites judiciaires pour leurs erreurs.

Il apparaît ici la notion du principe du lien de causalité : si le médecin est jugé coupable d'une faute grave et que la victime apporte la preuve d'un manquement du médecin à ses obligations, ce dernier devra répondre de ses actes devant la justice.

On retrouve chez les romains l'origine que la preuve de la faute doit être apportée par le plaignant. (13)

E) Au moyen âge : la volonté divine ne peut être contestée

La première période du Moyen Age connaît un statut particulier du médecin relevant du clergé ; les manifestations de la volonté divine ne peuvent être contestées. La guérison est l'œuvre de Dieu et la maladie est une punition divine.

F) Au XVII^{ème} siècle

Le premier pas est la redécouverte du droit Romain, mais les arrêts conservés de l'ancien régime montrent de grandes hésitations de la jurisprudence, avec des décisions hasardeuses et contradictoires liées à la grande difficulté d'établir un lien causal.

Le médecin ne touche pas le patient, ne l'examine que très peu.

Il est également important de noter que les procès de cette époque ne portent quasiment que sur la question de la réparation pécuniaire, et qu'une sanction répressive est rare.

Molière, dans son théâtre, est là pour rappeler la consécration d'une certaine irresponsabilité du corps médical : «c'est le métier le meilleur de tous ; la méchante besogne ne retombe jamais sur notre dos, et nous taillons comme il nous plaît sur l'étoffe où nous travaillons. Un cordonnier, en faisant des souliers, ne pourrait gâter un morceau de cuir, qu'il n'en paye les pots cassés ; mais ici l'on peut gâter un homme sans qu'il n'en coûte rien».

G) Post révolution : la disparition de l'immunité médicale

L'application du Code Napoléon (ou code civil) permet, à partir des années 1820, d'évoquer la responsabilité médicale sur des bases clairement définies.

Au XIX^e siècle la responsabilité des médecins est délictuelle, fondée sur les articles 1382 et 1383 du Code Civil.

Elle nécessite la preuve d'une faute, d'un dommage, et d'une relation entre le dommage et la faute.

Article 1382 : «Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.»

Article 1383 : «Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.»

La responsabilité civile extra-contractuelle (délictuelle ou quasi délictuelle) est ainsi reconnue pour le médecin auquel on peut désormais opposer les articles 1382 et 1383 du code civil.

H) Jurisprudences du XIX ème siècle régissant la responsabilité médicale

1- Affaire du Docteur Hélié (1825) : le législateur s'oppose à l'Académie de Médecine

Au cours d'un accouchement difficile, le Docteur Hélié crût ne pouvoir mieux faire que d'amputer les deux bras de l'enfant Foucault, le croyant mort, pour sauver la mère. Cependant l'enfant n'était pas mort et en sorti mutilé.

Le 16 mars 1832, accusé de n'avoir pu préserver l'intégrité physique, le Dr Hélié fût condamné à payer à l'enfant à partir du jour de la demande, une rente viagère et alimentaire de 100 francs par an, jusqu'à ce que ledit enfant Foucault eût atteint l'âge de 10 ans, puis de 200 francs par an pendant tout le restant de sa vie.

Il devient le 1er cas où le législateur va à l'encontre de l'Académie de Médecine. (14)

2- Affaire du Docteur Thouret-Nauroy (1835) : la consécration de la responsabilité délictuelle du médecin

Censé réaliser une saignée, le Dr Thouret-Nauroy avait, par maladresse, sectionné l'artère humérale de son patient. S'ensuivit une gangrène, qui nécessita une amputation.

Le patient intenta une action au niveau du tribunal d'Evreux qui condamna en première instance le médecin ; le jugement fut confirmé par la Cour d'Appel de Rouen.

Le corps médical français s'émut en rédigeant un mémoire sur la responsabilité dont les conclusions étaient les suivantes : «le médecin ne reconnaît pour juge, après Dieu, que ses pairs, et n'accepte point d'autre responsabilité que celle, toute morale, de la conscience».

La Cour de Cassation admit le 18 juin que les «questions scientifiques ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile».

Cet arrêt demeure pendant un siècle la référence en matière de responsabilité civile médicale : «du moment que les faits reprochés au médecin sortent de la clause 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 ne devrait nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte». (14)

3- Affaire du Docteur Laporte : la création d'une assurance civile professionnelle

A la suite d'un accouchement, le Docteur Laporte, a été condamné à une peine d'emprisonnement par le Tribunal de Grande Instance de Paris.

Le rapport des experts lui reprochait «une impéritie notoire et l'absence d'appel à un confrère plus compétent» ; il sera relaxé par la cour d'appel de Paris.

Les suites judiciaires furent marquées par la création d'une société d'assurances du corps médical (Sou médical en 1897), suivie secondairement de la MACSF en 1935.

L'une des difficultés majeures rencontrées par les victimes d'accidents médicaux résidait dans le fait de constater puis de prouver la faute médicale dans un délai de 3 ans, délai de prescription de la responsabilité civile extra-contractuelle. (14)

4- L'arrêt Mercier : la contractualisation de la relation malade

Mme Mercier, atteinte d'une affection nasale, s'adressa au Dr Nicolas radiologue qui lui proposa un traitement par rayons X.

Par la suite, elle développa une radiodermite de la face pour laquelle elle réclama des dommages et intérêts au radiologue pour ne pas avoir utilisé des précautions minimales. (15)

Le 20 mai 1936, dans l'arrêt Mercier, la Cour de Cassation pose le principe selon lequel : "il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien, l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ». (16)

Cet arrêt instaure une responsabilité médicale contractuelle.

Celui-ci est tacite et contraint le médecin à une obligation de moyens et non de résultats.

Ce contrat n'existe pas lorsque l'un des deux protagonistes n'a pas capacité de contracter (mineur, état comateux) ou n'est pas licite (euthanasie).

Cette responsabilité est basée sur les articles 1137 et 1147 du code civil.

L'arrêt impose de dispenser des soins «conformes aux données acquises de la science».

Le délai de prescription est porté à 30 ans (en plus des années mineures).

Le 28 juin 1960, le terme «données acquises» sera abandonné au profit de «données actuelles», suite à un arrêt de la Cour de Cassation, pour affirmer l'obligation des médecins «d'entretenir et perfectionner leurs connaissances».

I) De la relation contractuelle à la loi Kouchner : raisons de l'évolution

1- Les progrès techniques

De multiples innovations marquent le XXème siècle, caractérisé par la maîtrise de l'information et de la communication grâce à l'électronique et à l'informatique (invention du transistor en 1948, du microprocesseur en 1970).

Dans tous les secteurs, les progrès techniques se multiplient, particulièrement dans la physique (énergie nucléaire), dans la biologie (découverte de l'ADN, de la structure du vivant en 1953) et dans la chimie organique (matières plastiques, fibres synthétiques, colorants, détergents, médicaments, insecticides).

La conquête spatiale illustre la synergie qui caractérise ce passage à un nouveau système technique : la chimie des carburants, la métallurgie des alliages à haute résistance, la puissance de calcul des systèmes de guidage sont tous ensemble nécessaires pour conquérir l'espace (premier satellite soviétique Spoutnik en 1957, premier homme sur la Lune en 1969).

Toutes ces innovations bouleversent la vie quotidienne des populations occidentales, qui entrent dans la "société de consommation" accouchée par la longue croissance économique des Trentes Glorieuses (1945-1975).

De multiples découvertes vont avoir lieu, tant sur le plan pharmacologique (les corticoïdes en 1946, la pénicilline en 1928, l'insuline en 1921, la pilule contraceptive en 1956), biologique (l'ADN en 1953), radiologique (l'échographie en 1950, la tomодensitométrie en 1971, l'imagerie par résonance magnétique en 1977), chirurgicale (en 1967 est réalisée la première transplantation cardiaque), anesthésique ainsi qu'en cancérologie (chimiothérapie et radiothérapie).

Cette évolution technologique dans le champ de la médecine bouleverse les pratiques médicales.

La médecine basée sur le seul diagnostic clinique n'est plus.

Avec ces avancées, elle s'est renforcée de moyens paracliniques améliorant la prise en charge globale du patient.

La médecine est également de plus en plus spécialisée et de plus en plus précise.

On traite un organe plus que le patient. Les patients se sentent nécessairement plus sécurisés devant cette spécialisation car elle induit une meilleure connaissance de l'organe à soigner.

2- Les progrès socio-économiques

La prospérité s'est développée grâce aux avancées socio-économiques, et chacun aspire au confort et au bien-être.

En France, en une seule génération, la consommation des ménages a été multipliée par 2,7.

Pour la première fois, les Français échappent à la contrainte de l'alimentaire : alors qu'il représentait encore 50% des budgets populaires en 1950 (comme en 1913), cette part tombe à 25% en 1974.

Alors qu'un cinquième des ménages disposait d'une voiture en 1956, 57% en bénéficie en 1973. Pour le "carré d'as" : voiture, réfrigérateur, machine à laver le linge, télévision, alors que 2% seulement des Français en disposait en 1957, également 57% en bénéficie en 1973. (17)

En France, la sécurité sociale a été définie juste après la Seconde Guerre mondiale, par le Conseil National de la Résistance.

Selon l'ordonnance du 4 octobre 1945 Article 1er : «Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent.»

Le patient des années 1970 n'est plus le même que celui des années 1930.

Le rapport paternaliste n'est donc plus approprié à une population qui s'informe, qui a besoin de comprendre et qui veut être actrice de sa santé.

3- Les scandales de santé publique qui ébranlent l'opinion publique

L'amiante

Ce matériau hautement cancérigène a été massivement utilisé en France dans le secteur du bâtiment après la Seconde guerre mondiale et jusqu'à son interdiction en 1997 par le président Jacques Chirac.

Le scandale de l'amiante a obligé les pouvoirs publics à engager de coûteux chantiers de désamiantage des bâtiments publics.

Le coût n'est pas supporté par les industriels de l'amiante, mais par la collectivité publique.

Le terme scandale se réfère notamment au délai de réaction des pouvoirs publics, confrontés aux enjeux économiques liés aux industries de l'amiante, entre les premières certitudes irréfutables (1945) et la prise des premières décisions adéquates (1977-78).

Selon un rapport du Sénat de 2005, l'attentisme des industriels et de l'État est aujourd'hui à l'origine de 35 000 décès entre 1965 et 1995, et à 100 000 d'ici à 2025.

En 2000, le tribunal administratif de Marseille juge l'État «responsable des conséquences dommageables du décès» de quatre personnes contaminées.

C'est alors la première fois que l'État est directement mis en cause. (18,19,20)

Le scandale du Distilbène

A partir de 1938, le Distilbène, une hormone de synthèse, est prescrite à des millions de femmes enceintes à travers le monde pour prévenir les fausses couches.

Dès 1953, son inefficacité est démontrée et, en 1971, de graves malformations chez les enfants de mères traitées sont formellement attribuées à cette hormone.

Chez les filles, dès la puberté, ont été rapportées des malformations génitales plus ou moins typiques, des risques augmentés de cancer du vagin et de l'utérus (adénocarcinome à cellules claires), et de nombreux cas de stérilité.

Chez les garçons, les effets sont moins visibles, mais il a été rapporté des cas de sténose de l'urètre, des kystes de l'épididyme, des malformations de l'urètre, des cryptorchidies et des cas d'hypotrophie testiculaire. (21)

La Food and Drug Administration (Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux) interdit sa prescription à partir 1971.

Ce n'est qu'en 1977 que le produit est retiré du marché français.

Le Chlordécone

Pendant vingt ans, de 1973 à 1993, le chlordécone, un insecticide, a été utilisé en Martinique et en Guadeloupe pour lutter contre un parasite : le charançon de la banane.

Une étude, publiée dans le Journal of Clinical Oncology, et menée entre 2004 et 2007 par Pascal Blanchet du CHU de Pointe-à-Pitre et le Dr Luc Multigner de l'INSERM, confirme que l'insecticide est responsable d'un accroissement significatif du risque de cancer de la prostate. Leurs conclusions montrent que les hommes exposés ont 80 % plus de risque de développer ce type de cancer. (22)

Le produit a été retiré dès 1976 aux Etats-Unis.

Il a été interdit en 1990 en France métropolitaine, mais grâce aux dérogations successives obtenues par les producteurs de banane et par les parlementaires, il n'a été effectivement interdit qu'en 1993 dans les Antilles françaises. (23)

Les conséquences de son utilisation aux Antilles françaises jusqu'en 1993 ont fait la une des médias français en septembre 2007.

L'hormone de croissance

L'association France-Hypophyse a distribué à des enfants atteints de troubles de croissance, sans contrôle ni sélection entre 1980 et 1988, l'hormone fabriquée à partir d'hypophyses prélevées sur des cadavres humains et bovins par le laboratoire Uria de l'Institut Pasteur.

Le premier problème grave identifié, est venu d'une production d'hormone de croissance par extraction d'hypophyses de cadavres bovins, qui a causé un certain nombre de contaminations par des virus prions pathogènes, et occasionné des maladies de Creutzfeldt-Jakob mortelles.

En 1985, alors que les premiers cas sont signalés par des publications scientifiques aux États-Unis, la France prétend avoir éliminé tout risque de transmission de la maladie. Or, en 1985, des cas atypiques de maladie de Creutzfeldt-Jakob se déclarent chez des individus qui ont bénéficié, dix à quinze ans auparavant, de traitement hormonal à base de prélèvements chez des personnes décédées.

Se fondant sur l'hypothèse que les prions infectieux responsables de la maladie venaient de ces prélèvements, on retire du marché les produits correspondants.

La même année, l'hormone de croissance synthétique remplace ces médicaments aux États-Unis et dans d'autres pays.

Depuis les années 1980, 125 personnes sont mortes de la maladie de Creutzfeldt-Jacob après avoir suivi un traitement pour favoriser leur croissance. (24)

Il faut pourtant attendre le 2 décembre 1991 pour que la justice soit saisie en France. Le 25 janvier 2016, le procès de l'hormone de croissance relaxe les deux derniers inculpés. (25)

L'isoméride

Mis sur le marché en novembre 1985 pour lutter contre l'obésité, ce médicament anorexigène est commercialisé par les laboratoires Servier jusqu'en 1997 et auquel plus de 7 millions de Français ont eu recours, est la cause de complications pulmonaires et cardiaques gravissimes.

L'isoméride sera retiré de la vente en France en septembre 1997 après la découverte de cas d'hypertension artérielle pulmonaire, dès 1995, et d'anomalies des valves cardiaques, en juillet 1997. Il serait responsable d'au moins 500 décès . (26,27,28,29)

Le sang contaminé

En avril 1991, la journaliste Anne-Marie Casteret publie dans l'hebdomadaire «L'Événement» un article, prouvant que le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a sciemment distribué à des hémophiles, de 1984 à la fin de l'année 1985, des produits sanguins dont certains étaient contaminés par le VIH.

L'ancien Premier ministre Laurent Fabius et les anciens ministres Georgina Dufoix et Edmond Hervé comparaissent du 9 février au 2 mars 1999 devant la Cour de justice de la République pour "homicide involontaire".

Mais, en 2003, les dernières procédures s'achèvent avec la relaxe générale de tous les politiques et médecins poursuivis depuis 1994. (30,31)

5- Les remaniements jurisprudentiels des années 90

L'arrêt Hedreul : le renversement de la charge de la preuve d'information

Mr X décide d'engager la responsabilité de son médecin, car celui-ci ne lui aurait pas mentionné les éventuelles complications d'une coloscopie (laquelle s'est compliquée d'une perforation colique).

Cet arrêt renverse la charge de la preuve : le médecin, tenu d'une obligation d'information, doit désormais prouver qu'il a informé son patient des risques graves encourus.

Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation.

Le but étant de permettre au patient d'exercer son libre arbitre. (32)

14 Octobre 1997 : l'absence d'obligation de formaliser l'information délivrée

Mme Genevieve X décède en 1983 d'une embolie gazeuse, au cours d'une coelioscopie, réalisée dans le cadre d'un bilan d'infertilité.

Le mari et le fils de la défunte engagent une procédure judiciaire contre le gynécologue pour défaut d'information sur les complications du geste réalisé.

«Mais attendu que s'il est exact que le médecin a la charge de prouver qu'il a bien donné à son patient une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations ou soins qu'il lui propose de façon à lui permettre d'y donner un consentement ou un refus éclairé, et si ce devoir d'information pèse aussi bien sur le médecin prescripteur que sur celui qui réalise la prescription, la preuve de cette information peut être faite par tous moyens».

Ceci exclut l'obligation d'un document écrit.

Ils ont été débouté devant les éléments suivants : le métier de Mme X (laborantine titulaire dans le centre hospitalier où avait eu lieu la coelioscopie), le nombre de consultations avec son médecin, le temps de réflexion très long et la manifestation de l'hésitation et de l'anxiété avant l'opération (conscience du risque du geste).

Devant la nécessité de s'adapter à la jurisprudence, tout en préservant le secret médical, les médecins annotent dans les dossiers médicaux l'information délivrée ou remettent des feuilles de consentement à signer avant une intervention. (33)

7 Octobre 1998 : l'obligation d'information sur les risques exceptionnels mais graves

Dans un contexte post opératoire de chirurgie du rachis, mme X est victime d'une thrombose du sinus caverneux entraînant une cécité.

Celle-ci engage la responsabilité du médecin.

La Cour estime que «l'arrêt énonce que l'information que doit donner le praticien n'est exigée que pour des risques normalement prévisibles, qu'en l'espèce, la complication de thrombophlébite du sinus caverneux bien que connue est très rare ; qu'il en déduit que le chirurgien n'avait pas à en avertir Mme X... »

De cette jurisprudence en ressort l'obligation d'information en cas de risques rares mais graves. Jusqu'alors, cette obligation portait sur les risques normalement prévisibles.

Ainsi cet arrêt impose l'obligation d'information étendue en cas de risques graves même exceptionnels.

Cette jurisprudence sera reprise pour l'essentiel dans la loi du 4 Mars 2002. (34)

Novembre 2001 : l'arrêt Perruche introduit le droit à un enfant né handicapé d'obtenir la réparation du préjudice lié au défaut de diagnostic durant la grossesse

En 1982, Mme Perruche, qui est enceinte, présente, comme sa fille de quatre ans, des symptômes faisant penser à une rubéole.

Le médecin fait procéder à des tests sanguins, mais suite à une erreur du laboratoire, elle est considérée comme immunisée contre l'infection.

Elle poursuit donc sa grossesse alors qu'elle avait indiqué à son médecin qu'en cas de résultats positifs aux tests elle souhaitait procéder à une interruption médicale de grossesse.

Quelques mois après la naissance, le 13 janvier 1983, l'enfant présente des symptômes qu'un expert attribue à la rubéole non détectée : de graves troubles neurologiques et visuels, surdité, et une cardiopathie.

La famille débute alors une procédure visant à engager la responsabilité du médecin et du laboratoire.

Le 13 janvier 1992, le Tribunal d'Évry reconnaît qu'une faute a été commise et ordonne le versement d'indemnités.

Dans un arrêt du 17 décembre 1993, la Cour d'Appel de Paris confirme l'existence d'une faute et estime que le préjudice des parents doit donc être réparé mais conteste le préjudice pour l'enfant: «Les séquelles dont il est atteint ont pour seule cause la rubéole qui lui a été transmise in utero par la mère».

Le 16 mars 1996, l'arrêt de la Cour de Cassation annule le précédent jugement en ce qui concerne la décision prise à propos de l'enfant, estimant que les fautes médicales «sont génératrices du dommage subi par l'enfant du fait de la rubéole de sa mère».

La Cour d'Appel d'Orléans, par un arrêt du 5 février 1999, refuse d'indemniser l'enfant, retenant que l'enfant ne subit pas un préjudice dû aux fautes commises par les professionnels et indiquant qu'un être humain n'est pas titulaire du droit «de naître ou de ne pas naître, de vivre ou de ne pas vivre».

Le 17 novembre 2000, la Cour de Cassation, réunie en assemblée plénière, casse l'arrêt de la Cour d'Appel et renvoie l'affaire à la cour d'appel de Paris pour décider du montant des indemnisations.

Cet arrêt reconnaît le droit à un enfant né handicapé d'obtenir réparation du préjudice lié au défaut de diagnostic durant la grossesse.

Ce défaut ayant en outre privé les parents du choix de poursuivre ou d'interrompre la grossesse .

Cet arrêt a provoqué un tollé dans l'opinion publique et des commentaires parfois très critiques dans la doctrine juridique.

On reprochait à la Cour de cassation d'avoir considéré comme un préjudice le seul fait d'être né : en effet, selon les critiques, si le laboratoire n'avait pas commis cette faute, Nicolas Perruche ne serait pas né, puisqu'il y aurait eu une interruption volontaire de grossesse.

La seule conséquence de la faute du laboratoire était donc que Nicolas Perruche soit venu au monde, puisque les lésions qu'il avait subies ne pouvaient être évitées et n'étaient en tout état de cause pas les conséquences de la faute du laboratoire médical, qui n'avait commis qu'une erreur de diagnostic.

Des associations de défense des handicapés ont alors mené la fronde, estimant que cet arrêt affirmait que la vie des handicapés ne méritait pas d'être vécue. (35)

D'un côté, les patients sont de plus en plus revendicateurs de leurs droits. De l'autre, les médecins se sentent vulnérabilisés par leur responsabilité de plus en plus souvent remise en cause, dans un cadre légal assez flou et complexe (codes de déontologie, de santé et nombreuses jurisprudences).

Les cotisations de responsabilité civile professionnelle explosent et certains spécialistes délaissent des gestes jugés trop à risque (échographie obstétricale notamment).

Dans ce contexte, l'Etat français décide de réunir les Etats Généraux de la Santé, en 1998-1999, afin de clarifier et de réorganiser le droit à la Santé.

Le 13 décembre 2001, Jean-François Mattéi met à l'ordre du jour une nouvelle proposition de loi revenant sur la jurisprudence Perruche et instituant que «nul n'est recevable à demander une indemnisation du fait de sa naissance».

Le texte proposé par le gouvernement est le suivant:

- Alinéa 1: Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.
- Alinéa 2: La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué le handicap, l'a aggravé ou n'a pas permis de prendre les mesures pour l'atténuer.
- Alinéa 3: Lorsque le handicap, en raison de la faute, n'a pas été décelé pendant la grossesse, les parents peuvent demander une indemnité destinée à la personne handicapée, correspondant aux charges particulières découlant, tout au long de sa vie, de son handicap, déduction faite du montant des allocations et prestation, de quelque nature qu'elles soient, dont cette personne bénéficie au titre de la solidarité nationale ou de la sécurité sociale. Les organismes sociaux ne peuvent exercer de recours à l'encontre de l'auteur de la faute pour obtenir le remboursement des allocations et prestations versées.

Cet arrêt sera en partie à l'origine de la Loi Kouchner dite loi « anti-perruche ».

Le 10 janvier 2002, la proposition de loi de Mr Mattéi, amendée par le gouvernement et les députés, est finalement adoptée à la quasi-unanimité.

J) Loi Kouchner ou loi du 4 mars 2002

Il s'agit de l'affirmation des droits des malades dans le concept de «démocratie sanitaire».

Le patient se transforme en acteur, d'où la nécessité absolue d'information, de consentement, de co-décision, de participation active du malade à son traitement.

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relatives à l'information du patient font apparaître deux séries de dispositions relatives à l'information :

- les premières consacrent un droit général du patient à être informé sur son état de santé.
- les secondes définissent les conditions d'accès à l'information médicale, notamment par le biais du dossier médical.

1- Titre I: la solidarité envers les personnes handicapées

Toute personne handicapée, peu importe l'origine de son handicap (accident de la vie quotidienne, naissance, accident médical) a le droit :

- au respect
- à la solidarité de la société
- à une indemnité le temps de son handicap (temporaire ou permanent)

Article 1 Alinea 1

« Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.

La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer.

Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale. »

2- Titre II: la démocratie sanitaire

Chapitre I : «Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté»

Toute personne a le droit :

- à la protection de sa santé. Article L.1110-1 du Code de Santé Publique (CSP)
- au respect de sa dignité. Article L.1110-2 du CSP
- à l'égalité dans l'accès à la prévention ou aux soins. Article L.1110-3 du CSP
- à la confidentialité (secret professionnel) et au respect de la vie privée. Article L. 1110-4 du CSP
- de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Article L.1110-5 du CSP
- à l'information sur son état de santé pour donner un consentement libre et éclairé, les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Article L. 1111-2 du CSP
- de prendre, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Article L.1111-4 du CSP
- de nommer une personne de confiance en cas d'hospitalisation (qui prendra les décisions si nécessaire). Article L.1111-6 du CSP
- d'être informé sur son état de santé: toute personne a accès à l'ensemble des informations, concernant sa santé, détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, Article L.1111-7 du CSP.

Chapitre IV: Responsabilité des professionnels de santé

Tout membre du personnel médical :

- doit apporter la preuve de l'information. Article L.1111-2 du CSP.
- doit participer aux actions de prévention pour la santé publique ou pour un individu (si des informations n'ont pas été délivrées, les professionnels de santé ou leurs établissement peuvent être poursuivis). Article L.1413-13 du CSP.
- ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. Article L.1413-14 du CSP.
- qui a des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits, est tenu de les faire connaître au public lorsqu'il s'exprime lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits. Article L.4113-13 du CSP.

3- Titre III: la qualité du système de santé

La formation médicale continue est le point principal de ce titre.

Elle a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique.

Elle constitue une obligation pour tout médecin. Article L. 4133-1 du CSP.

4- Titre IV: la réparation des risques sanitaires

Le législateur a voulu mettre un terme aux disparités d'indemnisation des accidents médicaux existant entre juridictions civile et administrative.

Il rend l'assurance responsabilité civile professionnelle obligatoire pour tous les professionnels de santé. Article L1142-2 du CSP.

Dans chaque région, une Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé. Article L.1142-5 du CSP.

Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage. Article L.1142-28 du CSP. (36)

IV) Les responsabilités médicales actuelles du médecin généraliste

Il peut s'agir d'une responsabilité source de sanction (responsabilité pénale ou ordinale) ou d'indemnisation (responsabilité civile ou administrative).

A) La responsabilité civile

1- Délictuelle ou contractuelle

La responsabilité délictuelle est retenue lorsqu'une personne, de part son fait, a porté préjudice à une autre personne sans qu'aucun contrat ne soit établi entre elles .

Par exemple, un individu A renverse un individu B et lui cause un dommage (une jambe cassée). L'individu A engage sa responsabilité vis à vis de B et devra l'indemniser.

La responsabilité contractuelle est mise en jeu lorsqu'un contrat a été établi entre deux personnes et qu'un des contractants n'a pas rempli les obligations auxquelles il s'était engagé dans ce contrat.

Ils ne nécessitent pas forcément de formalisme et peuvent être oraux.

Depuis l'arrêt Mercier de 1936, la responsabilité médicale est de nature contractuelle. Le contrat est de nature civile, oral, conclu intuitu personae (en fonction de la personne) et synallagmatique (bilatéral avec obligations réciproques).

Le patient a obligation de payer les honoraires du médecin et de suivre ses prescriptions.

Les obligations du médecin ont été définies par la loi Kouchner.

Dans certaines situations, aucun contrat ne s'est formé entre le médecin et son patient et la responsabilité est régie selon les règles de la responsabilité délictuelle. Par exemple en l'absence de consentement du patient.

Pour que le contrat soit valable, il faut que les deux contractants soit capables et aient donné leur accord.

Ce n'est pas le cas lorsque les soins sont réalisés chez un patient inanimé, chez le mineur ou la personne handicapée.

Il faut également que l'objet du contrat (en l'occurrence, les soins apportés) soit licite. Si une personne pratique un exercice illégal, le contrat est lui-même illégal.

Depuis la loi du 4 mars 2002, le délai de prescription est de 10 ans dans le domaine médical.

2- Les obligations du médecin

Le devoir d'humanisme : le médecin doit respecter le secret professionnel et a obligation d'assistance à une personne en péril.

Le respect de la licéité de l'acte médical : le médecin peut porter atteinte à l'intégrité physique d'un patient car il le fait dans un but médical et avec le consentement du patient.

L'obligation de soins conformes aux données acquises de la science. Il s'agit d'une obligation de moyens.

Le devoir d'humanisme : le médecin a un devoir d'information, de recherche de consentement, de respect de la personne et de respect du secret médical.

3- Mise en œuvre de la responsabilité civile médicale

Il faut qu'une faute ait été commise, qu'un dommage en résulte et que le lien de causalité entre les deux soit prouvé.

Il s'agit de fautes contre l'humanisme, d'imprudence ou technique.

L'attitude du médecin sera considérée comme fautive en comparaison avec la conduite du « bon médecin » qui aurait, dans les mêmes circonstances, agit avec prudence en respectant les règles de l'art.

Tous les dommages sont reconnus : physiques et moraux.

La perte de chance est un dommage particulier : parfois, le médecin a commis une faute mais les experts ne savent pas si, même si le médecin avait agi conformément aux règles de l'art, la complication aurait été évitée.

Dans ce cas, les juges estiment que le patient a perdu une chance d'être guéri ou de ne pas avoir eu une complication. Le dommage indemnisé est alors la perte de chance et non pas le dommage physique (ou moral) lié à la complication.

Le lien causal doit être certain et direct.

C'est pourquoi, lors d'une perte de chance, il n'est pas possible d'indemniser le dommage physique lui-même.

4- La procédure

Le patient qui entame une procédure pour rechercher la responsabilité civile d'un médecin peut (si une transaction amiable n'a pas été recherchée ou obtenue) :

- soit utiliser la voie pénale de la constitution de partie civile.
- soit porter son action devant les juridictions civiles.

Dans le procès civil tout le fardeau de la recherche des preuves pèse sur le demandeur (sauf en matière d'information).

Les actions en responsabilité médicale relèvent le plus souvent de la compétence du Tribunal de Grande Instance.

Le recours sera possible devant une chambre civile de la Cour d'Appel.

Un pourvoi en cassation pourra être formé devant une chambre civile de la Cour de Cassation. (37)

B) La responsabilité ordinale

Le code de déontologie est composé de 112 articles regroupés en 5 axes (l'article 1er concerne le champ d'application du code) :

- Devoirs généraux du médecin (articles 2 à 31)
- Devoirs envers les patients (articles 32 à 55)
- Rapport des médecins entre eux et avec les autres membres des autres professions de santé (articles 56 à 68)
- Devoirs de l'exercice de la profession (articles 69 à 108)
- Dispositions diverses (articles 108 à 112)

Il figure dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112.

1- La responsabilité ordinale peut être engagée en cas d'erreurs ou de fautes :

- Article 9 (article R.4127-9 du Code de la Santé Publique) :

«Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.»

- Article 32 (article R.4127-32 du Code de la Santé Publique) :

«Dès lors qu'il accepte de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.»

- Article 33 (article R.4127-33 du Code de la Santé Publique) :

«Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.»

- Article 40 (article R.4127-40 du Code de la Santé Publique) :

« Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.»

- Article 71 (article R.4127-71 du Code de la Santé Publique) :

« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge.

Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans les conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.»

2- La responsabilité ordinale peut être engagée en cas du non respect du consentement libre et éclairé :

Dans le cas où le patient estime ne pas avoir été suffisamment informé sur le traitement ou l'intervention chirurgicale proposée, sur les suites normales et les complications éventuelles y compris les complications rares et exceptionnelles :

- Article 36 (article R.4127-36 du Code de la Santé Publique) :

«Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.»

- Article 41 (article R.4127-41 du Code de la Santé Publique) :

«Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement.»

3- Définition de la faute disciplinaire

Est une faute disciplinaire tout manquement aux règles de la déontologie médicale.

C'est la violation d'une règle morale, plus que d'une règle proprement juridique, qu'elle soit inscrite dans un texte, Code de Déontologie médicale par exemple, ou non.

Ces fautes ont en principe un rapport avec l'activité professionnelle, mais pas exclusivement, un acte de la vie privée pouvant porter atteinte à l'honneur ou à la moralité de la profession.

4- Sanctions disciplinaires

Les peines disciplinaires qui peuvent être appliquées en disposition de l'article L 4124-6 du Code de Santé Publique en première instance sont :

- l'avertissement
- le blâme
- l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions médicales, conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements reconnus d'utilité publique ou des fonctions médicales accomplies en application des lois sociales.
- l'interdiction temporaire d'exercer la médecine, cette interdiction ne pouvant excéder trois années.
- la radiation du tableau de l'Ordre

5- Procédure

Le patient peut déposer une plainte auprès du Conseil Départemental de l'Ordre (celui-ci ne possède aucun pouvoir disciplinaire).

Ce premier va tenter de concilier les parties mais doit transmettre la plainte, avec un avis motivé, au Conseil Régional de l'Ordre. Ce dernier ne peut être saisi directement par le patient.

Un conseiller régional établit alors un rapport au vu des pièces qui lui sont communiquées après avoir entendu les parties et les témoins.

La plainte est alors notifiée au médecin en cause. Ce dernier a accès au dossier, il est invité à produire un mémoire écrit en défense. Il peut se faire assister d'un confrère ou d'un avocat.

Il lui est imparti un délai de 15 jours pour répondre au contenu de la plainte et pour faire valoir ses droits.

Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin en cause ait été entendu ou appelé à comparaître.

Le Conseil national peut réformer ou annuler toutes les décisions du conseil régional.

(38)

C) La responsabilité pénale

1- Définition de la faute

La faute doit être constitutive d'une infraction dont la répression est prévue par le Code Pénal.

Il existe 3 catégories de fautes pénales de la moins grave à la plus grave : la contravention (jugée par un Tribunal de police), le délit (jugé par un Tribunal correctionnel) et le crime (jugé par une Cour d'assise).

Très peu sont spécifiques à l'exercice médical.

Parmi elles, on peut citer:

- la violation du secret professionnel (articles 226-13 et 226-14 du Code pénal) qui est un délit qui vise toute personne dépositaire obligée d'un secret.
- l'abstention de secours à personne en péril (article 223-6 alinéa 2).
- l'atteinte à l'intégrité corporelle.

L'exercice médical implique à chaque instant des atteintes volontaires à l'intégrité corporelle.

C'est en raison du but thérapeutique d'une part, du consentement du patient d'autre part - ces deux conditions devant être impérativement réunies - que le médecin peut impunément commettre ces atteintes volontaires au corps humain.

Dès que l'une de ces conditions manque, l'infraction est constituée : l'euthanasie est, en droit, un assassinat. Une intervention sans le consentement du patient est constitutive de coups et blessures volontaires.

Les atteintes involontaires à l'intégrité corporelle constituent la majeure partie des infractions reprochées aux médecins.

Il s'agit de l'homicide et des blessures causées par maladresse, imprudence, négligence ou inobservation des règlements (articles 221-6, 222-19, 222-20 du Code Pénal).

En matière pénale, les textes appliqués sont d'interprétation stricte, ce qui explique que le juge pénal ne peut ni faire appel à la présomption de faute, ni à la notion de perte de chance, ce que peut faire le juge civil.

2- Mise en oeuvre

En principe, l'initiative des poursuites appartient au Procureur de la République. Il décide des suites à donner aux plaintes, dénonciations, enquêtes de police.

Il peut classer sans suite, renvoyer directement l'auteur de l'infraction devant la juridiction de jugement, ou requérir l'ouverture d'une instruction confiée à un juge dédié.

Si l'affaire n'est pas classée sans suite, l'étape de l'instruction est la règle en matière médicale, compte tenu de la complexité habituelle des dossiers.

A l'issue de l'instruction, une ordonnance est rendue, soit de non-lieu, soit de renvoi devant la juridiction compétente.

Si l'instruction ne se clôt pas par un non-lieu, la juridiction de jugement aura à se prononcer sur la culpabilité du médecin mis en cause.

Si la relaxe est prononcée (absence de culpabilité), aucun dédommagement ne pourra être dû si une partie civile a été constituée.

Les infractions reprochées aux médecins relèvent habituellement du Tribunal Correctionnel, car elles constituent pour l'essentiel des délits.

Les jugements de ces juridictions sont susceptibles de recours devant la Cour d'Appel. L'appel suspend l'application du jugement. Un pourvoi devant la Cour de Cassation est possible, mais il ne s'agit pas d'un troisième examen de fond, seulement de la vérification de l'exacte application du droit compte tenu des faits établis par les juridictions précédentes.

La sanction est une peine de prison fixée par le Code Pénal.

D) La responsabilité administrative

Les règles de la responsabilité administrative sont autonomes par rapport aux règles de la responsabilité civile : un conflit opposant l'administration à un particulier ne peut être jugé que par un juge administratif.

Sur le plan indemnitaire, l'administration est responsable du fait de ses agents.

1- Définition de la faute médicale en matière de responsabilité administrative

Les règles de responsabilité administrative se sont élaborées petit à petit grâce à la jurisprudence administrative.

L'exercice médical n'est pas réglementé par le principe du contrat médical. En effet, le patient ne contracte pas avec le médecin, qui n'est qu'un agent du service public.

Cependant, la Loi hospitalière, pour définir les obligations du médecin, a repris les règles élaborées par le juge civil.

L'exercice médical doit être conforme aux règles de bonnes pratiques médicales et aux règles de déontologie.

Le médecin a obligation de donner des soins attentifs, conformes aux données actuelles de la science. Il a également un devoir d'humanisme : respect du consentement, nécessité d'apporter une information loyale et adaptée, respect du secret professionnel.

La loi hospitalière a également repris les missions du service public: «les établissements de santé publique assurent les examens de diagnostics, la surveillance et le traitement des malades, blessés et femmes enceintes».

Il faut toutefois signaler quelques particularités de la faute telle qu'elle est reconnue par le juge administratif.

Première particularité, la distinction de la faute lors d'un acte médical et de la faute dans les actes de soins et d'organisation du service.

Les actes médicaux sont formés par tous les actes réalisés par un médecin et les actes paramédicaux réalisés par un para-médical sous l'ordre d'un médecin.

Les actes de soins ou d'organisation du service sont tous les actes ne relevant pas d'actes techniques de diagnostic ou traitement.

Ces deux types de faute vont engager la responsabilité de l'administration.

Aujourd'hui la distinction n'est pas très importante mais il faut savoir qu'avant 1992, elle l'était puisque, pour engager la responsabilité de l'administration, il fallait une faute lourde en matière médicale (alors qu'une faute légère suffisait pour une faute de soins ou d'organisation du service).

Donc toute faute simple suffit maintenant à engager la responsabilité de l'administration : manquement aux obligations de service, blessures par imprudence, défaut de surveillance, retard de diagnostic ou traitement, défaut d'organisation du service.

Deuxième particularité du cadre administratif : la présomption de faute.

Le fondement principal reste celui de la faute (comme en matière civile). Il faut normalement une faute prouvée pour engager la responsabilité de l'hôpital.

Le juge administratif a cependant reconnu, dans certains domaines, une présomption de faute.

Ainsi, lorsqu'un dommage grave survient dans les suites d'un acte de soin courant, le patient n'a pas à prouver qu'il y a eu une faute, celle-ci est présumée.

Les complications après des vaccinations obligatoires, des troubles neurologiques secondaires aux anomalies de posture après une intervention chirurgicale ou encore les infections nosocomiales font l'objet d'une présomption de faute.

Troisième particularité : la responsabilité sans faute.

Dans certains domaines, le juge administratif a reconnu que la responsabilité de l'hôpital pouvait être engagée même en l'absence de faute.

Ceci a été initialement reconnu lors de dommages graves survenant après l'utilisation de nouvelles techniques.

Depuis 1994, l'arrêt Bianchi l'a reconnu à d'autres situations.

Plusieurs conditions doivent être remplies :

- un dommage d'une extrême gravité
- la réalisation d'un risque exceptionnel mais connu
- un risque sans rapport avec les prédispositions du patient ou l'évolution prévisible de sa maladie.

Pour exemple, dans l'affaire Bianchi, le patient était resté tétraplégique dans les suites d'une artériographie vertébrale.

Aucune faute n'avait été commise et il avait été reconnu que la complication était liée à une occlusion de l'artère vertébrale en rapport avec des troubles hémodynamiques, risque rarissime mais connu.

Dernière particularité : le défaut d'information.

2- L'indemnisation du dommage

L'hôpital est responsable sur le plan indemnitaire des fautes de ses agents, quelle que soit leur fonction, que la faute ait été réalisée lors d'actes de soins ou d'actes médicaux.

La seule exception est la faute détachable du service : lorsque la faute de l'agent hospitalier est commise en dehors de son service ou que cette faute est d'une extrême gravité, l'hôpital ne prend pas en charge l'indemnisation. L'agent engage alors sa responsabilité civile professionnelle .

Il est, dans ce cas, jugé par le juge civil.

La faute d'une extrême gravité n'est retenue que dans des cas extrêmes..

3- Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité

Comme en matière de responsabilité civile, la mise en œuvre de la responsabilité nécessite une faute, un dommage, et un lien de causalité entre les deux.

Le patient doit apporter la preuve de trois éléments (sauf en cas de présomption de faute ou d'une responsabilité sans faute). (39)

E) La conciliation ou voie non contentieuse

La loi Kouchner a créé des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation.

Ces commissions sont formées de magistrats, représentants des usagers, professionnels de santé, responsables d'établissements de santé et membres de l'office nationale d'indemnisation.

Elles ont deux fonctions : un rôle de règlement amiable et une mission de conciliation.

Tout patient qui s'estime victime d'un accident médical (après faute ou non du praticien) peut présenter une demande en vue d'indemnisation près des commissions régionales.

Cette procédure s'effectue en plusieurs étapes.

La demande du patient est adressée à la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation de sa région par lettre recommandée avec accusé de réception.

La commission procède alors à un examen de recevabilité.

Il faut que les faits soient postérieurs au 04 septembre 2001.

Ne sont recevables que les dossiers pour lesquels le dommage est important ou présente un caractère de gravité suffisant.

Les commissions vont donc souvent demander une expertise sur pièce (qui n'est pas obligatoire) afin de déterminer un seuil de gravité qui peut être : un dommage avec un taux d'Incapacité Permanente Partielle > 25 % ou une Incapacité Temporaire de Travail de plus de 6 mois sur des périodes consécutives ou des troubles d'une particulière gravité dans l'existence ou la nécessité de changer d'activité professionnelle.

Si la demande n'est pas recevable, la Commission peut proposer au patient une conciliation.

Si la demande est recevable, la commission diligente une deuxième expertise qui aura pour but de déterminer principalement deux éléments:

- le dommage est-il lié à une faute ou à une infection nosocomiale/ aléa thérapeutique ?
- l'évaluation du dommage : l'Incapacité Permanente Partielle, les souffrances endurées, le préjudice esthétique et le préjudice d'agrément.

Si la commission estime que le dommage relève de la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement (faute, infection nosocomiale avec IPP < 25%), elle renvoie le dossier vers l'assureur du responsable qui fait une offre d'indemnisation.

Si l'offre n'est pas acceptée par l'assureur, la commission renvoie les dossiers à l'office d'indemnisation qui se substitue à l'assureur et indemnise le patient (à charge pour elle de se faire ensuite indemniser par l'assureur ou le responsable).

Si la commission estime que le dommage relève de la solidarité nationale (aléa thérapeutique, infection nosocomiale avec IPP > 25%), elle renvoie vers l'office nationale d'indemnisation.

Cette possibilité pour le patient de saisir les commissions facilite son action.

En effet, il n'a pas à rechercher vers quelles juridictions se tourner. De plus, très souvent, la commission diligentera les expertises nécessaire pour prouver une éventuelle faute. Cependant, la voie judiciaire reste ouverte au patient.

Ainsi, il existe maintenant deux actions possibles pour le patient : la voir contentieuse (saisine du juge) ou la demande près des commissions.

Les commissions ne peuvent être saisies par les patients uniquement pour concilier les parties ou comme vu précédemment, lorsque le dossier a été jugé comme non recevable. (Schéma 1)

V) Pratique de la médecine générale

A) L'interrogatoire

La consultation d'un médecin généraliste est liée à une demande d'un malade, à laquelle il est censé répondre.

Il doit donc avant tout faire préciser cette demande, l'analyser, la discuter et soit y répondre, soit la dépasser, la faire évoluer, et, à partir d'elle, inciter le patient à envisager sa santé d'une autre façon.

Ceci doit se faire dans le cadre limité que constitue une consultation, avec possibilité de répétition des épisodes de soins.

Deux écueils guettent le médecin généraliste qui interroge son malade :

- Il peut être trop directif. Coupant la parole au patient, il le guide vers l'énoncé des éléments "utiles" au diagnostic. Il interdit à celui-ci de dire autre chose, qui est parfois le plus important, mais aussi le plus difficile à formuler.

- Il peut être trop laxiste. Laissant le malade s'égarer dans des détails ou des à-côtés, donnant autant d'attention au futile qu'à l'essentiel, il perd lui aussi le fil de la conversation, oubliant parfois avec son patient l'objet de la demande de consultation.

L'idéal est un entretien semi-directif, dans lequel le médecin laisse le patient s'exprimer tout en repérant dans son discours l'élément essentiel pour ensuite y revenir, le reformuler, le préciser.

B) L'examen physique

Le médecin généraliste dispose d'un temps limité pour l'examen physique d'un patient qui peut être réticent ou opposé à un examen différent de celui auquel, à tort ou à raison, il s'attend et auquel il s'est préparé.

L'examen doit être réalisé dans le lieu de visite ou de consultation qui n'offre pas toujours toutes les conditions nécessaires à sa bonne réalisation.

L'examen physique doit tenir compte :

- des rites de consultation : une consultation ne saurait se dérouler sans qu'on «prenne la tension» ou sans qu'on ausculte le cœur et/ou les poumons. Chez certains, il est indécent de les déshabiller, chez d'autres, ce sera le contraire.
- de l'acceptation ou du refus du patient : disponibilité du patient, respect de sa pudeur.
- des contraintes de temps : une consultation ne dure que 15 à 30 minutes.
- du stade de la démarche diagnostique du médecin.

L'examen physique en médecine générale constitue donc autant un outil de recueil d'information en vue d'établir un diagnostic qu'un mode de communication non-verbal essentiel dans la relation médecin-malade.

C) Les examens complémentaires

La pratique des examens complémentaires en médecine générale n'a pas la même importance qu'à l'hôpital pour trois raisons.

1- La prévalence faible des maladies

Le pourcentage des maladies organiques est très inférieur dans la population de médecine générale que dans un hôpital .

La valeur prédictive positive d'un examen complémentaire est donc plus faible que dans un environnement de prévalence forte.

Par ailleurs, la médecine générale se doit de diagnostiquer les maladies au stade le plus précoce qui soit, c'est à dire au moment où les résultats faussement négatifs sont les plus importants.

2- Le coût des examens complémentaires

En médecine de ville, ceux-ci sont facturés à l'acte alors qu'ils sont compris dans le prix du séjour de l'hôpital.

Le médecin généraliste voit son activité observée par les relevés individuels d'activité. Il est amené à rendre des comptes sur la justification des dépenses qu'il induit.

3- L'importance symbolique de la prescription d'examens complémentaires par le médecin généraliste

Prescrire un examen complémentaire est le signe de l'importance du doute du médecin et de la gravité potentielle de la maladie.

Elle est le signe que le médecin "a pris au sérieux" la plainte de son patient. (40)

VI) La judiciarisation de la médecine : vers une médecine défensive ?

Concept qui a vu le jour aux Etats-Unis, la médecine défensive est une médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades. (1)

Elle est aussi une médecine plus coûteuse qui conduit les médecins à prescrire des examens complémentaires le plus souvent inutiles mais destinés en cas de problème à prouver aux juges qu'ils n'ont pas été négligents. (41)

Elle est également une médecine de moins bonne qualité puisque certains médecins renonceraient aux opérations les plus innovantes, qui sont aussi souvent les plus risquées ou encore n'hésiteraient pas à se débarrasser des patients qu'ils supposent les plus enclins à recourir à la justice. (42)

C'est la fin du rapport de confiance jusqu'alors considéré comme le fondement absolu du colloque singulier médecin malade, puisque, derrière chaque patient, la figure du juge se profilerait désormais.

Dans de nombreux travaux, la question de l'information donnée au malade dans le cadre d'une stratégie de médecine défensive occupe une place de choix.

Cette information ne serait plus dispensée par un médecin en son âme et conscience à un patient donné mais répondrait désormais à des contraintes externes (procédures de recueil de consentement , feuilles d'information standardisées) s'imposant à lui avec d'autant plus de force qu'elles revêtent le statut de preuve devant les tribunaux.

Cette attitude défensive est destinée à gérer l'inquiétude des médecins face aux risques de poursuite.

Celle ci est d'autant plus forte que les médecins ont déjà été poursuivis. (40)

VII) Matériel et méthode

L'objectif de cette étude est de décrire la perception du cadre légal des droits des malades et du risque judiciaire afin d'évaluer l'impact de cette perception sur la pratique quotidienne des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.

A) Bibliographie

Une recherche bibliographique préalable à l'étude a été réalisée.

Les sources sont les suivantes : Sudoc , Dumas CNRS , Pubmed.

B) Type d'enquête

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale.

La population cible de l'étude est l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans le département des Bouches-du-Rhône.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : médecin généraliste, exerçant dans le département des Bouches-du-rhône et acceptant de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion comprenaient : médecin homéopathe, acupuncteur, allergologue, mésothérapeute, autre spécialiste (la pratique de ces derniers sortant du champ de la médecine générale) et le refus de participer à l'étude.

Un échantillon aléatoire de 200 médecins généralistes a été constitué par l'intermédiaire des Pages Jaunes.

L'adresse email des médecins généralistes était recueillie par téléphone, auprès de la secrétaire, ou directement du généraliste, après explication des motivations et buts de la thèse.

Le recueil des données a été réalisé du 16 novembre 2016 au 16 janvier 2017 (soit 2 mois) par l'intermédiaire d'un questionnaire standardisé, anonyme, à questions fermées. Ce questionnaire a été transmis par l'adresse email recueillie préalablement.

Aucune relance n'a été réalisée pour préserver l'anonymat des médecins généralistes répondant à l'étude.

Les résultats ont été transcrits dans un tableau de données Google Sheets.

L'analyse descriptive consistait à calculer les effectifs et les pourcentages des valeurs qualitatives recueillies.

C) Questionnaire

Le questionnaire a été établi selon les données retrouvées dans la littérature.

Un pré-test a été réalisé auprès des médecins généralistes de mon entourage répondant aux critères d'inclusion, pour analyser la pertinence des questions posées, la progressivité du questionnaire et éventuellement le compléter.

Des modifications ont pu être apportées rendant le questionnaire plus lisible et permettant d'exclure des questions jugées non pertinentes.

La durée, pour remplir le questionnaire, a été évaluée à 1 minute 30 secondes et précisée au début du questionnaire afin de limiter le nombre de non-répondants.

Les questions ont été rédigées autour de 4 axes :

- les données démographiques et professionnelles
- le rapport aux plaintes
- les connaissances sur la loi Kouchner et le rôle du dossier médical dans la pratique quotidienne
- les opinions sur et les pratiques de la médecine défensive

VIII) Résultats

Du 16 novembre 2016 au 16 janvier 2017, sur les 200 médecins contactés par téléphone, 144 emails ont été recueillis.

50 médecins ont refusé de fournir leur adresse email, 3 exerçaient en tant qu'homéopathe, 2 en tant que mésothérapeute et 1 en tant qu'allergologue.

62 médecins soit 43% des médecins contactés par email ont répondu au questionnaire.

A) Répartition par âge des médecins interrogés

	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	> 65 ans	Total
Effectifs (unités)	10	11	13	24	4	62
Effectifs (%)	16,1%	17,7%	21,0%	38,7%	6,5%	100,0%

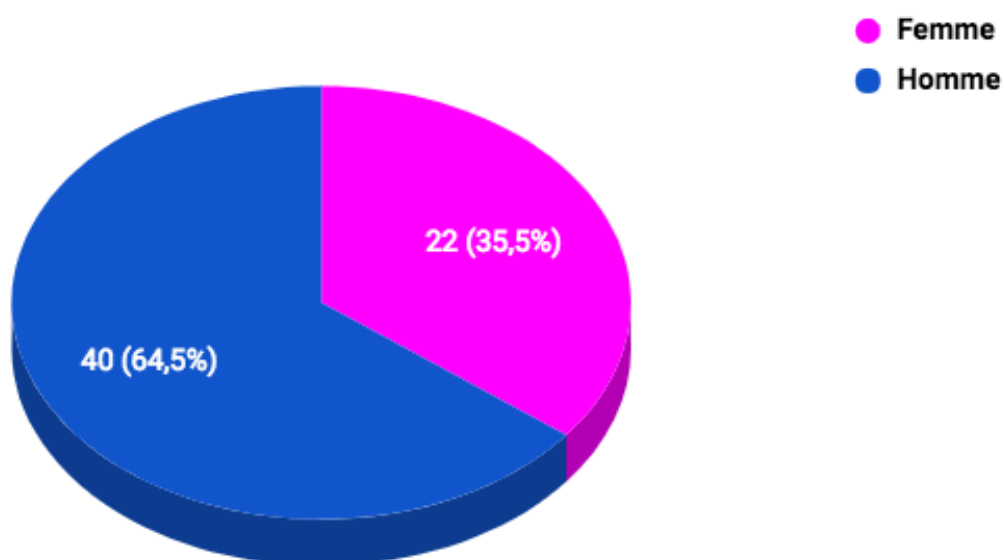
La majorité des médecins de l'étude ont entre 55 et 64 ans (24 sujets soit 38,7% de l'échantillon).

La tranche d'âge 45-54 ans est la seconde catégorie la plus représentée, avec 13 membres soit 21% de l'effectif total.

Les plus de 65 ans sont les moins représentés avec seulement 4 membres soit 6,5% des interrogés.

B) Répartition par sexe des médecins généralistes

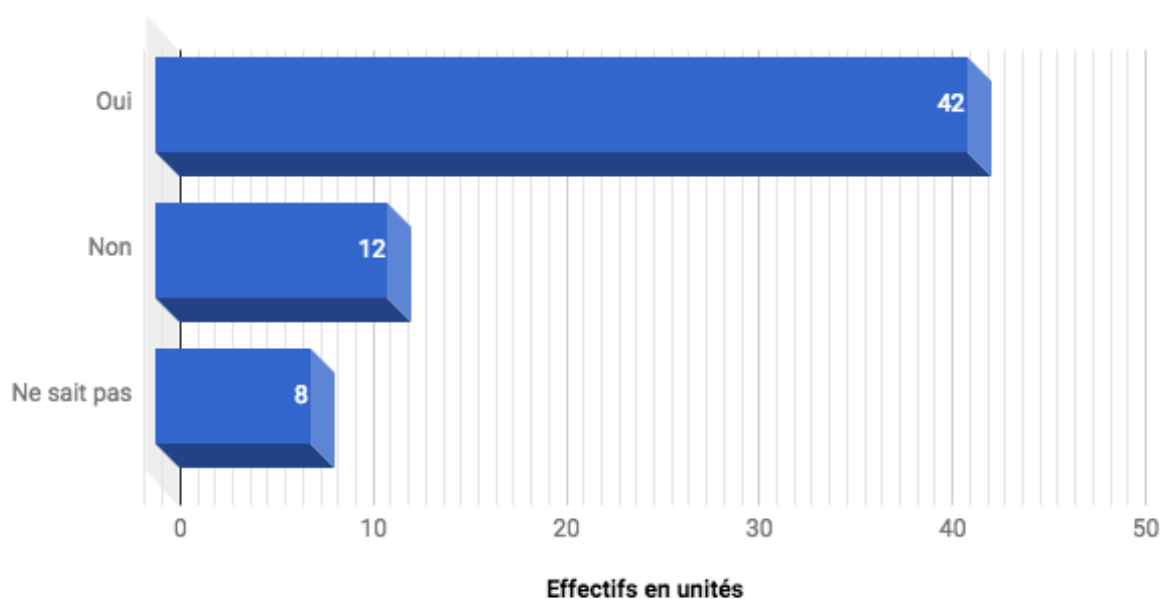
Quel est votre sexe?



Les médecins de l'échantillon sont majoritairement des hommes, avec 40 représentants, soit 64,5% des membres.

C) Opinion concernant l'évolution des plaintes contre les médecins généralistes

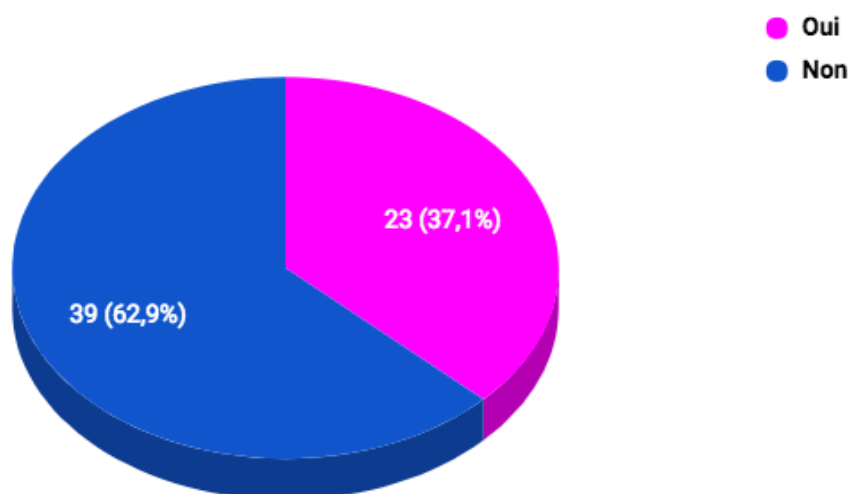
Pensez-vous que le nombre de plaintes contre les médecins généralistes augmente?



67,8% des médecins de l'étude pensent que le nombre de plaintes contre les généralistes augmente, tandis que seulement 19,3% pensent le contraire. 12,9% des interrogés ne se prononcent pas.

D) Antécédent de plainte(s) chez les omnipraticiens

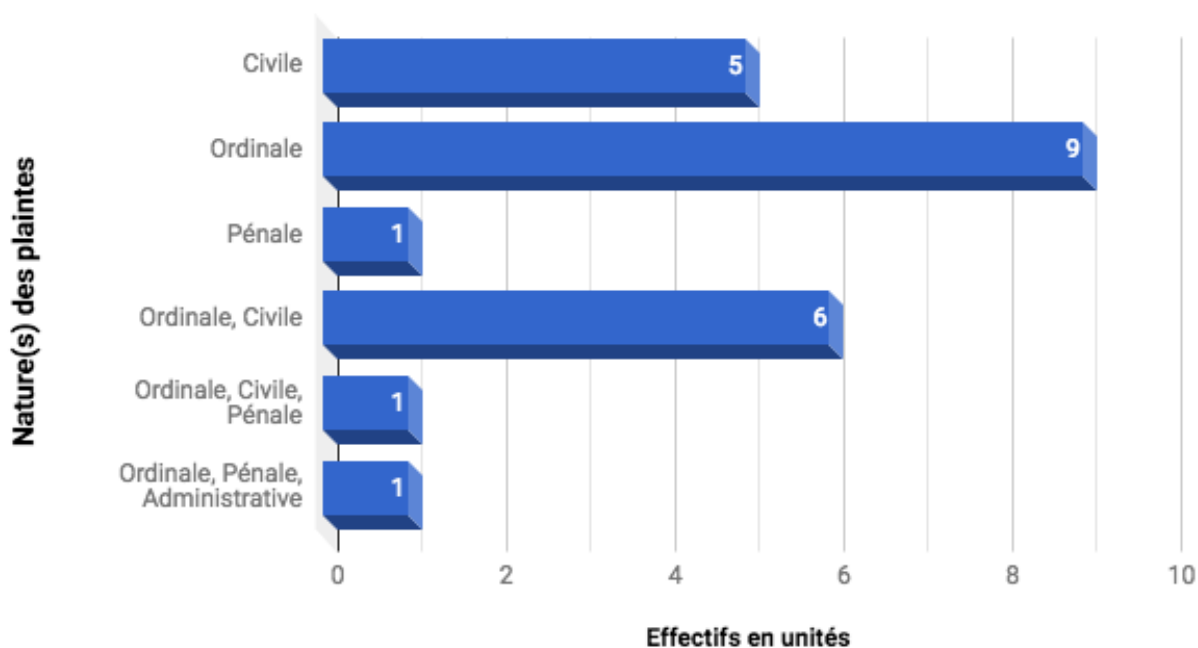
Avez-vous déjà fait l'objet d'un dépôt de plainte de la part d'un patient ?



La majorité des spécialistes en médecine générale interrogés (62,9%) n'a jamais reçu de plainte de la part d'un patient.

E) Nature(s) des plaintes

Si, oui de quelle(s) nature(s)



Les plaintes de nature ordinale et pénale sont les plus fréquemment déposées contre les médecins généralistes de l'étude.

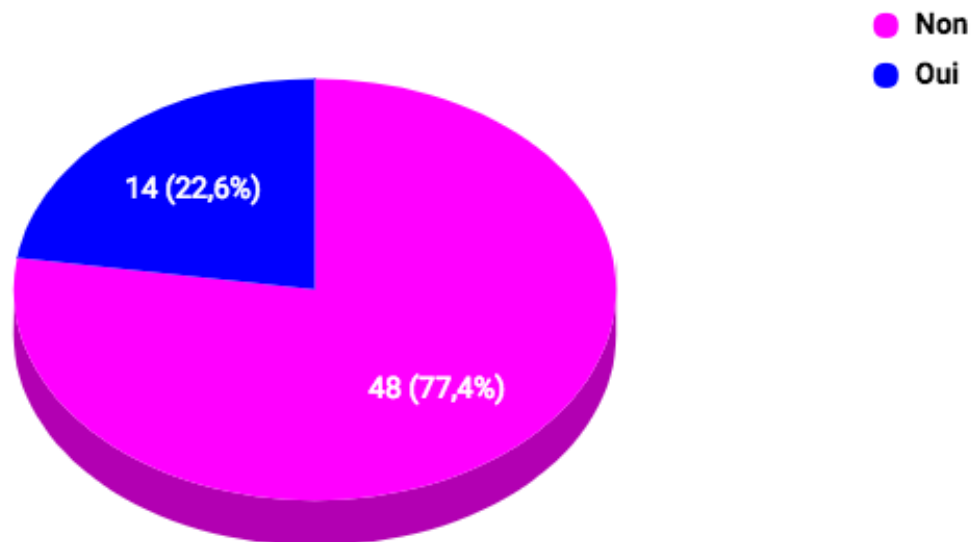
Le contentieux ordinal représente 17 cas sur 23 soit 73,9% de l'ensemble des poursuites.

Les procédures civiles correspondent à 52,2% des cas de plainte (12 cas sur 23).

Les plaintes pénales (13%) et administratives (4,3%) restent rarement engagées contre les médecins sondés.

F) Lecture de la loi Kouchner par les médecins généralistes

Avez-vous déjà lu la loi Kouchner (loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients) ?



La grande majorité des généralistes de l'étude (77,4%) n'a pas lu la loi Kouchner.

G) Connaissance des grandes lignes de la loi du 4 mars 2002 par les généralistes

	Non	Oui	Total
Effectifs (unités)	24	38	62
Effectifs (%)	38,7%	61,3%	100,0%

Bien qu'une minorité de médecins généralistes de l'étude ait lu la loi Kouchner (22,6%), la majorité connaît ses grandes lignes (61,3%).

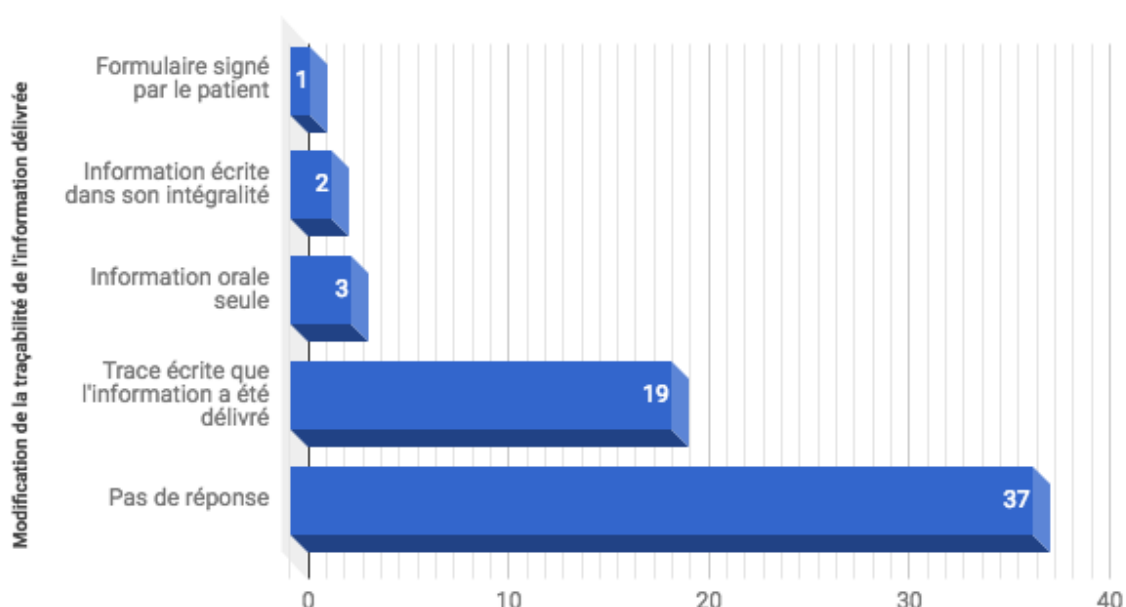
H) Modification de la tenue du dossier médical depuis la loi Kouchner chez les spécialistes en médecine générale

	Oui	Non	Total
Effectifs (unités)	25	37	62
Effectifs (%)	40,3%	59,7%	100,0%

Depuis la loi Kouchner, la majorité des praticiens (59,7%) n'a pas modifié la façon de tenir son dossier médical.

I) Evolution de la traçabilité de l'information délivrée aux patients

Si oui, de quelle façon?



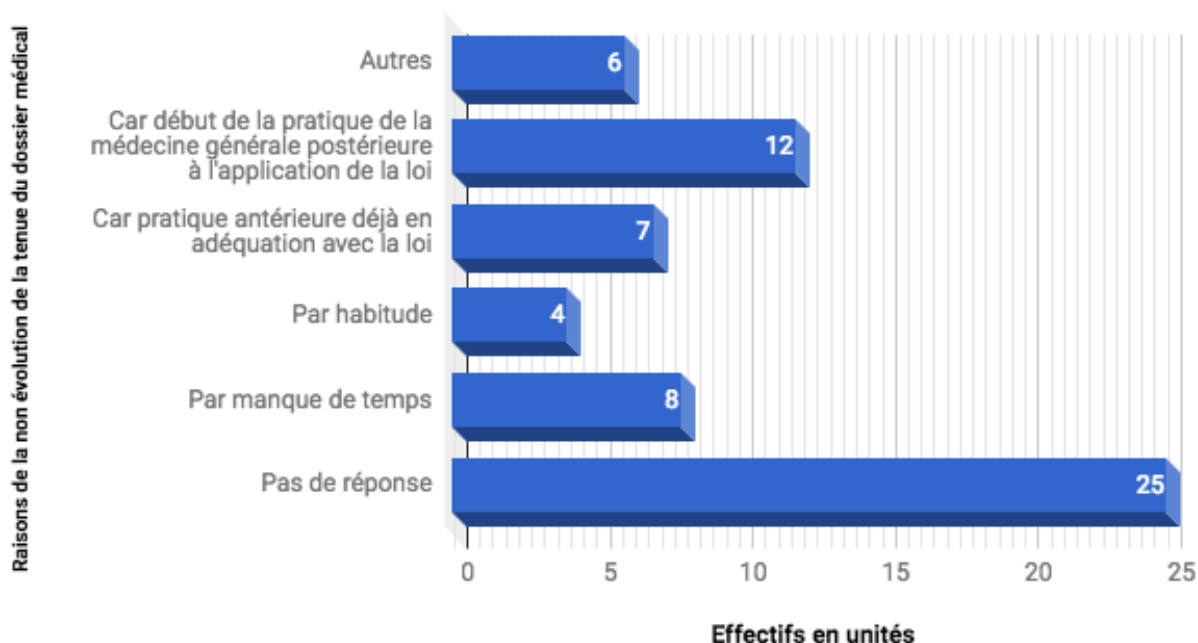
Sur les 25 médecins ayant changé leur pratique, la très grande majorité (76%) trace de façon partielle l'information délivrée.

Seulement 8% écrivent l'intégralité des échanges oraux dans le dossier du patient et 4% formalisent l'entretien par la signature d'un formulaire manuscrit résumant les informations délivrées au cours de l'entretien puis joint au dossier médical.

Bien que la loi Kouchner impose de tracer l'information dans le dossier médical, 12% des médecins interrogés prennent la liberté de ne délivrer qu'une information orale.

J) Raisons de la non-évolution de la tenue du dossier médical

Si non , pour quelle raison principale ?



Près d'un tiers des généralistes n'ayant pas modifié leur tenue du dossier médical (32,4%) ont commencé à exercer après la mise en place de la loi du 4 mars 2002.

21,6% considéraient manquer de temps et ne traçaient donc pas l'information.

18,9%, retranscrivaient déjà les éléments échangés verbalement avec le patient avant la loi Kouchner tandis que 10,8%, par habitude, n'avaient pas changé leur tenue du dossier.

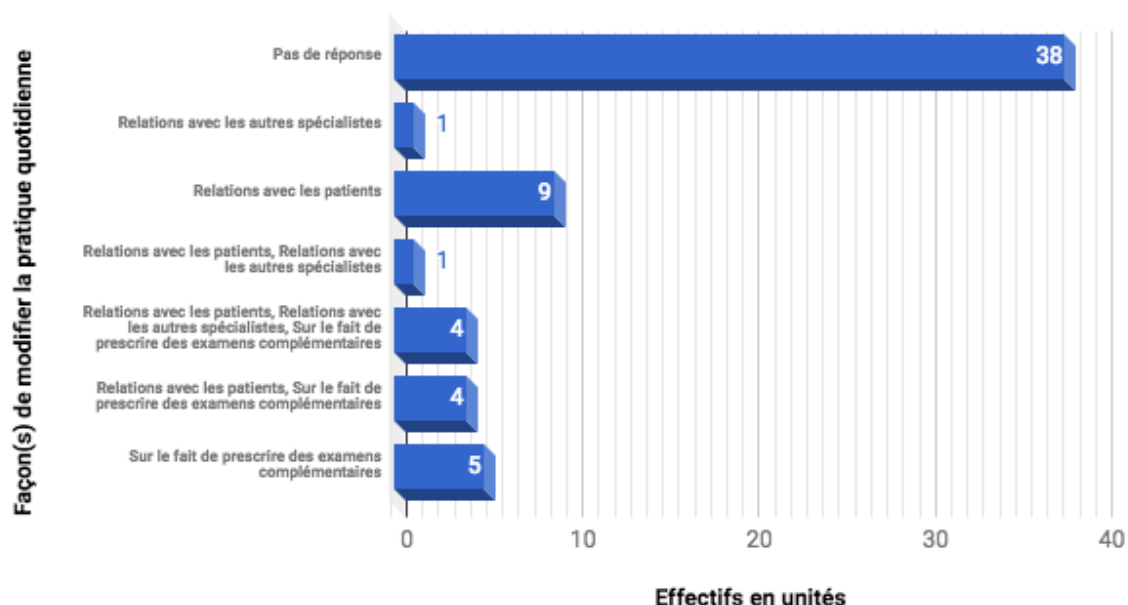
K) Loi Kouchner et pratique quotidienne

	Non	Oui	Total
Effectifs (unités)	38	24	62
Effectifs (%)	61,3%	38,7%	100,0%

La plus grande partie des médecins interrogés (61,3%) n'a pas changé sa pratique quotidienne (interrogatoire, examen physique, demande d'examens paracliniques et d'avis d'autres spécialistes) depuis la loi du 4 mars 2002.

L) Modalités de l'évolution de la pratique quotidienne

Si oui , de quelle façon?



75% des généralistes (18 sur 24) qui ont modifié leur pratique quotidienne, déclarent l'avoir fait dans la relation entretenue avec leurs patients.

54,1% ont changé leur façon de prescrire des examens paracliniques tandis que seulement 25% des généralistes demandent l'avis d'autres spécialistes d'une façon différente.

M) Prescription défensive d'examens paracliniques, en prévention d'un dépôt de plainte

	Oui	Non	Total
Effectifs (unités)	31	31	62
Effectifs (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Il y a autant de médecins (31 soit 50%) déclarant prescrire des examens paracliniques non justifiés, dans le seul but de se couvrir en cas de contentieux avec un patient, que de médecins qui ne le font pas.

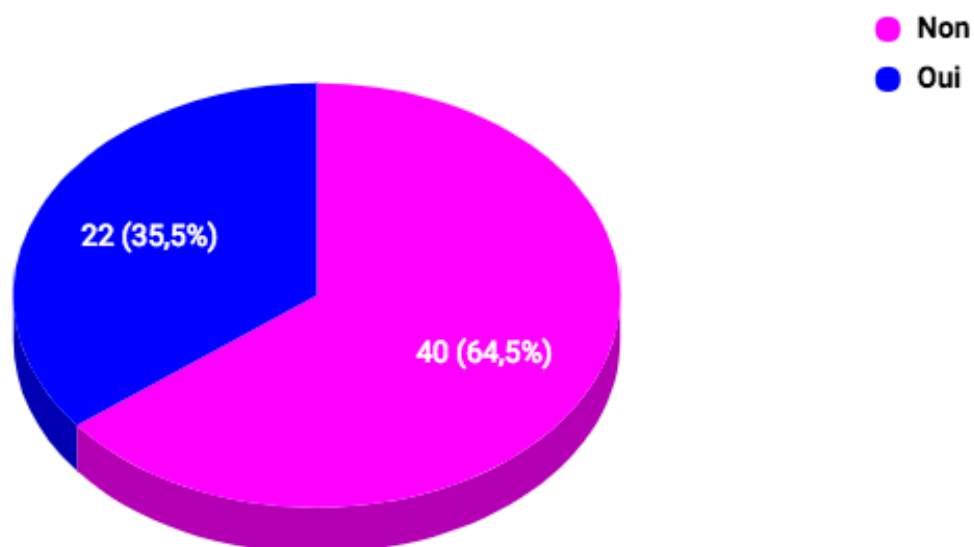
N) Prescription défensive d'avis spécialisés non justifiés, en prévention d'un dépôt de plaintes.

	Non	Oui	Total
Effectifs (unités)	25	37	62
Effectifs (%)	40,3%	59,7%	100,0%

Les généralistes interrogés demandent de façon prédominante (59,7%) l'avis d'autres spécialistes, alors même que cela ne semble pas justifié, dans le seul but de se couvrir.

O) Pratique de la médecine défensive

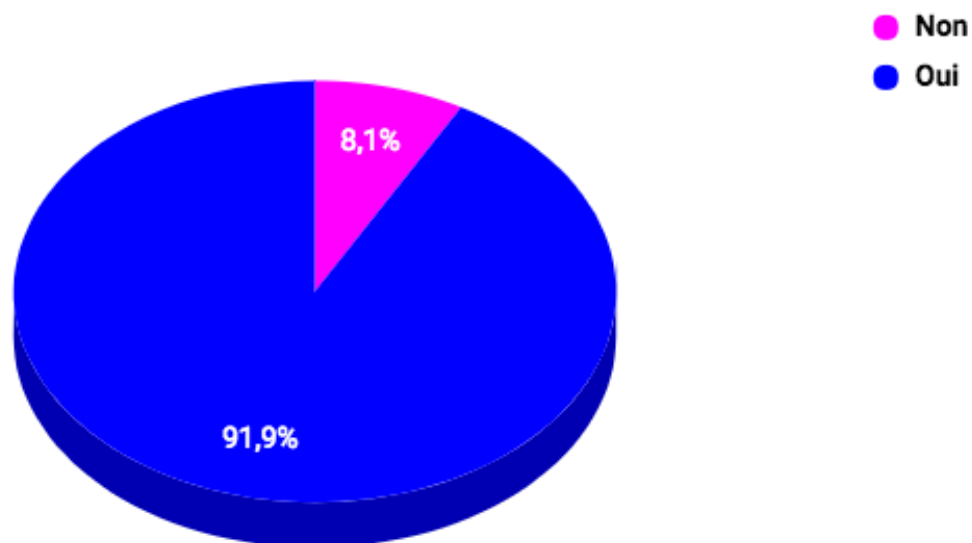
Pensez-vous pratiquer une médecine défensive (elle se définit à la fois par la prescription d'actes inutiles à la seule fin de se couvrir vis à vis de possibles plaintes des patients et par l'évitement d'actes qui apparaîtraient à forts risques d'échecs ou de mauvais résultats) ?



Seulement une minorité des omnipraticiens des Bouches-du-Rhône déclarent pratiquer une médecine défensive (22 médecins soit 35,5%).

P) Médecine défensive et médecine générale

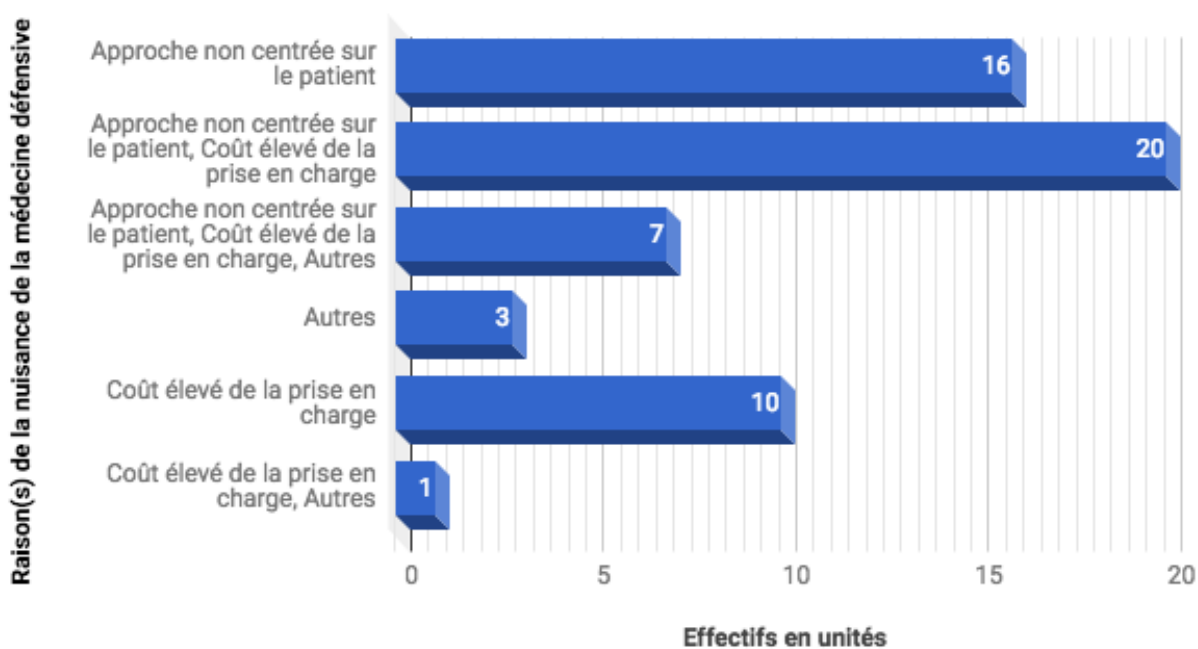
Pensez-vous que la pratique d'une médecine défensive nuit à la relation médecin généraliste-malade?



La nuisance de la pratique d'une médecine défensive, dans la relation généraliste-malade, est une évidence pour les spécialistes interrogés: plus de 9 médecins sur 10 le déclarent (57 praticiens sur 62).

Q) Raisons de la nuisance de la pratique défensive en médecine générale

Si oui, pour quelle(s) raison(s)?



La principale raison de la nuisance évoquée par les généralistes (75,4%) est l'approche non humaine de la médecine défensive.

La conscience du coût élevé est également très présente, puisque 66,6% des praticiens l'évoque.

Dans 19,3% des cas, il s'agit d'autres raisons.

IX) Discussion

A) Taux de réponses

62 réponses ont été obtenues sur les 144 emails envoyés.

On peut donc affirmer, que le taux de réponse à 43,1%, est satisfaisant.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce bon pourcentage :

- l'intérêt porté par les praticiens au sujet : ce dernier concerne tous les médecins, sans exception, durant chacune de leur consultation et les conséquences psychologiques chez les médecins généralistes recevant une plainte sont importantes.(43)
- la clarté du questionnaire et la durée courte pour le remplir (1 minute et 30 secondes)

La limite est liée à la période hivernale de collecte des données, durant laquelle les praticiens interrogés multiplient les consultations (épidémies de viroses) et disposent donc de peu de temps pour répondre à un questionnaire.

B) Biais de l'étude

Biais de sélection : les médecins généralistes étaient appelés via leur numéro de téléphone sur les pages jaunes. Les praticiens n'étant pas mentionnés sur le bottin ne pouvait pas être contactés, notamment les médecins remplaçants ou les nouveaux installés.

Le questionnaire étant envoyé par email, les médecins non informatisés ne pouvaient pas répondre au questionnaire.

Biais d'information : les antécédents de plainte(s) et la pratique d'une médecine non axée sur le patient sont des sujets tabous dans le monde médical.

Bien que les questionnaires étaient anonymes, les adresses emails récupérées portaient généralement le nom du médecin contacté. Les réponses données par les praticiens ont pu ainsi être censurées.(biais d'attrition)

La pratique antérieure à la loi Kouchner remonte à plus de quinze ans. Celle-ci fait donc appel à un souvenir qui a pu être modifié avec le temps (biais de mémoire) et ne pas concorder avec la médecine réellement réalisée.

Biais de mesure : l'âge des praticiens n'était volontairement pas récupéré sous une valeur absolue pour ne pas remettre en cause le respect de l'anonymat, mais sous forme de tranche d'âge. Il aurait été intéressant d'obtenir un âge moyen avec son écart-type afin d'évaluer la représentativité de l'échantillon avec la population cible.

De même, certaines questions auraient mérité une plus grande précision (par exemple, les grandes lignes de la loi Kouchner ne sont pas définies).

C) Représentativité du sexe de l'échantillon

En 2016, 810 médecins généralistes des Bouches-du-Rhône étaient des femmes soit 35,3% de l'effectif total (2294).

Dans l'échantillon, 22 médecins généralistes sur 62 (35,5%) étaient des femmes.

Le test exact de Fisher n'est pas significatif ($p=1$). Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre l'échantillon et la population cible.

D) Un système de santé français bien loin d'une «dérive à l'américaine»

1- La perception du risque judiciaire des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône est plutôt en décalage avec les chiffres présents dans la littérature

La majorité des médecins généralistes de l'étude (62,7%) pense que le nombre de plaintes déposées par les patients augmente.

En 2014, cette perception était encore plus forte chez les internes de Haute-Normandie, puisque 157 soit 94,6%, le pensaient également, principalement par le biais des médias (71,7%). (44)

Cependant, la recherche réalisée entre 2000 et 2009 par l'Institut Droit et Santé (IDS) de l'Université Paris Descartes mettait plutôt en évidence une stabilité du nombre de requêtes devant l'ensemble des juridictions. (45)

De fait, sur cette période, même si les plaintes administratives et civiles ont augmenté de 7% (4166 référés et décisions rendus sur le fond en 2000, contre 4446 en 2009), le nombre de plaintes pénales a été divisé par deux pour s'établir, en 2009, à moins d'une plainte pénale pour 1 000 médecins.

S'agissant du contentieux disciplinaire, les plaintes déposées contre les médecins par rapport au nombre de professionnels en exercice sont restées globalement stables depuis 2002.

En France, il n'existe pas de registre officiel publié de façon régulière, accessible facilement et gratuitement pour recenser les plaintes et condamnations contre les médecins ; il est donc difficile d'apprécier le risque judiciaire à l'échelle individuelle.

Les seules données disponibles sont les rapports annuels des assurances, qui ne prennent pas en compte l'ensemble des éléments, notamment les procédures à l'amiable ou le nombre d'actes réalisés.

De plus, ces données proviennent d'entreprises à but lucratif et, tout comme celles issues des médias, sont à analyser avec prudence.

Par ailleurs, le nombre de décisions disciplinaires a été, chaque année, très supérieur au nombre de décisions des tribunaux de grande instance et des tribunaux administratifs (respectivement 50%, 37% et 12%)

Dans l'étude la répartition était similaire puisque les plaintes ordinales contre les omnipraticiens des Bouches-du-Rhône prédominaient également (73,9%), devant les poursuites civiles (52,2%), les plaintes pénales (13%) et administratives (4,3%).

2- La stabilité des plaintes va de pair avec une «explosion des actes de soins»

En dix ans, les consultations libérales ont augmenté de 22,1% passant de 901 247 000 à 1 100 047 000 et les hospitalisations de 23 763 480 à 26 875 383 (+13,1%).

Puisque le nombre de plaintes reste stable et que les actes de soins explosent, le rapport plaintes/actes réalisés diminue.

Ce rapport paraît être un meilleur marqueur pour évaluer la pression judiciaire et se veut encore plus rassurant pour le corps médical.

3- L'utilisation de la voie de conciliation à l'amiable, instaurée par la loi du 4 mars 2002, est croissante

La distribution des demandes d'indemnisation entre les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux et les juridictions s'est même inversée, passant respectivement de 14% et 86% en 2003, à 54% et 46 % en 2009.

Cette faveur des victimes pour le dispositif administratif peut se comprendre puisque la procédure se veut rapide, efficace et gratuite.

Malgré ce que peuvent penser les médecins de l'étude, le système de santé français ne connaît donc pas une dérive à l'américaine puisque le nombre de plaintes engagées contre eux reste stable, dans un contexte d'augmentation des actes de soins et d'une utilisation toujours plus croissante de la voie de conciliation à l'amiable.

E) Une perception erronée du risque judiciaire à l'origine de la médecine défensive?

Bien que 91,9% des praticiens déclarent la médecine défensive comme nuisible à la relation médecin-malade, plus d'un tiers des interrogés (22 soit 35,5%) pensent la pratiquer.

Ainsi, 20 spécialistes soit 32,3% de l'effectif, disent adopter cette attitude bien qu'ils considèrent que cela est délétère dans leur relation de soins.

Il paraît paradoxal de réaliser une chose tout en considérant son mal fondé.

Parmi ceux-ci, 16 soit 80% pensent que le nombre de plaintes contre les généralistes augmente.

Dans notre étude, le fait de penser que le nombre de plaintes augmente contre les généralistes ne modifie pas de façon statistiquement significative la pratique d'une médecine défensive, probablement du fait d'un manque de puissance, puisqu'il existe des résultats différents dans la littérature.

En effet, dans l'étude de Lawthers de 1992, les médecins estimaient que 19,5% de leurs confrères seraient poursuivis au cours d'une année donnée, ce qui représentait environ trois fois le taux réel. Cette surestimation du risque judiciaire était associée à une augmentation des demandes d'examens paracliniques et d'avis d'autres spécialistes. (46)

F) Les antécédents de plainte(s) ne modifient pas les pratiques quotidiennes des médecins généralistes... dans l'étude.

Dans notre étude, l'antécédent de plainte(s) ne modifie pas de façon statistiquement significative la modification de la tenue du dossier médical ($p=0,79$), la prescription d'examens paracliniques ($p=0,59$) ni la demande non justifiée d'avis à un autre spécialiste en prévention d'un dépôt de plainte $p=0,59$ selon le test de Fisher exact. (Annexes 1, 2 et 3)

Pourtant, d'autres recherches mettent en évidence que la majorité des médecins se remet en question et modifie sa pratique après avoir reçu une plainte.

L'étude menée par le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens entre 2008 et 2010 a étudié l'impact de la mise en cause de 6 médecins généralistes devant une Commission de Conciliation et d'Indemnisation.

Les réactions des médecins étaient différentes : l'absence d'inquiétude, l'angoisse, un sentiment d'injustice ou la compréhension.

Certains ont constaté un impact sur leur vie professionnelle avec une inquiétude financière, la peur d'échouer voire de devoir arrêter leur activité professionnelle. D'autres ont souffert d'un manque d'accompagnement de la part de leur compagnie

d'assurance : la plupart ne connaissait pas les démarches ni la procédure devant une Commission de Conciliation et d'Indemnisation.

Suite à la procédure, les médecins ont déclaré mieux se protéger , notamment concernant la tenue du dossier médical. Selon eux, cette expérience aurait eu des retombées négatives (stress) et positives (amélioration des pratiques professionnelles). (47)

Le travail de Fasquelle de 2006, s'intéressant au phénomène de judiciarisation de la santé, a également mis en évidence une modification des pratiques des médecins généralistes après qu'ils aient fait l'objet de plaintes ou d'un procès.

Il a été constaté une augmentation des prescriptions d'examens complémentaires, une diminution de prescription du nombre d'examens invasifs, une augmentation du nombre de demandes de consultations spécialisées, une meilleure information délivrée car plus exhaustive et un dossier médical mieux tenu. (48)

L'antécédent de plainte pourrait donc modifier la pratique quotidienne des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, tant au niveau de la tenue du dossier médical que du nombre d'examens ou d'avis demandés. Ceci ne constitue pas le but premier de l'étude et en conséquence nous ne pouvons aboutir à aucune conclusion.

G) La loi Kouchner : une loi dans l'ensemble connue, bien que très peu lue.

Malgré un faible taux de lecture de la loi Kouchner (22,6%), les médecins généralistes de l'étude connaissent en majorité (61,3%) les grandes lignes de son contenu.

En 2005, les chiffres étaient similaires, puisque seulement 14,7% des généralistes de Midi-Pyrénées l'avaient lu alors que 62,5% connaissaient son contenu (2).

Plusieurs paramètres peuvent expliquer cette discordance :

- La connaissance des grandes lignes de la loi Kouchner peut être liée à la médiatisation de la grève des gynécologues-obstétriciens et radiologues suite à la jurisprudence Perruche. Ces derniers avaient arrêté toute activité d'échographie prénatale jugée «trop à risque». Celle-ci sera suivie d'une proposition de loi du député Jean-François Mattei, qui sera reprise en article premier de la loi Kouchner.

Ainsi, la communauté a été sensibilisée aux grandes lignes de la loi du 4 mars 2002 sans forcément l'avoir lue. (49)

- La longueur de la loi (126 articles) et l'augmentation du taux de sinistralité des médecins généralistes qui est passé de 0,8 en 1998 à 1,3 en 2012, mais qui reste bien en dessous de la moyenne médicale à 1,5% (à titre de comparaison le taux de sinistralité des anesthésistes-réanimateurs avoisine les 17%) peuvent expliquer la faible lecture de la loi.

Ce ratio représente les déclarations d'accidents envoyées, en moyenne, par 100 sociétaires et fixe le montant de cotisation de l'assurance responsabilité civile professionnelle.

Les médecins généralistes déclarent individuellement moins d'accidents que leurs pairs et, de fait, payent des cotisations bien moins élevées. Le risque financier est donc moindre tout comme l'intérêt à lire la loi Kouchner. (50)(51)

H) Les généralistes qui ont lu la loi Kouchner tracent mieux l'information délivrée aux patients dans le dossier, bien que ceux-ci ne leurs reprochent que rarement...

Depuis la loi du 4 mars 2002, posant le principe de démocratie sanitaire, le médecin est légalement tenu à une obligation d'information envers son patient, afin que ce dernier puisse donner un consentement éclairé à sa prise en charge, en accord avec les articles L1111-2 et L1111-4 du Code de Santé Publique.

Celle-ci doit être tracée dans le dossier médical.

Dans notre étude, la lecture de la loi Kouchner ne modifie pas de façon statistiquement significative la tenue du dossier médical ($p= 0,06$ selon le test exact de Fisher; Annexe 4).

Pourtant, bien que la majorité des praticiens connaisse le contenu de la loi Kouchner (et donc les obligations qui en découlent), seulement 40,3 % des praticiens de l'étude ont modifié leur tenue du dossier médical.

En 2005, cela ne concernait également qu'un peu plus d'un tiers des omnipraticiens de Midi-Pyrénées (36,76%).

Parmi les praticiens de l'étude ayant modifié leur tenue du dossier, la grande majorité (76%) le faisait de façon partielle, avec une trace écrite de l'information délivrée. C'était également la pratique préférentielle chez les médecins généralistes de Midi-Pyrénées en 2005 (70%).

Il pourrait s'agir du meilleur compromis pour respecter à la fois le temps moyen d'une consultation (18 minutes 30 secondes) et l'obligation légale de tracer l'information. (52)

Cependant, en analysant de plus près, 19 praticiens n'ayant pas modifié leur pratique sur 32 le faisaient pour une raison valable: 12 avaient commencé à exercer après la mise en place de la loi du 4 mars 2002 et 7 traçaient déjà l'information dans le dossier médical (probablement pour des raisons de qualité de prise en charge).

L'étude de 2005 mettait en évidence le fait que les généralistes qui connaissaient le contenu de la loi du 4 mars 2002, avaient modifié leur façon de gérer le dossier des patients.

A cette époque, la proportion de médecins ayant commencé leur activité après la loi Kouchner (et qui n'a donc pu modifier sa pratique), était moins importante que dans l'étude, du fait de la proximité de l'application de celle-ci.

On peut donc supposer, devant un résultat à la limite de la signification statistique et à la lecture de la littérature, que les médecins qui ont lu la loi du 4 mars 2002 tracent mieux l'information dans le dossier médical que ceux qui ne l'ont pas lue.

Un manque de puissance de l'étude et/ou un possible biais de confusion lié au fait qu'un nombre croissant de médecins généralistes a commencé à exercer après la promulgation de la loi Kouchner et ne pouvait donc pas modifier sa pratique, peuvent expliquer l'absence de signification statistique..

Dans l'étude de Radoman, 730 fautes étaient recensés sur une période de 26 ans. Le défaut de prise en charge thérapeutique (340), et le retard ou l'erreur diagnostique (307) représentaient plus de 80% des cas de plaintes, tandis que le défaut d'information moins de 1%. (53)

Tracer l'information délivrée au patient dans le dossier médical est donc une mesure adaptée à la loi Kouchner mais son efficacité reste discutable devant le faible nombre de plaintes des patients pour défaut d'information.

I) La lecture de la loi Kouchner ne modifie pas la pratique quotidienne des médecins généralistes

La plus grande partie des médecins interrogés (61,3%) n'a pas changé sa pratique quotidienne (interrogatoire, examen physique, demande d'examens paracliniques et avis d'autres spécialistes) depuis la loi du 4 mars 2002.

La lecture du cadre légal des droits des patients, ne modifie pas de façon statistiquement significative la pratique quotidienne des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône $p = 0,12$ selon le test exact de Fisher. (Annexe 5)

La minorité qui a changé sa pratique l'a fait principalement dans la relation entretenue avec les patients (18 sur 24 soit 75%).

L'interrogatoire étant l'étape indispensable à toute relation de soins, il paraît fort logique, que la principale modification de pratique le concerne.

Rappelons que le médecin a une obligation de moyens et non de résultats. La loi Kouchner reprend cet élément issu de l'arrêt Mercier dans l'article L.1110-5 du Code de santé publique.

Il paraît ainsi logique que la pratique quotidienne des médecins généralistes ne se soit pas métamorphosée depuis la loi du 4 mars 2002.

X) Conclusion

Contrairement aux idées reçues, le système de santé français ne connaît pas de «dérive à l'américaine».

Bien que la majorité des généralistes de l'étude pense le contraire, le nombre de plaintes reste globalement stable depuis le milieu des années 2000.

Cet équilibre va de pair avec une explosion des actes de soins et une utilisation croissante de la voie de conciliation à l'amiable : le rapport plaintes/actes réalisés paraît

donc être un meilleur marqueur de la pression judiciaire et se veut d'autant plus rassurant pour le corps médical.

Il est en effet difficile d'apprécier ce risque à l'échelle individuelle, puisqu'aucun recueil officiel et prenant en compte toutes les données (actes réalisés et conciliations à l'amiable) n'est disponible.

Cette perception erronée est une des raisons de la pratique défensive sur laquelle il serait intéressant d'agir.

Selon l'Organisme de Coopération et de Développement Economique, la médecine défensive est un système coûteux au niveau de l'Etat et non efficient à l'échelle du patient : tenir un registre référençant l'ensemble des procédures à l'amiable et contentieuses en fonction du nombre d'actes réalisés serait un outil rassurant pour les professionnels de santé et participerait à la qualité du système de santé voulue par la loi Kouchner.

S'il existe un système bien encadré pour accompagner les patients (150 associations généralistes d'aide aux victimes en France en 2011, membres de l'Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation), aucune structure en dehors des assurances privées, n'accompagne les médecins généralistes dans leurs procédures.

Elles sont pour la majorité peu voire pas connues des professionnels de santé et très anxiogènes.

Il pourrait donc être également intéressant de créer un organisme d'aide aux médecins recevant une plainte, pour les guider dans des démarches qui touchent aussi bien leur vie professionnelle que personnelle, et que leur fonction ne leur permet pas de maîtriser.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002, qui régit les droits du patient et les devoirs du médecin, bien que peu lue du fait de sa longueur (126 articles) est majoritairement connue des généralistes. La médiatisation des grèves des gynécologues-obstétriciens et radiologues précédant la promulgation de la loi peut expliquer cette discordance.

Les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône qui ont lu la loi Kouchner tracent mieux l'information délivrée au patient dans le dossier que ceux qui ne l'ont pas lue.

Il s'agit d'une mesure adaptée, puisque le médecin a obligation d'informer le patient sur sa santé afin que ce dernier puisse donner un consentement éclairé à sa prise en charge, en vertu des articles L1111-2 et L1111-4 du Code de Santé Publique.

Cette mesure reste peu efficace, puisque le défaut d'information ne représente qu'une part mineure des plaintes déposées contre les généralistes (0,9%).

Le retard et l'erreur diagnostiques ainsi que le défaut de prise en charge thérapeutique représentent actuellement plus de 80% des dépôts de plaintes des patients envers les généralistes. Dans une société toujours plus consommatrice qui désire des résultats en matière de santé, la médecine défensive apparaît alors comme une solution pour certains médecins.

La responsabilité du médecin n'a jamais été aussi importante dans la pratique quotidienne de la médecine générale, elle concerne toutes les consultations sans exception et fait désormais partie intégrante du métier.

XI) Bibliographie

(1) Hershey N. The Defensive practice of medicine: myth or reality. Milbank Q. 1972;50:69-98 .

(2) Bismuth S, Poutrain JC, Laurent C et al. La loi Kouchner en médecine générale: le dossier d'abord ?. Exercer. Sept/Oct 2006.(79):112-15 .

(3) OCDE. Aspects fondamentaux des assurances: assurer, prévenir et couvrir les incidents médicaux. Paris : Editions OCDE; 2006 .

(4) L'internaute. (page consultée le 13 Fév 2017). Cadre légal: définition simple, [en ligne]. Disponible sur <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/cadre-legal/>

(5) Toupie. (page consultée le 13 Fév 2017). Définition de «Loi», [en ligne]. <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Loi.html>

(6) Larousse. (page consultée le 13 Fév 2017). Définition de «Décret», [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9cret/22448>

(7) Echaudemaison CD. Dictionnaire de l'économie et des sciences sociales. éd 2014. Paris : Nathan; 2013 .

(8) Wikipedia. (page consultée le 13 Fév 2017). Proposition de définition du risque juridique, [en ligne]. Disponible sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Risque_juridique

(9) Service Public. (page consultée le 13 Fév 2017). Porter Plainte, [en ligne]. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1435>

(10) Allen J, Heyrman J, Svab I et al. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste-médecin de famille. WONCA Europe. 2002 .

(11) Scheil V. La loi de Hammourabi: (vers 2000 av J-C). 3ème éd. Paris : Ernest Leroux; 1904 .

(12) Hù EFA. Etude historique et juridique de la responsabilité du médecin dans le droit romain , dans notre ancien droit , dans notre droit actuel. [Thèse de doctorat de Faculté]. Paris : Faculté de Droit; 1880 .

(13) Demont L. 4 000 ans de responsabilité pénale médicale. RJO. 1999;12(3):361-73 .

(14) Careghi JC. La responsabilité médicale au crible de l'histoire n°7. Aix-en-Provence : Presses Universitaires d'Aix-Marseille. 2007 .

(15) Careghi JC. La responsabilité civile médicale avant l'arrêt Mercier: un préalable inutile?. RGDM. 2006;(18):109-52 .

(16) Chambre civile de la Cour de Cassation. Arrêt Mercier. 20 Mai 1936 .

(17) Fourastie J. Les Trentes Glorieuses ou la révolution invisible de 1946 à 1975. Fayard; 21 Fév 1979 .

(18) Lenglet R. L'affaire de l'amiante. La Découverte; 14 Mai 1996 .

(19) Henry E. Amiante : un scandale improbable, sociologie d'un problème public. PU Rennes. 30 Août 2007 .

(20) Deriot G, Godefroy JP. Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir. Rapport d'information du Sénat. 26 Oct 2005; (37) .

(21) Ministère de la Solidarité, de la Santé, et de la Protection sociale. Exposition au diéthylstilbestrol (DES) in utero, prise en charge par le praticien. Imprimerie nationale. Mars 1989 .

(22) Multigner L, Ndong JR, Giusti A et al. Chlordecone exposure and risk of prostate cancer. J Clin Oncol. 2010 Jul 20;28(21):3457-62 .

(23) Observatoire des résidus de pesticides. (page consultée le 14 Fév 2017). La molécule de chlordécone et les organochlorés [en ligne]. Disponible sur <http://www.observatoire-pesticides.gouv.fr/index.php?pageid=582>

(24) Clement JM, Lalande F. Reyrole L. Viossat LC. Rapport sur l'hormone de croissance et la maladie de Creutzfeld Jacob. IGAS. 1992 .

(25) AFP Agence. (consulté le 14 Fév 2017). Relaxe au dernier procès de l'hormone de croissance. [Internet]. Disponible sur http://www.lemonde.fr/police-justice/article/2016/01/25/epilogue-judiciaire-pour-le-scandale-de-l-hormone-de-croissance_4853122_1653578.html

(26) AFSSAPS . Mediator: études sur les données de remboursement de l'Assurance Maladie. 16 Nov 2010 .

(27) Abenhaim L, Moride Y, Brenot F et al. Appetite-suppressant drugs and the risk of primary pulmonary hypertension. N Engl J Med. 1996 Aug 19 .

(28) Jick H, Vasilakis C, Weinrauch LA et al. A population-based study of appetite-suppressant drugs and the risk of cardiac-valve regurgitation. N Engl J Med. 1998 Sep 10 .

(29) Khan MA, Herzog CA, St Peter JV et al. The prevalence of cardiac valvular insufficiency assessed by transthoracic echocardiography in obese patients treated with appetite-suppressant drugs. N Engl J Med. 1998 Sep 10 .

(30) Fillion E. Que font les scandales: la médecine de l'hémophilie à l'épreuve du sang contaminé. Politix. 2005;(71) .

(31) Casteret AM. L'affaire du sang. La découverte. 21 Fév 1992 .

(32) Cours de cassation chambre civile 1. Bulletin civil. 25 Fév 1997;(75):49 .

(33) Cour de cassation chambre civile 1. Bulletin civil. 14 Oct 1997;(278):188 .

(34) Cours de cassation chambre civile 1. Bulletin civil. 7 Oct 1998;(291):102 .

(35) Ribeauval JP. L'affaire Perruche. Prescrire. 2002;22(232):711-4 .

(36) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française du 5 Mars 2002

(37) Rouge-Maillart C. (page consultée le 20 Fév 2017). La responsabilité médicale, [en ligne]. Disponible sur <http://sfml-asso.fr/images/docs/responsabilite.pdf>

(38) Conseil national de l'Ordre des médecins. (page consultée le 03 Mai 2017). Code de déontologie médicale édition avril 2017 [en ligne]. Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

(39) Légifrance. (page consultée le 03 Mai 2017). Code pénal version consolidée du 9 avril 2017 [en ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>

(40) Honnorat C. L'approche clinique en médecine générale. Cours DCEM de la faculté de Médecine de Rennes. Septembre 2009

(41) Danzon P, Pauly M, Kington R. The effects of malpractice litigation on physicians fees and incomes, *Am. Econ. Rev.* 1990;80(2):122-7 .

(42) Shapiro R, Simpson D, Lawrence S *et al.* A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Arch Intern Med.* 1989;149(10):2190-6 .

(43) Lecocq C. L'impact psychologiques des différents motifs de plaintes auprès du conseil de l'ordre contre les médecins généralistes. [Thèse de Doctorat d'Université]. Lille2: Faculté de médecine; 2016.

(44) Lorphelin-Martel H. Le risque juridique et les interne de médecine générale en Haute-Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale?. [Thèse de Doctorat d'Université]. Rouen: Faculté mixte de médecine et de pharmacie; 2014.

(45) Laude A. La judiciarisation de la santé. *Questions de santé publique GIS-IReSP.* Mars 2013;(20) .

(46) Lawthers AG, Localio AR, Laird NM. Physicians' perceptions of the risk of being sued. *J Health Polit Policy Law.* 1992;17(3):463-82 .

(47) Patru G, Manaouil C, Montpellier D *et al.* Mise en cause du médecin généraliste devant une CCI: quel impact ? *Responsabilité.* 2013;13(50):6-11 .

(48) Fasquelle N. La judiciarisation de la médecine générale et la pratique médicale. Vers l'émergence d'une médecine défensive ? [Thèse de Doctorat d'Université]. Clermont-Ferrand: Faculté de médecine; 2006.

(49) Thebaut C. (page consultée le 20 Mai 2017). Arrêt Perruche : la fronde des médecins continue. Le parisien, [en ligne]. Disponible sur <http://www.leparisien.fr/societe/arret-perruche-la-fronde-des-medecins-continue-sante-06-01-2002-2002714611.php>

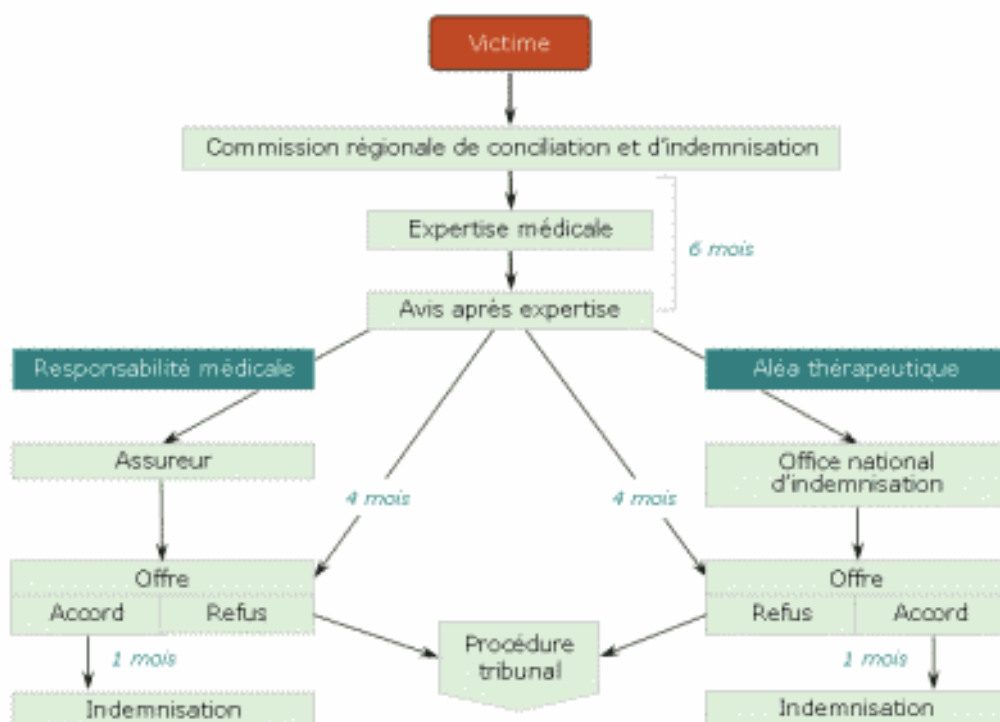
(50) Decroix G. Droit et médecins. ADSP. Sept 2000;(32) .

(51) MACSF-Sou médical. (page consultée le 15 Juin 2017). Panorama des risques professionnels en santé chiffres 2013, [en ligne]. Disponible sur https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/content/download/10717/109156/version/1/file/Synthese_panorama_du_risque_medical_2013.pdf

(52) Popelier AL, Duhot D, Kandel O. Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale?. Exercer. 2008;80(supp1):56-7 .

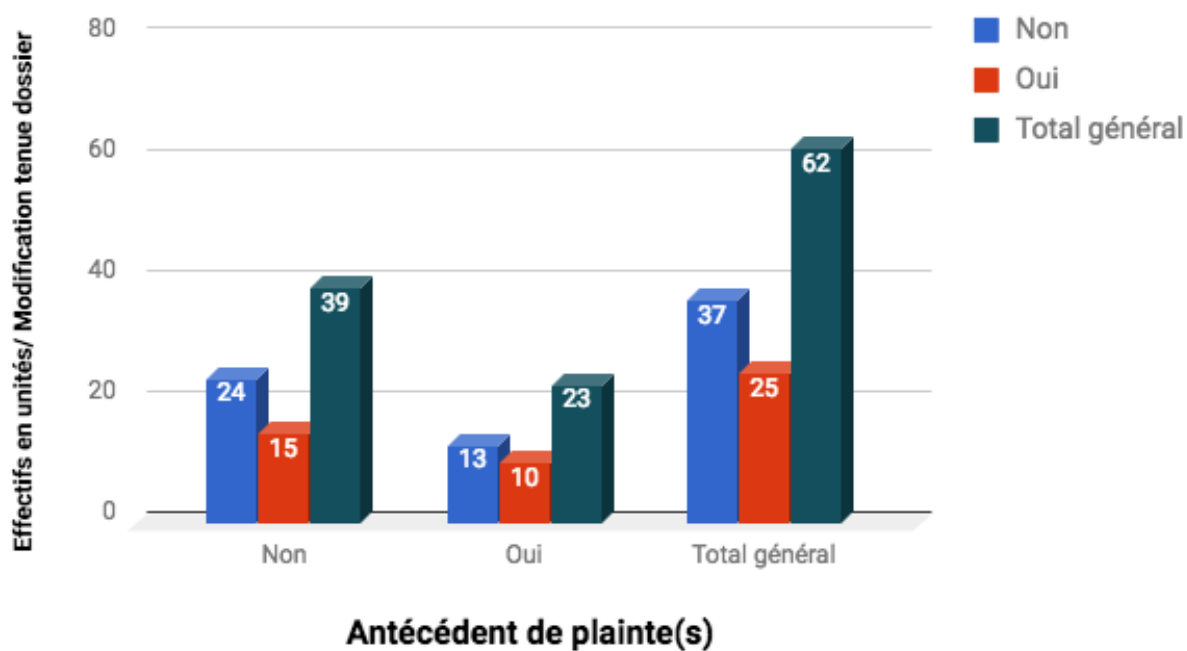
(53) Radoman I. Plaintes et condamnations concernant des médecins généralistes : analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours des 26 dernières années [Thèse de Doctorat d'Université]. Nice-Sophia Antipolis: Faculté de médecine; 2014.

Schéma 1



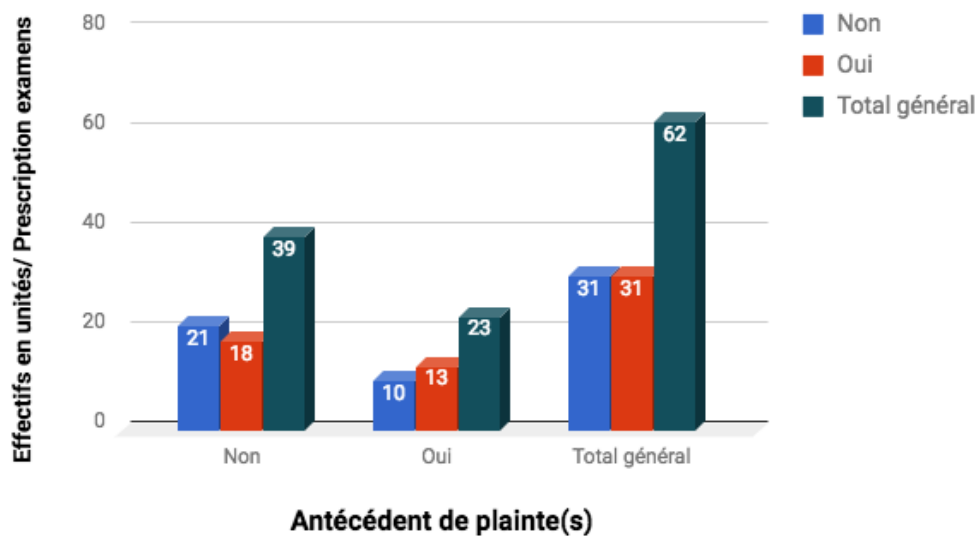
Annexe 1

Antécédent de plainte(s) et modification de la tenue du dossier médical



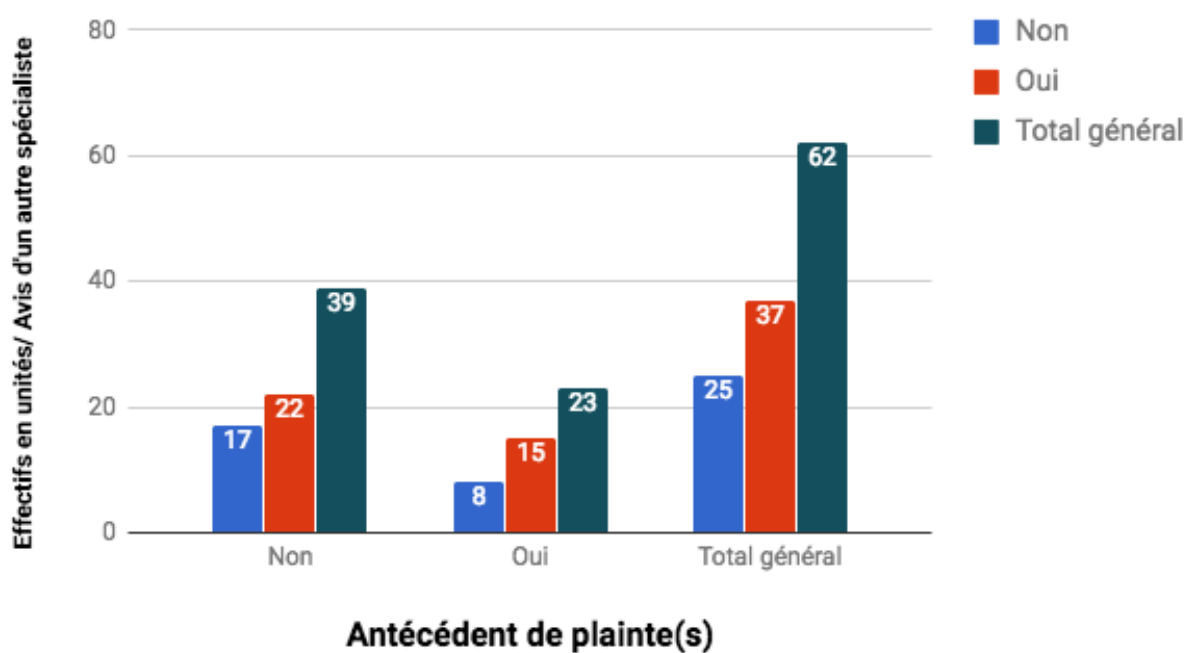
Annexe 2

Antécédent de plainte(s) et prescription d'examens paracliniques non justifiés



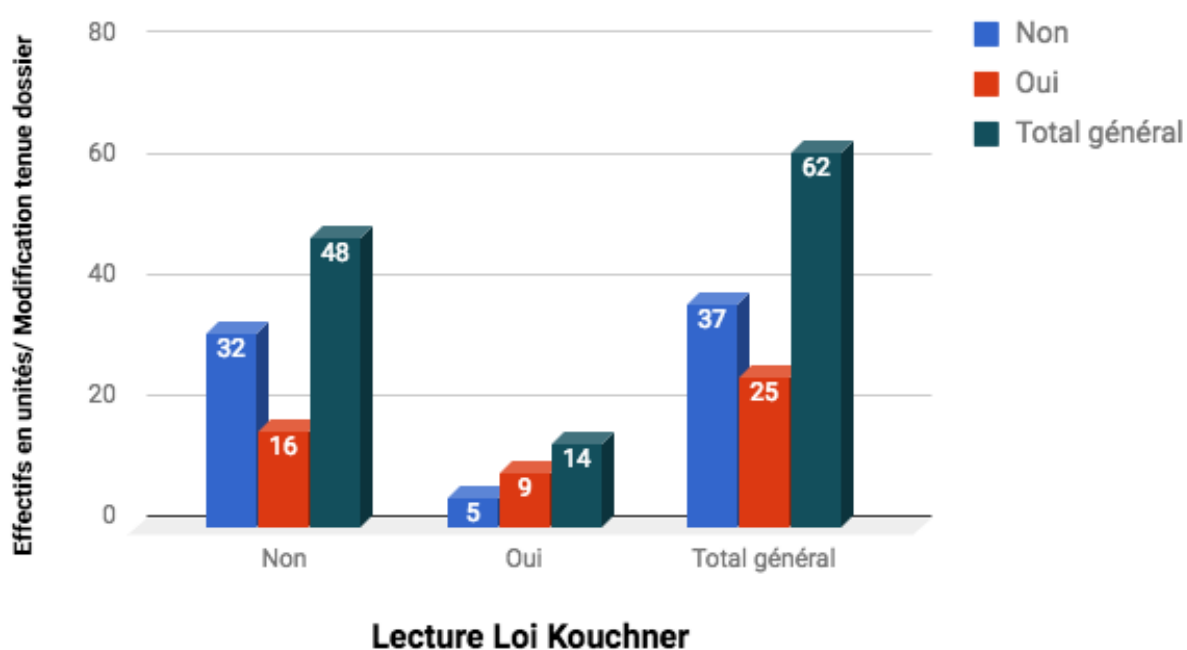
Annexe 3

Antécédent de plainte(s) et demande d'avis à un autre spécialiste non justifiée



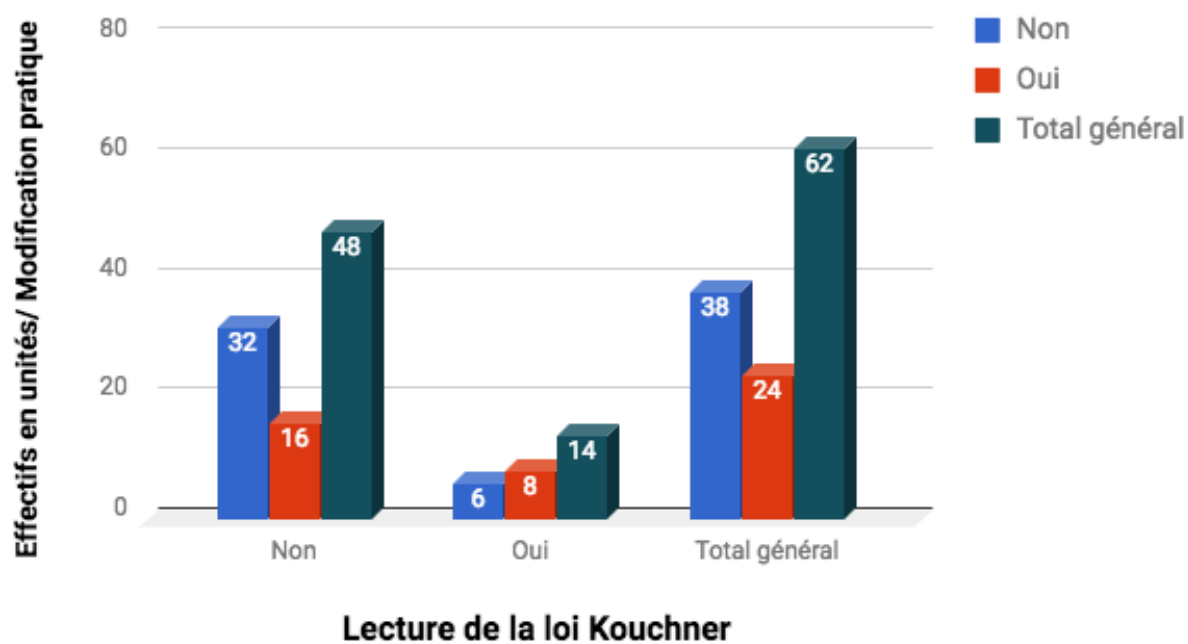
Annexe 4

Lecture de la loi Kouchner et modification de la tenue du dossier médical



Annexe 5

Lecture de la loi Kouchner et modification de la pratique quotidienne



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



Résumé

Introduction : On assiste à une montée des débats publics autour de la «judiciarisation des soins». La loi Kouchner qui régit les droits des patients est récente et pas toujours connu des généralistes. L'impact de l'intervention de la justice et du cadre légal sur les pratiques médicales reste peu exploré.

Objectif : Décrire la perception du cadre légal des droits des malades et du risque judiciaire par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône afin d'évaluer l'impact dans leur pratique quotidienne.

Matériels et méthodes : Etude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale réalisée durant 2 mois par l'intermédiaire d'un questionnaire standardisé, anonyme et à questions fermées auprès de 144 médecins généralistes.

Résultats : 62 questionnaires ont été obtenus soit un taux de réponse de 43,1%. La majorité des médecins (61,3%) connaissent les grandes lignes de la loi Kouchner bien que seulement 22,6% l'aient lu. 40,3% ont modifié leur tenue du dossier médical depuis, préférentiellement en traçant de façon partielle l'information délivrée au patient. Cette loi ne modifie pas la pratique quotidienne de 61,3% des médecins. 67,8% pensent que le nombre de plaintes contre les généralistes augmente. Bien que la quasi-unanimité des médecins (91,9%) affirme que la médecine défensive nuise à la relation médecin-malade, principalement pour des raisons humaines et économiques, 35,5% des sondés pensent la pratiquer.

Conclusion : La loi Kouchner est connue par la majorité des généralistes, du fait de la médiatisation de la grève des radiologues et obstétriciens post-arrêt Perruche, bien que peu lue du fait de sa longueur et d'un risque financier moindre par rapport à d'autres spécialités plus à risque. Ceux qui la connaissent tracent mieux l'information dans le dossier médical que les autres, ce qui s'avère être une mesure adaptée à la loi, bien que peu efficace du fait du faible nombre de plaintes pour défaut d'information. Un risque judiciaire surévalué, faute de registre officiel disponible, est à l'origine de pratiques défensives.

Mots clés: loi Kouchner, risque judiciaire, pratique quotidienne, médecine générale, médecine défensive