



HAL
open science

Représentation et vécu des procédures judiciaires en médecine générale

Laureen Masson

► **To cite this version:**

Laureen Masson. Représentation et vécu des procédures judiciaires en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02294480

HAL Id: dumas-02294480

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02294480v1>

Submitted on 23 Sep 2019

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.



Année 2019

Représentation et vécu des procédures judiciaires en Médecine Générale

THESE

Pour le doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 03 septembre 2019

Par Laureen Masson

Née le 05/10/1987

à Meulan (78)

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Frank Dujardin

Monsieur le Professeur Pierre Yves Litzler

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Didier Bénard

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie

Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion

M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique

Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémie BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

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

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

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

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

ABRÉVIATIONS

AAPMS : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants.

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

ALARM : Association of Litigation And Risk Management.

APL : indicateur Accessibilité Potentielle Localisée.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CADYA: CATégorisation des DYsfonctionnements en Ambulatoire.

CCECQA : Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine.

CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CNAMed : Commission Nationale des Accidents médicaux.

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins.

CREX : Comité de Retour d'EXpérience.

CSP : Code de Santé Publique.

DFP : Déficit Fonctionnel Permanent.

DFT : Déficit Fonctionnel Temporaire (ancienne ITT civile : Incapacité Temporaire Totale).

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques.

ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

EIAS : Evènement Indésirable Associé aux Soins.

EIG : Effet Indésirable Grave.

ENEIS : Enquête Nationale sur les événements indésirables graves liés aux Soins.

EPR : Evènement Porteur de Risque.

ESPRIT : Etude nationale en Soins PRIMaires sur les évènements indésirables.

EVISA : étude régionale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins Ambulatoires extra- hospitaliers.

FMC : Formation Médicale Continue.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.

InPact : Information et Participation active du patient.

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

InVS : Institut de Veille Sanitaire.

IPP : Incapacité Permanente Partielle.

ITT : Incapacité Totale de Travail.

JO : Journal Officiel.

MACSF : Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français.

MiRE: Mission Recherche.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux.

PASS : Programme Aide Solidarité Soignants.

PRisM : Pluri professionnalité et gestion des Risques par un programme Multifacette en soins Primaires.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PNSP : Programme National pour la Sécurité des Patients.

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle.

RMM : Revue de Mortalité et Morbidité.

RMO : Référence Médicale Opposable.

SFTG : Société de Formation Thérapeutique des Généralistes

SPS : Soins aux Professionnels de Santé

TGI : Tribunal de Grande Instance

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

DÉDICACE

A mon grand frère, Alexis, un ange libre, je garde précieusement tous nos bons souvenirs en mémoire.

A mon conjoint, Fabien, pour ta patience hors du commun et tes encouragements durant mes longues années d'études. Tu n'as jamais cessé de croire en moi et de me soutenir. Ça y est tu n'es (enfin) plus avec une étudiante !

A mes parents, Catherine et Hugues, pour votre éducation et tout l'amour que vous m'apportez. Vous avez toujours fait en sorte que je sois heureuse et que je ne manque de rien.

A mes beaux parents, Charline et Gilbert, pour m'avoir accueilli au sein de votre maison et de votre famille.

A ma tante, Andrée, pour tout ce que tu as toujours fait pour moi, jusqu'aux corrections assidues de ce travail de thèse en pleine canicule. Et aussi à ma grand mère, Mauricette, pour les bons petits plats à qui je pense très fort en ce jour très particulier.

A mes grands parents, Germaine et Robert, qui m'ont permis d'aller au bout de mes études de médecine sans avoir à me soucier de rien.

A mon filleul, Andréa, et bien sûr à ses parents Aurélie et Clément, qui m'ont fait l'honneur de me choisir comme marraine.

A l'amitié et aux soirées au Lido avec Ludivine, Alice et Hélène, quelle joie de vous avoir eu avec moi durant ces longues années d'étude et pour longtemps encore.

A tous mes amis du monde équestre pour les bons moments partagés le week-end, et à Pitou et Panam pour tout le bonheur qu'ils m'apportent au quotidien.

A tous mes co-internes et à tous ceux qui se reconnaîtront dans ce travail.

A tous ceux que j'ai peut être oublié.

Je vous dédie à tous ce travail.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Didier Bénard, qui m'a encadré tout au long de ce travail. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre gentillesse, votre disponibilité permanente et pour les nombreux encouragements que vous m'avez prodigués.

Je remercie Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil, Professeur des Universités en Médecine Générale, vous me faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse. Votre esprit d'écoute, votre humanité et votre enseignement de qualité ont fait de moi un meilleur médecin.

J'adresse tous mes remerciements à Monsieur le Professeur Frank Dujardin, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, ainsi qu'à Monsieur le Professeur Pierre-Yves Litzler, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Chirurgie Cardiaque, pour la formation qu'ils m'ont apporté durant mes stages hospitaliers. Merci pour votre lecture attentive, et votre présence en ce jour de soutenance de thèse. Vous m'avez appris la rigueur et la précision qui m'ont permis de réaliser ce travail de thèse.

Merci aussi à Maître François Jegu pour m'avoir consacré du temps. Votre passion pour votre métier et vos explications juridiques m'ont aidé à mieux appréhender le monde juridique.

Je tiens également à remercier les médecins qui ont accepté de me répondre malgré la difficulté du sujet, et les médecins qui m'ont aidé à la diffusion de ce questionnaire.

Enfin, je remercie également tous les médecins qui m'ont formé au long de mes études, ils ont tous participé à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

TABLES DES MATIÈRES

I) INTRODUCTION.....	P 22
1- QUELQUES DÉFINITIONS JURIDIQUES (ORDRE ALPHABÉTIQUE).....	P 25
2- ORGANISATION DE LA JUSTICE EN FRANCE.....	P 29
A) L'HISTOIRE DE LA JUSTICE EN FRANCE.....	P 29
a) LA JUSTICE SOUS L'ANCIEN RÉGIME.....	P 29
b) LA RÉVOLUTION FRANÇAISE.....	P 29
c) NAPOLEON BONAPARTE.....	P 30
d) CHANGEMENTS EN 1958 : LE GÉNÉRAL DE GAULLE.....	P 31
B) LES ORDRES DE LA JUSTICE EN FRANCE.....	P 32
a) L'ORDRE JUDICIAIRE.....	P 32
a1) Les juridictions civile.....	P 32
a2) Les juridictions pénales.....	P 34
b) L'ORDRE ADMINISTRATIF.....	P 35
C) LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	P 36
a) INTRODUCTION.....	P 36
b) COMPOSITION DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	P 37
c) ACCÈS PUBLIC AU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	P 37
D) LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	P 38
a) INTRODUCTION.....	P 38
b) RECOURS DES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE.....	P 39
3- LE MÉDECIN FACE À SON MALADE.....	P 42
A) LE CONTRAT DE SOINS.....	P 42
B) LA RELATION MÉDECIN MALADE.....	P 44
a) GÉNÉRALITÉS.....	P 44
b) TRANSFERT ET CONTRE TRANSFERT.....	P 45
c) MÉCANISMES DE DÉFENSE DU PATIENT.....	P 46
d) LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE RELATION MÉDECIN-MALADE.....	P 47
d1) Le modèle paternaliste.....	P 47
d2) Le modèle informatif.....	P 48
d3) Le décision médicale partagée.....	P 48
C) DROITS ET OBLIGATIONS DU MÉDECIN.....	P 50
a) OBLIGATIONS FONDAMENTALES.....	P 50
b) DROITS DU MÉDECIN.....	P 52
D) DROITS ET OBLIGATIONS DU MALADE.....	P 53
4- DÉONTOLOGIE MÉDICALE.....	P 54
5- LE MÉDECIN FACE À LA JUSTICE.....	P 57
A) HISTOIRE DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE.....	P 57
B) RESPONSABILITÉ MÉDICALE.....	P 59
a) OBLIGATIONS DE MOYENS.....	P 59
b) OBLIGATIONS DE RÉSULTATS.....	P 59
c) OBLIGATIONS D'INFORMATION.....	P 61
d) LIEN DE CAUSALITÉ.....	P 61
e) LES DIFFÉRENTES FAUTES ET INDEMNISATIONS.....	P 62

C) RESPONSABILITÉ SANS FAUTE ET PRÉSUMPTION DE FAUTE	P 64
D) RESPONSABILITÉ MÉDICALE CONTRACTUELLE	P 65
E) LOI N°2002-303, DITE « LOI KOUCHNER » DU 04 MARS 2002 ...	P 67
a) UNIFICATION DU DÉLAI DE PRESCRIPTION.....	P 67
b) OBLIGATION D'ASSURANCE.....	P 67
c) LE SECRET PROFESSIONNEL	P 68
d) L'INFORMATION DU PATIENT.....	P 68
e) LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ.....	P 69
f) LA PERSONNE DE CONFIANCE	P 69
g) L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACCIDENTS MÉDICAUX.....	P 70
h) LES COMMISSIONS DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION.....	P 71
i) LE DOSSIER MÉDICAL.....	P 72
F) RESPONSABILITÉ PÉNALE	P 73
a) LA NOTION DE FAUTE PÉNALE INVOLONTAIRE.....	P 74
a1) La faute simple.....	P 74
a2) La faute caractérisée.....	P 75
a3) La faute délibérée.....	P 75
b) LE DOMMAGE.....	P 75
c) LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DU MÉDECIN.....	P 76
d) LES SANCTIONS.....	P 76
G) RESPONSABILITÉ ADMINISTRATIVE	P 78
a) LA FAUTE TECHNIQUE.....	P 78
b) LA FAUTE D'ORGANISATION DU SERVICE.....	P 78
c) LA FAUTE DÉTACHABLE DU SERVICE.....	P 79
H) L'EXPERTISE MÉDICALE	P 81
6- LE MÉDECIN FACE À L'ORDRE	P 82
A) ORGANISATION ET STRUCTURE DE L'ORDRE DES MÉDECINS	P 82
B) MISSIONS ET FONCTIONS DE L'ORDRE	P 83
C) PLAINTÉ ORDINALE	P 85
7- L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS	P 87
A) LES DIFFÉRENTS ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS	P 88
a) ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE RÉSULTANT D'UN DYSFONCTIONNEMENT ORGANISATIONNEL.....	P 88
b) L'ALÉA THÉRAPEUTIQUE.....	P 88
c) L'ERREUR MÉDICALE OU ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ÉVITABLE.....	P 89
d) LE PRESQU'ÉVÈNEMENT.....	P 90
e) L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE.....	P 90
B) DESCRIPTION D'UN ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS	P 91
a) LES CAUSES DE L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE.....	P 91
b) LES BARRIÈRES DE L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE	P 91
C) DÉCLARATION DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES EN MÉDECINE	P 93
a) HISTORIQUE.....	P 93
b) CLASSIFICATION DES SYSTÈMES DE SIGNALLEMENT.....	P 95

D) LES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS EN	
CHIFFRE.....	P 97
a) POUR COMMENCER.....	P 97
b) LES DONNÉES EN FRANCE.....	P 98
b1) En milieu hospitalier.....	P 98
b2) En milieu ambulatoire.....	P 99
8- STATISTIQUES : PROCÉDURES CONTRE LES MÉDECINS.....	P 103
A) LES MOTIFS DE PROCÈS.....	P 104
B) RAPPORT ANNUEL DU SOU MÉDICAL SUR LA SINISTRALITÉ DES	
MÉDECINS EN 2017.....	P 106
C) RÉPARATION DES SINISTRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE.....	P 108
II) ETUDE.....	P 110
1- MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	P 111
A) MÉTHODE.....	P 111
B) POPULATION ÉTUDIÉE.....	P 113
C) LE QUESTIONNAIRE.....	P 115
D) OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	P 117
E) LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	P 118
F) DÉROULEMENT DES ENTRETIENS.....	P 119
2- RÉSULTATS.....	P 121
A) DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	P 122
B) DYSFONCTIONNEMENT DANS LE PROCESSUS DE SOINS.....	P 125
a) LA RÉPONSE AUX DEMANDES DE SOINS CONSIDÉRÉES NON JUSTIFIÉES.....	P 125
b) PLACE DU TÉLÉPHONE DURANT LA CONSULTATION.....	P 125
c) GESTION DES URGENCES.....	P 126
d) RETARDS QUOTIDIENS SUR LES HORAIRES DE RENDEZ-VOUS.....	P 126
C) DESCRIPTION DES PROCÉDURES JUDICIAIRES.....	P 128
a) LES MOTIFS DE PROCÉDURE.....	P 128
b) LE TYPE DE PROCÉDURE JUDICIAIRE.....	P 128
c) L'ISSUE DES PROCÉDURES JUDICIAIRES.....	P 129
D) DESCRIPTION DU VÉCU PERSONNEL DES PROCÉDURES	
JUDICIAIRES.....	P 131
a) L'ÉTAT D'ESPRIT LE JOUR DE LA CONSULTATION.....	P 131
b) LE VÉCU PERSONNEL.....	P 132
E) CONSÉQUENCES SUR LA VIE PERSONNELLE ET SOCIALE.....	P 136
a) TROUBLE DU SOMMEIL ET DE L'APPÉTIT.....	P 136
b) MAJORATION DES ADDICTIONS.....	P 136
c) ENTOURAGE FAMILIAL.....	P 137
d) ENVIRONNEMENT SOCIAL	P 137
e) SYNDROME DÉPRESSIF	P 138
F) MODIFICATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUITE À LA	
PROCÉDURE.....	P 140
G) NIVEAU DE CONNAISSANCE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES	
ASSOCIÉS AUX SOINS, CONNAISSANCES JURIDIQUES.....	P 141

3- DISCUSSION.....	P 144
<u>A) VALIDITÉ INTERNE DE L'ÉTUDE.....</u>	P 144
<u>B) BIAIS DE L'ÉTUDE.....</u>	P 146
<u>C) PRINCIPAUX RÉSULTATS.....</u>	P 148
a) CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	P 149
b) LE VÉCU DE LA PLAINTÉ : LE MÉDECIN SECONDE VICTIME	P 151
b1) Santé du médecin.....	P 151
b2) Statut de seconde victime.....	P 152
b3) Structures d'aides aux médecins en difficultés.....	P 155
c) LES MODIFICATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	P 157
<u>D) LUTTE CONTRE LES EIAS.....</u>	P 159
a) LES ANOMALIES DE LA RELATION MÉDECIN MALADE.....	P 161
b) COMMENT AMÉLIORER LA RELATION MÉDECIN MALADE.....	P 162
c) DÉCLARER LES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES.....	P 165
d) ANALYSE DES CAS D'ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS....	P 166
<u>E) DÉFAUT DE CONNAISSANCE DU SYSTÈME JUDICIAIRE.....</u>	P 175
<u>III) CONCLUSION.....</u>	P 176
<u>IV) BIBLIOGRAPHIE.....</u>	P 180
<u>V) ANNEXES.....</u>	P 186
<u>VI) SERMENT D'HPPOCRATE.....</u>	P 211
<u>VII) RESUME.....</u>	P 213

INTRODUCTION

Le nombre de procédures judiciaires en France contre les médecins et les structures de soins ne cesse de croître ces vingt dernières années, qu'elles soient civiles, administratives, pénales ou ordinaires.

Les médecins généralistes, dont les médecins libéraux, ne sont pas épargnés par cette évolution.

Lors de mes différents stages d'internat et lors de mes remplacements, j'ai rencontré plusieurs médecins avec qui j'ai pu évoquer la question de ces sinistres médico-légaux.

Parmi eux, certains avaient vu leur responsabilité médicale engagée, d'autres connaissaient un confrère qui avait été mis en cause dans une procédure judiciaire.

Les médecins qui n'avaient pas connu de plainte personnelle ou dans leur sphère de connaissance, ne concevaient pas d'être poursuivi en justice, allant même parfois jusqu'à dire que si cela leur arrivait, ils décrocheraient probablement leur plaque et feraient autre chose de leur vie.

Enfin, quelques médecins, plus fatalistes, expliquaient que le risque judiciaire devait être incorporé à la pratique courante car concernerait bientôt une majorité de médecins.

Comment peut-on se retrouver mis en cause dans une procédure alors que la vocation première du métier de médecin est de soigner et d'apporter du réconfort à toutes les personnes en souffrance physique ou morale ? Cette question est encore plus forte du fait de la relation médecin-malade normalement privilégiée en médecine générale où le médecin suit le même patient pendant des années.

Existe-t-il des moyens pour éviter de se retrouver dans une telle situation ?

Une fois la procédure en cours, quelles sont les répercussions immédiates et à distance sur la vie personnelle et sur les pratiques professionnelles du médecin ?

De quelles aides dispose le médecin pour le soutenir sur le plan moral et judiciaire ? Les médecins en ont-ils connaissance ?

Devant l'intérêt suscité chez les médecins et l'absence de réponses claires à mes questions, j'ai finalement décidé d'effectuer mon travail de thèse sur ce sujet afin de comprendre le vécu du médecin accusé par son patient ainsi que les conséquences sur sa vie privée et professionnelle et sur sa manière d'exercer ultérieure.

Dans ce travail, il m'a paru important de bien détailler l'analyse des évènements indésirables liés aux soins car ces évènements sont bien souvent à l'origine du mécontentement du patient et donc l'élément déclencheur de la mise en cause dans une procédure judiciaire. Comme j'ai pu m'en rendre compte lors des mes recherches bibliographiques, la démarche est assez nouvelle mais en plein essor.

Comme attendu en début de thèse, le travail de recueil de données a été la partie la plus longue et la plus difficile de ce travail.

J'espère que cette thèse pourra amener à une réflexion et à une communication sur ce sujet, lever le tabou et peut être trouver des solutions préventives pour limiter le nombre de plaintes.

1- QUELQUES DÉFINITIONS JURIDIQUES (ORDRE ALPHABÉTIQUE)

- **Contradictoire (procédure)** : Le contradictoire est le fait de mettre l'ensemble des pièces médicales et non médicales à la disposition de toutes les parties, tout le long de la procédure judiciaire. Chaque partie peut alors faire valoir son point de vue, connaître, discuter les arguments et les preuves de son adversaire.

« Les parties doivent se faire connaître mutuellement en temps utile les moyens de fait sur lesquels elles fondent leurs prétentions, les éléments de preuve qu'elles produisent et les moyens de droit qu'elles invoquent, afin que chacune soit à même d'organiser sa défense. » (Article 15 du Code de Procédure Civile).

« Le juge doit, en toutes circonstances, faire observer et observer lui-même le principe de la contradiction.

Il ne peut retenir, dans sa décision, les moyens, les explications et les documents invoqués ou produits par les parties que si celles-ci ont été à même d'en débattre contradictoirement.

Il ne peut fonder sa décision sur les moyens de droit qu'il a relevés d'office sans avoir au préalable invité les parties à présenter leurs observations. » (Article 16 du Code de Procédure Civile).

- **Décision de justice**: Acte émanant d'une juridiction collégiale ou d'un magistrat unique. Souvent, le prononcé de la décision de justice est précédé d'un délibéré. Le délibéré est la phase de l'instance au cours de laquelle les magistrats se concertent avant de rendre leur décision. Le délibéré est toujours secret.

- **Déficit Fonctionnel Permanent (= DFP)** : Correspond au poste de préjudice visant à indemniser l'invalidité permanente à vie de la victime. Ce poste est évalué à la consolidation dans le cadre de l'expertise médicale finale. Fixé en pourcentage, il cherche à indemniser le préjudice lié à l'incapacité en ce qu'elle touche à la vie personnelle de la victime. Il n'existe pas de barème officiel d'indemnisation du préjudice fonctionnel permanent.

Ce poste de préjudice peut être défini, selon la Commission européenne à la suite des travaux de Trèves de juin 2000, comme « *la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable donc appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours* ».

- **Déficit Fonctionnel Temporaire (= DFT)** : Ce préjudice correspond à l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle c'est-à-dire que ce préjudice correspond aux gênes subies par la victime dans les actes de la vie courante.

Correspond à l'ancienne Incapacité Temporaire Totale ou « ITT civile » évitant ainsi la confusion avec l'Incapacité Totale de Travail depuis la nomenclature Dintilhac qui se généralise en matière d'indemnisation du dommage corporel.

(Annexe 1)

- **Domage** : Il s'agit de l'atteinte portée aux droits, aux intérêts, au bien-être de quelqu'un, du fait d'un tiers. Il peut être physique ou moral, il sera identifié et quantifié par l'expertise. Synonyme de « préjudice ».

- **Incapacité totale de travail (= ITT)** : C'est une notion purement pénale qui sert à qualifier les faits en fonction de « *la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail)* » selon le ministère de la justice.

(Annexe 2)

Elle correspond donc à la période d'indisponibilité pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation directe, certaine avec le fait générateur, l'intéressé ne peut plus exercer les actes essentiels de la vie courante sans pour autant les interdire.

Le nouveau Code Pénal concernant l'article 222-13 dispose que les violences familiales sont désormais des délits et non plus de simples contraventions comme auparavant quand la durée d'ITT était inférieure à huit jours ; « *Les violences n'ayant pas entraîné une ITT pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement [...] lorsqu'elles sont commises : 1° Sur un mineur ; [...] ; 3° Sur ascendant légitime ou naturel ou sur le père ou la mère adoptive ; [...] ; 6° Par le conjoint ou concubin de la victime ; [...]* » (art. 222-13 Nouveau Code Pénal.)

- **Jurisprudence:** Ensemble des arrêts et des jugements qu'ont rendu les Cours et les Tribunaux pour la solution d'une situation juridique donnée.

Elle émane surtout des Cours d'Appel (judiciaires ou administratives), de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat.

- **Perte de chance :** C'est un dommage particulier : on l'invoque quand le médecin a commis une faute et qu'on ne peut pas déterminer si la complication aurait pu être évitée, dans l'hypothèse où le médecin eût agi conformément aux règles de l'art.

Dans ce cas, on estime que le patient a perdu une chance de se soustraire à une complication. Ainsi, le dommage indemnisé n'est pas le dommage lié à la complication, mais à la perte de chance. Pour mieux l'évaluer, il faut tenir compte de l'état antérieur du patient. Ce sont les juges qui quantifient cette perte de chance.

Concrètement, cette perte de chance peut correspondre au fait que le praticien n'ait pas proposé à son patient un traitement plus simple et/ou moins dangereux pour sa santé que celui qui lui a été administré et qui est à l'origine de son ou ses dommages.

- **Préjudice:** Synonyme de « dommage ». On distingue les préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux.

(Annexe 1)

- **Préjudices patrimoniaux** : Consécutifs à une atteinte aux biens ou à l'intégrité physique d'une personne (dommages corporels), consistent en la lésion d'intérêts de nature économique. Ces préjudices ouvrent droit à une indemnisation qui se déploie dans deux directions :

- Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) et Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation).

- **Préjudices extra patrimoniaux** : Ou non économiques; ils donnent eux aussi lieu à une indemnisation.

On peut citer dans cette catégorie :

- L'atteinte à l'honneur, à la réputation et au crédit de la personne.
- L'atteinte au respect de la vie privée.
- Le préjudice spécifique d'anxiété, lié à l'angoisse de se savoir exposé à un risque certain de dommage grave.

- Le déficit fonctionnel temporaire.

- Les souffrances endurées physiques, psychiques ou morales.

- Le préjudice esthétique temporaire.

- Le déficit fonctionnel permanent.

- Les préjudices d'agrément (impossibilité à la pratique de sport ou de loisir).

- Le préjudice esthétique permanent.

- Les préjudices sexuels (atteinte morphologique, perte de plaisir, impossibilité à procréer).

- Le préjudice d'établissement (indemnisation de la perte d'espoir ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale.

- Les préjudices permanents exceptionnels (préjudices atypiques directement liés aux handicaps permanents, survenus dans des circonstances particulières (attentat, etc.).

- Les préjudices liés à des pathologies évolutives.

- Le préjudice d'affection (répare la douleur des proches de la victime immédiate).

- Le préjudice d'accompagnement (traduit les troubles dans l'existence d'un proche participant au protocole de soins de la victime).

- **Sinistralité**: Nombre d'accidents corporels déclarés par an et pour 100 sociétaires.

2- ORGANISATION DE LA JUSTICE EN FRANCE

A) L'HISTOIRE DE LA JUSTICE EN FRANCE

L'évolution au fil des siècles de la Justice française est décrite par J.C. Farcy (1). Initialement, la Justice était d'origine divine rendue par le roi, puis a évolué en une Justice d'Etat, rendue au nom du peuple français.

a) LA JUSTICE SOUS L'ANCIEN RÉGIME

Sous l'ancien Régime, le Roi a le droit d'intervenir dans le cours normal de la Justice et il intervient au nom de Dieu ; mais il ne peut pas rendre justice pour son royaume, c'est pourquoi il existe des Juges.

Les Juges doivent acheter une charge et sont très peu rémunérés par l'Etat ; le coût de la Justice est donc à la charge du plaideur, ce qui rend son accès limité aux personnes fortunées.

L'enchevêtrement des juridictions et les nombreuses possibilités de recours rendent la Justice lente et incertaine. (Les procès pouvaient durer toute une vie et même se transmettre de génération en génération).

b) LA RÉVOLUTION FRANÇAISE

Dorénavant la Justice est séparée de la Monarchie et de l'Eglise ; dans cette nouvelle organisation judiciaire, les magistrats sont élus.

- La Déclaration des Droits de l'Homme du 26 août 1789 abolit la torture, impose la présomption d'innocence et pose les principes de non-rétroactivité des lois pénales et de proportionnalité de peine.

- La loi du 16 et du 24 août 1790 instaure le principe d'égalité devant la Justice; Elle crée également un droit d'appel.

Au niveau de la Justice civile, il existe deux niveaux : Le Juge de Paix (conciliation dans les litiges de la vie quotidienne) et le Tribunal de District qui fait office de Juge d'Appel.

La Justice pénale dépend de la gravité de l'infraction :

- Dans chaque commune il y a un tribunal de police municipal pour juger les infractions les moins graves.
- Dans chaque canton, il y a un tribunal correctionnel pour juger les infractions de gravité moyenne.
- Dans chaque chef-lieu de département, il y a un tribunal criminel chargé de juger les crimes et délits les plus graves ; il est composé de magistrats et d'un jury populaire (c'est l'origine de la cour d'assises).
- Des tribunaux d'appel et un tribunal de cassation sont également créés.

c) NAPOLÉON BONAPARTE

- Création du Code Civil (1804), du Code de la Procédure Civile (1806), du Code du Commerce (1807), du Code d'Instruction Criminelle (1808) et du Code Pénal (1810).

Le Code d'Instruction Criminelle fixe le principe de la procédure pénale et les règles du procès. Le ministère public a pour mission d'identifier et de poursuivre les auteurs d'infraction devant une juridiction.

- Les juges ne sont plus élus mais nommés par le Gouvernement.
- Les Tribunaux Criminels sont remplacés par des Cours d'Assises.
- Le droit pénal définit trois niveaux d'infractions : contravention, délit et crime ; il fixe également une échelle des peines applicables en fonction des infractions. Il crée également des circonstances atténuantes et aggravantes.

- L'organisation de la justice civile est revue :

- Les Juges de Paix sont maintenus dans les cantons.
- Un Tribunal Civil est présent dans chaque arrondissement.
- Les Cours d'Appel sont créées en 1804 (une pour trois départements).
- La Cour de Cassation créée en 1804 (anciens tribunaux de cassation)

conserve ses rôles de l'époque révolutionnaire et dispose en plus d'une compétence disciplinaire sur l'ensemble du corps judiciaire.

- Création de juridictions spécialisées (Prud'homme, Tribunaux de Commerce, etc.).

d) CHANGEMENTS EN 1958 : LE GÉNÉRAL DE GAULLE

Révision de la carte judiciaire, prenant en compte les modifications démographiques et l'amélioration des moyens de communication et de transport.

De nouvelles Cours d'Appel sont créées ; les institutions judiciaires sont renouvelées.

La Cour d'Appel examine maintenant les recours formés contre les décisions rendues par toutes les juridictions de première instance.

Les Juges de Paix sont remplacés par le Tribunal d'Instance.

Le Tribunal Civil laisse place au Tribunal de Grande Instance au siège du département.

B) LES ORDRES DE LA JUSTICE EN FRANCE

Le Ministère de la Justice (2) a publié un document expliquant l'Organisation de la Justice en France, réactualisé en 2018, accessible à tous en ligne. L'organisation des juridictions françaises est composée de trois ordres de juridiction:

- Un Ordre Judiciaire qui règle les litiges opposant les personnes privées et/ou morales et juge les auteurs des infractions au Code Pénal.
- Un Ordre Administratif compétent quand une personne publique (donc une administration) est en cause.
- Et un Tribunal de Conflits qui veille à la séparation des compétences judiciaires et administratives.

a) L'ORDRE JUDICIAIRE

L'Ordre Judiciaire comprend les juridictions civiles qui tranchent les litiges entre les personnes physiques et/ou morales mais n'infligent pas de peines et les juridictions pénales qui jugent les infractions pénales et se prononcent éventuellement sur les intérêts civils en cas de constitution de partie civile. Elles sanctionnent les atteintes aux personnes, aux biens et à la société.

(Annexe 3)

a1) Les juridictions civiles

- Le Juge de Proximité : n'est pas un magistrat professionnel ; il statue sur les litiges civils pour un montant inférieur à 4.000 euros.

- Le Tribunal d'Instance : traite la plupart des litiges civils de la vie quotidienne ; juge toutes les affaires civiles pour des sommes entre 4.000 et 10.000 euros ; il est aussi compétent en matière de sauvegarde de justice, curatelle et tutelle.

Certains greffiers en chef des tribunaux d'instance peuvent enregistrer des déclarations d'acquisition de nationalité française et délivrer des certificats de nationalité française.

Les affaires sont toujours jugées par un seul juge qui prend seul sa décision, assisté d'un greffier.

- Le Tribunal de Grande Instance (= TGI) : s'occupe des litiges civils concernant des demandes supérieures à 10.000 euros ; sa compétence est exclusive dans certains domaines dont les dommages corporels.

Ce tribunal statue soit par juge unique, soit en formation collégiale (trois magistrats du siège, assistés d'un greffier si l'une des parties le demande).

L'article 53 du projet de loi de programmation 2018-2022 n°463 et de réforme de la justice prévoit de fusionner les Tribunaux d'Instance et les Tribunaux de Grande Instance, lorsque ceux-ci sont situés dans une même ville, en modifiant les dispositions du Code de l'Organisation Judiciaire. Il prévoit le regroupement, au sein d'un Tribunal Judiciaire, de l'ensemble des contentieux relevant du Tribunal d'Instance au Tribunal de Grande Instance afin d'unifier la compétence civile au sein d'une même juridiction.

Il aménage l'article L. 212-2 du Code de l'Organisation Judiciaire afin que le Tribunal Judiciaire soit la seule juridiction compétente en matière civile en première instance.

Il instaure également une nouvelle procédure dématérialisée pour les litiges dont le montant ne dépasse pas 4.000 euros ; il n'y aura plus d'audience au tribunal, mais le conflit sera traité en ligne. La réforme prévoit également de transférer les compétences du Tribunal d'Instance vers le Tribunal de Grande Instance pour un certain nombre de litiges spécialisés (surendettement par exemple). Une nouvelle juridiction pourrait également être créée afin de traiter les injonctions de payer de façon dématérialisée.

- Le Tribunal de Commerce : règle les litiges entre particuliers (personnes morales et/ou physiques) et commerçants, ou entre commerçants et sociétés commerciales.

C'est une juridiction échevinale, c'est à dire que le jury comprend des juges non professionnels (ici trois juges dans le jury, issus de commerçants bénévoles élus par d'autres commerçants pour deux ou quatre ans).

- Le Conseil des Prud'hommes : Juridiction échevinale également ; s'occupe des litiges survenant entre salariés et employeurs ; il essaie obligatoirement de concilier les deux parties, mais s'il échoue il rend un jugement. Il est composé de quatre juges non professionnels (dont deux élus par les salariés et deux élus par les employeurs).

a2) Les juridictions pénales

- Le Tribunal de Police : Il siège au Tribunal d'Instance ; il juge les contraventions (donc les infractions pénales les moins graves : tapage nocturne, coups et blessures légers ayant occasionné une Incapacité Totale de Travail inférieure à huit jours, hors violences familiales, viols et autres crimes définis par la loi). Il est constitué d'un seul juge qui statue et est assisté d'un greffier.

- Le Tribunal Correctionnel : Il juge les délits (vols, escroquerie, abus de confiance, violences intra familiales, blessures graves correspondant à une Incapacité Totale de Travail supérieure à huit jours, homicide involontaire, etc.) et peut prononcer des peines allant jusqu'à dix ans de prison (mais aussi des amendes, des interdictions d'exercer une activité professionnelle, des retraits de permis, etc.)

Il statue en formation collégiale de trois magistrats professionnels du Tribunal de Grande Instance.

- La Cour d'Assises : Elle juge toute personne accusée d'un crime (homicide volontaire, meurtre, assassinat, ou viol) ou de complicité de crime.

Elle est composée de trois juges professionnels et d'un jury (six citoyens tirés au sort).

- La Cour d'Appel : Elle peut être saisie par l'accusé et/ou le ministère public en cas de désaccord avec la décision rendue en premier ressort par un Tribunal de Police ou un Tribunal Correctionnel.

- La Cour d'Assises d'Appel : Elle peut être saisie par l'accusé et/ou le ministère public en cas de désaccord avec la décision rendue en premier ressort par une Cour d'Assises. Les parties civiles ne peuvent faire appel que pour ce qui concerne les intérêts civils.

Elle est composée de trois magistrats professionnels et de neuf jurés.

- La Cour de Cassation : Un pourvoi peut être formulé par l'accusé et/ou le ministère public à l'encontre d'une décision rendue en appel. L'arrêt rendu par la Cour de Cassation ne porte que sur la forme et non le fond. Elle vérifie que la loi a été correctement appliquée.

- Le Conseil Supérieur de la Magistrature : Il nomme les magistrats et assure la discipline de ce corps.

L'article 63 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la Justice prévoit, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la création d'une Cour Criminelle. Elle jugera en première instance les crimes punis de quinze ou vingt ans de réclusion par des majeurs, sans récidive, à la place de la Cour d'Assises. Elle est composée de cinq magistrats professionnels (un président et quatre assesseurs) dont, le cas échéant, un maximum de deux magistrats honoraires juridictionnels ou exerçant à titre temporaire. (Arrêté du 25 avril 2019 relatif à l'expérimentation de la Cour Criminelle).

Les dispositions de l'article 63 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice relatives à l'expérimentation de la Cour Criminelle sont applicables, à compter du 13 mai 2019, dans plusieurs départements dont la Seine-Maritime et le Calvados.

b) L'ORDRE ADMINISTRATIF

- Les Tribunaux Administratifs : Ils sont compétents en cas de contestation d'un acte administratif ou d'une action en responsabilité dirigée contre les services publics.

- Les Cours Administratives d'Appel : Elles jugent en appel formés à l'encontre d'une décision rendue en premier ressort par une Tribunal Administratif.

- Le Conseil d'Etat : Il se prononce sur les pourvois en cassation d'un arrêt rendu par une Cour Administrative d'Appel. Il juge certains appels et aussi certaines plaintes (litiges relatifs aux élections municipales).

Les arrêts rendus par le Conseil d'Etat portent sur la forme et non le fond. Ils vérifient que la loi a été correctement appliquée.

Il a un rôle consultatif ; son avis porte sur la régularité juridique des textes, leur forme et leur opportunité non politique mais administrative.

C) LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

a) INTRODUCTION

Le code d'Hammurabi, est le premier code connu à « droit constant », regroupant les lois de son temps.

La codification à droit constant consiste en la réunion de lois « éparpillées » et distinctes les unes des autres en un code, sans en changer la teneur.

Le code Justinien, à droit constant également, date le système de découpage des codes en livres, titres, chapitres et articles.

L'élan codificateur français date du code d'Henri III revendiqué par les Etats généraux de Blois.

En pratique, la codification moderne est datée du Consulat :

- Le Code Civil (1804).
- Le Code de Procédure Civile (1806).
- Le Code de Commerce (1807).
- Le Code d'Instruction Criminelle (1808).
- Le Code Pénal (1810).

Le Code de la Santé Publique (= CSP) est un ensemble de textes législatifs (lois) et réglementaires (décrets en conseil Etat) qui régit les questions de la santé publique en France. Il est notamment le garant de la déontologie médicale.

Il a été créé en 1953 puis a été refondu :

- par Ordonnance pour la partie législative en 2000 (ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, paru au Journal Officiel du 22 juin 2000), puis a été ratifiée par l'article 92 de la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

- La partie réglementaire s'est établie progressivement par décrets dès 2003.

Les parties relatives à la protection générale de la santé publique (première partie), à la santé de la mère et de l'enfant (deuxième partie), aux maladies et dépendances (troisième partie) ont été publiées au Journal Officiel (= JO) des 26 et 27 mai 2003.

Viennent ensuite les dispositions réglementaires relatives aux professions de santé (quatrième partie), aux produits de santé (cinquième partie), aux établissements et services de santé (sixième partie), principalement.

b) COMPOSITION DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Il comporte six parties, elles mêmes divisées en livres, titres, chapitres et articles.

- Protection Générale de la Santé (droit des malades hospitalisés ou non, droit bioéthique - le livre II *bis* introduit par la loi Huriet de 1988 environnement et santé).
- Santé sexuelle et Reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte (Protection Maternelle et Infantile (= PMI), interruption volontaire de grossesse et aide médicale à la procréation).
- Lutte contre les Maladies (maladies mentales, sida) et Dépendances (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie).
- Le droit des professions de santé (professions médicales, professions pharmaceutiques, auxiliaires médicaux).
- Le droit des produits de santé (médicaments, produits apparentés dont cosmétiques et dispositifs médicaux).
- Le droit des établissements et services de santé (droit hospitalier, laboratoires d'analyses de biologie médicale, transports sanitaires).

c) ACCÈS PUBLIC AU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Code de la Santé Publique est accessible gratuitement sur « Légifrance.fr » pour tous ; le site met à disposition une édition constamment mise à jour, indispensable pour vérifier la dernière version d'un article. Une édition papier, permettant une approche plus générale, est aussi publiée périodiquement par les Journaux Officiels.

D) LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

a) INTRODUCTION

La Sécurité Sociale assure l'ensemble des risques sociaux des travailleurs, salariés et des professions libérales, des travailleurs indépendants et des travailleurs non salariés, des salariés agricoles, que ces personnes travaillent sur le territoire métropolitain de la France, ou comme salariés détachés à l'étranger.

La Sécurité Sociale fournit les prestations prévues par le Code de la Sécurité Sociale. L'Etat en a confié la gestion à divers organismes de droit privé qui, de ce fait, sont chargés d'une mission de service public.

Le Code de la Sécurité Sociale comprend l'ensemble de la réglementation relative à la Sécurité Sociale ; c'est un recueil d'articles législatifs et réglementaires, ayant pour fonction de déterminer le financement, l'organisation, le fonctionnement et le régime juridique général de la Sécurité Sociale.

Il est divisé en quatre parties :

Une partie législative, une partie réglementaire regroupant les décrets votés en Conseil d'Etat, une partie règlementaire regroupant les décrets simples et une partie règlementaire regroupant les arrêtés.

Les trois premières parties sont divisées en neuf livres, la quatrième partie quant à elle ne concerne que le livre numéro neuf.

- Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base.
- Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses.
- Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général.
- Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches).
- Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées.
- Livre 6 : Dispositions applicables aux travailleurs indépendants.
- Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses.

- Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aide à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé.
- Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire.

b) RECOURS DES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

Les Organismes de Protection Sociale peuvent exercer un recours contre les tiers responsables de dommages corporels à un assuré social, ayant donné lieu à des prestations, en nature et/ou en espèces.

Il doit impérativement exister un lien de causalité entre le fait générateur (la pratique médicale fautive) et le dommage (le versement de prestations en nature et/ou en espèce en rapport avec la pratique médicale fautive).

Le Code de la Sécurité Sociale détermine les droits et obligations des diverses parties dans le cadre du recours.

Le recours des caisses contre les tiers s'exerce poste par poste, sur les seules indemnités qui réparent les préjudices qu'elles ont pris en charge (Article L 376-1).

Les préjudices à caractère personnel ne peuvent faire l'objet d'un recours.

Obligation d'information de la Caisse de Sécurité Sociale lors de la survenue d'un dommage corporel:

L'article L 376-1 du Code de Sécurité Sociale précise que « *La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret* ».

L'assuré, le tiers responsable et son assurance disposent de quinze jours, un établissement de santé dispose de trois mois, pour signaler le sinistre.

En cas de non respect de ces délais (Article D 376-1 du Code de Sécurité Sociale) l'assurance peut être assujettie aux versements de pénalités. (Article R376-4 et R 376-5 du Code de Sécurité Sociale).

La transaction amiable doit être préférée autant que possible lors des recours pour dommages corporels : « *...Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable, s'exerce en priorité à titre amiable...* » (Article L 376-1 du Code de Sécurité Sociale).

- En cas de procédure judiciaire, la Caisse de la victime doit être appelée en déclaration de jugement commun (c'est à dire en tant que tiers mis en cause dans la procédure). « *...Ils (l'intéressé ou ses ayants droit) doivent appeler ses Caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement...* » (Article L376-1 du Code de Sécurité Sociale).

Ainsi, la Caisse est partie à l'affaire et non le Service Médical de l'Assurance Maladie (celui ci étant juridiquement indépendant de la Caisse).

Elle s'appuie sur l'expertise du Médecin Conseil tout au long de la procédure.

- En cas de saisine de Commission de Conciliation et d'Indemnisation (= CCI), La Caisse en reçoit l'information (Article R 1142-3 Code de la Santé Publique). Le Service Médical reçoit la décision rendue par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation attendu que celle ci est médicalement motivée (respect du secret médical) (Article 1142-17 du Code de la Santé Publique).

- Si les critères de gravité ne sont pas atteints, Le Médecin Conseil produit un avis argumenté à la caisse détaillant les éléments constitutifs de la créance et leurs modalités d'élaboration. La caisse décidera alors d'une action ou non (se joindre à une procédure judiciaire à l'initiative de l'assuré, transaction amiable ou prendre l'initiative d'une action judiciaire) s'il est montré que son dommage résulte d'une pratique médicale fautive ou d'une infection nosocomiale.

- Si les critères de gravité sont atteints, le Médecin Conseil exploite le rapport d'expertise et motive son avis sur une éventuelle responsabilité médicale ou sur son absence : aléa indemnisable par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (= ONIAM) et donc pas de recours pour la caisse, ou infection nosocomiale (Pas de recours pour la Caisse devant les juridictions civiles ou administratives).

- En cas de faute médicale, le Médecin Conseil produit un avis argumenté à la caisse détaillant les éléments constitutifs de la créance et leurs modalités d'élaboration. La caisse décidera alors d'une action ou non.

- En cas de Déficit Fonctionnel Permanent (= DFP) supérieur ou égal à 25% suite à une infection nosocomiale ou à un aléa thérapeutique, le Médecin Conseil produit un avis argumenté à la caisse détaillant les éléments constitutifs de la créance et leurs modalités d'élaboration.

3- LE MÉDECIN FACE À SON MALADE

A) LE CONTRAT DE SOINS

Le contrat médical est un accord synallagmatique (c'est-à-dire qui comporte une obligation réciproque entre les deux parties, en opposition avec le contrat unilatéral) tacite entre médecin et patient, regroupant les droits et devoirs de chaque partie.

L'arrêt Mercier du 20 mai 1936 a consacré le contrat de soins. Il énonce ainsi : « *entre le médecin et son client, se forme un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ; que la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle* ».

C'est l'accord par lequel le malade exprime la volonté d'accepter les soins que nécessite son état, assortie de la volonté du médecin de les lui donner.

Le contrat médical est un contrat « *Intuiti Personae* » (c'est-à-dire que le contrat est conclu en considération du type de relation existant entre les personnes qui le signent).

Le patient choisit son médecin en raison de ses capacités et en fonction de la confiance que ce dernier lui inspire.

Cette confiance est le support nécessaire, à la fois des confidences du malade au médecin et de sa fidélité aux prescriptions (consentement éclairé). Elle est le fondement et la raison d'être du principe du libre choix et domine l'exercice privé et public de la médecine.

Le contrat médical est un contrat continu : Il ne se réalise pas d'un seul geste : interrogatoire, anamnèse, examen et investigations cliniques, diagnostic, traitement, sont autant de phases qui développent et lient le contrat médical en même temps qu'elles engendrent et précisent des obligations nouvelles aussi bien pour le malade que pour le médecin.

Dès que le médecin sollicité par le malade acquiesce à la demande et promet les soins, il est tenu par une obligation de faire, ce qu'il ne peut impunément violer par la suite. S'il a entrepris un traitement, il doit en prévenir les effets nocifs et ne l'interrompre que pour des motifs légitimes.

Si le médecin arrête le suivi du patient en fin de traitement, il devra répondre des conséquences préjudiciables qui résultent pour le patient de l'interruption des soins, sauf s'il assure la continuité des soins en adressant le patient à un confrère.

Le contrat médical est un contrat civil réciproque et onéreux. A la charge du médecin, une obligation de soins et de surveillance ; à la charge du malade, une obligation de fidélité aux prescriptions et de paiement d'honoraires.

Le contrat médical est un contrat résiliable, ainsi le malade comme le médecin peuvent y mettre fin dès lors que la confiance est rompue.

Le médecin peut y mettre fin, hors cas d'urgence, uniquement si la rupture ne risque pas de nuire au malade et après s'être assuré de la continuité des soins pour le malade.

Ce contrat comporte l'engagement de prodiguer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science : on parle alors d'obligation de moyens et non de résultats.

Le médecin doit fournir une information claire, loyale et appropriée au patient sur son état de santé, les traitements et les risques aussi bien de la maladie que du traitement.

En contrepartie, le patient se doit de fournir des informations complètes sur ses symptômes et ses antécédents médicaux.

B) LA RELATION MÉDECIN MALADE

a) GÉNÉRALITÉS

La relation médecin-malade a un double aspect ; elle obéit à des règles d'éthique professionnelle appartenant au Code de Déontologie Médicale et s'exerce dans un cadre juridique précis représenté par le Contrat Médical.

La relation médecin-malade se base sur une demande de la part du patient qui attend du médecin une restauration de la santé, une disparition ou une atténuation de la maladie et des symptômes.

Le patient souffre et a peur : peur d'être malade, peur de la dépendance, peur des séquelles et du traitement, peur de la mort ; en miroir, le médecin a la responsabilité d'établir un diagnostic, limiter le risque d'erreur médicale, annoncer une maladie grave.

En 2010, R. Hammer (3), analyse la relation soignant-patient et la façon dont s'instaure le sentiment de confiance entre les deux protagonistes. L'auteur distingue cinq types de confiance influencés par le niveau socio-culturel du patient :

- La « confiance cléricale » est celle où le patient voue une confiance aveugle envers son médecin. Elle obéit au cadre du modèle paternaliste.

- La « confiance pragmatique » est celle où le patient considère son médecin comme bon s'il le guérit de manière rapide et efficace.

- La « confiance professionnelle » nécessite une coopération avec le milieu médical, un recours fréquent aux spécialistes, et une volonté de comprendre ce qui se passe. Cette confiance prédomine chez les patients atteints de maladies chroniques.

- La « confiance affinitaire » insiste sur la dimension interpersonnelle du soin, les patients ayant besoin d'être écoutés et d'apprécier leur médecin en tant qu'individu. Ce type de patient est le plus à même de se tourner vers les médecines dites alternatives, car il attend de la médecine qu'elle soit holistique : elle doit traiter la personne de façon globale (le corps et l'esprit) et non pas seulement la partie affectée par les symptômes.

- La « confiance rationnelle » prédomine dans le modèle de relation informative. Chez ce patient, la fiabilité du médecin est proportionnelle à la reconnaissance qu'il a de ses pairs, et à sa notoriété.

b) TRANSFERT ET CONTRE TRANSFERT

Dans la relation médecin-malade s'intègre la notion de transfert ; le transfert est défini par l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes ressenties par le patient à l'égard de son médecin. Le patient investit celui qu'il choisit comme soignant d'un pouvoir et d'un savoir qu'il lui suppose.

Au transfert du patient répond celui du médecin, appelé contre-transfert.

Ainsi « *n'importe quel médecin ne peut soigner n'importe quel malade* » selon M. Balint (4). Le lien qui s'instaure entre patient et médecin tire sa solidité et son efficacité thérapeutique à la fois de la réalité des échanges affectifs qui vont se développer, mais aussi de la croyance dans le savoir attribué au médecin (sur qui le patient projette une image de toute-puissance).

- Le transfert peut être positif, le malade éprouve des sentiments de sympathie et de confiance avec une image de puissance et de pouvoir attribué au médecin.

- Le transfert peut aussi être négatif. Il correspond à l'expression de sentiments agressifs et violents qui peuvent, à certains moments des soins, aller jusqu'à la haine. Il dépend de la personnalité de l'individu, de son vécu et de la maladie concernée.

Ce transfert négatif est décrit par de nombreux psychanalystes.

Ils sont conditionnés par au moins trois facteurs d'ordre psychiques :

- l'ambivalence des sentiments (les sentiments positifs d'amour et négatifs de haine, « *l'objet naît dans la haine* » S. Freud),

- le narcissisme,

- les pulsions de destruction/ de mort.

T. Bokanowski (5) décrit les transferts négatifs et leurs conséquences. Ces sentiments, peuvent dans certains cas aller jusqu'à entraver la poursuite des soins et nuire à la thérapeutique.

- Le contre-transfert peut aussi être positif avec un surinvestissement du malade et un risque de dépendance, ou négatif avec un rejet inconscient du malade et une agressivité inconsciente.

C) LES MÉCANISMES DE DÉFENSE DU PATIENT

- **La régression**

La maladie est susceptible de désorganiser la structure globale d'un individu. Elle entraîne un retour en arrière dans l'évolution du patient en le ramenant à un état similaire à celui des premiers stades évolutifs.

Elle est souvent proportionnelle à la gravité de la maladie et dépend de la personnalité du patient.

Cette régression peut être pathologique (excessive : risque de chronicisation par mécanismes d'auto entretien) ou absente (allant jusqu'à l'opposition aux soins et à l'hostilité).

Le rôle du médecin est de mettre le patient sur la voie d'une progression vers l'autonomie, qu'il s'agisse d'éliminer la maladie ou de composer avec elle.

- **Le refoulement**

Permet qu'une idée pénible ou dangereuse soit maintenue dans l'inconscient. Ce qui est refoulé est comme oublié, le sujet est incapable de l'évoquer.

- **Le déni**

Permet de ne pas reconnaître une part plus ou moins importante de la réalité.

- **L'isolement**

Permet de vivre un évènement inacceptable, avec un détachement apparent, les émotions étant refoulées.

- **La projection**

Consiste à attribuer au monde extérieur des qualités ou des sentiments qui appartiennent en fait au sujet.

- **Le déplacement**

Consiste à détacher les émotions liées à un évènement pour les lier à un autre évènement, moins intense.

- et aussi la maîtrise, la sublimation, l'humour, l'anticipation, la répression, etc.

d) LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE RELATION MÉDECIN-MALADE

En 1992, E. J. Emanuel et L. L. Emanuel (6) proposent une analyse de la relation médecin-patient sous l'angle du partage du pouvoir. Ils identifient quatre modèles: paternaliste, informatif, interprétatif et délibératif.

(Annexe 4).

d1) Le modèle paternaliste

T. Parsons (7) dans « *The Social System* » la partie « *Social structure and dynamic process : the case of modern medical practice* » est le premier à traiter de la place de la médecine dans les sociétés occidentales. Il souligne la fonction spécifique du médecin : il est uniquement spécialiste dans son domaine. Son rôle est universaliste (il évalue autrui selon des critères de jugement en lien avec ses compétences techniques basées sur la science), dans son travail il doit être affectivement neutre et il est orienté vers la collectivité.

Mais les médecins ne sont pas seulement des techniciens, ils contribuent à la conservation de l'ordre social. En effet, les malades sont dans une situation de « déviance » par rapport aux normes de la société, leur état les empêche de répondre aux attentes du monde social, notamment d'aller au travail.

En restaurant la santé de leurs patients, les médecins mettent un terme à cette déviance et exercent donc sur eux un « contrôle social » dont toute la société est bénéficiaire. En fonction de quoi, si malade et médecin partagent un même but (la guérison), leur relation est dissymétrique.

Dans le modèle dit paternaliste, il y a l'affirmation d'une inégalité entre le médecin et le patient. Ce modèle assigne des positions spécifiques à chacun des deux acteurs.

Le médecin fait ce qu'il croit être le mieux pour son patient, il se substitue au malade pour son bien ; il a le savoir et les connaissances pour soigner et prend les décisions à la place du patient. Le rôle du patient est limité.

Ce modèle était en France le plus courant jusque dans les années 1990 où on a vu naître la décision médicale partagée. Il est encore accepté par les patients pour les maladies aiguës.

d2) Le modèle informatif

Interaction entre un scientifique et un consommateur : le médecin fournit des informations appropriées au patient et doit lui délivrer toutes les options thérapeutiques existantes et toutes les issues évolutives de la maladie.

C'est au patient que revient le choix de traitement, il est autonome.

Le médecin est simplement pourvoyeur de connaissances, il n'intervient pas dans le choix du traitement.

Ce modèle intervient dans les maladies graves avec différentes options thérapeutiques dont aucune n'a démontré sa supériorité par rapport aux autres en termes de bénéfices/risques.

On est ici dans le cadre d'un contrat de prestations de services techniques.

d3) La décision médicale partagée

La notion d'autonomie du patient est apparue dans les années 1990. Il a ensuite été décrit par C. Fournier et S. Kerzanet (8).

La loi du 04 mars 2002 va dans ce sens en instaurant une obligation d'information et de consentement du patient avant tout acte ou traitement médical (qui initialement était exclusivement du droit jurisprudentiel).

La décision médicale partagée place le patient au centre d'un processus décisionnel flexible et adapté.

Elle nécessite trois étapes :

- L'information du patient,
- La délibération,
- Et enfin la décision de prise en charge.

Mais ce modèle a ses limites : le manque de temps, le défaut de compétence des patients, la sensation que le patient n'aime pas l'incertitude du médecin, etc.

On retrouve différents de niveaux de participation du malade à ses soins :

- **Le modèle interprétatif**

Il correspond à l'exposition objective des éléments diagnostics et thérapeutiques avec pour but de révéler les préférences et les valeurs du patient. Le médecin donne des informations factuelles mais invite aussi le patient à donner ses propres valeurs et préférences.

Dans ce modèle, les valeurs du patient sont en construction et sont conflictuelles car le patient a besoin de les définir.

Le devoir du médecin consiste alors à essayer d'élucider et interpréter les valeurs des patients afin que le choix thérapeutique les épouse le plus harmonieusement possible. Le médecin donne des informations factuelles et objectives sur le diagnostic, les options thérapeutiques et leurs conséquences.

Il conseille son patient et l'invite à mieux se comprendre. Le choix thérapeutique naît de cette interaction.

- **Le modèle délibératif**

Il est assez semblable au modèle interprétatif. Mais ici, les valeurs du patient sont ouvertes à un développement ou à une révision à travers une discussion ; c'est une délibération éclairée entre deux sujets libres et pensants.

Le patient va alors développer sa propre morale, qui va le guider dans le choix du soin médical à envisager.

Le médecin doit s'assurer que le malade a saisi les bénéfices et les risques du traitement proposé, ainsi que les éventuelles répercussions sur sa vie. Pour ce faire, il invite le malade à poser des questions et à faire des commentaires.

Lors de la délibération sur les options possibles, le médecin doit s'efforcer d'écouter le patient et de reformuler ses propos.

Ce dernier modèle apparaît idéal. Cette approche, centrée sur le patient, tient compte d'une part de l'expérience unique du patient, de son autonomie et de sa liberté, et d'autre part de la relation médicale qui permet de créer un cadre de travail bienveillant, non directif, permettant au patient de faire un choix éclairé.

C) DROITS ET OBLIGATIONS DU MÉDECIN

Le Contrat Médical tacite comporte l'engagement de prodiguer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science : on parle d'obligation de moyens et non de résultats.

C'est un contrat de confiance mutuelle et de soins.

Ces éléments sont inscrits dans le Code de la Santé Publique (partie législative) et dans le Code de Déontologie Médicale (partie réglementaire du Code de la Santé Publique).

Le Code de Déontologie Médicale est préparé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (= CNOM) et est soumis au Conseil d'Etat. Il est édicté sous la forme d'un règlement d'administration publique. (Article R 4127-1 et suivants du Code de la Santé Publique).

Toute violation des règles peut entraîner des poursuites disciplinaires devant une juridiction ordinaire.

a) OBLIGATIONS FONDAMENTALES

- Le médecin doit avoir un diplôme, être inscrit à l'ordre des médecins, respecter la déontologie et a l'interdiction de pratiquer un exercice illégal de la médecine ou infractions liées (faux certificats par exemple).
- Le médecin doit également disposer d'un cabinet et doit transmettre les contrats de remplacement à l'ordre.
- Obligation de diagnostic : « *C'est le premier acte de soin et il doit être élaboré avec le plus grand souci en y consacrant le temps nécessaire* » (article R 4127-36 du Code de la Santé Publique).
- Choix du traitement en lien avec la liberté de prescription médicale dans le but de prévenir ou de traiter une pathologie : « *Le médecin adapte librement les prescriptions qu'il estime les plus appropriées en la circonstance sans recourir au charlatanisme* » (article R 4127-9 du Code de la Santé Publique. Code de Déontologie Médicale, article 9).

Mais ce libre choix doit se faire dans « *la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement* » (Code de la Sécurité Sociale, article 258).

- Obtenir le consentement du malade : ce consentement doit être libre et éclairé ; en cas de litige, il appartient au malade de prouver qu'il n'a pas donné son accord, sauf en cas d'urgence réelle où le médecin peut agir avant le consentement du malade.

- Obligation d'assistance et de continuité des soins (Article R 4127-47 du Code de la Santé Publique).

- Obligation d'information : le médecin doit employer des termes adaptés à la compréhension du patient : information claire, intelligible et loyale avec exception en cas de pronostic sombre si le patient n'est pas capable de recevoir l'information ; le médecin doit alors en informer la famille (Article R 4127-35 du Code de la Santé Publique).

A l'inverse, le patient peut refuser la divulgation d'un pronostic sombre à ses proches.

- Obligation de participer aux examens de santé obligatoires, à la vaccination.

- Obligation de souscrire à une Assurance Privée ou Responsabilité Civile Professionnelle (= RCP).

- Obligation de secret médical (Articles L1110-4 et R 4127-4 du Code de la Santé Publique) : déjà affirmée dans le serment d'Hippocrate « *Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe et ma langue taira les secrets qui me seront confiés* », c'est une obligation morale et absolue, inscrite dans le Code Pénal (Article 226-13) et de Déontologie Médicale. Il est opposable même après la mort.

Des exceptions prévues par la loi permettent de rompre ce secret professionnel :

- Autorisation de partage de secret professionnel (article 1110-4 du Code de la Santé Publique).

- Autorisation de révéler à une autorité (article 226-14 du Code Pénal).

- Obligation de révéler à une autorité (article 226-3 du Code Pénal) pour que soit portée assistance à une personne en péril.

Le secret professionnel est un vaste sujet que l'on ne développera pas plus ici pour rester centré sur le sujet de thèse.

b) DROITS DU MÉDECIN

Parmi les droits fondamentaux des médecins, communs à tous les individus, deux se dégagent plus particulièrement en lien avec leur profession:

- Liberté de convention : il peut refuser ses soins à un malade, hors cas d'urgence, pour raisons personnelles ou professionnelles (article R 4127-47 du Code de la Santé Publique).
- Droit du médecin de mettre fin au contrat qui l'engage avec un patient ; il peut alors se dégager de sa mission si le patient ne respecte pas les termes du contrat, en s'assurant cependant de la prise en charge de son patient.

D) DROITS ET OBLIGATIONS DU MALADE

Certains de ces droits et devoirs sont spécifiques de la relation médecin-malade :

- Le patient a une obligation de paiement des honoraires en contrepartie de la prestation de soins.

Ceux ci sont fixés par convention avec l'assurance maladie, ou plus rarement par le praticien, « *avec tact et mesure* » (Code de Déontologie Médicale, article 53).

- Obligation de collaboration avec le médecin : il ne doit pas lui cacher d'information pouvant modifier le diagnostic ou la prise en charge.

- Obligation de suivi de traitement et des règles de prévention ; en cas d'inobservance, le médecin peut mettre fin au contrat.

- En contrepartie, le patient a le libre choix de son médecin : « *le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin et lui en faciliter l'exercice* ». (Code de Déontologie Médicale, article 6).

4- LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE

La déontologie d'un corps professionnel est, par définition, un ensemble complexe des devoirs moraux et sociaux que les membres de cette profession doivent observer afin qu'il y ait cohésion des comportements dans l'exercice de l'activité.

La déontologie médicale est née avec le serment d'Hippocrate, ainsi que les responsabilités qui en découlent.

En ce qui concerne la Médecine on peut distinguer dans ces devoirs :

- Ceux qui relèvent des principes moraux qui ont largement imprégné la relation singulière d'un patient et de son médecin et qui constituent, de cette sorte, les devoirs d'état de médecin.
- Ceux qui découlent des obligations professionnelles, elles-mêmes liées à l'application des lois et règlements en vigueur.

Les deux sont intimement mêlés dans les réalités de la pratique de la médecine.

L'institution de l'Ordre National des Médecins, a participé à l'élaboration d'une déontologie professionnelle. La place, le rôle, les missions de l'Ordre n'ont pas été simples à cerner par rapport aux autres organisations médicales d'une part et par rapport au pouvoir de l'Etat d'autre part.

D'ailleurs, avant la création de l'Ordre, le pouvoir d'Etat avait déjà édicté des règles d'exercice à contenu moral et social, concernant par exemple le secret médical, les certificats médicaux, l'hygiène et la salubrité publique, la discipline hospitalière, le régime des Assurances sociales, initiées par le décret-loi du 28 octobre 1938.

De même, l'Union puis la Confédération des Syndicats Médicaux Français avaient mis en place des « *Conseils de Famille* », véritables organes d'autodiscipline de la profession à dimension morale mais aussi sociale puisque, par exemple, le contrôle technique de l'activité médicale des « praticiens conventionnés » était confié par les Caisses aux syndicats de ces praticiens.

Ce n'est que depuis une cinquantaine d'années seulement que l'ensemble des devoirs professionnels des médecins a été rassemblé et codifié dans l'expression normative d'un décret portant le nom de Code de Déontologie Médicale. Ce code a été réformé depuis à plusieurs reprises, afin que les normes qu'il énonce soient conformes aux évolutions du droit positif. Si la codification a toujours été préparée par l'Ordre elle a aussi toujours été décrétée par le gouvernement, après avis du Conseil d'Etat.

Les cas les plus fréquents de violation du Code de Déontologie Médicale sont les suivants :

- Le non-respect des principes de moralité et de probité (R 4127-3 du Code de la Santé Publique).
- La violation du secret professionnel (article R 4127-4 du Code de la Santé Publique).
- L'obligation de prodiguer des soins à toutes les personnes (article R 4127-7 du Code de la Santé Publique).
- L'obligation de porter assistance à un malade (article R 4127-9 du Code de la Santé Publique).
- L'interdiction de faire de la médecine un commerce, publicité interdite (article R 4127-19 du Code de la Santé Publique).
- L'interdiction de délivrer des médicaments non autorisés (article R 4127-21 du Code de la Santé Publique).
- L'interdiction d'obtenir un avantage en espèces ou nature pour un acte médical (article R 4127-24 du Code de la Santé Publique).
- L'interdiction de produire un certificat de complaisance (article R 4127-28 du Code de la Santé Publique).
- L'interdiction de l'exercice illégal de la médecine (article R 4127-30 du Code de la Santé Publique).
- Les prescriptions et les actes adaptés aux données acquises de la science (article R 4127-32 du Code de la Santé Publique).

- L'obligation de donner des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, et de faire appel à des tiers compétents si besoin (article R 4127-32 du Code de la Santé Publique).
- L'obligation d'assurer la continuité des soins et la possibilité de refuser de soigner un patient (sauf urgence), le médecin doit alors le réorienter vers un autre médecin (article R 4127-47 du Code de la Santé Publique).
- L'interdiction de s'immiscer dans la vie privée des patients (article R 4127-51 du Code de la Santé Publique).
- Le médecin ne doit pas prodiguer des soins ni des prescriptions dont il n'a pas parfaite maîtrise (article R 4127-70 du Code de la Santé Publique).
- Le médecin doit être joignable lorsqu'il est de garde ou d'astreinte (article R 4127-78 du Code de la Santé Publique).
- La réglementation de l'affichage (article R 4127-81 du Code de la Santé Publique).
- L'exercice de la médecine : il est justifié sur plusieurs sites (article R 4127-85 du Code de la Santé Publique) si, sur le site, il y a une carence de médecins ou des moyens logistiques.

5 - LE MÉDECIN FACE À LA JUSTICE

A) HISTOIRE DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

- Le principe de la responsabilité médicale est très ancien, on en retrouve des traces dans le code d'Hammurabi rédigé par le roi de Mésopotamie (Babylone) vers 1730 avant notre ère. Ce texte, inscrit sur une stèle comprenait trois parties :

- Un historique de la vie et du rôle du roi.
- Une série de 282 lois écrites dans un langage simple pour que tout le peuple comprenne, concernant la justice, la sagesse, les règles de la vie courante familiale, le fonctionnement économique (comme le coût des prestations de médecins), les responsabilités professionnelles et les règles religieuses.
- Un épilogue résumant l'œuvre du roi au niveau de la justice et le bilan de son règne.

Ce texte s'appuyait sur la loi du Talion (« *œil pour œil, dent pour dent* ») et dans le cadre de la responsabilité médicale disait « *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 les mains.* » (Loi 218).

- En Egypte, en 500 avant Jésus-Christ, le médecin devait se conformer à des textes sacrés, transmis de génération en génération, au risque d'encourir une peine de mort s'il s'écartait de ces textes.

- En Grèce, au IV siècle avant Jésus-Christ, la notion de responsabilité est évoquée dans le serment d'Hippocrate : « *Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque* ».

- A Rome, en 285 avant Jésus-Christ, les médecins étaient sanctionnés en cas de faute grave et le patient devait prouver qu'il y avait eu faute. Dans la LEX AQUILA (texte de loi romain), il était notifié : « *la plus légère faute entraînant un dommage oblige à réparation* ».

- En France, au Moyen Age, la médecine était le monopole du Clergé. La guérison d'un malade était toujours considérée comme l'œuvre de Dieu et la maladie était vécue comme une punition.

A l'époque de la Renaissance, la guérison des patients était toujours l'œuvre de Dieu. Le médecin était toujours non responsable.

Mais à partir du XV^{ème} siècle, la Faculté de Médecine de Paris fait prêter le « serment hippocratique » et propose un code de bonnes pratiques pour les médecins.

Au XIX^{ème} siècle, le Code Civil (1804) et le Code Pénal (1810) apparaissent, distinguant ainsi leurs responsabilités respectives.

C'est en 1936, que l'Arrêt Mercier définit réellement une responsabilité civile contractuelle où le médecin et le patient sont liés par un contrat de soin. L'arrêt stipule : *« L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconque mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ».*

En 2002, la loi KOUCHNER (04 Mars 2002) réaffirme que le médecin ne peut être condamné que s'il existe une faute, un dommage et un lien de causalité unissant les deux. Si cette loi réaffirme le principe de responsabilité pour faute, elle instaure également un système d'indemnisation des victimes d'accidents non fautifs au titre de la solidarité nationale.

B- RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Les réclamations concernant la responsabilité médicale sont de plus en plus fréquentes ces vingt dernières années.

Pour exemple, pour les 145.328 médecins sociétaires de la Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français (= MACSF) il y a eu 2.374 déclarations en 2017 ayant trait à des dommages corporels (contre 2.305 en 2016).

(Annexe 5)

La responsabilité médicale est quotidiennement engagée, même dans des actes minimes.

a) OBLIGATION DE MOYENS

La responsabilité médicale repose sur la responsabilité contractuelle. Il existe donc un contrat qui est conclu entre le médecin et son patient. Telle est la définition de ce contrat médical défini par un arrêt de principe de la Cour de Cassation (arrêt Mercier du 20 Mai 1936) qui a jugé : *« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comprenant pour le praticien de l'engagement, sinon, bien évidemment de guérir le malade [...] du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux et attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles conformes aux données acquises de la science. »*

Le médecin est soumis à une obligation de moyens mais il n'est pas tenu à une obligation de résultat, sauf exceptions (par exemple pour les infections nosocomiales, chirurgie esthétique, obligations de sécurité de résultats, etc.).

Il doit donc prodiguer les meilleurs soins possibles, mais n'est pas tenu de guérir le patient. C'est une responsabilité qui est fondée sur la faute (Article L 1142-1 du Code de la Santé Publique).

b) OBLIGATION DE RÉSULTATS

L'obligation de résultat est récente, le médecin est alors tenu à atteindre le résultat prévu auquel il est engagé. Il ne peut s'en exonérer qu'en cas de force majeure.

La faute du professionnel de santé est présumée. On peut citer, les transfusions sanguines, la vaccination obligatoire, la défectuosité d'un produit de santé, etc.

- **Une notion récente : la maladresse fautive.**

L'appréciation juridique de la maladresse dépend souvent des rapports des experts : elle sanctionne avant tout un défaut technique du geste ou de la pratique soignante. L'existence d'un lien de causalité entre le geste maladroit et le dommage demeure indispensable pour que ladite maladresse soit fautive.

- **L'obligation de sécurité de résultat.**

La Cour Suprême a retenu une obligation de sécurité de résultat dans des domaines définis :

- En matière de stérilisation et d'asepsie: l'infection nosocomiale est une infection provoquée par des micro-organismes et contractée par le patient dans un établissement hospitalier. « *Le médecin appelé à donner ses soins dans une famille ou une collectivité doit tout mettre en œuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie. Il doit informer le patient de ses responsabilités et devoirs vis-à-vis de lui-même et des tiers ainsi que des précautions qu'il doit prendre.* » (Article R 4127-49 du Code de la Santé Publique).

La première chambre civile de la Cour de Cassation a déterminé que l'obligation en matière de stérilisation et d'asepsie était une « *obligation de sécurité et de résultat à la charge du médecin dont il ne peut s'exonérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère* ».

Cependant, certaines infections nosocomiales sont très difficiles à déceler et constituent un aléa, ce qui est peu compatible avec une obligation de résultat.

- En matière de fournitures médicales : l'exemple le plus courant concerne les prothèses dentaires. Il est considéré depuis 1985 que le chirurgien dentiste est tenu, en tant que fournisseur de la prothèse, d'une obligation de résultat qui l'oblige à délivrer un appareil sans défaut, sans vice caché. Libre à lui de se retourner contre son fournisseur. Il a ensuite été rajouté qu'il est tenu d'une obligation de résultat concernant la conception de l'appareil et ses conditions d'utilisation. Mais la distinction reste, comme le rappelle l'arrêt du 25 février 1997 entre la pose qui contient une obligation de moyen et la fourniture qui contient une obligation de résultat.

c) OBLIGATION D'INFORMATION

La Cour de Cassation, dans un arrêt en date du 25 février 1997, a jugé que la charge de la preuve en ce qui concerne l'obligation d'information pèse sur le médecin.

L'article L.1111-2 alinéa 7 du Code de la Santé Publique, introduit par la loi du 04 mars 2002, reprend cette jurisprudence et dispose qu'en cas de litige, il appartient au professionnel de santé de rapporter la preuve que l'information a été délivrée au patient dans les conditions prévues par la loi.

Le professionnel de santé doit informer des risques fréquents et des risques graves normalement prévisibles.

d) LIEN DE CAUSALITÉ

La faute qui est reprochée doit être à l'origine d'un dommage; le lien de causalité est donc celui qui existe entre cette faute et le dommage. Il est parfois difficile, en matière de responsabilité médicale, d'établir ce lien de causalité.

Ce lien doit être direct et certain.

Des critères d'imputabilité ont été définis en 1925 par Muller et Cordonnier puis revus par Simonin. Ils sont au nombre de sept et sont utilisés lors des expertises médicales:

1. La vraisemblance scientifique du diagnostic : c'est l'enchaînement anatomo-clinique. Il est nécessaire que la maladie ou les complications soient reliées au traumatisme par une succession de manifestations pathologiques qui réalisent par leur continuité un enchaînement anatomo-clinique suffisant pour la constitution de l'affection.
2. La nature de l'affection : le diagnostic doit être certain. L'analyse du fait médical, l'examen du dossier médical, du certificat initial, l'examen clinique du blessé, peuvent conduire le médecin expert à admettre la causalité médicale.
3. L'intégrité préalable : l'affection n'existait pas avant l'accident. Cette condition est nécessaire pour éliminer les faits de coïncidences. En effet un traumatisme peut extériorisé une maladie préexistante, dans ce cas le degré de l'évolution de la maladie peu de temps après l'accident ne correspond pas au cours délai de l'imputabilité; une maladie peut être la cause et non l'effet de l'accident.

4. La concordance de siège : le traumatisme doit avoir atteint soit directement soit par retentissement immédiat, l'organe siège de la maladie ou de la lésion.
5. Le délai d'apparition : c'est la condition de temps. Les connaissances médicales et l'expérience du médecin expert lui permettent d'apprécier la cohérence du délai écoulé entre l'accident et l'apparition des troubles. Si les blessures et lésions sont immédiates, le lien étiologique est évident. Si elles sont tardives, le lien de causalité est discutable. S'il y a une période intercalaire silencieuse, on s'appuie sur des considérations pathogéniques ou cliniques ou sur des observations antérieures (Exemple de l'épilepsie post-traumatique qui se déclenche plusieurs années après un traumatisme crânien).
6. La continuité évolutive : les symptômes et la gêne fonctionnelle résiduelle doivent observer une évolution continue entre le traumatisme initial et l'état final (exemple des douleurs chroniques post-traumatiques).
7. La réalité, la nature et l'intensité du traumatisme : le traumatisme doit, par sa nature, être capable de déterminer l'affection considérée. Le lien de causalité doit être prouvé, certain et direct.

L'expert médical doit se prononcer sur la notion de faute et l'imputabilité du dommage à celle-ci. Dans l'éventualité d'un échec d'un accord amiable, ce sont les juges du fond qui se prononceront sur la faute et le lien de causalité des dommages à celle-ci et sur l'indemnisation. Il appartient au plaignant de fournir les éléments de preuve de la réalité du traumatisme. (Certificat Médical Initial, rapport médical, radiographies, etc.)

Ceci permettra d'apprécier le degré de cohérence existant entre: les circonstances de l'accident, la réalité et l'intensité du traumatisme et les conséquences physiques et psychiques.

e) LES DIFFÉRENTES FAUTES ET INDEMNISATIONS

Il y a d'une part, les fautes par violation de devoir humaniste : défaut d'information ou défaut de consentement. D'autre part, les fautes techniques, en quatre volets : l'erreur diagnostique, le retard diagnostique, l'erreur dans le choix de traitement et l'erreur dans la mise en œuvre des traitements.

- L'erreur diagnostique et le retard diagnostic.

Ils sont fautifs si l'obligation de moyens n'a pas été respectée « *Le médecin doit 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 adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés* » (Article R 4127-33 du Code de la Santé Publique).

Pour donner lieu à une indemnisation, le retard fautif de diagnostic doit être à l'origine d'un préjudice. L'évaluation fait le plus souvent appel aux critères de Dintilhac. « *S'il n'est pas établi que des soins administrés à temps eussent guéri le patient, l'absence ou le retard fautifs de diagnostic ou de traitement d'une affection ne peuvent être indemnisés qu'au titre de la perte de chance* » (Cassation Première Civile 08/07/1997).

La nomenclature Dintilhac correspond au rapport établi par une commission présidée par Mr Dintilhac, Président de la deuxième chambre Civile de la cour de Cassation en 2005 dont le but était de proposer la liste des différents postes de préjudice. Ce rapport n'a qu'une valeur indicative, cependant il est de plus en plus utilisé par les assureurs, les tribunaux et les médecins experts.

(Annexe 2).

Il ne s'agit ni d'une loi, ni de dispositions réglementaires. Cependant, ces aménagements sont adoptés (en partie ou en totalité) par la plupart des juridictions.

- L'erreur dans le choix du traitement.

Soit le traitement n'est pas conforme aux données acquises de la science, soit le praticien n'a pas la qualification requise ; le traitement fait donc courir des risques injustifiés.

« *...Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté...* » (Articles L 1110-5 et R4127-40 du Code de la Santé Publique).

L'indemnisation a lieu uniquement si le risque se réalise, le plus souvent au titre de la perte de chance de se soustraire aux complications liées au traitement inapproprié ou à l'absence de résultat (ou résultat insuffisant) de ce traitement inapproprié.

- L'erreur dans la mise en œuvre du traitement.

Obligation de précision du geste chirurgical, Obligation de sécurité de résultat.

C) RESPONSABILITÉ SANS FAUTE ET PRÉSUMPTION DE FAUTE

Elle concerne un domaine juridique particulier représenté par la réparation d'un dommage sans faute identifiée. L'indemnisation de ces dommages est à la charge de l'Etat ou des organismes étatiques, sous certaines conditions. Les situations concernées sont :

- Les dommages causés par les vaccinations obligatoires.
- Les dommages causés par l'utilisation de thérapeutiques nouvelles.
- L'aléa thérapeutique et les infections nosocomiales.

La Jurisprudence administrative reconnaît la notion de responsabilité sans faute, en cas de dommage d'une exceptionnelle gravité, au titre de la solidarité nationale depuis l'arrêt Bianchi du 09 avril 1993 (9) : *« Lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du patient présente un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, la responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentant un caractère d'extrême gravité ».*

Cet arrêt concerne un patient ayant subi une artériographie sous anesthésie, qui s'est réveillé tétraplégique. Aucune faute n'a été mise en évidence, la cause la plus vraisemblable de la tétraplégie étant une occlusion artérielle secondaire à l'artériographie (effet secondaire rare mais connu). Le patient a été dédommagé.

Le Code de la Santé Publique a confirmé cette indemnisation des aléas thérapeutiques : *« lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, (...) n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelles mesurées en tenant compte notamment du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail ».* (L. 1142-1 du Code de la Santé Publique).

D) RESPONSABILITÉ MÉDICALE CONTRACTUELLE

Elle est basée sur la notion de contrat de soins à obligation de moyens entre le patient et le médecin. Ceci sous-entend un libre choix du médecin par le patient, un libre choix du patient par le médecin et le fait que les deux parties puissent être juridiquement capables de contracter.

La mise en jeu de la responsabilité du médecin ne peut se faire que si trois éléments sont prouvés : il existe une faute, il existe un dommage et il existe un lien de causalité entre les deux. La responsabilité médicale est donc engagée si le dommage résulte d'une faute par manquement aux règles de l'art. Le lien de causalité entre la faute et le dommage devra ensuite être démontré par la victime du préjudice.

En médecine, ce contrat est tacite, et s'établit dès que le patient entre dans le cabinet médical.

- **La faute médicale**

La responsabilité médicale est engagée en cas de non-respect du contrat de soins, contrat à obligation de moyens. Les moyens sont de trois types : les moyens techniques, l'information et le respect de ses devoirs d'humanisme.

- Les moyens techniques doivent être consciencieux, attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science. Il existe les moyens diagnostiques, thérapeutiques et de surveillance. Ils devront respecter en toutes circonstances le rapport bénéfice-risques.

- Les moyens d'information : La mise en jeu de la responsabilité contractuelle concerne souvent le défaut d'information. Les obligations d'information sont très importantes (articles L. 1111-2 et R. 4127-35 du Code de la Santé Publique) car elles visent à obtenir le consentement libre et éclairé du patient. Cette information doit être claire, loyale et appropriée et son contenu est étendu aux risques fréquents et graves normalement prévisibles d'un traitement (article L. 1111- 2, alinéa 1 du Code de la Santé Publique) ou d'une maladie. Cette information n'est pas nécessairement écrite. Le médecin doit pouvoir prouver que l'information a bien été donnée.

- Le médecin a des nombreux devoirs d'humanisme (recueillir le consentement, respecter la personne en toutes circonstances, respecter le secret professionnel). Le non-respect de ces obligations peut être constitutif d'un dommage et donc engager la responsabilité du médecin. En ce qui concerne le recueil du consentement, il peut parfois être difficile à obtenir, notamment en cas d'urgence ou d'impossibilité du patient de s'exprimer (article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique). Si le médecin est face à une de ces situations, il doit tenter malgré tout de joindre la famille, les proches ou la personne de confiance pour recueillir le consentement d'un proche. C'est au professionnel de santé d'apporter la preuve que ce consentement a bien été recueilli.

En ce qui concerne le refus de soin (traitement ou intervention), la loi Léonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, explique que si la volonté du patient est d'arrêter tout traitement et que cela met sa vie en danger, il faut tenter de le convaincre de changer d'avis. Mais s'il persiste dans son choix, il faut le respecter.

Enfin, si le médecin est face à un patient ne souhaitant pas être informé de son diagnostic, il faut le respecter, sauf cas particulier : « *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, alinéa 3 du Code de la Santé Publique). Par ailleurs, il est à noter qu'une faute déontologique peut tout à fait être retenue par la juridiction civile, dès lors qu'elle a causé un préjudice à un tiers.

Le patient qui sollicite alors la réparation de son préjudice met en cause la responsabilité civile du professionnel de santé devant le Tribunal de Grande Instance qui décidera du versement d'indemnisations, une fois le lien de causalité établi.

Elle repose sur le contrat entre le médecin et le malade avec obligation de soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science.

E) LOI N°2002-303, DITE « LOI KOUCHNER », DU 04 MARS 2002

La loi 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a été promulguée par le gouvernement Jospin le 04 mars 2002. Elle se décline en cinq titres.

Ceux concernant le système de soins sont les titres II : « la démocratie sanitaire » affirmant les droits des personnes malades et des usagers, et IV: « réparation des risques sanitaires » concernant la réparation des dommages par la solidarité nationale et les règlements amiables des litiges.

En matière de responsabilité juridique médicale elle apporte plusieurs changements majeurs.

a) UNIFICATION DU DÉLAI DE PRESCRIPTION

La loi dispose que les actions mettant en cause la responsabilité des professionnels et des établissements de santé public ou privé, à l'occasion des actes de prévention, de diagnostic, ou de soins, se prescrivent par dix ans à compter de la date de consolidation du dommage.

Que l'action soit civile ou administrative, le délai de la prescription est identique.

b) OBLIGATION D'ASSURANCE

Tout médecin doit souscrire à une assurance (Responsabilité Civile Professionnelle) qui, en cas de litige, indemniser le patient si la responsabilité du médecin est mise en cause. Tout manquement à cette obligation entraîne des sanctions disciplinaires ou pénales, et donc une interdiction d'exercer temporaire quasi automatique.

c) LE SECRET PROFESSIONNEL

Il est total, absolu et intangible, sauf sur dérogations légales et doit être partagé avec l'ensemble de l'équipe médicale (notion de « secret partagé »).

Le secret persiste après la mort du patient, mais les ayants-droits peuvent avoir accès à des informations médicales si le patient ne s'est pas opposé à la transmission d'informations de son vivant.

Concernant le mineur, il doit être informé de manière adaptée à son degré de maturité. Mais il peut refuser que des informations médicales soient transmises à ses parents ou à ses représentants légaux. Dans ce cas, il faut tenter de le convaincre de changer d'avis, lui proposer l'intermédiaire d'un médecin et, s'il persiste, il faut respecter sa volonté et le noter dans le dossier médical.

d) L'INFORMATION DU PATIENT

Elle doit être claire, loyale et appropriée dans le but d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient.

Elle concerne les investigations, les traitements, les actions de prévention, l'utilité, l'urgence éventuelle, les conséquences de techniques ou traitements utilisés, les effets secondaires et risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les alternatives thérapeutiques, les conséquences en cas de refus et la nécessité d'informer la personne en cas de connaissance de risques nouveaux.

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur 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. » (Articles L1111-2 et R4127-35 du Code de la Santé Publique).

L'information doit être apportée par le médecin et les professionnels de santé dans leur sphère de compétence. Le médecin doit toujours veiller par tous moyens, à avoir une preuve que l'information a été donnée.

L'information doit absolument être donnée en cas de risque de transmission à un tiers même si le patient refuse d'être informé.

Certaines situations limitent la possibilité d'information : l'urgence, la barrière linguistique et l'état du patient.

e) LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Il est indispensable pour la mise en œuvre de tout acte médical.

« 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 proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. » (Article R 4127-36 du Code de la Santé Publique).

Cependant, dans quelques situations, il est difficile de recueillir ce consentement alors qu'il faut tout de même agir: urgence, impossibilité d'informer (coma), refus exprimé par le patient *« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser (...) 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 Code de la Santé Publique).

f) LA PERSONNE DE CONFIANCE

Il s'agit de la personne désignée par le patient qui l'accompagnera dans ses démarches et aidera à la prise de décisions lorsqu'il sera hors d'état d'exprimer sa volonté. Cette personne peut être quelconque (famille, médecin, voisin...).

g) L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACCIDENTS MÉDICAUX

La loi du 04 mars 2002 a rappelé que la responsabilité du médecin ne peut être engagée qu'en cas de faute prouvée (Article L1142-1 du Code de la Santé Publique).

Les domaines de responsabilité sans faute peuvent concerner :

- Les accidents médicaux : événements imprévus qui causent un dommage en rapport avec l'acte médical mais dont la réalisation est indépendante de toute faute médicale ; c'est l'aléa thérapeutique.

- Les affections iatrogènes : dommage subi par un patient en relation avec la délivrance d'un traitement.

- Les infections nosocomiales : infection qui apparaît en cours ou à la suite d'une hospitalisation alors que le patient n'avait pas celle-ci lors de son entrée à l'hôpital.

En l'absence de faute, un aléa thérapeutique est indemnisable (Article 1142-1 II du Code de la Santé Publique), si les dommages:

- Sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins.

- S'ils ont eu pour le patient, des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci.

- S'ils présentent un caractère de gravité supérieur au seuil fixé par le décret du 4 avril 2003 (10).

Ces critères de gravité sont les suivants :

- Un Taux d'Incapacité Permanente Partielle > 24% pour les complications autres que les infections nosocomiales. Un Taux d'Incapacité Permanente Partielle > 25% pour les infections nosocomiales.

- Une Incapacité Temporaire Totale de plus de six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur douze mois.

- Une Inaptitude définitive à reprendre l'activité professionnelle exercée antérieurement.

- Des troubles particulièrement graves ayant des conséquences pour la personne dans ses conditions d'existence (économiques, psychiatriques).

h) LES COMMISSIONS DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

Elles ont une mission de conciliation consistant à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé.

La victime peut saisir la commission:

- Si elle n'est pas satisfaite des soins qui lui ont été dispensés.
- Si elle est en désaccord avec un professionnel de santé ou un établissement de santé, y compris pour une recherche biomédicale (en cas de participation au protocole d'essai d'un nouveau médicament ou traitement).
- Si elle a été victime d'un dommage dont la gravité est inférieure au seuil fixé.

Les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation ont également une mission de règlement amiable des conflits relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales. Ce dispositif est facultatif et n'est pas un préalable obligatoire à la procédure contentieuse.

La réunion de certaines conditions est requise afin d'avoir accès au dispositif d'indemnisation:

- L'acte médical ayant entraîné l'accident médical doit être postérieur au 04 septembre 2001.
- L'action en responsabilité de la victime ne doit pas être prescrite (dix ans à compter de la date de consolidation du dommage).
- Le dommage doit présenter un caractère de gravité supérieur au seuil fixé.

Si la Commission de Conciliation et d'Indemnisation déclare la demande irrecevable, sur dossier ou après expertise, la victime peut saisir soit la Commission de Conciliation et d'Indemnisation en conciliation soit les juridictions de droit commun.

Si la Commission de Conciliation et d'Indemnisation se reconnaît compétente, une expertise contradictoire est diligentée. Cette expertise est gratuite pour le demandeur. La Commission se prononce sur le fond du litige dans les six mois qui suivent la date de réception du dossier complet.

Lorsqu'un professionnel de santé est reconnu responsable, l'avis est transmis à l'assureur.

En cas d'aléa thérapeutique, c'est l'Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux (= ONIAM) qui le reçoit.

Dans le cas d'une éventuelle absence d'offre de l'assureur, l'ONIAM peut se substituer à celui-ci sur demande de la victime. Si l'ONIAM ne présente pas d'offre, les juridictions de droit commun peuvent être saisies. Il en sera de même si la victime refuse l'offre. L'acceptation de l'offre met fin au litige.

Création également de la Commission Nationale des Accidents médicaux (= CNAMed) dont les missions sont la formation des experts à la responsabilité médicale et établissement d'une liste nationale d'experts en matière d'accidents médicaux.

(Annexe 6).

i) LE DOSSIER MÉDICAL

La loi du 04 mars 2002 a introduit une nouveauté : le patient a accès à son dossier.

Les informations qui lui sont alors communicables sont celles qui sont « formalisées ».

A l'inverse, les informations qui ne lui sont pas communicables sont les informations dites « non formalisées » et les informations concernant des tiers et amenées par des tiers.

Certaines personnes peuvent avoir accès à certaines informations médicales, comme par exemple la famille ou les proches en cas de diagnostic ou de pronostic grave, sauf en cas d'opposition du patient.

Cependant, il peut arriver que le médecin refuse de communiquer le dossier médical, il devra alors motiver son refus et délivrer un certificat « en respectant le secret ».

Pour que le patient puisse disposer de son dossier, il doit respecter certains délais. Tout d'abord, il doit observer un délai obligatoire dit de « réflexion » de quarante-huit heures, qui lui permettrait, au besoin, de changer d'avis.

Ensuite, pour les informations qu'il demande et datant de moins de cinq ans, le délai est de huit jours afin d'accéder au dossier ; pour les informations datant de plus de cinq ans, le délai est de deux mois.

Enfin, le patient peut consulter directement son dossier accompagné d'un médecin ou demander une photocopie de toutes les informations communicables du dossier.

F) RESPONSABILITÉ PÉNALE

Ce type de responsabilité a une fonction répressive (amende, emprisonnement assorti ou non d'un sursis). Elle peut concerner tous les médecins. Elle est personnelle (Article 121-1 du Code Pénal) et ne fait l'objet d'aucune protection assurantielle. Elle relève d'une infraction figurant au Code Pénal. Le délai de prescription varie selon l'infraction.

Tout professionnel de santé, qu'il exerce dans le cadre libéral ou public, peut voir engager sa responsabilité pénale devant les juridictions répressives en raison d'une faute commise dans l'exercice de son activité médicale. Cette responsabilité, qui l'expose à une sanction, suppose qu'une infraction ait été commise. La faute et l'infraction au Code Pénal doivent être prouvées.

C'est une faute qu'aurait pu éviter un médecin attentif et diligent. Elle doit être caractérisée : c'est-à-dire qu'elle implique des choix inadéquats, une prise de risque inconsidérée et une connaissance par le médecin du risque encouru par le patient.

Le Code Pénal précise: *«les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer »* (article 121-3).

Il est à noter qu'en droit pénal, seuls les délits ou crimes prévus par le Code Pénal peuvent être reprochés au médecin. La conséquence est que la victime ne peut pas invoquer la présomption de faute, le défaut d'information ou la perte de chance, tous du domaine civil.

Le Code Pénal réprime toutes les atteintes à l'intégrité corporelle, volontaire ou involontaire.

Il est certain que les atteintes volontaires (infractions intentionnelles telles que meurtre, blessures volontaires, etc.) sont rarement commises par les soignants dans le cadre de leur mission. Leur priorité, en plus d'être un principe déontologique, reste de ne pas nuire (*« Primum non nocere »*, serment d'Hippocrate).

a) LA NOTION DE FAUTE PÉNALE INVOLONTAIRE

Ce peut être des atteintes non intentionnelles à la vie et à l'intégrité corporelle. (Homicide et blessures causées par la maladresse, l'imprudence, l'inattention, la négligence ou le manquement à une obligation de prudence ou de sécurité).

Ces critères n'ayant pas été modifiés depuis le 01 mars 1994 (date de rédaction du nouveau Code Pénal), la jurisprudence antérieure demeure applicable. Les fautes médicales pénalement sanctionnées sont commises soit lors de la réalisation de l'acte médical, soit à l'occasion du suivi médical, ces deux types de fautes pouvant se conjuguer.

Comme dans le cadre de la responsabilité contractuelle, la responsabilité pénale médicale ne peut donner lieu à indemnisation d'intérêts civils que s'il existe une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux.

Il existe trois types de fautes en matière pénale : la faute simple, la faute caractérisée et la faute délibérée.

a1) La faute simple

Les dispositions pénales prévoient différents types de comportement fautif : la maladresse, l'imprudence, l'inattention et la négligence.

- La maladresse du médecin consiste à méconnaître les règles de l'art sans en être conscient (ex : le mauvais usage de forceps, le gynécologue ou le chirurgien qui met en œuvre des techniques qu'il ne maîtrise pas suffisamment).
- Les fautes d'imprudence, d'inattention et de négligence sont le fait de sciemment mal agir soit en pensant qu'il n'y aura pas de conséquences dommageables, soit en acceptant le risque (exemple: ordonner un dosage excessif de médicaments ou le renouvellement trop laxiste de tranquillisants).

Pour ce qui est des fautes d'inattention ou de négligence, il convient de préciser qu'il s'agit de fautes d'omission ou encore d'abstention. Ainsi, il y a inattention lorsque, par exemple, le médecin oublie une pince hémostatique ou une compresse dans la cavité abdominale après l'intervention.

Il y a négligence lorsque, par exemple, le chirurgien ne se fait pas assister par un anesthésiste qualifié ou lorsque le chirurgien et l'anesthésiste quittent la clinique seulement quelques instants après l'opération en laissant le malade sans surveillance.

a2) La faute caractérisée

C'est une faute qui entraîne un dommage en exposant autrui à un risque qu'on ne peut ignorer. (Exemple : un médecin sénior quittant l'hôpital et laissant son interne prodiguer des soins sans surveillance). Il convient de préciser que la faute caractérisée a nécessairement pour conséquence un dommage corporel (blessures ou décès).

Pour cette raison, il ne faut pas la confondre avec le délit de mise en danger qui consiste à exposer autrui à un danger de mort ou de blessure sans pour autant qu'un dommage corporel ne survienne.

a3) La faute délibérée

C'est la violation délibérée d'une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement. Cette faute, réprimée en tant que telle, constitue une circonstance aggravante ayant pour conséquence une sanction plus sévère que celle prévue pour la faute simple.

b) LE DOMMAGE

Le Code Pénal, punit une faute même en l'absence de dommage, dans le cadre de la mise en danger d'autrui (article 223-1 du Code Pénal). Le délit est constitué à condition que la mise en danger procède de la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, et qu'elle expose directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures graves (de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente). La Cour de Cassation n'a pas, à ce jour, eu à se prononcer sur son application en matière médicale.

c) LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DU MÉDECIN

Le patient a toujours le choix de se porter partie civile. L'indemnisation des intérêts civils ne peut intervenir qu'en cas de responsabilité pénale reconnue.

Cependant, pour obtenir réparation de son dommage, le patient ne peut saisir en même temps la juridiction pénale et la juridiction civile ; c'est le principe du «*Una Via Electa*» («*on ne peut choisir qu'une seule voie* »).

La responsabilité pénale est mise en cause dans plusieurs cas :

- Le certificat de complaisance : indications mensongères (article 441-7 du Code Pénal).
- La non assistance à personne en péril «*quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* » (article 223-6 du Code Pénal).
- L'homicide ou blessure par imprudence (article 221-6 du Code Pénal).
- La Provocation à l'avortement ou avortement illégal (articles 223-10 et 11 du Code Pénal).
- La violation du secret professionnel (article 226-13 du Code Pénal).
- Le refus de déférer à une réquisition (article R 642-1 du Code Pénal).
- L'exercice illégal de la médecine (article 433-17 du Code Pénal).
- L'euthanasie (article 221-6 du Code Pénal).
- La stérilisation non thérapeutique (article 214-1 du Code Pénal).
- La prescription de produits illicites (article 222-37 du Code Pénal).

d) LES SANCTIONS

Elles dépendent de la gravité du préjudice subi.

En cas d'homicide involontaire, les sanctions encourues sont une peine d'emprisonnement de trois ans et 45.000 euros d'amende.

Lorsque l'homicide involontaire résulte d'un manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75.000 euros d'amende.

Des peines complémentaires sont également encourues, telle que l'interdiction d'exercer l'activité professionnelle ou sociale à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise. Si la sanction d'un professionnel de santé peut être obtenue sur le fondement de la responsabilité pénale, la responsabilité disciplinaire le permet aussi.

G) RESPONSABILITÉ ADMINISTRATIVE

Le patient est lié à l'hôpital en qualité d'usager du Service Public.

La responsabilité administrative est engagée s'il y a manquement et un dommage qui en résulte.

Le patient pourra être indemnisé par l'assurance de l'hôpital ou l'hôpital lui même.

Cette responsabilité concerne tous les salariés, dont les médecins.

Ainsi, c'est l'établissement hospitalier public qui est responsable sur un plan administratif des fautes commises par tous ses agents, à l'exception des fautes détachables du service.

La responsabilité administrative du centre hospitalier est fondée sur la notion de faute, y compris sur son activité de soins.

Toute faute d'un agent peut engager la responsabilité de l'établissement hospitalier.

Les fautes médicales de nature à engager la responsabilité administrative peuvent être de trois types :

a) LA FAUTE TECHNIQUE

Il s'agit d'une faute lors de l'acte médical ; elle concerne :

- L'erreur ou le retard de diagnostic.
- L'erreur dans le choix du traitement.
- L'erreur dans la mise en œuvre du traitement

Elle résulte de méconnaissance des règles de l'art, d'inattention, d'imprudence ou de négligence dans le processus de soins, lors du traitement ou de la surveillance du patient.

b) LA FAUTE D'ORGANISATION DU SERVICE

C'est une responsabilité non médicale des établissements de santé.

En dehors de leurs activités médicales, la responsabilité des établissements publics de santé est susceptible d'être engagée en raison des fautes commises dans l'organisation et le fonctionnement du service, de défaut d'entretien des bâtiments ou encore de faits imputables à leur personnel. (Surveillance du malade, Retards résultant d'un défaut d'organisation des soins ou du service, Mauvaise coordination entre praticiens, Absences des praticiens, Matériel défectueux ou Mauvaise tenue des dossiers hospitaliers).

C) LA FAUTE DÉTACHABLE DU SERVICE

C'est une faute d'une gravité exceptionnelle et qui, de ce fait, ne peut raisonnablement être rattachée au fonctionnement du service.

Une jurisprudence du Tribunal des Conflits l'a définie comme une « *faute médicale plus que lourde, d'une gravité exceptionnelle, et inexcusable, ou n'ayant aucun rapport avec l'activité médicale* ».

- L'acte se détache de la fonction et ressort de la vie privée de l'agent.
- La faute est inadmissible au regard du Code de Déontologie.
- L'acte révèle une intention malveillante avec volonté de nuire.
- Constatation de la recherche d'un intérêt personnel.
- En cas de faute détachable du service, la faute devient personnelle.

C'est alors au médecin de réparer les conséquences du dommage qui voit sa responsabilité personnelle être engagée.

Cette situation implique la prise en charge d'une condamnation à des dommages et intérêts par le praticien lui-même et une sanction possible (amende) si la faute est en même temps constitutive d'une infraction pénale.

Ce sont les juridictions de l'ordre judiciaire qui sont compétentes pour la caractériser et la sanctionner.

Néanmoins, ce type de faute reste peu fréquent.

Ont été qualifiées de fautes détachables : (source MACSF, La faute détachable du service)

- L'abandon d'une patiente pendant l'accouchement en raison d'un incendie provoqué par un flacon d'éther lâché par la sage-femme. Cette dernière et l'obstétricien se sont enfuis en laissant la patiente brûler sur son lit. Finalement sauvée par un infirmier et son mari, l'accouchement a été mené à son terme mais, la patiente est décédée des suites de ses brûlures.

- L'erreur lors d'une néphrectomie à droite plutôt qu'à gauche, à défaut d'avoir apporté le dossier du patient et ses radios en salle d'opération, pour une relecture préalable avant d'opérer.

- La rupture du secret professionnel par un médecin urgentiste, qui a divulgué à sa famille des informations sur le décès par suicide d'une patiente. Ses révélations ont été suivies d'indiscrétions commises par sa fille et donné lieu à des rumeurs sur les circonstances de la mort, puis à une enquête et enfin à une exhumation.

H) L'EXPERTISE MÉDICALE

Le recours à l'expertise médicale est la règle pour établir ou non la preuve de la faute et de l'éventuel dommage qui en résulte.

Le demandeur peut se faire assister d'un Médecin Conseil et d'un avocat.

L'expertise judiciaire peut être ordonnée par toutes les juridictions.

Le médecin expert est désigné par le juge. Il peut se récuser ou être récusé selon des dispositions prévues par la loi :

- Proximité de la victime ou médecin traitant (article R 4127-105 du Code de la Santé Publique).

- Question étrangère à ses connaissances ou à la technique médicale ou pour tout autre motif grave (article R4127-106 du Code de la Santé Publique).

Le médecin expert doit être objectif et impartial ; il ne doit répondre qu'aux questions posées par la mission qui lui est confiée.

Devant les juridictions civiles, l'expert peut être tout médecin.

Devant les juridictions répressives, l'expert doit être inscrit sur la liste de la Cour d'Appel, sauf exception dûment justifiée.

En cas de mise en cause d'un médecin généraliste, la tendance reste de nommer, en tant qu'expert, un médecin spécialiste de la pathologie prise en charge par le médecin généraliste dans le cadre du dossier comme le précise M. Calafiore. (11)

6- LE MÉDECIN FACE À L'ORDRE

A) ORGANISATION ET STRUCTURE DE L'ORDRE DES MÉDECINS

L'Ordre des Médecins a été créé le 24 septembre 1945.

Ses missions sont définies par la loi dans le Code de la Santé Publique : *« L'Ordre de Médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation par tous ses membres de devoirs professionnels ainsi que de règles édictées par le Code de déontologie.*

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Il peut organiser toutes œuvres d'entraide ou de retraite au bénéfice de ses membres ou de leurs ayants-droits.» (Article L-382).

Le fonctionnement de l'Ordre est financé par les cotisations des médecins inscrits au tableau ; cette inscription est obligatoire pour tout médecin ayant obtenu sa thèse. Il est divisé de façon territoriale avec :

- Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins : élus par les médecins inscrits à l'Ordre, pour six ans.

Ils ont une mission administrative : tenue des tableaux, qualification, surveillance des contrats, fonction de conciliation lors des litiges entre médecin et malade ou entre médecins.

- Les Conseil Régionaux de l'Ordre des Médecins : un par région ; ils sont élus par les membres des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, pour neuf ans.

Ils ont une mission disciplinaire, juridictionnelle : saisine en appel des décisions des Conseils Départementaux en matière d'inscription au tableau, suspension et interdiction d'exercice, attribution de juridiction professionnelle.

- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (= CNOM): trente six membres élus au second degré. Il comprend plusieurs sections :

- Une section disciplinaire.
- Une section sur les règles déontologiques.
- Une section finances et entraide.
- Une section exercice professionnel.
- commission démographique et épidémiologique

B) MISSIONS ET FONCTIONS DE L'ORDRE

Les missions de l'ordre sont multiples et variées :

- Un aspect moral : il rédige le Code de déontologie (article 410 du Code de Santé Publique).
- Un rôle administratif.
- Un rôle juridictionnel et disciplinaire : au niveau des Conseils Régionaux puis au niveau du Conseil National de l'Ordre ; s'ensuit un passage en cassation devant le Conseil d'Etat.
- Il contrôle l'accès et l'exercice de la profession.
- Il contrôle les conventions professionnelles.
- Il a un rôle d'entraide (aide financière des confrères dans le besoin).

Les sanctions disciplinaires encourues peuvent être assorties d'un sursis et sont, par ordre croissant :

- L'avertissement.
- Le blâme.
- L'interdiction temporaire ou permanente d'exercer.
- La radiation de l'Ordre (temporaire ou définitive).

Il n'existe pas d'assurance pour se prémunir de ces sanctions disciplinaires, la responsabilité ordinaire est personnelle. Il n'y a pas de délai de prescription.

Le Code de Déontologie Médicale est la base de la responsabilité disciplinaire du médecin. Il comporte cent quatorze articles séparés en cinq sections :

- Devoir généraux des médecins.
- Devoirs envers les patients.
- Rapports des médecins entre eux et avec les autres professions de santé.
- Exercice de la profession.
- Dispositions diverses.

Les articles du Code Déontologie Médicale guident le comportement du médecin lors de son exercice. C'est essentiellement le manquement à un de ces articles qui engage la responsabilité disciplinaire (déontologique) du médecin.

L'article L. 4121-2 du Code de la Santé Publique nous indique de plus que : *« l'Ordre des Médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de Déontologie (...) Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale ».*

C) PLAINTE ORDINALE

Il n'est pas rare que des patients choisissent la voix disciplinaire lorsqu'ils ont des reproches à formuler à l'encontre de leur médecin.

Cette procédure a l'avantage d'être gratuite et rapide.

Selon l'article L 4123-2 du Code de la Santé Publique, chaque Conseil Départemental de l'Ordre doit constituer une commission de conciliation composée d'au moins trois de ses membres.

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

Selon l'article R 4123-20 du Code de la Santé Publique, « *les parties au litige sont convoquées à une réunion et entendues par le ou les membres de la commission pour rechercher une conciliation* ».

Elle se compose de deux étapes :

- Une audience de conciliation.

Le plaignant et le médecin en cause sont convoqués pour s'expliquer, en présence de médiateurs désignés par le Conseil départemental de l'Ordre. Ils peuvent se faire assister par un avocat.

Deux issues possibles : Soit le patient décide d'abandonner les poursuites : en cas de conciliation totale, la plainte s'éteindra *ipso facto* (c'est-à-dire automatiquement). Soit le patient maintient sa plainte.

Dans ce dernier cas, les Conciliateurs doivent transmettre la plainte à la Chambre disciplinaire de première instance dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Ils peuvent décider de s'associer ou non à la plainte transmise.

- Une audience devant la Chambre disciplinaire.

En cas de non conciliation ou de conciliation partielle, la plainte sera transmise à la Chambre disciplinaire de première instance, à qui il appartiendra de statuer sur la recevabilité de la plainte.

Le patient et le médecin doivent alors faire valoir leurs arguments en adressant un mémoire à la Chambre disciplinaire.

Les parties seront ensuite convoquées à une audience.

La Chambre disciplinaire ne peut se prononcer que sur des sanctions ordinales (avertissement, blâme, suspension, etc.); elle n'a pas le pouvoir de condamner un praticien à rembourser des soins ou encore à indemniser le patient.

Néanmoins, la Chambre disciplinaire a la possibilité de condamner le plaignant à verser des dommages et intérêts en raison du préjudice résultant d'une plainte abusive.

Enfin, la partie perdante pourra être condamnée à prendre en charge les frais de procédure de l'autre partie.

7- L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS

L'Organisation Mondiale de la Santé (= OMS) a proposé la définition suivante :
« *Un incident touchant à la sécurité des patients est un évènement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour un patient* » (12).

L'Etude nationale en Soins PRImaires sur les évènemenTs indésirables (= ESPRIT) réalisée par Michel P, Mosnier A, Kret M, et al (13), s'appuie sur l'avis des médecins généralistes recueillis lors de focus groups et définit l'évènement indésirable associé aux soins en ville comme suit :

« *évènement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient, et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas* ».

Un Evènement Indésirable Associé aux Soins (= EIAS) est donc un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie.

La Haute Autorité de Santé (14) rappelle que tous les événements indésirables méritent d'être analysés par les professionnels de santé afin de comprendre les raisons de leur survenue et trouver la façon d'éviter qu'ils se reproduisent. Les événements graves sont, en plus, déclarés afin de développer un partage d'expérience au niveau régional et national.

Les systèmes de signalement en médecine décrits par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (15) ont deux objectifs majeurs : une fonction de veille et d'alerte centralisée des risques, et une fonction d'exemplarité locale et de vecteur de changement de la culture de sécurité des professionnels de santé.

Leurs buts sont donc d'identifier, d'analyser et de réduire le risque de survenue d'évènements indésirables graves.

A) LES DIFFÉRENTS ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS

a) ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE RÉSULTANT D'UN DYSFONCTIONNEMENT ORGANISATIONNEL

De plus en plus fréquent car les acteurs de soins sont nombreux (surtout valable pour les structures hospitalières) et les actes médicaux se complexifient.

Le plus souvent, l'évènement indésirable ne résulte pas d'une seule cause mais de la combinaison de plusieurs erreurs de différentes personnes, et impliquant parfois des technologies très complexes, ce qui en majore le risque d'erreur.

b) L'ALÉA THÉRAPEUTIQUE

L'aléa thérapeutique est un événement dommageable survenu au patient sans qu'une faute puisse être imputée au praticien, et sans que ce dommage soit relié à l'état initial du patient ou à l'évolution de son état de santé prévisible.

C'est la réalisation d'un risque non maîtrisable ; l'évènement indésirable est alors considéré comme inévitable.

En l'absence de pratique fautive :

« Un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins, et qu'ils ont donc eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé, comme de l'évolution prévisible de celui-ci ». (L 1141-I, II du Code de la Santé Publique).

Selon la définition retenue par la Cour de Cassation, l'aléa thérapeutique se définit comme *« La survenance, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé ».*

C) L'ERREUR MÉDICALE OU ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE ÉVITABLE

Dans l'Antiquité, Sénèque disait « *Errare humanum est* », et le médecin n'échappe pas à cette règle.

Les complications imprévues et les conséquences dommageables sur l'état de santé peuvent survenir à la suite ou au décours d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins du fait d'une erreur médicale.

Un événement indésirable associé aux soins est évitable si l'on peut estimer qu'il ne se serait pas réalisé si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue.

L'erreur médicale peut être une erreur par omission (l'acte n'a pas été réalisé alors qu'il aurait dû l'être) ou par commission (un acte est réalisé alors qu'il n'aurait pas dû l'être).

On distingue les erreurs de routine (les plus fréquentes), et les erreurs de connaissances (connaissances non mobilisées ou carences de connaissances).

Toute erreur n'est pas fautive. La distinction entre faute et erreur est ténue.

La faute médicale résulte du non respect des règles de l'art et permet la mise en cause de la responsabilité du professionnel de santé.

Il ne s'agit pas de l'absence de réussite d'un acte médical mais du comportement fautif du professionnel à l'origine d'un éventuel dommage : faute d'imprudence, faute dans le diagnostic, faute dans la préparation ou l'exécution d'un soin.

Il s'agit donc d'un acte non conforme aux données acquises par la science au moment de sa réalisation.

Selon l'article L.1142-4 du Code de la Santé Publique, le professionnel ou l'établissement de santé doit informer le patient de tout dommage consécutif à un acte médical : « *Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, (...) doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.*

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande express, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. »

d) LE PRESQU'ÉVÈNEMENT

«Presque accident» (*Near miss*) : Tout évènement indésirable survenant dans le cours de réalisation d'une action et qui finit par se neutraliser (spontanément ou par action volontaire) avant même la survenue de conséquences. On peut rapprocher de ce concept le récent terme d'Évènement Porteur de Risque (= EPR) introduit dans l'accréditation de la qualité et de la pratique professionnelle des médecins et équipes médicales.

e) L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE (= EIG)

Un évènement indésirable associé aux soins est grave quand il conduit à l'hospitalisation d'un patient, prolonge son séjour en hospitalisation, menace son pronostic vital, génère une incapacité ou une invalidité permanente ou entraîne son décès.

Le décret du 25 novembre 2016 introduit également le nouvel article R.1413-67 du Code de la Santé Publique qui définit l'Évènement indésirable grave comme « *un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale* ».

Ce décret précise également les modalités du dispositif de déclaration des évènements indésirables graves par les professionnels, les établissements de santé ou services médico-sociaux à l'Agence régionale de santé (= ARS) compétente.

B) DESCRIPTION D'UN ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS

a) LES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

La cause immédiate est la plus visible. C'est le plus souvent une erreur commise par un professionnel, dans un acte de soin et qui engendre des conséquences pour le patient. Par exemple : un mauvais geste, un oubli, un défaut de surveillance, une mauvaise appréciation de la situation, etc.

Mais en réalité l'événement indésirable est plutôt la conséquence d'un ensemble d'erreurs patentes et latentes.

- Tout opérateur fait des erreurs, et il est même impossible d'imaginer un opérateur qui n'en fasse pas. Ce sont les erreurs « patentes », visibles de tous.

- L'organisation du travail, sa conception et sa gestion par la hiérarchie dans les établissements de santé par exemple, pèsent sur la fréquence et le type d'erreur des opérateurs. Mais les dysfonctionnements à ce niveau sont longtemps invisibles : on les appelle « les erreurs latentes ».

b) LES BARRIÈRES DE L'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

La sécurité repose sur des « *défenses en profondeur* » qui sont des procédures organisées pour récupérer les erreurs des opérateurs (par exemple, il est prévu que le pharmacien contrôle les ordonnances et récupère les éventuelles erreurs de prescription). Aucune de ces procédures ou plaques n'est suffisante pour procurer une sécurité totale, mais leur empilement bloque presque toutes les propagations d'erreurs dans le système.

La Haute Autorité de santé (14), souligne qu'un système sûr possède plusieurs barrières que l'on peut classer de différentes manières : soit selon leur chronologie et leur fonction, soit selon leur nature.

- **Selon leur chronologie et leur fonction:**

- Les barrières de prévention : elles empêchent la survenue de l'erreur et de l'accident. Elles incluent les recommandations de bonnes pratiques définies par la Haute Autorité de Santé, les Références médicales opposables (= RMO), les *check-lists* (notamment en chirurgie), les Programmes de formation médicale initiale et Formation Médicale Continue (= FMC).

- Les barrières de récupération : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences (exemple: une antibioprophylaxie est prescrite au bloc opératoire mais l'infirmière prend connaissance de l'existence d'une allergie à l'antibiotique dans le dossier médical et alerte le prescripteur qui modifie la prescription).

- Les barrières d'atténuation des effets : l'accident est avéré, mais les conséquences sont limitées (exemple: un patient n'ayant pas bénéficié d'une antibioprophylaxie est en choc septique, mais des hémocultures ont été réalisées, le germe a été identifié, un lit en réanimation est immédiatement disponible, le traitement est engagé rapidement).

- **Selon leur nature :**

- Les barrières immatérielles : lois et réglementations, consignes, bonnes pratiques de sécurité, recommandations, procédures et protocoles, programme de formation, organisation du travail, etc.

- Les barrières matérielles : détrompeur physique ou dispositif anti-erreur (exemples : branchement des guides en anesthésie, prescription médicamenteuse informatisée), alarme, verrouillage d'un dispositif, etc.

C) DÉCLARATION DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES EN MÉDECINE

a) HISTORIQUE

Les systèmes de signalement sont longtemps restés confinés au dispositif confié à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (= AFSSAPS), et qui portaient sur sept vigilances (la pharmacovigilance, l'hémovigilance, la matériovigilance, la réactovigilance, la biovigilance, la cosmétovigilance et la pharmacodépendance), avec un effort de coordination progressif.

La surveillance des infections liées aux soins qui relève de l'Institut de Veille Sanitaire (= InVS) complétait ce dispositif.

Il faut attendre la Loi Kouchner du 04 mars 2002 pour voir apparaître une première obligation pour tout professionnel ou établissement de santé de déclarer « *la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un évènement indésirable associé à un produit de santé* » (article L.1413-14 du Code de la Santé Publique).

Et ce n'est qu'avec la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique qu'émerge le terme générique « Evènement Indésirable » et le critère de gravité, avec l'article L.1413-14 du Code de la Santé Publique : « *Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre évènement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. [...]* ».

L'Institut de Veille Sanitaire a été chargé par cette même loi de l'expérimentation de la déclaration des évènements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, ou d'actions de prévention autres que les infections nosocomiales.

En 2005, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé a instauré le « *Guichet Erreurs Médicamenteuses* » (16), une initiative en charge de la réception et de la gestion des déclarations d'effets indésirables médicamenteux. Les professionnels devaient compléter une fiche type qu'ils faisaient parvenir à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

Au 1er janvier 2009, ce guichet avait reçu plus de 1.000 déclarations, mais seulement quatre provenaient de cabinets de ville.

- La loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009

La sécurité et la qualité des soins sont devenues des missions qui s'imposent à tous les établissements de santé.

Un programme d'actions prenant en compte les bilans d'analyse des événements indésirables a été élaboré. Une coordination de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins est organisée dans les établissements de santé. La diffusion publique des résultats d'une liste d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins définie annuellement est garantie, par affichage dans l'établissement (article 6111-2 du Code de la Santé Publique ; article 1 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires).

« Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux ».

- Le décret 2010-1408 du 12 novembre 2010

Il prévoit qu'une organisation dédiée à la lutte contre les événements indésirables doit être concertée entre le représentant légal de l'établissement et, selon le cas, le président de la commission médicale (établissements publics) ou la conférence médicale d'établissement (établissements privés). Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est désigné pour contribuer à la bonne exécution des missions de cette organisation.

- Décret du 26 janvier 2016

Nouvelle obligation d'analyse des effets indésirables graves. Ils doivent être déclarés et analysés par tous les professionnels de santé quel que soit leur secteur d'exercice : en établissement de santé, en ville et dans le médico-social.

- **Le Programme national pour la sécurité des patients (2013-2017)**

Le programme national pour la sécurité des patients (= PNSP) s'est déployé de 2013 à 2017 à l'initiative du Ministère chargé de la santé et en association avec la Haute autorité de santé. Il avait pour objectif de mieux faire connaître les enjeux de la sécurité des patients, de renforcer les initiatives d'apprentissage et d'amélioration des pratiques et organisations. Il s'appuyait sur les professionnels de tous les secteurs et sur les usagers, pour qu'ensemble ils développent des compétences toujours plus efficaces pour la sécurité des patients.

b) CLASSIFICATION DES SYSTÈMES DE SIGNALEMENT

Les systèmes de signalement se répartissent en trois grandes classes (15).

- La classe I regroupe les systèmes passifs reposant sur la déclaration des acteurs médicaux. Il s'agit de systèmes tels que les « vigilances » nationales, ou des systèmes locaux.

- La classe II correspond aux systèmes passifs reposant sur la déclaration des patients (encore peu nombreux en France mais plus développés dans les pays anglo-saxons).

- La classe III rassemble les systèmes actifs fondés sur l'analyse de dossiers ou de traces électroniques. Elle se subdivise en trois groupes :

- IIIa : les systèmes fondés sur l'analyse rétrospective des dossiers par des pairs. Il peut s'agir d'analyses approfondies réalisées en équipe et faisant suite à un signalement. Ce type d'approche est souvent intégré dans les Revues de Mortalité et Morbidité.

- IIIb : les systèmes de revues de risques sur site. Il s'agit d'un transfert à la médecine des revues de risques pratiquées dans l'industrie.

- IIIc : les systèmes fondés sur l'analyse systématique de traces dans les dossiers électroniques ou sur tout support contenant de l'information. Ces systèmes sont regroupés dans la catégorie des systèmes automatisés informatiques.

Les systèmes de classe I ont un bilan mitigé en raison d'une sous déclaration massive, dont les causes sont multiples : définition trop floue, protection incertaine, manque de temps, mauvaise ergonomie des systèmes de signalement, etc. On leur reconnaît cependant l'avantage de contribuer à installer une culture de sécurité, particulièrement pour les systèmes ouverts de déclaration volontaire.

Les systèmes alternatifs de classe II et III permettent une analyse plus exacte du risque, et donc un pilotage plus correct des actions à entreprendre.

Mais leur maturité est loin d'être acquise. Ils représentent cependant un futur probable pour une véritable évaluation épidémiologique des événements indésirables liés aux soins.

La plupart de ces systèmes fonctionnent sur une analyse rétrospective des événements indésirables, c'est-à-dire après la survenue de l'évènement.

Les systèmes de signalement des événements indésirables, sont donc sous performants. L'analyse de tous les dossiers médicaux apparaîtrait comme une solution alternative parfaite, mais elle reste trop complexe et trop consommatrice en temps.

D) LES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS EN CHIFFRE

a) POUR COMMENCER

La première étude d'envergure est celle de T.A. Brennan, L.L. Leape, N.M. Laird et al intitulée Harward I (17), publiée en 1991, qui a analysé rétrospectivement 30.121 dossiers au hasard, de patients ayant séjourné au sein de 51 hôpitaux de New York en 1984, dans le but d'estimer l'incidence des événements indésirables.

La fréquence des événements indésirables retrouvée était de 3,7% des hospitalisations, avec des conséquences variables pour le patient : dans 56,8%, une atteinte mineure avec récupération totale en moins d'un mois, dans 13,7%, un handicap complètement résolutif entre un et six mois, dans 2,6%, un handicap permanent, et dans 13,6% des cas un décès. Le pourcentage d'événements indésirables secondaires à une « négligence » de la part des médecins était de 27,6%.

En extrapolant ces résultats à l'ensemble des patients de la population de l'Etat de New York, les auteurs estiment à 98.609 le nombre total d'événements indésirables en 1984, dont 13.451 à l'origine d'un décès, sous réserve de limites abordées par les auteurs (notamment la relation de causalité de l'évènement indésirable sur le décès pouvant se discuter chez certains patients pouvant présenter une maladie sous-jacente sérieuse).

Le rapport «*To Err Is Human : Building a Safer Health System*» en 1999 de L.T. Kohn, J. Corrigan, M.S. Donaldson, T. McKay et K.C. Pike (18) a permis une prise de conscience et une définition universelle de l'effet indésirable grave. Il est depuis internationalement admis que la détection, la quantification et l'analyse des événements indésirables associés aux soins constituent un levier essentiel de l'amélioration de la sécurité des soins hospitaliers.

b) LES DONNÉES EN FRANCE

b1) En milieu hospitalier

- **ENEIS 1 en 2005** par le DREES (19).

La première étude épidémiologique d'envergure dédiée aux évènements indésirables associés aux soins en France est l'Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins. Cette étude a été réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques et les résultats ont été publiés en mai 2005.

Cette étude prospective a permis d'observer l'incidence des évènements indésirables associés aux soins pour un échantillon randomisé de patients hospitalisés, puis d'analyser ces évènements indésirables pour en identifier les causes et ainsi en estimer l'évitabilité.

Elle a porté sur 292 unités de soins (les hospitalisations de jour, de psychiatrie et les unités de court séjour des urgences ayant été exclues), dans 71 établissements publics et privés.

Au final, 8.754 patients et 35.234 jours d'hospitalisations ont ainsi pu être observés.

450 évènements indésirables graves ont été identifiés : 195 ayant conduit à une hospitalisation dont 86 estimés évitables (46.2%); 255 survenus en cours d'hospitalisation dont 95 évitables (35.4%).

200 des évènements indésirables survenus en cours d'hospitalisation ont entraîné une prolongation de séjour, dont 110 sans autres conséquences, 92 ont menacé le pronostic vital et 21 ont été associés à un décès.

« *La densité d'incidence d'évènements indésirables graves* » survenus en cours d'hospitalisation a été estimée à 6,6 pour 1.000 journées d'hospitalisation.

« *La densité d'incidence des évènements indésirables graves liés à un décès* » a été estimé entre 0,1 et 0,4 pour 1.000 journées d'hospitalisation.

Si on extrapole ces résultats à l'ensemble des hospitalisations en France, selon ENEIS 1, 70.000 à 110.000 hospitalisations seraient causées par des évènements indésirables graves et 120.000 à 190.000 évènements indésirables graves survenant en cours d'hospitalisation seraient évitables en France chaque année.

- **ENEIS 2 en 2009.**

Les mêmes principes (protocole et méthode) ont été mis en œuvre que pour ENEIS 1 afin de mesurer l'évolution des données depuis 2005. De manière synthétique, P. Michel, C. Minodier et M. Lathelize (20) concluent que la densité d'évènements indésirables graves observés en 2009 est de 6.2 pour 1.000 jours d'hospitalisation, dont la moitié seraient évitables soit 95.000 à 180.000 évènements indésirables graves évitables par an en cours d'hospitalisation. La principale conclusion de la comparaison entre ces deux études est l'absence de changement.

- **Enquête ENEIS 3.**

En cours de réalisation, pour la période allant de 2017 à 2020 et a pour objectif d'estimer l'incidence des évènements indésirables graves évitables et d'analyser leur évitabilité dans 3 secteurs de soins (Etablissements de santé, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et Soins Primaires).

b2) En milieu ambulatoire

- **CADYA : Catégorisation des dysfonctionnements en ambulatoire.**

L'objectif était de réaliser une grille d'analyse d'évènements indésirables associés aux soins dédiée aux soins primaires dans le cadre d'une revue de morbi-mortalité ambulatoire en Rhône-Alpes.

La grille CADYA explore quatre dimensions principales : facteurs humains, techniques, environnementaux et processus de soins. M. Chanelière, J.M. Oriol, B. Senez et al (21) décrivent cet outils.

En ressortent trois grands types de facteurs humains impliqués dans les évènements indésirables associés aux soins :

- Facteurs humains relatifs à une altération subie de la performance humaine : « anxiété, stress, fatigue, défaut d'attention ».

- Facteurs humains en lien avec un trouble du comportement humain : « agressivité, énervement, maladie addictive, impatience, orgueil ».

- Facteurs humains liés à un désengagement relativement conscient des individus lors des soins : « négligence, défaut d'implication, et défaut d'autorité ».

Un certain nombre de ces facteurs humains et plus particulièrement ceux désignant une altération de la performance humaine sont liés aux conditions d'exercice des soignants. Il est ainsi apparu que le « stress » était parfois secondaire à un retard important dans le planning de consultations, tout comme l'« énervement » et l'« agressivité » de certains patients. Le retard était lui-même lié à des ajouts inopinés de patients sur la plage de consultations.

- L'étude ESPRIT (13).

L'étude ESPRIT a pour objectif principal d'estimer la fréquence des évènements indésirables associés aux soins en Médecine générale.

C'est une étude épidémiologique transversale d'incidence d'actes visant à estimer la fréquence d'actes en lien avec un Evènement Indésirable Associé aux Soins, lors de « semaine type », sur un échantillon de 127 médecins généralistes (appartenant aux groupes régionaux d'observation de la grippe) menée au cours des mois de mai et juin 2013.

Sur 649 journées observées, (soit 13.438 actes), 475 évènements indésirables ont été repérés dont 72% étaient évitables.

77% d'entre eux n'ont pas eu de conséquences cliniques, car ils ont été récupérés rapidement, 21% ont occasionné une incapacité temporaire.

2% des évènements indésirables associés aux soins étaient des évènements indésirables graves associés : à un décès (un cas), à une menace vitale (quatre cas) et une incapacité physique définitive (trois cas).

Cette étude retrouve 26 évènements indésirables associés aux soins pour 1.000 actes en médecine générale, soit pour un cabinet un évènement indésirable associé aux soins tous les deux jours.

Les incidents cliniquement graves ne représentent que 0,06% de la totalité des actes, soit deux par an et par médecin.

Dans 42% des cas, les problèmes d'organisation du cabinet étaient en cause, dans 21% des cas l'évènement indésirable relevait d'un défaut de communication ou d'organisation entre les intervenants ; enfin dans 20% des cas le manque de mobilisation de connaissance et de compétence était en cause. 43% des évènements indésirables associés aux soins ont été identifiés par les patients ou leur entourage.

- **L'étude InPacT (= Information et Participation Active du patient).**

Réalisée en 2012 par M. Keriél-Gascou, A. Badet-Phan, M.A. Le Pogam et al (22), cette étude s'est déroulée en plusieurs étapes : une revue de la littérature médicale internationale, une enquête Delphi, une étude qualitative de terrain.

Cette étude a permis d'élaborer une brochure compréhensible et acceptable en soins primaires pour prévenir les effets indésirables des antihypertenseurs et leur gravité.

- En 2013, le travail de thèse d'exercice en Médecine Générale de S. Chabas (23) dont l'objectif principal était d'estimer une prévalence des évènements indésirables en soins primaires a été réalisé.

Il s'agissait d'une revue de la littérature internationale, s'étendant de 1980 à 2012.

A l'issue, il en a déduit que chaque médecin généraliste pouvait être confronté à trois patients par jour présentant un événement indésirable associé aux soins, pour une journée moyenne de 20 à 30 actes par jour.

- **L'étude « EVISA »** par P. Michel et al (24).

« *Etude sur les évènements indésirables liés aux soins extrahospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes* », réalisée par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (= CCECQA).

Enquête sur les évènements indésirables associés aux soins extrahospitaliers causant une admission hospitalière. Les objectifs principaux de l'étude étaient d'estimer leur fréquence, leur gravité et leur caractère évitable, d'étudier le contexte et les facteurs contributifs de leur survenue et d'estimer le coût de la prise en charge hospitalière de ces évènements.

Il s'agissait d'une étude prospective, sur huit semaines.

Sur 2.946 patients, 73 ont été hospitalisés pour un évènement indésirable associé aux soins lié à une prise en charge extrahospitalière.

Parmi ces 73 évènements indésirables, 52 ont été considérés comme évitables par les médecins hospitaliers. Le caractère évitable a été exclu secondairement dans 18 cas (38%).

Sur les 52 évènements indésirables évitables, 16 ont entraîné une incapacité à la sortie de l'hôpital et 17 ont été associés à une menace vitale dont un décès.

Pour les 23 patients restants, il n'y a eu ni menace vitale ni incapacité.

- **L'étude « ECOGEN ».**

Etude sur les éléments de la consultation en Médecine générale (dite ECOGEN), réalisée en France en 2011 et 2012 par L. Letrilliart et al (25).

L'étude ECOGEN avait pour objectif de décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé pris en charge en médecine générale.

A cela s'est ajouté un travail sur « la iatrogénie des soins » dans la base de données ECOGEN.

Cette étude nationale transversale multicentrique a recueilli des informations sur toutes les consultations rencontrées un jour donné par semaine, sur une période synchrone de cinq mois durant le stage chez le praticien d'internes en médecine générale.

Durant les cinq mois d'étude, 20.781 consultations dont 884 « consultations iatrogènes » ont présenté au moins un événement indésirable soit 4,3% des consultations.

En regroupant les intolérances et les intoxications médicamenteuses, les événements iatrogéniques médicamenteux représentent près de deux tiers des Evènements Indésirables Associés aux Soins totaux (65,7%).

- **L'étude PRisM ou Pluri-professionnalité et gestion des Risques par un programme Multifacette en soins primaires (PREPS 2013).**

L'étude PRisM est actuellement en cours. Elle a pour but d'évaluer l'efficacité de la mise en place d'une formation spécifique sur les événements indésirables afin d'améliorer leur détection dans les centres, pôles et maisons de santé pluridisciplinaires en soins primaires. C'est un essai contrôlé, multicentrique, prospectif, randomisé en deux groupes parallèles.

La première phase de l'étude a fait l'objet d'un travail de thèse par B. Pasini (26). Les premiers résultats obtenus sont conformes aux données de l'étude ESPRIT (13). Les résultats montrent également que la déclaration des événements indésirables n'est pas influencée par le genre, l'âge, la charge de travail ni la profession du déclarant. Enfin, la pluri-professionnalité semble jouer un rôle important dans la détection des événements indésirables puisque l'étude ne retrouve pas de double déclaration. Les mesures correctives évoquées par les professionnels de santé (modification des pratiques, gestion du facteur humain, mesures techniques) sont souvent inadaptées car les structures nécessaires sont manquantes. Cependant, il faudra attendre la fin de la phase d'intervention pour conclure.

8- STATISTIQUES : PROCÉDURES CONTRE LES MÉDECINS

- JP Gribeauval (27) estime que la judiciarisation de la médecine est surestimée et que dans la réalité les plaintes ne se sont pas majorées en rapport au nombre d'actes médicaux réalisés par jour. Le manque d'étude globale sur l'évolution de la mise en cause de la responsabilité médicale joue un rôle important dans cette impression.

- Une étude réalisée par l'Institut de Droit et Santé dépendant de l'université Paris Descartes, publiée en mars 2013, portant sur l'analyse de 50.000 décisions de justice entre 1999 et 2009 a permis d'analyser l'évolution des recours contre les professionnels de santé que se soit par la voie contentieuse (procédure pénale, administrative, civile ou disciplinaire) ou par la voie amiable (saisine des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation).

Entre 1997 et 2003, cette étude a montré une augmentation de 75% du nombre de condamnations de médecins devant les tribunaux judiciaires et administratifs.

Entre 2004 et 2009, on observe une stabilisation des plaintes dans les quatre juridictions avec un franc report sur les procédures amiables (14% en 2004, 54% en 2009).

On constate également une inversion de la distribution des demandes d'indemnisation entre les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (14% en 2003 contre 54% en 2009) et les assignations en référé (86% en 2003 contre 46% en 2009).

Au pénal, le taux de plaintes est passé de 2 pour 1.000 médecins en 1999, à moins de un pour 1.000 en 2009.

A) LES MOTIFS DES PROCÈS

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (= IGAS) sur la « Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé » réalisé par A. Lopez et PL. Remy en 2007 (28), a montré que sur quatre-vingt lettres de plaintes adressées à des institutions diverses (hôpitaux, ordre des médecins,...), quarante cinq courriers, soit plus de la moitié, concernaient un problème lié à la sphère relationnelle ; et on peut y ajouter douze autres courriers concernant un manque d'information.

Pour aider les soignants qui appréhenderaient ce type de discussion avec son patient, la HAS a édité un guide en 2011 « Annonce d'un dommage associé aux soins » (29).

Une enquête de l'Inserm conduite par P. Chauvin et I. Parizot (30), sur la santé de la population dans le 20^e arrondissement de Paris retrouve un taux de 22,9% des enquêtés ayant déclaré avoir été confrontés à une erreur médicale, pour eux-mêmes ou pour un proche soit une personne sur cinq.

- Devant les juridictions pénales :

Deux motifs de procès reviennent régulièrement: les homicides involontaires (article 221-6 du Code Pénal) et la non assistance à personne en danger (comme lors des non déplacements au domicile du patient) en vertu de l'article 223-6 du Code Pénal.

Le péril doit être réel (écarter le péril ressenti), grave, et imminent.

Deux exemples de médecins condamnés :

- Un médecin généraliste a été condamné à deux ans d'emprisonnement avec sursis suite au décès d'un enfant de trois ans, qu'il suivait depuis la naissance pour un syndrome de Pierre Robin. Il était resté inactif suite à l'appel téléphonique angoissé de la mère de l'enfant, qui constatait une importante dégradation de l'état de son fils, qui toussait depuis plusieurs jours malgré un traitement médicamenteux. Dans ce contexte médical particulier, les juges ont estimé que le péril était grave et imminent (l'enfant est décédé d'une détresse respiratoire), et que le médecin en avait nécessairement conscience (Tribunal Correctionnel de Versailles, 14 juin 2016).

-Un autre médecin généraliste a été condamné à quatre mois d'emprisonnement avec sursis pour ne pas s'être mis en position de rectifier le diagnostic initial de gastroentérite, par absence d'interrogatoire du patient et de prise en compte des symptômes qu'il rapportait et qui étaient en fait évocateurs d'une dissection aortique. Cette absence volontaire d'écoute du patient a conduit au décès de celui-ci (Tribunal Correctionnel de Tours, 13 mars 2017).

- Devant les juridictions civiles :

Les causes de litiges les plus fréquentes sont liées à des erreurs de diagnostic et des erreurs de cotations et ce dans presque un cas sur deux. Puis on retrouve les erreurs thérapeutiques dans 11% des cas.

Enfin, à un niveau relativement équivalent, on retrouve les insuffisances de suivis, les défauts de prise en charge, les non déplacements durant les gardes et les erreurs dans les gestes techniques.

Les vraies évolutions depuis quinze ans se situent dans le domaine civil comme le précise P. Ruiz (31) dans son travail de thèse : on observe une baisse drastique des plaintes devant les Tribunaux de Grande Instance, au profit des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation. En 2004 on comptait 30 % de procédures civiles contre 14 % devant les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation.

En 2010 les procédures civiles sont descendues à 20 %, doublées par les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation qui se portent à 28%. La création des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation a donc permis une diminution de 10% des procédures civiles.

Cette baisse est probablement en lien avec la gratuité des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (l'expertise notamment).

B) RAPPORT ANNUEL DU SOU MÉDICAL SUR LA SINISTRALITÉ DES MÉDECINS EN 2017 (32)

La MACSF (= Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français) est l'un des principaux assureurs des professionnels de santé.

- Le rapport de 2017 pour l'ensemble des professions médicales fait état de 926 décisions de justice (411 civiles, 12 pénales et 503 avis des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation), mettant en cause 2.053 professionnels de santé dont 1.173 sociétaires. Il s'agit uniquement des avis et décisions rendus au fond, c'est-à-dire excluant les décisions de la Cour de cassation.

Parmi les 423 décisions de justice civiles et pénales qui ont mis en cause 757 professionnels et établissements, 468 médecins sont mis en cause.

On constate une augmentation du nombre de décisions de justice et avis des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation. (926 en 2017 contre 828 en 2016 soit une augmentation de 12 %).

- Pour le cas plus spécifique des médecins, Le sou médical fait le constat d'une stabilisation de la sinistralité des médecins et d'une sévérité accrue des juges, au civil comme au pénal.

Le taux de sinistralité des 145.328 médecins, toutes spécialités et modes d'exercice confondus, atteint un palier à 1,63 %, après une hausse en 2015 et 2016.

(Annexe 5)

En 2017, 2.374 déclarations pour dommages corporels ont été déposées toutes spécialités confondues. Elle se déclinaient en

- 851 saisines d'une commission de conciliation et d'indemnisation.
- 848 réclamations amiables.
- 493 procédures civiles ou administratives.
- 104 plaintes pénales.
- 78 plaintes ordinaires.

(Annexe 5)

- La médecine générale était non seulement la seconde spécialité la plus souvent attaquée en nombre, mais elle détrônait aussi en 2017 toutes les spécialités de bloc opératoire en coût total d'indemnisation (6,1 millions d'euros), soit six fois plus qu'en 2016.

(Annexe 7).

Au total pour 2017, pour 45.845 sociétaires médecins généralistes, il y a eu 355 déclarations pour dommage corporel, dont 284 en exercice libéral, soit une sinistralité de 0,79%.

(Annexe 8).

- 114 saisines d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation.
- 112 réclamations à l'amiable.
- 88 procédures civiles.
- 19 plaintes pénales.
- 19 plaintes ordinaires.
- 3 procédures administratives.

- **Les motifs principaux de plainte :**

- Les retards et erreurs diagnostics (surtout pour les motifs traumatologiques et cancérologiques).

- La survenue de complication ou interactions thérapeutiques (nouveaux anticoagulants, certains antidépresseurs...).

- La prise en charge des patients ambulatoires (dans les suites de chirurgie).

Pour cette année, La MACSF a indemnisé neuf dossiers à plus d'un million d'euros, soit trois fois plus qu'en 2016.

Le dossier le plus coûteux (4,2 millions d'euros) concernait la responsabilité d'un pédiatre à propos d'une série de vaccinations sur un nourrisson suivie d'une atteinte neurologique sévère. Le laboratoire ayant produit le produit défectueux a aussi été mis en cause.

Le second dossier (3,6 millions d'euros) portait sur une mauvaise prise en charge d'une infection urinaire chez un nourrisson par un généraliste, ayant entraîné des séquelles neurologiques graves.

C) RÉPARTITION DES SINISTRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

En octobre 2018, une analyse de dossiers de plaintes en médecine générale de 2015 à 2017 a été réalisée par la MACSF (32) en utilisant les données des rapports d'activité annuel du Sou médical des années 2015 à 2017.

Sur 857 cas analysés, 747 dossiers ont été retenus. Ont été exclus, les événements survenus en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ou en établissement de santé.

(Annexe 9)

Trois grandes catégories ont pu être dégagées :

- Les retards diagnostics de maladies aiguës ou de pathologies graves ou chroniques représentent 377 cas soit 50% des cas analysés. Seuls quatre cas étaient le fait de médecins remplaçants. Une majorité de ces retards étaient liés à une appréciation sous optimale (13%) ou à une banalisation de symptômes (9%).

Le suivi attentif du patient était souvent mis en cause (22%).

- Les événements iatrogènes représentaient 270 cas soit 36% des cas analysés, et dans 20% des cas étaient en lien avec des médicaments (Dépakine et Médiator : respectivement 9 et 43 cas soit 1 et 6% ; anticoagulants: 24 cas, soit plus de 3%).

- Les problèmes divers liés à l'organisation représentaient 100 cas, soit 13% des cas analysés. (Patient complexe, mauvaise observance, défaut de coopération, etc.)

Dans 4% des cas, le patient lui-même était en cause dans la mesure où il était peu observant, qu'il ne respectait pas les rendez-vous qui lui étaient proposés, ceux qu'il devait prendre auprès des spécialistes, ou dans la réalisation des examens complémentaires qui lui étaient prescrits.

Dans la littérature on retrouve plusieurs travaux sur ce sujet dont deux thèses :

- La première date de 2014, réalisé par I. Radoman (33) qui analysait les jurisprudences et déclarations de sinistre de 1987 à 2013 concernant les médecins généralistes. 730 déclarations, et 287 décisions de justice et des Commissions de

Conciliation et d'Indemnisation ont été étudiées.

Lors des procédures civiles et disciplinaires, les médecins ont été condamnés dans 75 % des cas en moyenne.

Lors des procédures pénales et devant les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation, les taux de condamnations ont été de 50 %.

Le retard diagnostique était comme pour les chiffres du Sou médical l'erreur condamnée la plus fréquente, suivie par l'erreur thérapeutique.

- Le second travail de thèse a été réalisé en 2017 par A. Mabilais (34) et se limitait cette fois aux médecins généralistes hauts normands sous le joug d'une sanction disciplinaire ordinale.

Son étude quantitative, rétrospective et transversale a étudié l'ensemble des actions disciplinaires déposées auprès du Conseil régional de Seine-Maritime, soit 163 affaires, sur une période allant de juin 2007 à juin 2016.

Au total, 74 médecins ont été confrontés à une action disciplinaire sur la période d'étude.

ÉTUDE

1- MATÉRIEL ET MÉTHODE

A) MÉTHODE

Cette étude a pour objectif d'explorer le vécu et les représentations que les médecins généralistes ont des procédures judiciaires, afin de mieux comprendre la réalité de leur pratique quotidienne et les répercussions sur leur vie personnelle et professionnelle.

La méthode de recherche choisie est qualitative, plus appropriée pour l'analyse de facteurs subjectifs, donc difficile à mesurer. Il ne s'agit pas de recueillir des chiffres ou des données standardisées.

Le mode de recueil est rétrospectif, sans limite dans le temps, c'est à dire qu'il concerne des procédures judiciaires ayant déjà eu lieu, que le jugement définitif ait été rendu ou que la procédure soit toujours pendante (première instance, appel ou pourvoi en cassation).

Les entretiens ont été individuels et semi dirigés, et surtout anonymisés. Initialement l'étude prévoyait uniquement des entretiens directs afin d'intégrer la communication non verbale à l'étude ; mais compte tenu du faible taux de réponse et de la préférence de certains médecins de répondre uniquement par téléphone (refus de face à face), l'entretien téléphonique a été accepté et intégré à l'étude.

La durée prévue de chaque entretien a été de trente minutes environ avec des médecins volontaires recrutés de proche en proche souhaitant participer à l'étude.

L'entretien individuel a permis une investigation en profondeur sur les motivations et freins individuels. Il a permis d'étudier les réactions des médecins directement à leur contact et a favorisé la libre expression en instaurant un climat de confiance, privé, sans peur du jugement d'une tierce personne. Il a renforcé également l'anonymisation des données recueillies.

L'entretien semi-dirigé a reposé sur un guide d'entretien établi préalablement à l'étude puis retravaillé au fur et à mesure des entretiens pour s'adapter au mieux aux réponses des médecins participant à l'enquête.

Ce guide a surtout servi de trame pour conduire les échanges au cours des entretiens. Les thèmes n'ont pas forcément été abordés dans l'ordre du guide.

L'utilisation de questions ouvertes a permis d'obtenir des réponses individualisées, en s'assurant que tous les thèmes retenus ont bien été abordés. Les entretiens et l'analyse des résultats ont été réalisés par la même personne.

Les entretiens ont été enregistrés sur téléphone portable, après recueil de consentement oral des médecins interrogés, pour une restitution précise ultérieure verbatim manuscrite des données.

Initialement, l'étude était prévue en Haute Normandie exclusivement, mais compte tenu du très faible taux de réponse, l'étude a été étendue à l'Île de France. Le but était de conserver une certaine proximité pour permettre des entretiens directs.

Aucun critère d'exclusion n'a été prévu, dans l'hypothèse d'un probable faible taux de réponse. (Annoncé dès ma validation de sujet de thèse par le département de médecine générale de Rouen quand il a accepté ce sujet d'étude.)

B) POPULATION ÉTUDIÉE

Le but était d'obtenir un échantillon suffisant pour obtenir une hypothétique saturation des données; c'est à dire qu'aucune donnée supplémentaire n'aurait apporté d'informations nouvelles.

L'objectif était d'obtenir un échantillon de dix à quinze médecins.

La diversité des perceptions, des opinions et des comportements était recherchée.

Cette étude concerne des Médecins Généralistes volontaires (pas d'obligation de réponse) en activité ou retraités, en Haute Normandie et en Ile de France, ayant été impliqués dans une procédure judiciaire ou ordinale à l'initiative de l'un de leur patient, allant de la médiation par le Conseil de l'Ordre à la procédure pénale. Ces médecins pouvaient exercer en tant que remplaçants (thésés ou non), en libéral strict ou avoir également une part d'activité salariée.

Le jugement définitif pouvait avoir été rendu ou la procédure judiciaire pouvait être pendante (première instance, appel, pourvoi en cassation).

Aucun critère d'exclusion n'a été prévu en prévision du faible taux de réponse.

Un courriel a d'abord été envoyé aux deux principaux assureurs médicaux (Sou médical, Médicale de France), qui ont décliné la demande pour des raisons évidentes de secret professionnel et de protection de leurs adhérents.

Suite à ce refus, le recrutement s'est fait de proche en proche, en adressant un premier courriel à un réseau de confrères en médecine générale, (internes et médecins rencontrés au cours des stages ou de remplacements, qui les ont ensuite transmis à un plus grand nombre : au centre Eole 27 et 76, à la sécurité sociale...).

(Annexe 10).

Cette démarche a permis de recueillir quatre médecins volontaires. Rédaction alors d'un courriel de relance, qui a permis de recruter trois médecins supplémentaires.

Enfin sollicitation individuelle de soixante-dix médecins à leur cabinet après prise de rendez vous téléphonique en Haute Normandie pour compléter l'échantillon et atteindre

un total de douze médecins. (Liste des médecins inscrits à l'Ordre).

La période de recueil a été longue : deux ans et deux mois pour réunir ces douze médecins.

Malgré un grand nombre de questionnaires envoyés, et de nombreuses relances, la taille de l'échantillon est restreinte: initialement douze médecins ont accepté de participer à l'étude ; parmi eux, deux ont changé d'avis et se sont retirés de l'étude.

Sur les dix médecins restants, un n'a pas souhaité être enregistré.

Les questionnaires sont bien sûr anonymes, et il n'y a eu aucune diffusion de l'identité des médecins participants à l'étude. Cet aspect a été rappelé à plusieurs reprises aux médecins volontaires.

C) LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire débute par une courte partie quantitative avec quelques questions fermées, afin de définir les caractéristiques de la population étudiée. De plus, ces questions très générales ont permis de débiter le dialogue de façon simple et neutre, et d'établir une relation de confraternité. Les caractéristiques des participants sont des facteurs épidémiologiques : l'âge, le sexe, le mode d'exercice, etc.

Viennent ensuite les questions ouvertes (questions auxquelles on ne peut répondre exclusivement par l'affirmative ou la négative). Chaque question ne comporte qu'une seule idée et n'est pas connotée ni positivement ni négativement afin de ne pas orienter les réponses des médecins interrogés.

Une première grille de questions ouvertes a été élaborée puis testée au cours d'entretiens fictifs auprès de trois internes en médecine générale volontaires, afin de mesurer la durée de réalisation de l'entretien et d'évaluer la compréhension des questions et la pertinence du questionnaire.

Ces internes n'ont pas été confrontés à une procédure judiciaire mais ont dû se mettre en situation et se figurer leur propre vécu s'ils devaient être assignés en justice ou devant le Conseil de l'Ordre.

Les résultats de ces entretiens n'ont pas été retranscrits dans cette thèse car ils ont servi uniquement dans un but d'évaluation du questionnaire. Le fait qu'ils soient internes en médecine générale leur a apporté les connaissances médicales suffisantes pour la compréhension des questions et une facilité à se mettre en situation de part leur proximité avec la population étudiée (et aussi compte tenu du risque de rencontrer plus tard cette problématique au cours de leur exercice).

Lors de cette phase test, les entretiens ont duré en moyenne vingt quatre minutes.

A la suite de ce test, des questions alternatives, et de relance ont été ajoutées, pour permettre un discours plus spontané et plus fluide.

Au fur et à mesure des interviews, certaines questions ont été reformulées afin d'obtenir des questions moins fermées ou plus brèves.

Enfin, le questionnaire se termine par une possibilité de commentaires libres de la part des médecins (questions non posées, informations complémentaires importantes par exemple).

Quatre grands thèmes différents ont été abordés au cours des entretiens :

- Caractéristiques du médecin, notamment eu égard à son exercice professionnel
- Le dysfonctionnement supposé dans le processus des soins critiqués et éventuels facteurs de risque.
- Le vécu personnel et les répercussions ultérieures sur la vie privée et professionnelle de la procédure judiciaire.
- Connaissances et prises de conscience des évènements indésirables. Connaissance du système judiciaire français.

D) OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le nombre de procédures judiciaires et ordinaires contre les médecins généralistes ne cesse d'augmenter au fil des années.

En aucun cas il n'a été question de porter un jugement sur les médecins interrogés.

Les buts de cette étude sont multiples ; ils ont également été remis aux médecins participants à l'étude dans le cadre du guide d'entretien :

- Définir les différents types d'évènements indésirables en médecine ; (évènement indésirable lié aux soins, évènement indésirable grave, erreur médicale, erreur systémique, aléa thérapeutique).

- Lutter contre l'évènement indésirable au niveau collectif : déclaration des évènements indésirables graves, analyse des cas et gestion du risque, importance de la communication, formation.

- Lutter contre l'évènement indésirable au niveau personnel : information et dialogue avec le patient, importance du déroulement de la consultation (gérer son temps et son emploi du temps).

- Construire une consultation type permettant d'établir une communication optimale et prévenir le risque de plainte.

- Connaître le parcours, le vécu, le ressenti ainsi que les éventuelles modifications de la pratique des médecins en cas de contentieux. Il ne s'agissait pas de recueillir des chiffres ou des données standardisées.

- Insister sur l'intérêt des informations recueillies et sur l'absence de recherche de responsabilité dans cette étude.

- Etablir des pistes pour la construction ultérieure d'un arbre des causes propre à la médecine générale en se basant sur ceux existant dans l'industrie.

E) LE GUIDE D'ENTRETIEN

Les entretiens individuels ont été réalisés avec un guide d'entretien.

(Annexe 11).

Le guide d'entretien sert de trame au questionnement réalisé lors de l'enquête. C'est un document écrit qui résume les axes principaux autour desquels l'entretien va se dérouler, tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions.

Il a été adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude selon les besoins. C'est la version finale qui est présentée en annexe 11.

Ce guide d'entretien comporte trois grandes parties : la prise de contact et la présentation de l'enquêteur et de l'objectif de l'enquête, le questionnement qui s'organise en plusieurs thèmes d'exploration, et la conclusion et la prise de congés.

- L'introduction avec présentation de l'étude. On expose clairement les règles méthodologiques en assurant les participants de l'anonymisation des propos recueillis. On recueille leur consentement concernant la participation à l'entretien et l'enregistrement audio des données. On valorise l'importance des témoignages personnels qui seront accueillis sans jugement. Cette partie a été transmise par courriel aux médecins participants à l'étude, au minimum dix jours avant l'entretien pour laisser le temps aux médecins de se familiariser avec le sujet et la méthodologie de l'étude.

- La partie centrale sur le questionnement est la plus importante et la plus longue, c'est pourquoi elle a été découpée en plusieurs thèmes d'investigation (voir plus haut le chapitre correspondant).

Le questionnaire a servi de trame, de fil directeur, lors de l'entretien pour n'omettre aucune question, quelque furent les propos du médecin; l'entretien a surtout été dirigé par les réponses des médecins et n'a pas toujours suivi l'ordre initialement prévu.

- Une formule de remerciements de la participation à l'étude et la proposition du retour des résultats voir de recevoir un exemplaire de la thèse une fois celle ci terminée.

F) DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Au début de chaque entretien, une présentation rapide personnelle a été effectuée et les buts de l'étude ont été rappelés de la façon suivante : « *Bonjour, je vous remercie de me recevoir. Je suis interne en médecine générale, remplaçante en Haute Normandie, et je prépare actuellement ma thèse à la faculté de médecine de Rouen. Comme expliqué dans mon courriel, le but est d'essayer de comprendre les difficultés que les médecins généralistes rencontrent dès lors qu'ils sont impliqués dans une procédure judiciaire. Avec votre autorisation je vais enregistrer l'entretien, qui sera bien sûr anonyme.* »

Les entretiens ont été enregistrés intégralement. L'accord des médecins participants a été recueilli oralement ; un des médecins a refusé d'être enregistré (spécifié lors de la retranscription qui a été de ce fait moins longue).

Le langage corporel susceptible de retranscrire un état émotionnel a été noté manuellement. Il a enfin été demandé au médecin s'il avait des remarques à faire sur le déroulement de l'entretien.

La transcription en verbatim a été réalisée dans les suites immédiates de chaque entretien puis les pièces audio ont été détruites après utilisation pour ne pas risquer une perte du téléphone et donc des données qui aurait pu entraîner une rupture de l'anonymat.

Les entretiens ont été réalisés dans un lieu choisi par le médecin afin que le climat soit serein ; il a été tenu compte de la disponibilité du médecin qui a eu le choix du jour et de l'heure de l'entretien.

L'important a été de guider les discussions, ramener le débat vers le sujet principal si nécessaire en cas de digression trop importante. Lors des entretiens, l'attitude de l'enquêtrice a été la plus neutre possible sans exprimer de point de vue personnel ni jugement pour ne pas guider leurs réponses.

Chaque médecin ayant accepté de participer à l'étude est empreint de singularité comme l'ont aussi été les entretiens. Néanmoins le but de cette étude n'est pas de répertorier l'exhaustivité des détails de chaque rencontre mais d'en faire une synthèse pour une analyse thématique.

Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien, et s'est poursuivi après chaque nouveau recueil de données.

Chaque entretien a été analysé individuellement une première fois. Les mots et expressions porteurs de sens ont ensuite été identifiés puis regroupés par thèmes.

Les thèmes communs les plus pertinents seront développés dans la partie résultats.

2- RÉSULTATS

L'objectif est d'analyser les entretiens suivant un classement des termes et expressions employés.

Les données obtenues ont été analysées et classées par thème, puis développées en s'appuyant sur des citations jugées pertinentes.

Il a été décidé de ne pas mettre les transcriptions verbatim en annexe. En effet, celles-ci représentent une « base de données » qualitative, et à partir de ces données qui sont très personnelles l'anonymisation s'en serait trouvée rompue (les comptes rendus de certaines procédures étant rendus publics).

Les médecins sont classés et numérotés par ordre chronologique d'entretien.

Les propos des médecins sont cités entre guillemets, en italique. Les médecins ont été numérotés par ordre chronologique d'entretien ; le sigle (MG 1) signifie que la citation provient de l'entretien mené auprès du médecin généraliste interrogé en premier.

Pour six des médecins interrogés, l'entretien a eu lieu au cabinet médical le soir après leurs consultations. Un médecin a été rencontré le soir à son domicile en présence de son épouse.

Pour les trois autres médecins, l'entretien a été téléphonique, pendant sa pause déjeuner. Parmi ces trois médecins, le médecin numéro six n'a pas souhaité être enregistré.

La durée prévue de l'entretien a été de trente minutes par médecin.

En réalité le plus court des entretiens a duré dix neuf minutes et le plus long cinquante huit minutes.

A noter que les entretiens téléphoniques ont été les plus courts (entre dix neuf minutes et vingt cinq minutes, contre trente trois à cinquante huit minutes en entretien direct). En moyenne, la durée d'entretien a été de trente six minutes.

La durée totale de l'enregistrement audio est de cinq heures et trente huit minutes. La retranscription intégrale en verbatim représente cent huit pages. Un des médecins a refusé l'enregistrement (pour ce médecin, la durée de l'entretien était de vingt-deux minutes).

A) DESCRIPTION DE LA POPULATION

L'objectif est avant tout de caractériser l'échantillon et de démontrer sa pertinence. Ce sont ici des résultats quantitatifs.

L'inclusion des médecins et la réalisation des entretiens ont eu lieu de février 2016 à avril 2018, soit deux ans et deux mois pour recueillir toutes les données.

Sur les douze médecins recrutés, deux ont finalement refusé l'entretien après réflexion. Les entretiens ont donc été menés auprès de dix médecins généralistes exerçant en Haute Normandie et en Ile de France.

L'échantillon de médecins est constitué de deux femmes et huit hommes, soit 80% d'hommes.

Les médecins sont âgés de trente cinq à soixante huit ans, avec une moyenne d'âge de cinquante deux ans.

Quatre des médecins interrogés rapportent une activité de vingt à trente consultations par jour.

Les six autres médecins rapportent plus de trente consultations par jour et aucun ne réalise moins de vingt consultations par jour.

Le nombre moyen d'actes quotidiens est de trente cinq actes par jour, avec des extrêmes allant de vingt cinq à cinquante consultations par jour.

Sept des médecins interrogés travaillent cinq jours par semaine.

Les trois autres médecins travaillent six jours par semaine. Tous participent au système de garde en ambulatoire.

Six médecins exercent en milieu urbain dont cinq en cabinet de groupe et un en cabinet seul.

Deux des médecins interrogés travaillent en milieu semi-rural, tous deux en cabinet de groupe.

Enfin les deux derniers médecins sont en secteur rural en cabinet seul tous les deux.

Sur les dix médecins, sept disposent d'un secrétariat à distance, deux d'un secrétariat sur place et le dernier a une secrétaire sur place à mi-temps (uniquement le matin) prenant lui même ses appels et ses rendez-vous le reste du temps.

Deux d'entre eux proposent une prise de rendez vous en ligne.

Les dix médecins ont tous un téléphone dans leur bureau et l'agencement est identique avec une table entre eux et le patient. Neuf des médecins ont un ordinateur sur le bureau, mis sur un côté pour ne pas masquer le patient ; le dernier médecin n'a pas d'ordinateur et utilise uniquement des dossiers papiers.

	Sexe	Age	Mode d'Exercice	Nombre de consultations par jour	Secrétariat et informatique
Médecin 1	Homme	35 ans	Urbain, en groupe	30 cinq jours par semaine	Secrétariat à distance ; dossiers informatisés
Médecin 2	Homme	68 ans	Rural, seul	50 six jours par semaine	Secrétariat sur place à mi-temps ; dossiers informatisés
Médecin 3	Homme	60 ans	Urbain, en groupe	27 cinq jours par semaine	Secrétariat à distance ; dossiers informatisés
Médecin 4	Femme	56 ans	Urbain, en groupe	25 cinq jours par semaine	Secrétariat à distance ; dossiers informatisés
Médecin 5	Homme	47 ans	Urbain, en groupe	25 cinq jours par semaine	Secrétariat sur place ; dossiers informatisés
Médecin 6	Homme	50 ans	Urbain, en groupe	35 six jours par semaine	Secrétariat à distance ; dossiers informatisés
Médecin 7	Femme	60 ans	Semi-rural, en groupe	45 cinq jours par semaine	Secrétariat à distance ; dossiers informatisés
Médecin 8	Homme	42 ans	Semi-rural, en groupe	38 six jours par semaine	Secrétariat sur place ; dossiers papier (pas d'ordinateur)
Médecin 9	Homme	45 ans	Rural, seul	35 cinq jours par semaine	Secrétariat à distance ; dossiers informatisés
Médecin 10	Homme	61 ans	Urbain, seul	40 cinq jours par semaine	Secrétariat à distance ; dossiers informatisés

B) DYSFONCTIONNEMENT DANS LE PROCESSUS DE SOINS

a) LA RÉPONSE AUX DEMANDES DE SOINS CONSIDÉRÉES NON JUSTIFIÉES

Confrontés à des demandes non justifiées venant des patients, huit des médecins interrogés refusent systématiquement de répondre à leur demande en expliquant la raison de leur refus, sauf dans de rares cas:

(MG 1) « *Je refuse la plupart du temps et je donne les raisons de mon refus mais parfois devant une trop grande insistance je finis par céder si c'est sans danger* ».

(MG 3) « *J'accepte si je connais très bien le patient, mais il est rare que mes patients me demandent d'eux mêmes des examens* ».

Les deux autres médecins acceptent quasiment systématiquement les demandes des patients.

(MG 2) « *Je perdrais plus de temps à leur expliquer pourquoi je ne leur fais pas l'ordonnance qu'à la faire, et du temps j'en manque. Et puis, le plus souvent ces demandes sont sans conséquences* ».

b) PLACE DU TÉLÉPHONE DURANT LA CONSULTATION

Neuf des dix médecins répondent au téléphone en cours de consultation.

Le téléphone a pour huit des médecins la même fonction dans le cabinet médical : émission d'appels pour les prises de rendez vous ou les demandes d'avis pour les patients, et réception d'appels depuis le secrétariat en cas d'urgence, d'appel de laboratoire, d'infirmière ou de confrères. La consigne est pour tous de limiter le nombre d'appels aux problèmes que la secrétaire ne peut résoudre.

(MG 9) « *Les appels sont bien triés, elle sait (la secrétaire) que je n'aime pas être dérangé* ».

(MG 6) « *Ce doit être vraiment urgent* ».

En moyenne, les médecins interrogés répondent à six appels par jour.

Pour un des médecins, refus systématique des appels durant la consultation :

(MG 1) « *La secrétaire me contacte par mail et je rappelle moi même ; je préfère prendre cinq minutes entre deux consultations pour les rappeler (les patients)* ».

Comme attendu, le dernier médecin prenant ses rendez vous lui même l'après midi, les appels téléphoniques sont beaucoup plus nombreux et estimés à vingt cinq appels par jour.

(MG 2) « *Mes patients ont l'habitude, ils essaient d'appeler au maximum le matin et sinon ils savent que l'appel doit être bref car je suis en consultation* ».

c) GESTION DES URGENCES

Cinq des médecins voient les urgences entre deux rendez vous.

(MG 4) « *Ca permet de hiérarchiser les urgences ; je peux voir la dyspnée ou la douleur thoracique tout de suite alors que la grippe ou la gastro pourra attendre le soir voir le lendemain* ».

Deux médecins rajoutent les rendez vous urgents en fin de journée.

(MG 1) « *Sur le papier j'arrête mes consultations à 18h30 ; en réalité je rajoute des urgences jusqu'à 19h30 ensuite j'estime que le médecin de garde peut prendre le relais* ».

Trois médecins ont des créneaux prévus pour les urgences ouverts uniquement le matin de la journée de consultations en cours.

(MG 8) « *Avec la demande qu'on a, ça permet de garder des créneaux pour les urgences sans prendre trop de retard ; les places sont vite prises mais les patients jouent le jeu la plupart du temps* ».

d) RETARDS QUOTIDIENS SUR LES HORAIRES DE RENDEZ-VOUS

Les retards sur les horaires de consultations concernent tous les médecins sans exception, allant de quinze minutes de retard à une heure de retard selon les médecins.

En moyenne le temps de retard est de trente minutes.

Le retard est plus important chez les médecins sans créneaux d'urgence dédiés.

(MG 9) : « *J'ai pas loin de quarante cinq minutes de retard par jour ; on a pas le choix, entre les urgences et les patients qui ont besoin de plus de temps que les quinze minutes de rendez vous prévues !* »

	Réponse aux demandes injustifiées	Prise appels téléphoniques quotidiens	Prise en charge des urgences	Retard sur les horaires de consultation
Médecin 1	Refus sauf demande itérative	Non	Le soir en fin de consultations	Vingt minutes
Médecin 2	Accepte sauf certificats	Oui plus de vingt-cinq appels	Entre deux rendez- vous	Soixante minutes
Médecin 3	Refus sauf patient bien connu	Oui sept appels	Un créneau dédié par heure	Vingt minutes
Médecin 4	Refus sauf patient bien connu	Oui huit appels	Entre deux rendez- vous	Trente cinq minutes
Médecin 5	Refus sauf demande itérative	Oui six appels	Entre deux rendez- vous	Trente minutes
Médecin 6	Refus sauf patient bien connu	Oui sept appels	Un créneau dédié par heure	Vingt minutes
Médecin 7	Accepte si pas de danger	Oui huit appels	Entre deux rendez- vous	Trente minutes
Médecin 8	Refus sauf patient bien connu	Oui cinq appels	Un créneau dédié par heure	Quinze minutes
Médecin 9	Refus sauf patient bien connu	Oui six appels	Entre deux rendez- vous	Quarante cinq minutes
Médecin 10	Refus sauf patient bien connu	Oui neuf appels	Le soir en fin de consultations	Vingt cinq minutes

C) DESCRIPTION DES PROCÉDURES JUDICIAIRES

a) LES MOTIFS DE PROCÉDURE

Les différentes plaintes sont ici classées sans préjuger de l'issue de la procédure. Pour cinq des médecins interrogés, la procédure judiciaire est en relation avec un retard ou une erreur de diagnostic.

Pour deux autres médecins, la procédure judiciaire est la conséquence de problèmes divers liés à l'organisation.

Un médecin a été mis en cause pour défaut d'information (problème d'éthique et de déontologie).

Un médecin a été accusé de non assistance à personne en danger.

Enfin le dernier médecin a été mis en cause quant à lui pour un problème d'erreur médicamenteuse.

b) LE TYPE DE PROCÉDURE JUDICIAIRE

Parmi les médecins interrogés, les procédures sont réparties comme suit :

- Une plainte ordinale. Le médecin a appris la plainte par courrier recommandé envoyé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.
- Deux procédures civiles, avec appel dans les deux cas et pourvoi en cassation dans un cas. Les deux médecins ont pris connaissance de la plainte à réception de l'assignation.
- Six médecins ont été mis en cause devant une Commission de Conciliation et d'Indemnisation ; cinq d'entre eux en ont été informés par recommandés, un médecin a été informé par le patient lui même.
- Enfin, un médecin a fait l'objet d'une plainte devant les juridictions pénales, dont l'appel est en cours. Le médecin a reçu la visite à son domicile d'un huissier de justice pour lui signifier son assignation.

c) L'ISSUE DES PROCÉDURES JUDICIAIRES

Pour la plainte ordinale, la résolution a été rapide et s'est arrêtée au stade de la conciliation.

Ces réunions sont conçues pour que les deux parties puissent confronter leurs avis.

Entre la réception du courrier par le médecin et la signature de la conciliation, il s'est écoulé un mois.

La durée des procédures civiles est respectivement de six et neuf ans. Elle est d'autant plus longue qu'il y a eu appel dans les deux cas et pourvoi en cassation dans un cas. Dans un cas le médecin a été condamné à dédommager le patient, dans l'autre il ne l'a pas été. Dans les deux cas, les décisions en appel ont confirmé la décision rendue en première instance. Le pourvoi en cassation a lui aussi confirmé la décision de première instance et de l'appel.

La procédure pénale a donné lieu à une relaxe mais un appel est en cours ; la procédure dure depuis trois ans.

Les patients ayant sollicité les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation ont obtenu indemnisation dans quatre cas, un refus d'indemnisation dans un cas et une procédure est encore en cours.

La durée varie ici de treize à vingt mois (et la procédure en cours dure depuis seize mois), plus courte par rapport aux procédures civiles traditionnelles car la procédure est ici allégée.

Enfin, il y a eu une expertise pour toutes les procédures, sauf dans le cadre de la plainte ordinale.

	Motif de plainte	Type de procédure	Appel, cassation	Expertise	Issue de Procédure	Durée de Procédure
Médecin 1	Retard ou erreur diagnostic	CCI	non	oui	Indemnisation	18 mois
Médecin 2	Problèmes divers liés à l'organisation	ordinaire	non	non	Conciliation simple	1 mois
Médecin 3	Retard ou erreur diagnostic	CCI	non	oui	En cours	En cours (16 mois)
Médecin 4	Non assistance à personne en danger	Pénale	Appel en cours	oui	Relaxe ; Appel en cours	En cours (3 ans)
Médecin 5	Retard ou erreur diagnostic	CCI	non	oui	Indemnisation	13 mois
Médecin 6	Défaut d'information	Tribunal civil	Appel	oui	Pas de condamnation ni en première instance ni en appel.	6 ans
Médecin 7	Retard ou erreur diagnostic	CCI	non	oui	Indemnisation	20 mois
Médecin 8	Problèmes divers liés à l'organisation	CCI	non	oui	Pas d'indemnisation	18 mois
Médecin 9	Retard ou erreur diagnostic	Tribunal civil	Appel et pourvoi en cassation	oui	Condamnation dommages et intérêts lors des trois procès	9 ans
Médecin 10	Erreur médicamenteuse	CCI	non	oui	Indemnisation	13 mois

D) DESCRIPTION DU VÉCU PERSONNEL DES PROCÉDURES JUDICIAIRES

a) L'ÉTAT D'ESPRIT LE JOUR DE LA CONSULTATION

Pour cinq des médecins, on retrouve un état de fatigue et un retard, mais plutôt jugé habituel à leur sens :

(MG 10) « *Je fais des semaines de plus de soixante heures donc oui j'étais fatigué mais pas plus que d'habitude* ».

(MG 9) « *J'ai du retard tous les jours, alors je ne pense pas que ce jour là ait échappé à la règle* ».

Un des médecins se souvient qu'il était particulièrement fatigué et surtout était sous antalgiques de palier trois pour une hernie discale cervicale.

(MG 2) « *C'est évident que ce jour là je n'étais pas dans les meilleures conditions de travail, et ma patience m'a joué des tours* ».

Les quatre autres médecins ne relèvent rien de particulier le jour en question ;

(MG 5) « *Non franchement il n'y a rien eu de spécial, c'était un jour comme les autres d'où mon étonnement quand j'ai reçu la plainte* ».

Huit des médecins ont été mis en cause par des patients jamais vus au préalable. Parmi eux, sept ont éprouvé des difficultés de communication lors de la consultation à l'origine de la plainte.

(MG 4) « *Il (le patient) répondait à peine à mes questions, j'ai mis ça sur le compte de la douleur* ».

(MG 9) « *Il (le patient) est rentré dans le cabinet en soupirant et en regardant sa montre, ce qui m'a énervé, il croit que je suis content d'être en retard ?* »

Les deux autres médecins ont été mis en cause par des patients dont ils étaient le médecin traitant. Ici, aucune difficulté de communication n'a été rapportée par les médecins.

(MG 7) « *Je la (la patiente) depuis des années, et je m'occupe également de ses enfants et de son mari* ».

Parmi les dix médecins interrogés, quatre ont revu le patient à la suite de cette consultation.

Deux médecins ont revu le patient en consultation pour persistance du problème :

(MG 3) « *Elle (la patiente) est revenue trois semaines après pour persistance de la gêne (...) je lui ai fait un courrier pour le spécialiste (...) et j'ai appris au moment de la plainte qu'elle avait eu son rendez vous cinq mois plus tard* ».

Les deux autres médecins ont revu les patients qui sont venus les informer en personne du dépôt de plainte.

(MG 6) « *Je ne l'ai pas reconnu, et quand je lui ai demandé s'il avait rendez vous, il m'a simplement tendu une enveloppe avec un cachet d'avocat* ».

b) LE VÉCU PERSONNEL

Les émotions recueillies ont été regroupées en grands thèmes ; la plupart des sentiments sont communs aux médecins.

Les sentiments sont exprimés de manière verbale et non verbale.

- **La surprise.**

Tous les médecins ont ressenti cette émotion lors de la prise de connaissance de leur mise en cause dans la procédure judiciaire.

(MG 7) « *J'ai été très étonnée car je connaissais bien cette patiente et elle n'est pas venue me voir pour me parler d'un quelconque problème au cabinet avant la réception de la plainte*».

(MG 1) « *J'ai cru à une blague au début ; je viens de m'installer, c'est tout beau, tout neuf, et là je reçois un recommandé me disant que je me suis planté* ».

- **La peur.**

Ici aussi, tous les médecins ont le même ressenti ; peur de la condamnation, peur du jugement des autres et peur de la récurrence.

(MG 4) « *Une fois passée la douche froide, je me suis demandé ce qui allait me tomber dessus ; tu t'imagines ouvrir ta porte et tomber sur un huissier qui t'assigne en justice ! Depuis j'angoisse dès qu'on sonne à ma porte* ».

(MG 6) « *Ensuite j'ai craint que chaque consultation me ramène à nouveau au tribunal* ».

- **La colère.**

Elle concerne trois médecins ; parmi eux, un en a surtout voulu à la famille du patient :

(MG 3) « *Encore aujourd'hui je leur en veux énormément ; surtout qu'ils ne m'ont pas épargné, ils ont été jusqu'à m'envoyer un faire part de décès avec « leurs remerciements » signé de toute la famille ».*

Les deux autres médecins ont plutôt ressenti une certaine rancœur envers le système judiciaire :

(MG 8) « *Quand on écoute les avocats on a l'impression d'être une ordure, un rebut de la société ».*

- **La tristesse.**

Quatre des médecins interrogés ont reconnu avoir éprouvé ce sentiment. Le discours de ces médecins était entrecoupé de longs silences, les yeux perdus dans le vague.

Trois médecins ont présenté des crispations (un jouait avec ses mains, deux se pinçaient la bouche).

Un médecin a pleuré lors de l'interview à l'évocation de la plainte.

(MG 7) « *Ca vous change à jamais ; on est plus jamais le même après un événement pareil ».*

- **Le sentiment d'incompétence.**

Ce sentiment concerne six des médecins interrogés : ceux impliqués dans un retard ou une erreur diagnostic et le médecin impliqué dans une erreur médicamenteuse.

(MG 9) « *Ai-je commis une faute ? Aurais-je pu détecter la gravité de l'état du patient ? Franchement même après avoir été acquitté on continue à se poser la question ».*

(MG 10) « *J'ai douté de tout et surtout de ma capacité à être médecin et de mes connaissances».*

- **Le fatalisme.**

La sensation d'impuissance face à ces événements a été retrouvée chez deux médecins.

(MG 7) « *De toute façon, ça fait parti des risques; tu te rends compte, un de mes collègues a été convoqué au conseil de l'ordre parce qu'il a refusé de changer une ampoule en visite ! »*

(MG 1) « *C'était un cas rare, je n'aurais jamais pu en faire le diagnostic au cabinet ».*

- **La honte.**

Présente chez neuf des médecins interrogés, quel que soit le motif de la procédure judiciaire. Elle est d'ailleurs encore présente lors de l'interview.

(MG 10) « *J'ai eu l'impression de ne pas être normal, et je ne voulais surtout pas que qui que ce soit l'apprenne* ».

(MG 8) « *En y réfléchissant je sais que je n'étais pas en tort. Mais c'était plus fort que moi, j'avais l'impression d'être le mouton noir* ».

- **La solitude.**

Six des médecins se sont sentis isolés durant la procédure.

(MG 5) « *J'étais complètement perdu, je ne savais pas ce que je devais faire ni à qui demander de l'aide* ».

(MG 9) « *Et le pire c'est de traverser ça tout seul pendant toutes ces années ; et de tenir la tête hors de l'eau parce qu'il faut bien continuer à vivre et à travailler* ».

- **Le regret.**

Enfin, cinq des médecins interrogés éprouvent du regret sur leur prise en charge et pensent qu'ils auraient pu éviter la procédure.

(MG 10) « *Si seulement je pouvais revenir en arrière, j'ai juste oublié de poser une simple question* ».

(MG 2) « *Je ne savais pas comment gérer ce patient ; j'aurais dû refuser de l'examiner, compte tenu de son comportement et de mon état de santé ce jour là* ».

La Communication non verbale a été très riche lors du recueil des données. Les dix médecins de l'échantillon ont présenté une ou plusieurs fois des Expressions physiques fortes en lien avec les émotions ressenties encore au moment de l'interview. Certains ont joué avec leur mains ou baissés les yeux en rapport avec une honte encore très présente. D'autres ont eu des crispations à l'évocation de la plainte, fermant le visage et les poings reflétant une profonde colère. Enfin la tristesse était aussi palpable avec des pauses dans le discours des médecins et parfois même des pleurs lors des entretiens.

	surprise	peur	colère	tristesse	Doute compétence	fatalisme	honte	solitude	regret
Médecin1	X	X			X	X	X	X	
Médecin 2	X	X					X		X
Médecin 3	X	X	X		X		X	X	X
Médecin 4	X	X		X			X	X	X
Médecin 5	X	X		X	X		X	X	
Médecin 6	X	X	X					X	
Médecin 7	X	X		X	X	X	X		X
Médecin 8	X	X	X				X		
Médecin 9	X	X			X		X	X	
Médecin 10	X	X		X	X		X		X

E) CONSÉQUENCES SUR LA VIE PERSONNELLE ET SOCIALE

a) TROUBLES DU SOMMEIL ET DE L'APPÉTIT

- Tous les médecins interrogés ont présenté des troubles du sommeil au moment de la procédure puis les troubles du sommeil ont régressé avec la fin de procédure. Ces troubles sont toujours présents chez les médecins dont la procédure est pendante. L'insomnie reste ponctuelle pour deux autres médecins dans certaines conditions anxiogènes.

(MG 3) « *Aujourd'hui, si je suis confronté à une consultation où j'ai un doute diagnostic je ne ferme pas l'œil de la nuit* ».

(MG 1) « *Je n'arrivais plus à trouver le sommeil à force de me repasser les événements en boucle pour essayer de comprendre où je m'étais trompé* ».

- Les troubles alimentaires concernent trois des médecins avec un manque d'appétit plus ou moins important qui a été transitoire pour deux médecins et encore présent chez un médecin dont la procédure est encore en cours.

(MG 4) « *En trois ans j'ai dû perdre près de dix kilos. Et tant que ça continue je ne vois pas comment retrouver l'appétit* ».

b) MAJORATION DES ADDICTIONS

- Parmi les médecins de l'étude, trois médecins fument ; les trois ont constaté une augmentation de leur consommation de tabac.

(MG 5) « *Je suis passé de dix cigarettes par jour à un paquet et demi ; j'avais l'impression que ça limitait mon stress* ».

- Deux des médecins interrogés admettent avoir eu besoin d'anxiolytiques pendant près d'un an, tous les deux en automédication.

(MG 3) « *Sans ça (la prise d'anxiolytique) je ne pense pas que j'aurais pu me lever tous les jours pour aller au travail, j'avais la boule au ventre* ».

Aucun médecin n'a signalé une surconsommation d'alcool ni prise d'autre toxique même si la question n'a pas été posée explicitement.

c) ENTOURAGE FAMILIAL

Tous les médecins interrogés ont informé leur famille lors de la procédure.

Six médecins ont signalé des répercussions familiales, transitoires pour cinq d'entre eux.

(MG 1) « *J'avais l'impression que ma femme ne comprenait pas ce que je vivais, elle ne trouvait pas ça grave et ne comprenait pas que ça me mette dans un état pareil* ».

(MG 5) « *Ma femme et mon fils m'ont reproché d'être irritable et agressif* ».

Un des médecins s'est séparé de sa femme en cours de procédure.

(MG 6) « *Je me suis séparé de ma femme cinq ans après le début de la procédure ; bien sûr ce n'était pas la seule raison de notre séparation, mais ça a joué un rôle* ».

Les quatre autres médecins, ont trouvé un soutien et une écoute importante auprès de leurs proches.

(MG 8) « *Je ne sais pas ce que j'aurais fait sans ma femme et mes enfants* ».

d) ENVIRONNEMENT SOCIAL

L'isolement social a été transitoire et a concerné tous les médecins de l'étude.

Les médecins se sont éloignés de leurs amis mais aussi de leurs confrères.

Aucun des médecins interrogés ici n'a partagé cette expérience avec un confrère ou avec l'entourage extra-familial.

(MG 2) « *Je n'en ai pas parlé à mes amis. Il faut dire que je ne me suis pas reconnu dans mon comportement, j'avais honte* ».

(MG 3) « *Je me suis isolé pendant quelques temps ; je n'avais pas envie de sortir et faire comme si tout allait bien* ».

e) SYNDROME DÉPRESSIF

Trois des médecins interrogés ont employé le terme « *dépression* » et un médecin a employé le terme « *burn out* » dans l'analyse de leur vécu de procédure judiciaire. Mais aucun n'a consulté un médecin ou un psychologue pour obtenir de l'aide.

(MG 5) « *Je suis plutôt quelqu'un de positif, mais là je n'arrivais même plus à sortir du lit le matin, je me sentais vide et déprimé* ».

(MG 10) « *A un moment je me suis complètement reconnu dans la définition du burn out. Plus rien n'avait d'importance, ni mon travail, ni mes amis, ni ma famille (...)* ».

	Troubles Appétit	Troubles Sommeil	Tabac	Médicaments anxiolytiques	Entourage familial	Isolement social	Syndrome dépressif
Médecin 1		X	X		Troubles transitoires	X	
Médecin 2		X			Soutien familial	X	
Médecin 3		X		X	Troubles transitoires	X	
Médecin 4	X	X		X	Soutien familial	X	X
Médecin 5	X	X	X		Troubles transitoires	X	X
Médecin 6		X	X		Divorce	X	X
Médecin 7		X			Troubles transitoires	X	
Médecin 8		X			Soutien familial	X	
Médecin 9		X			Soutien familial	X	
Médecin 10	X	X			Troubles transitoires	X	X

F) MODIFICATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUITE À LA PROCÉDURE

- Six des médecins ont éprouvé une certaine méfiance à l'égard des nouveaux patients ; deux d'entre eux admettent même les refuser depuis, de façon systématique.
(MG 8) « *Je connais bien mes patients, ils ne sont pas procéduriers et ça me rassure* ».
(MG 10) « *Depuis cette plainte je n'accepte aucun nouveau patient* ».

Les quatre autres médecins acceptent toujours les nouveaux patients mais sur des créneaux ouverts dédiés, plus en surnombre.

(MG 5) « *C'est vrai que depuis la plainte, j'essaie de limiter le nombre de consultations par jour (...) je n'accepte plus d'urgences entre deux sauf si je connais bien le patient* ».

- Sept médecins décrivent une pratique de la médecine beaucoup plus défensive avec des prescriptions d'exams ou demandes d'avis spécialisés plus fréquentes.

(MG 4) « *Je me suis mise à douter souvent de mes capacités et j'ai eu tendance à prendre des précautions supplémentaires en adressant peut-être trop de patients aux urgences* ».

(MG 7) « *Je raisonne moins mes demandes d'avis ; dès que j'ai un doute je passe la main au spécialiste* ».

- Un des médecins a accéléré l'arrêt de son activité à la suite de cette plainte.

(MG 2) « *Il aura fallu que j'attende d'avoir 68 ans pour être accusé devant le conseil de l'Ordre. Même si ça n'a pas été bien loin, ça m'a fait douter ; et puis je me suis dis, j'ai plus l'âge pour ça, ma santé va moins bien... Alors j'ai pris ma retraite* ».

- Tous les médecins ont à l'inverse admis une amélioration dans la tenue de leur cabinet avec un meilleur respect des plannings, et une amélioration de leur formation continue.

(MG 9) « *J'ai ensuite fait plus attention à respecter les horaires de mes rendez-vous et en limitant le nombre d'entre deux (urgence entre deux patients), ça a eu au moins ça de positif!* »

(MG 10) « *Depuis je consacre plus de temps à la formation continue* ».

G) NIVEAU DE CONNAISSANCE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS ET CONNAISSANCES JURIDIQUES

- Neuf des médecins pensent qu'un événement indésirable a été à l'origine de leur mise en cause.

- Pour les deux médecins impliqués dans des plaintes par défaut d'organisation, l'évènement indésirable est décrit dans l'intitulé de la plainte ; ils pensent cependant que plusieurs évènements indésirables se sont imbriqués et que la cause n'était pas unique. (MG2) « *Je pense que c'est une accumulation de choses: le retard dans mes consultations, le cabinet qui fonctionne à flux tendu à cause de la pénurie de médecins, la fatigue (...)* ».

La mise en cause pour non assistance à personne en danger relève elle aussi d'un défaut organisationnel.

(MG 8) « *Je n'avais plus aucun créneau de libre, un malade que je ne connais pas m'appelle à 19h00 et me demande un rendez-vous pour des douleurs abdominales, je lui ai proposé un rendez vous le lendemain, je n'aurai jamais pensé que c'était si grave* ».

- Pour quatre des cinq médecins mis en cause dans une erreur ou un retard diagnostic, l'évènement indésirable associé aux soins a été estimé évitable mais multifactoriel également.

(MG 7) « *Si j'avais pris moi même ce rendez vous, la prise en charge aurait été plus rapide* ».

(MG 5) « *J'aurais dû regarder moi même, mais par manque de temps, je lui ai simplement posé la question* ».

- Pour le dernier, l'évènement indésirable est considéré comme inévitable par le médecin :

(MG 1) « *Même les spécialistes ont pataugé (...) on ne peut pas parler d'erreur médicale dans le cadre des maladies rares* ».

- Enfin le médecin impliqué dans une erreur médicamenteuse constate un événement indésirable évitable :

(MG 10) « *Je recherche toujours des allergies éventuelles (...) là je ne sais pas, le téléphone a sonné, j'étais sûr d'avoir déjà posé la question* ».

- Pour un des médecins, aucun événement indésirable n'est survenu, le défaut d'information étant considéré par le médecin comme intra familial et donc pas de son ressort.

(MG 6) « *Je n'ai commis aucune erreur, j'ai respecté le code de déontologie, mon patient ne voulait pas que sa famille soit informée du diagnostic, j'ai respecté son choix.* »

- Les connaissances juridiques sont quasiment inexistantes pour les dix médecins interrogés avant leur mise en cause.

Les médecins s'accordent tous sur le fait qu'ils ont reçu peu ou pas de formation initiale suffisante:

(MG 3) « *On n'en parlait même pas à la faculté de médecine.* »

(MG 1) « *J'ai eu une formation sur le risque de plainte une fois en arrivant en stage aux urgences, ça a duré trente minutes, ce n'est pas suffisant.* »

- L'intérêt d'une formation complémentaire dans le cadre de la formation continue, et pour les plus jeunes dans le cadre de la formation initiale, est reconnu par neuf médecins:

(MG 10) « *Peut-être que j'ai quelques lacunes.* »

(MG 9) « *On a toujours besoin d'apprendre ; et être mieux informé et préparé permettrait sûrement de vivre mieux une procédure que ce que j'ai pu vivre moi !* »

Cependant, quatre médecins identifient tout de même les limites de cette formation.

(MG 10) « *Il y a beaucoup d'autres sujets sur lesquels se mettre à jour. On fait des choix par manque de temps.* »

Deux médecins ont décidé de se former à la gestion des risques juridiques dans le cadre de la formation médicale continue.

(MG 8) « *J'ai voulu me former pour éviter de me retrouver à nouveau incriminé dans une plainte.* »

- Les dix médecins interrogés s'accordent sur le fait que de nombreux événements indésirables en médecine sont évitables. Tous aimeraient une formation spécifique et des outils de lutte contre les événements indésirables mais à nouveau en émettant quelques réserves :

(MG 5) « *Dans un monde parfait, je ne ferais que de la médecine, et je n'aurais pas à gérer une panne informatique ou un agenda surchargé qui m'oblige à refuser des patients* ».

(MG 9) « *Si j'avais plus de temps, j'en profiterais pour améliorer mes connaissances (...) en attendant, je ne peux pas fermer mon cabinet trois jours et partir en formation en laissant mes patients, et les remplaçants ça ne court pas les rues* ».

- Sept des médecins aimeraient que des structures de soutien soient mises en place pour une aide juridique et psychologique en cas de plainte.

(MG 7) « *Je me suis senti démunie et isolée au moment de la plainte (...). Si des structures existaient, avec des professionnels dédiés on serait déjà moins perdu* ».

(MG2) « *J'étais paumé, tout l'est tombé dessus et je ne savais pas vers qui me tourner.* »

3- DISCUSSION

A) VALIDITÉ INTERNE DE L'ÉTUDE

La validité interne permet d'évaluer la fiabilité, la certitude des données recueillies lors des entretiens. Dans cette étude les points forts sont les suivants :

- Aucun critère d'exclusion n'a été retenu en prévision du faible nombre de participants, afin d'obtenir un échantillon théorique et une diversité des réponses recueillies.
- Les entretiens individuels ont favorisé une expression plus libre et une étude plus approfondie du sujet étudié qui n'est pas sans rappeler de mauvais souvenirs. L'enquêtrice est de la même profession que les personnes constituant l'échantillon : ceci a facilité le dialogue et la compréhension.
- La neutralité des questions et de l'intervieweur a permis de ne pas orienter les réponses des participants en favorisant une expression libre, sans jugement de valeur.
- L'adaptation au planning des médecins (lieu et date de l'interview) a facilité l'organisation de l'enquête.
- La réalisation d'une étude pilote a permis de tester la compréhension des questions et de clarifier les thèmes ambigus pour assurer la fiabilité des résultats. L'adaptation des questions après la période test a conduit à l'élaboration d'une méthodologie systématisée.
- Le respect d'une méthodologie systématique, basée sur le guide d'entretien et le questionnaire réalisé préalablement à l'étude, a assuré la validité des résultats.

Les questions prévues au guide d'entretien n'ont pas été posées dans un ordre systématique, lequel fut adapté au fil de l'entretien.

- L'enregistrement des entretiens et la retranscription verbatim ainsi que l'analyse des données en continu puis transversale ont été fondamentaux pour assurer la validité et la richesse des résultats.

- L'obtention de la saturation d'idées : les hypothèses se sont stabilisées au fur et à mesure des entretiens, avec une certaine récurrence.

- La reproductibilité de l'analyse : en 2014, Magali Finon a réalisé une thèse s'intitulant « *Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire* ». (35) Ici aussi le recueil des données est basé sur des entretiens semi dirigés mais le recrutement de la population s'est fait par l'intermédiaire du Sou médical et excluait les plaintes ordinaires. Elle aussi retrouve un vécu pénible des procédures judiciaires, avec un isolement des médecins vis à vis de leurs confrères et pour trois médecins de son échantillon un syndrome dépressif avéré réactionnel (un des médecins de son échantillon a même été jusqu'à parler de suicide). Elle souligne également l'absence de formation initiale et continue des médecins, les conséquences sur l'exercice médical ultérieur avec la pratique d'une « médecine parapluie » et la méfiance face à certains patients ou situations.

B) BIAIS DE L'ÉTUDE

Malgré les atouts de cette étude, elle possède quelques limites :

- Biais de sélection : dû à la méthode de recueil des participants ; les caractéristiques des médecins volontaires peuvent être différentes de celles des personnes ayant décidé de ne pas y participer. Le sujet étant difficile à aborder sur le plan personnel et professionnel, il est probable que parmi les médecins ayant refusé de participer à l'enquête, certains ont été très affectés.

On peut aussi penser, à l'inverse, que les médecins ayant accepté de répondre à l'étude ont été plus touchés sur le plan émotionnel que ceux n'ayant pas participé à l'étude. Lorsque les médecins ont été contactés par téléphone, certains n'ont pas souhaité participer à l'enquête ; les motifs avancés ont été multiples : un désintérêt pour le thème de l'enquête, le sentiment de ne pas avoir d'information pertinente à apporter, le manque de disponibilité pour se prêter à l'enquête.

- Biais de migration : Lors du recueil initial des participants, deux médecins ont ensuite refusé de participer à l'étude ; on peut imaginer que ces « perdus de vue » sont différents du reste de l'échantillon et qu'ils auraient apporté des données supplémentaires.

Un des médecins interrogé a refusé l'enregistrement audio, ce qui a pu entraîner une perte de données mais on peut aussi se poser la question de ses caractéristiques propres par rapport au reste de l'échantillon.

- Biais de confusion : on peut supposer que certains problèmes personnels ont pu interférer dans les réponses des médecins participants à l'étude (problème au moment de l'étude ou bien au moment de la plainte ayant accentué le ressenti négatif). De même la fatigue et les interruptions liées aux impératifs professionnels ont pu jouer un rôle dans les réponses car les entretiens étaient réalisés en semaine et en fin de journée, sur le lieu de travail des médecins dans neuf cas sur dix.

Enfin, cette étude étant rétrospective, on peut penser que certains éléments ont été omis ou perçus différemment (exagérés ou minimisés) avec le temps.

- Biais affectif : il est impossible de vérifier que les personnes interrogées expriment tout leur ressenti. Le sujet étant difficile à aborder on peut penser que certains médecins ont pu minimiser leur vécu pour se protéger. Le fait que l'enquêtrice soit de la même profession a pu entraîner également une réticence à se confier de peur d'être jugé par un pair. Le genre et l'âge de l'enquêtrice ont aussi pu influencer les réponses des médecins.

- Biais de puissance : l'échantillon, bien que diversifié, ne concerne que des médecins généralistes exerçant en Haute Normandie et en Ile de France. De plus, l'effectif de médecins interrogés est faible mais il a été réduit par le faible taux de médecins s'étant portés volontaires.

- Biais externe : dans un souci de commodité pour les médecins, le choix du lieu de l'entretien leur était laissé, avec en conséquences des interruptions liées à leurs contraintes professionnelles (appels téléphoniques, manque de temps).

- Biais d'interprétation : Le recueil et l'analyse ont été effectués par une seule et même personne. Il n'y a donc pas eu de triangulation de l'analyse, ce qui aurait renforcé la validité des résultats.

C) PRINCIPAUX RÉSULTATS

Différents degrés d'impacts d'une procédure judiciaire sont possibles et plus ou moins simultanés :

- Impact sur la psyché et la personnalité de l'individu.
- Impact sur la vie privée.
- Impact sur les pratiques professionnelles.

Ces éléments ont déjà été étudiés par le passé :

En 2010, une revue de littérature de R. Sirriyeh et al (36) a apprécié les effets psychologiques de l'implication des soignants dans une erreur médicale; elle a été menée à partir de 23 études. Elle retrouve des répercussions psychologiques pouvant inclure des états négatifs tels que la honte, le doute de soi, l'anxiété et la culpabilité. Mais elle souligne aussi le potentiel de résultats positifs pouvant découler d'une erreur médicale (apprendre de ses erreurs, rigueur dans l'exercice de la médecine, meilleurs rapports avec les confrères, etc.)

En 2013, C. Robert de Saint Vincent a exploré « *Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale* » (37). Les résultats sont similaires à ce travail ainsi qu'à ceux de la thèse de M. Finon (35), déjà développés plus haut.

Après les dix entretiens effectués, ce qui paraît essentiel, outre la prise en charge psychologique des médecins impliqués dans une procédure judiciaire, c'est d'analyser les événements indésirables pour tenter de les éviter et la formation des médecins à la gestion du risque judiciaire.

a) CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

- La moyenne d'âge de l'échantillon est de 52 ans, ce qui est proche des données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (38): l'âge moyen des médecins généralistes actifs réguliers inscrits au tableau de l'Ordre était 50,6 ans en 2018.

- Tous les médecins ayant participé à l'étude ont une activité importante, travaillant de cinq à six jours par semaine avec une moyenne d'actes à trente-cinq actes par jour. Cette charge importante de travail correspond également aux phénomènes de déserts médicaux connus actuellement en Normandie et en Ile de France.

- Six médecins exercent en milieu urbain dont cinq en cabinet de groupe et un en cabinet seul, deux travaillent en milieu semi-rural au sein de cabinets de groupe, et enfin deux médecins sont en secteur rural en cabinet seul.

Ces chiffres correspondent aux données démographiques: en 2006, 54% des médecins exerçant en France métropolitaine travaillent dans un pôle urbain pourvu d'un Centre Hospitalier Universitaire (= CHU), 31% dans un pôle urbain sans CHU, 7% en semi rural et 8% en rural ; Ces statistiques sont relativement stables dans le temps selon une étude de la DREES (39).

L'indicateur d' Accessibilité Potentielle Localisée (= APL) a été créé en 2012 par la DREES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin.

Il s'exprime en nombre de consultations accessibles par an et par habitant et est disponible au niveau de chaque commune.

Ce nouveau zonage prend en compte différents critères : l'accessibilité géographique et le délai d'attente de rendez-vous auprès d'un médecin généraliste, le volume d'activité des médecins, les départs prévisibles en retraite des généralistes.

En février 2018, « *Les Zones d'Interventions Prioritaires représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins (...)* La part de la population couverte au niveau régional par cette zone d'intervention va augmenter fortement, en passant de 9,5 % en 2012 à 23,1 % aujourd'hui, soit 767 000 habitants. Les Zones d'Actions Complémentaires, moins impactées par le manque de médecins, représentent 50,3 % de la population

régionale, soit 1 823 000 habitants. Ces deux zones représentent 73,4 % de la population normande. », explique l'ARS Normandie.

Il est à noter que l'ensemble des médecins interrogés appartiennent à ces zones en sous densité médicale.

- Sur les dix médecins, sept disposent d'un secrétariat à distance, deux d'un secrétariat sur place et enfin l'un d'eux a une secrétaire uniquement à mi-temps (le matin) et prend lui même ses rendez-vous le reste du temps.

Deux d'entre eux proposent une prise de rendez vous en ligne.

- Tous les médecins ont un téléphone dans leur bureau et l'agencement est identique avec une table entre eux et le patient. Neuf d'entre eux possèdent un ordinateur sur le bureau mis sur un côté pour ne pas masquer le patient ; un des médecins n'a pas d'ordinateur et utilise uniquement des dossiers papiers.

- Le ratio homme-femme est de deux femmes mises en cause contre huit hommes dans l'échantillon ; ces chiffres sont différents de ceux du Conseil de l'Ordre (38) qui montrent que l'exercice s'est très fortement féminisé chez les jeunes : 64,1 % de femmes chez les moins de 40 ans (contre 30% chez les 60 ans et plus). Ces chiffres sont peut être en rapport avec un vécu plus difficile des procédures chez les femmes qui a limité leur participation à l'étude.

Cette hypothèse peut être avancée car les entretiens ont montré une affectation plus grande chez les deux femmes interrogées. Néanmoins cela est corroboré par l'enquête de la DRESS (40) sur la « *Santé physique et psychique des médecins généralistes* », laquelle montre que les médecins femmes prennent plus de médicaments psychotropes et dans la majorité des cas en automédication. Cette enquête de la DREES a été réalisée auprès de 1.900 médecins généralistes des cinq régions du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire). Ils ont été interrogés sur leur état de santé et sur les facteurs liés à leurs conditions d'exercice pouvant y être associés. Les résultats montrent que plus d'un généraliste sur dix est en détresse psychologique, les femmes étant deux fois plus souvent concernées que les hommes. Les idées et projets de suicide ne varient pas selon l'âge, mais sont plus fréquents parmi les médecins qui exercent seuls.

b) LE VÉCU DE LA PLAINTÉ : LE MÉDECIN SECONDE VICTIME

Le médecin peut être profondément déstabilisé par une procédure, que sa responsabilité soit ou non retenue.

L'analyse des résultats montre un vécu pénible de la procédure pour l'ensemble des médecins interrogés avec une souffrance morale importante et un sentiment d'isolement fort.

Il ne faut pas perdre de vue que la plainte résulte dans la grande majorité des cas d'une erreur ou d'une négligence involontaire.

b1) Santé du médecin

Dans cette étude, trois des médecins interrogés ont employé le terme « dépression » et un médecin a employé le terme « burn out » dans l'analyse de leur vécu de procédure judiciaire. Mais aucun n'a consulté un médecin ou un psychologue pour obtenir de l'aide.

«Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse», selon Voltaire ; cette vision du médecin malade est encore bien présente aujourd'hui.

Dans sa thèse d'exercice, L. Gallice (41) note que neuf médecins sur dix sont leur propre médecin traitant et se soignent par automédication.

Le refus de consulter est plurifactoriel ; il est lié en parti à la honte ressentie mais aussi au manque de temps pour consulter un confrère ou un psychologue. Enfin s'ajoute un sentiment de responsabilité morale à être présent pour ses patients et la difficulté à fermer leur cabinet médical. Mais du fait de cette capacité d'auto-prescription, le médecin se retrouve isolé alors même qu'il aurait besoin dans sa situation du soutien d'un soignant.

Le Conseil de l'Ordre a réalisé une enquête sur la santé des médecins (42) ; 10.822 médecins ont répondu, dont 62% de médecins généralistes. Parmi ces médecins, 73% n'ont pas de médecin référent autre qu'eux mêmes.

Au total, 25,7% des répondants ont évalué leur état de santé moyen ou mauvais et 13% ont déjà eu des idées suicidaires. L'étude s'est aussi attachée à la détection de l'épuisement professionnel : environ 13 % des médecins interrogés sont touchés. L'étude a également permis de mettre en lien les conditions de travail et l'état de santé : près de 6 % des personnes se déclarant en moyenne ou mauvaise santé exercent plus de 70 heures par semaine (contre 3 % pour les personnes en excellente ou bonne santé).

Les objectifs du conseil de l'Ordre vont être de « *prévenir l'épuisement professionnel et faire en sorte que les médecins soient dépistés, comme le reste de la population, pour les maladies chroniques, qu'ils soient suivis, qu'ils aient un médecin traitant autre qu'eux-mêmes. L'objectif étant de veiller à ce qu'ils aient une prise en charge globale de leur santé et de leurs problèmes psychosociaux* », détaille le Dr Jacques Morali, président de la Commission nationale d'entraide du Conseil nationale de l'Ordre des Médecins.

b2) Le statut de seconde victime

La procédure judiciaire résulte souvent d'un événement indésirable associé aux soins ; le médecin est une seconde victime de l'événement indésirable et de la procédure qui peut en découler, quel qu'en soit le type.

Le médecin est touché d'une part par la plainte en elle même et la mise en cause de ses compétences, mais aussi par l'isolement qu'il subit sur le plan professionnel.

S.D. Scott et al (43) définissent une seconde victime comme: « *Un soignant impliqué et traumatisé par un événement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales* ».

Le premier article important s'intéressant au ressenti émotionnel d'un médecin confronté à son erreur est paru en 1992 aux Etats Unis : « *the heart of darkness* » par J.F. Christensen, W. Levinson et P.M. Dunn (44).

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur onze entretiens de médecins hospitaliers, s'intéressant à l'analyse que le médecin fait de l'évènement indésirable, son ressenti initial, ses stratégies d'adaptation et les conséquences sur sa pratique médicale.

L'étude montre un impact émotionnel significatif ainsi que la difficulté pour le médecin d'en parler au sein de son équipe hospitalière.

En 1996, toujours aux Etats Unis, « *The emotional impact of mistakes on family physicians* » par M.C. Newman (45) s'intéresse à des médecins de familles.

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur un échantillon randomisé de quarante médecins. Cette étude s'intéresse à l'impact de l'erreur médicale sur le médecin de famille, et ses réactions face au scénario imaginaire d'une erreur d'un collègue.

77 % des médecins reconnaissent avoir déjà fait une erreur, et parmi eux, les deux tiers ont ressenti le besoin d'en parler, la moitié a eu besoin de revoir la suite d'évènements ayant conduit à l'erreur, 44% ont eu besoin de soutien professionnel, et un tiers ont eu besoin de soutien personnel.

67% des médecins interrogés n'ont pas trouvé de soutien chez leurs pairs.

Dans l'hypothèse d'une erreur d'un collègue, tous les médecins interrogés l'ont reconnu en situation de souffrance, mais seulement un tiers lui aurait apporté un soutien d'emblée.

En 2000, Le professeur A.W. Wu (46) définit dans son article le concept du médecin « Seconde victime » de l'erreur médicale: «*Quand j'étais interne, un autre résident n'avait pas identifié les signes électrocardiographiques d'un tamponnage péricardique qui a précipité le patient à la salle d'opération tard dans la nuit. Les nouvelles se sont diffusées rapidement et le cas a été traité à plusieurs reprises devant un jury incrédule des pairs, qui ont porté un jugement d'incompétence. J'ai été consterné par le manque de sympathie et je me suis secrètement demandé si je pourrais avoir fait la même erreur et, comme le résident malchanceux, devenir la deuxième victime de l'erreur* ».

Et Wu poursuit: *«Quand survient l'erreur, la honte, la peur de l'incompétence perçue, l'inquiétude par rapport aux potentiels développements juridiques, les craintes pour la santé du patient perturbent l'esprit du médecin ».*

En France, en 2012, Le Professeur R. Amalberti décrit même une « triple peine » (47) : Le patient victime de l'erreur médicale, le médecin psychologiquement atteint, et les patients ultérieurs plus exposés à une erreur de ce médecin fragilisé.

Il écrit *« Une erreur médicale n'est souvent pas racontable, pas acceptable. Son occurrence blesse le patient, et son enterrement blesse en retour le médecin, laissant des traces indélébiles rejaillissant secondairement sur la pratique. Il est la « seconde victime » ; Sans aide, il peut facilement entrer dans une spirale négative pouvant conduire à une accélération du burn out, avec un impact réel sur la santé... »*

Egalement en 2012, E. Galam (48) sort un livre traitant de *« L'erreur médicale, le burn out et le soignant, de la seconde victime au premier acteur ».*

Cet ouvrage s'adresse aux soignants et montre bien qu'au-delà du patient, le soignant est lui aussi très touché lors d'une erreur médicale. Au travers d'études effectuées auprès de professionnels de santé, E. Galam tente de mettre en exergue les conséquences dues aux fautes médicales, notamment le burn out, et d'apporter des éléments de réflexion pour mieux les aborder et ainsi les dédramatiser. Il ne faut pas oublier que les soignants sont avant tout humains, et l'erreur est humaine.

En 2013 E. Galam (49) a écrit sur *« la souffrance du soignant : une réalité à prendre en compte »* et parle du vécu de la procédure par le médecin comme d'un *« traumatisme professionnel et humain »*, pouvant conduire jusqu'au suicide. Il évoque des solutions telles que l'accompagnement des médecins lors des procédures (par les assureurs médicaux notamment) et un changement des mentalités avec un arrêt de la stigmatisation des médecins.

b3) Structures d'aides aux médecins en difficultés

Aider les soignants est un enjeu de santé publique. Mais pour le moment les structures dédiées à la prise en charge de la souffrance des soignants sont peu nombreuses et en cours de développement.

- L'Association de Médecine Préventive pour les médecins libéraux mise en place en haute Normandie depuis avril 2010, sous le nom d'Imhotep, voulait apporter un vrai service d'aide psychologique dédié aux médecins. L'initiative a été stoppée 18 mois plus tard, à cause du départ non remplacé de son fondateur, et d'un problème de financement.

- L'Association Soins aux Professionnels de Santé (= SPS) constate les fréquents retards de prise en charge, liés à un déni ou un refus d'accepter sa vulnérabilité, associés à une tendance à l'automédication. L'association a donc annoncé en septembre 2018 la création d'un « *réseau national* » de professionnels destiné à venir en aide aux soignants en souffrance.

En pratique, ce réseau rassemblera des « *professionnels impliqués dans le repérage et la prise en charge des professionnels de santé rendus vulnérables par leur travail, mais aussi des professionnels ayant été sensibilisés lors des formations SPS* », des psychologues cliniciens issus du réseau Souffrance et Travail, des psychologues formés au syndrome post-traumatique par le Service de Santé des Armées et des spécialistes des troubles du sommeil issus du Réseau Morphée.

- Ce réseau viendra compléter un éventail de dispositifs composé d'une plateforme téléphonique, d'une application mobile, d'un blog (www.expressionsdesoignants.fr) et des unités d'hospitalisation dédiées (en cours de développement).

- L'Association Soins aux Professionnels de Santé a inauguré le 6 octobre 2018 la « *première journée d'ateliers et d'échanges dédiée aux professionnels et étudiants en santé pour prévenir la vulnérabilisation* ».

Prochaine étape : l'installation en 2019 d'une « *maison des soignants* » dont le rôle serait d'offrir « *un lieu de vie et un refuge* » aux soignants rendus vulnérables.

- La plateforme téléphonique, le 0 805 23 23 26 (7 jours sur 7, 24H/24), regroupe 60 psychologues, a été mise en place en 2016. Cette même année, elle a enregistré plus de 2 000 appels passés en l'espace d'un an, soit plus de 5 appels par jour (d'une moyenne de

25 minutes). Dans 75 % des cas, le professionnel de santé à l'autre bout du fil est une femme. Parmi les appelants, on retrouve 400 médecins. En moyenne, 60 % étaient salariés et 40% libéraux.

- L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants (= AAPMS) et le Programme Aide Solidarité Soignants (= PASS).

L'AAPMS met à disposition des professionnels de santé la première plateforme téléphonique au 0800 288 038 de soutien psychologique 24h/24 et 7j/7 proposant des consultations anonymes. Elle réalise aussi des formations, des actions de sensibilisation, des expertises scientifiques et participe à de nombreux travaux de recherches sur les thèmes relatifs à la santé des soignants.

Le PASS a été lancé en mars 2018 est un dispositif structuré de prise en charge de la santé des soignants. Il repose sur des pratiques harmonisées au plan national et un réseau pour apporter des réponses de proximité.

Dans une interview menée par la MACSF le 04 décembre 2018, à la question « Recevez-vous beaucoup d'appels de praticiens confrontés à un contentieux avec un patient (procès ou réclamation) ? »

Sophie Cotrascol, consultante psychologue clinicienne, responsable du pôle d'accompagnement psychologique et social, répond « *C'est arrivé. Il est rare cependant que les médecins appellent pour ce motif. Il reste délicat pour eux de parler de ces situations malgré l'anonymat et la confidentialité garantis par notre service. La crainte sous-jacente de la faute professionnelle et d'un litige avec le patient est cependant palpable au cours des entretiens et les préoccupe énormément. Cette crainte reflète le fait que la prise en charge médicale est de plus en plus assimilée à un acte de consommation, et que le médecin se sent de moins en moins reconnu et respecté en tant qu'expert. Elle témoigne d'une évolution culturelle de la relation avec le patient et d'un sentiment croissant de fragilité des médecins par rapport à ce phénomène.* »

- Les réseaux sociaux sont encore peu utilisés mais on peut citer le site participatif REX-soignants (Retour d'EXpérience négative de soignants), lancé en mars 2013, où chacun peut déposer anonymement son témoignage d'évènement indésirable, et commenter les autres (Ces réseaux participatifs manquent de financement actuellement pour pouvoir se développer d'avantage).

- La MACSF offre la possibilité à ses sociétaires de joindre un médecin conseil à tout moment en cas de question médico-légale via une hotline disponible 7 jours sur 7, 24h sur 24 moyennant une souscription à un contrat spécifique tarifé.

La MACSF propose également des formations payantes sur la gestion des litiges avec les patients et des formations professionnelles médico-légales.

c) LES MODIFICATIONS DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les médecins interrogés dans cette étude ont tous constaté une modification de leurs pratiques professionnelles ; certains changements sont positifs, notamment dans la gestion du cabinet et dans la formation continue. Mais il y a également des répercussions négatives avec une pratique de la médecine beaucoup plus défensive à la suite d'une procédure judiciaire. Ils multiplient les examens et les demandes d'avis spécialisés ainsi que les demandes d'hospitalisation. Ils refusent également les nouveaux patients soit systématiquement, soit si leur planning est déjà complet. Un des médecins a même précipité son départ à la retraite à la suite de sa mise en cause.

Ces modifications de pratiques sont retrouvées dans la littérature. C. Schmitt (50) note lui aussi ces modifications ambivalentes avec d'un côté des pratiques améliorées : respect des plannings, meilleure tenue des dossiers, meilleure qualité de l'information dispensée au patient, amélioration de la formation continue, formation sur le risque juridique. D'un autre côté, certaines modifications de pratiques s'avèrent négatives : évitement de certains actes (électrocardiogramme au cabinet, infiltrations...), multiplication des examens complémentaires et des avis spécialisés qui entraînent des surcoûts et peuvent eux mêmes être porteurs d'évènements indésirables associés aux soins.

Cette réalité est retrouvée chez les médecins, même indemnes de procédure ; en effet, une étude de 2012 réalisée par la Fédération hospitalière de France auprès de 800 médecins hospitaliers et libéraux montre que 53% des médecins ont modifié leur pratique professionnelle à cause du risque judiciaire (en réalisant notamment plus d'examens complémentaires ou en excluant certains actes de leur exercice).

Cette pratique est loin de servir les intérêts des patients :

- Elle peut entraîner des évènements indésirables graves comme le souligne R. Amalberti dans un article de la Prévention Médicale (51). Aux Etats Unis en 2004, la littérature attribue 0,4% des cancers à des examens d'imagerie trop nombreux, et ce chiffre est estimé entre 1,5 et 2% en 2014.

- Elle peut aussi conduire à des sur-diagnosics (c'est à dire un diagnostic d'une maladie qui s'avère sans symptôme ni conséquence dommageable pour le patient).

- Enfin, la médecine défensive comporte des conséquences financières pour le patient et pour le système de santé comme le souligne C. Carrez dans son travail de thèse (52). Aux Etats Unis le surcoût est estimé entre 50 et 60 milliards de dollars par an.

En France la pertinence des actes est devenue un dossier prioritaire de l'Assurance Maladie.

D) LUTTER CONTRE LES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS

Les dix médecins interrogés dans cette étude s'accordent sur le fait que de nombreux évènements indésirables en médecine sont évitables. Tous aimeraient une formation spécifique et des outils de lutte contre les évènements indésirables mais à nouveau en émettant quelques réserves.

R. Amalberti (53) classe les évènements indésirables associés aux soins en médecine de ville par tempos :

- Tempo cabinet : problèmes d'organisation du cabinet.
- Tempo médecin : défaut de connaissances, de compétences ou de mobilisation de ces compétences du médecin.
- Tempo maladie : évolution inhabituelle des comorbidités ou de la maladie.
- Tempo patient : perte de temps du patient avant ou durant sa prise en charge.
- Tempo système : défauts d'organisation ou de communication entre professionnels et structures de santé.

Plusieurs facteurs favorisant la survenue d'un évènement indésirable associé aux soins ont été mis en évidence par S. Figon et al (54) avec, par ordre de fréquence décroissant:

- Un défaut de vigilance sur l'état de santé ou les traitements.
- Les erreurs de choix thérapeutiques par défaut de connaissances et la difficulté à remettre en cause une prescription faite par un spécialiste.
- Les problèmes de communication entre médecin traitant et autres soignants, ainsi que les problèmes de traçabilité des informations.
- Enfin la charge importante de travail, la sensation de difficulté d'accès à la formation médicale continue, la dépréciation de leur propre image aux yeux des patients, la lassitude face à des demandes appuyées et répétées et le sentiment d'isolement ont été invoqués comme contributifs par les médecins traitants.

La question d'une formation adéquate des médecins généralistes est centrale si l'on veut pouvoir s'appuyer sur eux pour limiter les événements indésirables associés aux soins de manière satisfaisante. Il n'est pas question de standardiser la prise en charge ni de gommer les particularités de chaque médecin généraliste, mais plutôt d'apporter aux médecins les moyens de mieux appréhender une consultation type pour limiter les événements indésirables.

Aux états unis, la campagne « 100.000 lives saved », menée en 2004 par l'Institute for Healthcare Improvement, semble avoir été un succès dans les hôpitaux.

Elle est basée sur 6 items précis de bonnes pratiques médicales, pour lesquelles des protocoles préventifs pouvaient être efficaces en termes de vies sauvées.

Grâce à un relais médiatique efficace, 3000 hôpitaux se sont portés volontaires pour mettre en pratique ces recommandations pendant 18 mois.

L'Institute for Healthcare Improvement a annoncé que sa campagne avait sauvé 122.300 vies.

Une publication récente de T.K. Ross (55) a réexaminé les résultats de cette campagne en s'appuyant sur les statistiques établies par l'Agence pour la Recherche en Santé et la Qualité de la Santé, qui font état d'une diminution de 23.623 décès. Même si on est loin des 100.000 vies attendues, le bénéfice n'est pas négligeable et surtout cette étude a fourni un service précieux en focalisant l'attention sur l'amélioration de la qualité des soins de santé,

Entre 2007 et 2008, l'Institute for Healthcare Improvement a lancé « Five Millions Lives Campaign » en élargissant le nombre d'items. Cette fois plus de 4.000 hôpitaux ont participé à la campagne. Pour le moment, pas de retour précis sur le nombre de « vies sauvées » mais des résultats par Etats (celui du New Jersey par exemple a constaté une baisse de 70% des cas d'escarres en hospitalisation).

Cette importance peut être transposée à la médecine libérale ; en effet, le médecin travaille par sa relation au delà de sa compétence technique.

a) LES ANOMALIES DE LA RELATION MÉDECIN MALADE

Le modèle culturel français privilégie largement une relation asymétrique entre médecins et patients, même si le patient est évidemment pris en compte pour sa personne et sa souffrance. L'éducation thérapeutique du patient est intégrée dans cette vision comme une nécessité moderne de mieux lui faire comprendre le choix proposé et en faire un allié dans cette solution.

Il y a des facteurs de risques importants d'évènements indésirables associés aux soins, outre le défaut de connaissance, contre lesquels il convient de se prémunir, et en particuliers les défenses inappropriées du médecin.

Le médecin a un investissement personnel dans toute relation soignante.

Il peut être consciemment ou inconsciemment en difficulté face à certains malades. Toutes les relations médecins malades ne sont pas compliquées ou conflictuelles.

Dans certaines situations, dont les patients « *Heartsink* » ou patients difficiles décrits par C. Bouchacourt (56), les médecins peuvent rencontrer des difficultés de communication. Ces patients sont propres à chaque médecin en fonction de sa personnalité et de son parcours de vie personnelle et professionnelle.

Le médecin n'est pas à l'abri de la mise en jeu de mécanismes de défenses lors des consultations. Ces défenses peuvent mettre en péril la qualité thérapeutique.

Elles ont la caractéristique de se déclencher très rapidement, et sans forcément que le médecin en ait conscience. Voici quelques images de réactions défensives :

- Le médecin "amibe" : le médecin a une réaction de retrait et de fermeture face aux dires ou à une attitude du patient. Il passe en mode automatique pour la suite de la consultation.
- Le médecin interrompt une conversation par un examen clinique, il met son stéthoscope dans les oreilles.
- "Sacrifier une pièce": le médecin accepte une demande de moindre importance (prescription peu évidente d'antibiotiques par exemple) dans le but de laisser de côté provisoirement le domaine où un élément plus sérieux est en jeu.

- La rigidité professionnelle: par exemple, avoir pour principe de ne jamais prescrire de somnifère. C'est une manière de refuser une demande sans s'enquérir de la détresse derrière la demande apparente.
- Ignorer la personnalité du patient et se concentrer sur son corps, rester dans le physique pour "éviter le contact avec les émotions du patient, et bien sûr pour essayer de supprimer l'émergence de ses propres sentiments".

b) COMMENT AMÉLIORER LA RELATION MÉDECIN MALADE

- Il est important de respecter les temps de la relation médecin malade pour limiter le risque d'événement indésirable associé aux soins :

(Annexe 12)

- Ecouter puis établir une relation de confiance.
 - Diriger l'entretien.
 - Examiner.
 - Restituer et informer sur l'affection, les risques et les traitements.
 - Décider en commun et convaincre : alliance de soins.
- De plus, l'information claire, loyale et appropriée du patient limite le risque de procédure judiciaire ou ordinale par la suite : « *On ne peut plus actuellement en 2013, engager un acte médical sans avoir au préalable prévenu le patient du bénéfice que cela peut entraîner pour lui mais aussi des risques de cet acte* » dit J.L. Harousseau, président de la Haute Autorité de Santé.
- Améliorer la compréhension et développer l'autonomie du malade:
Une éducation thérapeutique bien faite améliore l'observance, et fait entrer le patient dans une posture active dans sa prise en charge. Si elle ne suffit pas à prévenir l'évènement indésirable (dans le cas de l'aléa thérapeutique par exemple), elle peut en réduire les conséquences, car un patient averti consultera plus vite en cas d'effet indésirable. De plus un patient bien informé aura plus confiance dans son médecin pour gérer les complications.

- Bien gérer son temps :

Et limiter le temps d'attente des patients. L'idéal est de mener une consultation ne gérant qu'un seul syndrome, quitte à redonner un rendez-vous rapide en cas d'autre doléance. Il faudrait aussi pouvoir déléguer au maximum les tâches perturbatrices : prise de rendez-vous, ouverture de dossier, scannage des documents, voire même si possible le paiement de la consultation.

Mais il n'est pas possible de répondre à cette aspiration lorsque les demandes des patients sont multiples, que certains patients n'honorent pas leurs rendez vous (poussant certains médecins à pratiquer du surbooking) et lorsque les délais de rendez vous sont importants.

Pour éviter l'attente des patients, il est possible de recourir à des logiciels comme Doc Zen, qui permettent au médecin de gérer ses retards et d'en informer ses patients par message téléphonique.

Une salle d'attente meublée chaleureusement, avec des magazines intéressants et récents, et éventuellement de la musique de fond peut améliorer l'attente des patients.

Enfin, il est possible de placer des écrans dans la salle d'attente, diffusant des films et spots vidéo pour dispenser des informations utiles et ciblées à l'attention de ses patients et visiteurs pendant leur attente, même si cela à un coup certain d'installation et d'entretien.

- Bien gérer son emploi du temps :

D.S Tawfik, J. Profit, T.I Morgenthaler, et al (57) ont réalisé une enquête à laquelle 6.695 médecins ont répondu. Il s'agissait de déterminer les liens entre risque d'erreurs médicales et symptômes d'épuisement professionnel. Les résultats ont mis en évidence que les médecins souffrant de burn out présentaient un risque multiplié par plus de deux d'être à l'origine d'une erreur médicale (de manière indépendante des autres facteurs que sont le nombre d'heures travaillées, la spécialité ou encore les protocoles de sécurité). Ces résultats rappellent combien l'amélioration du bien-être au travail peut contribuer de manière décisive à la sécurité des patients.

- Faire attention au téléphone :

Rien n'oblige un généraliste à être disponible au téléphone pendant les consultations; répondre de façon systématique entraîne des risques de confidentialité et de confusion dans les situations médicales.

- Se fier aux recommandations de la Haute Autorité de Santé

Les référentiels de la Haute Autorité de Santé, ont une valeur juridique, suite à un arrêt du Conseil d'Etat (58) qui a considéré qu'ils constituaient des «*décisions faisant grief*».

- Optimiser la gestion du système d'information (organisation informatique du cabinet, rigueur dans la tenue du dossier médical) :

Les informations médicales doivent systématiquement être transcrites dans le dossier médical, y compris en cas d'appel téléphonique ou de visite à domicile, un compte rendu court doit être noté dans le dossier médical du patient.

Par ailleurs, une sauvegarde quotidienne des dossiers médicaux informatisés est indispensable, si possible sur un support différent et transportable.

Et deux fois par an, une sauvegarde complète sur disque à stocker ailleurs que dans le cabinet (Certaines sociétés certifiées proposent maintenant des aires de stockage web).

- Maintenance du cabinet (hygiène des locaux et matériel, actualisation régulière de la trousse d'urgence et de la pharmacie).

La trousse d'urgence doit être adaptée au savoir du médecin, et à ses conditions d'exercice. Elle doit être dynamique, et si possible contenir des fiches pratiques concernant les principaux risques.

Une attention doit être également portée à l'hygiène et à la tenue personnelle qui doit être neutre et soignée.

Si l'erreur est déjà commise, l'annoncer soit même au patient permet souvent de désamorcer le conflit et donc d'éviter la plainte.

Pour aider les soignants qui appréhenderaient ce type de discussion avec son patient, la Haute Autorité de Santé a édité un guide en 2011 « Annonce d'un dommage associé aux soins » (29).

C) DÉCLARER LES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES

Depuis mars 2017, les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer la survenue d'un événement indésirable grave associé aux soins sur le portail de signalement mis en place par les pouvoirs publics (signalement-sante.gouv.fr).

La Haute Autorité de Santé publie aujourd'hui un premier bilan des déclarations reçues. Au total, 1.870 évènements indésirables graves associés aux soins ont été signalés de mars à décembre 2017 qui ont donné lieu à 288 déclarations complètes et anonymes transmises par les Agences Régionales de Santé à la Haute Autorité de Santé.

Ces 288 évènements indésirables graves associés aux soins ont été déclarés principalement par les établissements de santé (80%), puis par les structures médico-sociales (17%) et enfin par les médecins de ville (3%). Les évènements indésirables graves associés aux soins entraînant des décès ont été les plus déclarés (44%), suivis des évènements indésirables graves associés dont les conséquences sont la mise en jeu du pronostic vital (37%) et la survenue d'un probable déficit fonctionnel permanent (19%). Il est à noter que dans la moitié des cas, après analyse, les professionnels de santé ont estimé que « *l'erreur était évitable* » et que dans 80 % de ces situations des plans d'action ont été mis en place par les équipes soignantes pour que ces évènements indésirables « *ne se reproduisent plus* ».

Si la Haute Autorité de Santé reconnaît qu'elle « *dispose de trop peu de déclarations pour en tirer des enseignements et des conclusions généralisables* », elle estime que ces travaux ont permis de mettre en évidence « *des risques plus fréquemment déclarés* ».

La Haute Autorité de Santé insiste, en conclusion, « *sur la nécessité d'encourager l'ensemble des professionnels, où qu'ils exercent, à déclarer systématiquement les évènements indésirables graves associés aux soins* » et que se développe « *une culture non punitive de l'erreur* ».

d) ANALYSE DES CAS D'ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS

Plusieurs enjeux rentrent ici en compte :

- Un enjeu diagnostic, par la mise en évidence des causes réelles d'une défaillance, non pas tant les causes immédiates apparentes que les causes latentes (défaillances relatives à l'organisation, la communication entre professionnels, l'information, la formation, l'encadrement, à des choix stratégiques contradictoires, etc.).
- Un enjeu de détection des risques par l'identification des situations dangereuses, patentées mais aussi latentes au sein de l'organisation, notamment en termes de «Barrières de sécurité ».
- Un enjeu curatif par le traitement des causes ayant provoqué l'accident, dans la mesure où elles peuvent participer à la survenue d'autres accidents (ou comment mettre en place les « barrières de sécurité », barrière de prévention, de récupération d'erreurs ou à défaut d'atténuation de leurs effets).
- Un enjeu pédagogique par l'échange d'informations, la participation de chacun à l'analyse, la prise de conscience de la multi-causalité de l'évènement, la déculpabilisation par l'approche systémique (l'évaluation devenant formatrice).
- Et enfin un enjeu humain, pour les patients et pour les professionnels mis en cause, tant la stigmatisation d'un acteur peut avoir un impact personnel durable pour la pratique professionnelle (concept de seconde victime).

Il faut identifier des facteurs de risque communs aux incidents déclarés, établir des typologies d'évènement indésirable grave, puis les regrouper pour obtenir des chiffres fiables et utiles.

Le modèle de « fromage suisse » développé par J. Reason (59) offre un cadre simple à la gestion systémique des risques. L'idée générale est qu'un système complexe met en jeu beaucoup d'acteurs et de ressources, chacun d'eux ayant des faiblesses mais aussi des forces en matière de sécurité.

- **La méthode ALARM ou protocole de Londres de C. Vincent.**

(Annexe 13).

Développée par C. Vincent (60) et son équipe, publiée en 1998, cette méthode est inspirée directement du modèle des plaques ou « de fromage suisse » de Reason.

La sécurité globale du système ALARM (= Association of Litigation And Risk Management) consiste à empiler des « plaques d'acteurs » de sorte que les faiblesses ne s'alignent pas, mais au contraire soient bloquées par les points de sécurité et n'impactent pas le patient. Ce modèle distingue trois types de plaques :

- Les acteurs relatifs à l'organisation, à la conception et au management qui peuvent commettre des erreurs latentes en ce sens qu'elles ne touchent pas directement le patient mais faciliteront les erreurs de ceux qui sont au contact du patient.

- Les acteurs de première ligne (médecins, sages-femmes et soignants) qui interagissent directement avec le soin peuvent commettre des erreurs patentes avec des conséquences immédiates pour le patient.

- Les défenses en profondeur ou barrières de sécurité du système qui sont pensées pour bloquer et récupérer les erreurs patentes (exemples : le pharmacien qui contrôle l'ordonnance du médecin, les *check-list* au bloc opératoire).

Il s'agit donc d'une technique de recherche approfondie des facteurs contributifs d'une défaillance basée sur un protocole d'analyse formalisé, d'inspiration clinique, garantissant une enquête systématique, exhaustive et efficace, non culpabilisante, réduisant le risque d'explication simpliste et routinière.

(Annexe 14).

Il aborde successivement sept champs : le patient, la tâche, le ou les professionnels directement impliqués dans le dysfonctionnement, l'équipe, l'environnement et les conditions de travail, l'organisation et le management, le contexte institutionnel.

L'identification des causes puis leur analyse sera effectuée en associant les acteurs concernés. Les actions correctives seront identifiées, hiérarchisées et mises en œuvre en faisant l'objet d'un suivi régulier.

Les évènements indésirables à analyser dépendent de:

- Leur fréquence (cas d'une suite de dysfonctionnements sans gravité immédiate mais dont la répétition crée un surcroît de travail et un sentiment d'insécurité).
- Leur gravité définie sur la base d'une échelle de gravité commune à l'ensemble de l'établissement, les évènements indésirables de niveaux 3, 4 et 5 devant être analysés.

(Annexe 15)

- **Les audits internes, visites de risque.**

L'audit est un examen méthodique, indépendant et documenté d'une organisation ou d'une pratique permettant de déterminer si des exigences préétablies sont satisfaites, si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et si elles sont aptes à atteindre les objectifs.

La visite de risque est issue des domaines de l'assurance et de l'industrie, la visite de risques est introduite dans l'établissement de santé comme méthode de repérage et d'évaluation de risques latents. Cette méthode combine plusieurs modes de recueil de données (utilisation d'un référentiel, interview, visite sur site et observation).

Ces outils sont essentiellement destinés aux établissements hospitaliers, néanmoins, au prix d'une adaptation ils pourraient être diffusés à la pratique de la médecine libérale.

- **Les Revues de Mortalité-Morbidité (= RMM).**

Ce sont des « *analyses collectives, rétrospectives et systématiques de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage à un patient* » selon la définition de la Haute Autorité de Santé.

En ambulatoire, les Revues de Mortalité Morbidité ont été mises en œuvre par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (= SFTG) à partir de 2005, supportées par des structures associatives de Formation Médicale Continue (= FMC) dédiées aux médecins généralistes.

La Haute Autorité de Santé a édité des guides méthodologiques pour les établissements de santé, comme pour la Médecine Générale. (61)

(Annexe 16).

Dans un second temps, il est apparu nécessaire d'ouvrir ces Revues de Mortalité Morbidité à tous les professionnels des Soins Primaires.

Les Revues de Mortalité Morbidité en ambulatoire peuvent aussi être un soutien aux soignants secondes victimes. Dans une démarche de sécurité, la recherche de causes profondes doit déboucher sur l'application de correctifs aux niveaux des failles de sécurité identifiées. Mais, la prise en compte de la souffrance des soignants, compte-tenu de son impact sur ceux-ci et leurs pratiques, procède également de cette démarche.

Cette dimension de « soutien bienveillant » est importante à prendre en compte et doit être développée.

Les médecins généralistes peuvent ressentir de la satisfaction, en lien avec la compréhension de l'existence de causes latentes, là où souvent seule la cause immédiate avait été identifiée, ainsi que de la bienveillance de leurs pairs dans une situation où la culpabilité était importante.

Une Revue de Mortalité Morbidité Ville hôpital a été mis en place depuis 2015 dans le bassin de santé de Vienne, à l'initiative du Dr Jean-Michel ORIOL et sous l'égide du CEPPRAL. Le bilan de cette initiative est positif, ainsi qu'il l'a été présenté récemment en octobre 2016 lors de la journée régionale ARS-HAS-CEPPRAL. Quatre situations cliniques

ont été abordées : le courrier au dermatologue, le dépistage du diabète gestationnel, la conduite à tenir en cas de saignements sous Rivoxaban et la transmission d'imagerie entre centres hospitaliers.

- **Les Fiches de retour d'expérience.**

Le retour d'expérience constitue un temps d'apprentissage pour les organisations. L'analyse d'évènements indésirables apportent une connaissance riche en matière de faiblesses (ce qui n'a pas bien fonctionné du point de vue organisationnel, technique ou humain) mais aussi de forces du système (ce qui a bien fonctionné, par exemple quant à la qualité d'une récupération). Elles offrent une opportunité pour réduire les situations à risques comme le souligne P. François et al (62)

Les Comités de Retour d'Expérience (=CREX).

Une personne est chargée de l'analyse de l'événement indésirable associé aux soins, puis lors de la réunion du Comité de Retour d'Expérience des mesures dites correctives sont élaborées et confiées, pour mise en œuvre et suivi dans le temps, à une autre personne.

- **Le guide HAS pour la sécurité des soins.**

(Annexe 17)

Compte tenu de la nouveauté de la démarche pour beaucoup de professionnels, particulièrement pour les médecins, il faut rappeler que le guide HAS sur la sécurité des soins souhaite en l'état insister sur des méthodes d'évaluation des risques simples d'emploi, plutôt qualitatives que quantitatives, et plutôt directement en lien avec les pratiques cliniques.

Ces méthodes qualitatives sont suffisantes pour initialiser les démarches. Il sera ensuite utile d'adopter les méthodes de gestion des risques plus quantitatives qui sont déjà la norme dans d'autres activités à risques (industrie, aéronautique, etc.).

- **La Construction d'arbre des causes.**

Technique d'analyse approfondie des causes d'une défaillance à postériori basée sur la recherche systématique des relations causes-effets développées par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cette méthode se retrouve essentiellement dans l'industrie, mais pourrait tout à fait être transposée au milieu médical.

(Annexe 18)

- **L'analyse de risques par les « *triggers Tools* ».**

Elle vient des Etats Unis et repose sur une analyse rapide (quelques minutes) d'une série de dossiers tirés au hasard chaque mois dans un service de soins. Chaque dossier n'est évalué que sur les critères recherchés relatifs aux signaux d'alertes d'événement indésirable grave (« *triggers* »). Une fois les dossiers à risques isolés, une analyse plus fine permet de détecter les événements indésirables graves.

Cette méthode peut être informatisée et systématisée. Les *triggers* ne sont que des filtres : ils permettent de signaler les dossiers où des valeurs aberrantes existent, ces dossiers étant par la suite analysés manuellement par un professionnel averti.

C'est l'équipe médicale qui fixe les « *triggers* » qui vont être retenus dans les analyses de dossiers. Des listes de « *triggers* » sont disponibles, notamment sur le Web, et relativement bien codifiés mais toute équipe peut en imaginer de nouveaux.

Chaque dossier tiré au sort est lu uniquement par le prisme des « *triggers* » retenus (idéalement moins de cinq minutes par dossier, maximum dix minutes).

Les dossiers « positifs » où le « *trigger* » met en évidence une valeur anormale sont étudiés plus en détail pour détecter un possible événement indésirable grave.

Ils peuvent aussi alimenter les sessions de Revue de Mortalité et Morbidité.

D'après les travaux de M. Chanelière (63), on peut dire que les systèmes de signalement destinés aux médecins généralistes libéraux sont encore débutants mais également en essor rapide.

Il existe quelques organismes de formation continue proposant des séances d'analyse de groupe : L'Effet indésirable grave présenté doit avoir été résumé sur une fiche d'exposition assez semblable aux fiches de déclarations hospitalières, puis le groupe analyse la nature de l'Effet indésirable, sa gravité, ses causes, puis tente d'établir les mesures préventives ou correctives.

On trouve par ailleurs de plus en plus facilement des formations à l'analyse des Effets indésirables graves.

- **La Revue Prescrire.**

Elle est engagée dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En 1998, elle a mis en place un système de déclaration des événements indésirables associés aux soins : « Eviter l'évitable » (64). La déclaration se fait par le biais d'un formulaire sécurisé ouvert aux seuls abonnés, inscrits sur le site de *Prescrire*.

La revue restitue ensuite à tous les abonnés les informations pertinentes issues des signalements sous forme d'alertes ou de textes sur le site internet, ou encore dans le cadre de formations. (Retours d'expériences)

Ce système n'est pas spécifique des soins ambulatoires même si les déclarations proviennent dans 75,5 % des cas des soins primaires (à 68,6% par des MG, 30,2 % par des pharmaciens et 1,1 % par des infirmiers).

- **La mise en œuvre d'un site internet de déclaration et d'analyse d'évènements indésirables en Médecine Générale.**

Le but de cette thèse de J. Duteil (65) réalisée en 2011 était d'expérimenter dans un cadre universitaire un système de déclaration et d'analyse d'évènements indésirables associés aux soins en Médecine Générale et de constituer un élément réutilisable de recueil d'évènements indésirables fiable et fonctionnel, dans le cadre de projets de recherches à venir.

Une étude test a été réalisée sur un échantillon réduit de Médecins généralistes maitres de stages à l'Université : Sur les quinze médecins généralistes contactés, onze se sont

inscrits sur le site test, dix ont déclaré un événement indésirable et huit ont complété un formulaire d'évaluation de l'expérience. Des variables ont été mesurées (durée d'une déclaration, nombre de minutes passées sur le site, etc.)

Sur les dix événements indésirables déclarés, quatre ont eu lieu au cabinet et six au domicile des patients. Dans six cas sur dix aucune conséquence pour la santé du patient n'a été notée.

- **Le premier rapport d'activité annuel de la Haute Autorité de Santé (66).**

La Haute Autorité de Santé a développé des critères pour que les caractéristiques des systèmes de signalement des événements indésirables associés aux soins soient efficaces. (Annexe 19).

Le premier rapport d'activité concerne les événements indésirables graves déclarés sur l'année 2017.

L'analyse des premiers 288 événements indésirables graves a permis, malgré leur faible nombre, de mettre en évidence des risques pour certains connus et pour lesquels existent des recommandations de bonne pratique et un risque moins bien connu qui concerne les départs de feu lors de l'utilisation d'un bistouri électrique au bloc opératoire sur lequel une solution pour la sécurité vient d'être validée par le collège de la Haute Autorité de Santé.

Par ailleurs, le fonctionnement du dispositif a été évalué et des préconisations sont émises pour le renforcer.

Les événements indésirables graves sont déclarés principalement par des établissements de santé (80 %), puis par des structures médico-sociales (17 %), enfin par la ville (3 %). Les événements indésirables entraînant des décès sont les plus déclarés (44 %).

Bien que la situation clinique soit considérée plutôt complexe (60 %), la moitié des événements indésirables graves sont jugés évitables. Le déclarant estime que les circonstances immédiates de l'événement ont été maîtrisées (95 %) et que des mesures immédiates ont été prises (88 %). L'information du patient ou des proches est réalisée (92 %). Il reste 8 % de situations où aucune information n'est délivrée.

L'événement grave a eu également des conséquences pour les professionnels (45 %).

Après analyse par la Haute Autorité de Santé, il ressort que 51 % des déclarations présentent une qualité d'analyse insuffisante.

Cinq natures de risque prédominant, elles représentent 70 % des événements : les suicides, les défaillances de diagnostic, les chutes, les événements générés par un geste opératoire ou technique, les erreurs médicamenteuses.

La Haute Autorité de Santé préconise pour améliorer la sécurité du patient :

- D'améliorer le fonctionnement du dispositif et la culture « sécurité » des professionnels, notamment en promouvant le travail en équipe et les rencontres sécurité au sein des organisations.
- De lancer des pré-études sur les risques identifiés précédemment.
- De rappeler aux professionnels l'importance de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques existantes et de les inciter à l'appropriation de la nouvelle solution pour la sécurité du patient concernant les départs de feu au bloc opératoire.
- de développer la participation des patients à la déclaration des événements indésirables associés aux soins.

E) DÉFAUT DE CONNAISSANCES DU SYSTÈME JUDICIAIRE

Comme vu dans cette étude, les médecins reconnaissent tous manquer de connaissances concernant l'organisation du système judiciaire et du déroulement des procédures, notamment de l'expertise judiciaire.

Les hommes de droit soulignent la dure cohabitation entre droit et médecine. En 2013, l'avocat Alain Garay (67) a publié un livre sur la gestion juridique du risque médical où il expose selon lui les outils nécessaires au médecin pour gérer les litiges.

- Lors de l'expertise judiciaire, les deux seuls néophytes sont la victime supposée à l'initiative de la procédure et le médecin assigné. Tous les autres participants, experts judiciaires, avocats, médecins conseils des parties, sont tous rompus à ces procédures judiciaires et oublient souvent d'apporter un soutien informatif, technique et psychologique au médecin mis en cause.

- Si l'on excepte le référé expertise et le règlement amiable, le déroulement d'une procédure est le plus souvent très long (plusieurs mois ou années), ce qui n'est pas sans retentir sur la vie personnelle et la pratique professionnelle du médecin assigné. De surcroît, comme on l'a vu précédemment, celui ci est le plus souvent seul pour gérer le temps judiciaire.

- Avec l'apparition des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation, la gratuité de l'expertise constitue un accès facile à l'indemnisation pour tout patient ayant subi un préjudice, si tant est que les critères de gravité soient atteints. Ceci contribue à augmenter le nombre de procédures à l'encontre des médecins. (Et en conséquence la durée des procédures.)

- Si les règles de saisine des Commission de Conciliation et d'Indemnisation limitent les plaintes abusives (critères de gravité requis), il n'en est pas de même pour les saisines des instances judiciaires et ordinaires. Ainsi, le médecin peut se trouver impliqué pour des faits anodins ou des soins non fautifs, même si parfois il y a eu un dysfonctionnement dans la relation médecin malade.

Néanmoins, la présente étude a montré que le médecin n'en est pas moins affecté.

CONCLUSION

L'augmentation du nombre de procédures, si elle est significative, peut ne pas être considérée comme une déviance des patients qu'il conviendrait de corriger mais plutôt comme une évolution logique à laquelle les médecins généralistes devront s'adapter.

Pour que la responsabilité civile ou administrative d'un médecin libéral soit engagée, trois conditions cumulatives doivent être présentes : une faute doit avoir été commise, entraînant un préjudice pour le patient, et le lien de causalité entre la faute et le préjudice doit être prouvé. En revanche, si un médecin salarié du secteur public commet une faute dans le cadre de sa fonction, c'est la responsabilité administrative de l'employeur, établissement public, qui est engagée et non celle du médecin *intuitu personae*.

La relation entre le médecin généraliste et le patient a notablement évolué ces dernières années. Les attentes des patients eu égard à la médecine se sont fortement modifiées au point de l'assimiler souvent à « un service ».

La diminution relative du nombre de médecins et l'augmentation de la demande médicale ont conduit à une réduction de la qualité de la relation médecin patient.

Malgré la loi du 04 mars 2002 qui a voulu améliorer la relation médecin patient en faisant de ce dernier un propre acteur de sa santé, la communication entre ces deux intervenants n'a cessé de se modifier. L'exigence du patient « client » s'en est trouvée renforcée. Par ailleurs la forte demande médicale à laquelle le médecin doit faire face contribue à son stress, à sa fatigue, voire à son burn out et conséquemment à l'augmentation du risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins.

Conditions de travail dégradées, communication médecin patient insuffisamment satisfaisante, exigence renforcée des patients, fatigue et stress conduisent à une augmentation du risque d'évènements indésirables associés aux soins dont la survenue est de plus en plus souvent sanctionnée par une procédure judiciaire ou ordinaire.

Le champ des compétences relevant de la médecine générale est insuffisamment défini et les connaissances à acquérir sont de plus en plus complexes et vastes, ce qui renforce aussi le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins.

La présente étude a montré que le plus souvent le médecin confronté à une procédure s'en avère très affecté. Voir sa responsabilité engagée constitue toujours une épreuve traumatisante avec trois niveaux d'impacts différents : impact sur la psyché et la personnalité de l'individu, impact sur la vie privée et impact sur les pratiques professionnelles ultérieures. Le médecin est donc la seconde victime de la procédure.

Dans cette étude qualitative rétrospective par entretiens semi-dirigés qui vise à explorer le vécu des médecins généralistes confrontés à des procédures judiciaires ou ordinaires, les dix médecins interrogés ont tous présenté des sentiments très forts de tristesse, de colère, de peur, mais aussi de honte. Chez certains médecins un syndrome dépressif réactionnel en a résulté avec parfois une accentuation des conduites addictives.

Il ressort aussi de ce travail un fort sentiment d'isolement lié à l'absence de structures ou d'organisations sur lesquelles s'appuyer. Cet isolement est apparu comme un élément constant chez les médecins concernés par une procédure judiciaire, ce qui met en exergue le besoin aigu de structures adaptées.

Les médecins devraient pouvoir trouver un soutien psychologique auprès de professionnels de santé spécifiquement formés à l'accompagnement psychologique de leurs pairs en difficulté.

Ces structures d'aide sont donc à développer et pourront au besoin s'appuyer sur les nouvelles technologies.

Le partage des compétences entre praticiens et même entre professionnels de santé est à renforcer.

Le plus souvent la méconnaissance du système judiciaire et du déroulement de la procédure contribuent à renforcer cet isolement. Il convient de préciser que l'issue de la procédure, quand bien même elle disculperait le médecin, ne modifie en rien tous ces sentiments négatifs. Le développement de structures d'accompagnement juridique semble donc important. Même si cela peut ne pas être suffisant, une connaissance du déroulement des procédures judiciaires et de l'expertise pourrait améliorer le vécu douloureux du médecin généraliste impliqué.

En plus du temps consacré à se défendre et des séquelles psychologiques parfois lourdes, les pratiques professionnelles des médecins peuvent être profondément modifiées suite à leur mise en cause dans une procédure. Certaines de ces modifications de pratiques sont bénéfiques avec une meilleure gestion de leur temps et une amélioration de la formation continue. Mais d'autres changements de pratiques sont délétères ; les médecins pratiquent alors une médecine défensive, qui altère la relation médecin malade avec parfois même des conséquences néfastes sur la santé des patients, qui engendre un surcoût pour les patients et le système de santé difficile à quantifier.

Prévenir les procédures judiciaires ou ordinaires passe en partie par la réduction des risques de survenue d'évènements indésirables associés aux soins.

Il est donc essentiel de développer les systèmes de lutte contre les événements indésirables au niveau collectif : déclaration des événements indésirables graves, analyse des cas et gestion du risque.

Cette réduction des risques est aussi conditionnée par une amélioration des conditions et de l'organisation du travail du médecin généraliste : information et dialogue avec le patient, importance du déroulement de la consultation (gérer son temps et son emploi du temps), tout en respectant les guides de bonnes pratiques disponibles, voire à en développer de nouveaux adaptés à la médecine générale en vue d'être le plus systématique possible et d'éviter les erreurs.

Elle trouve aussi sa source dans une formation initiale et continue assidue qui ne doit pas se limiter à la seule pratique médicale mais doit aussi s'étendre à la gestion des risques d'évènements indésirables associés aux soins et aux procédures qualité.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Farcy JC. *Histoire de la justice en France de 1789 à nos jours*. Paris : La Découverte ; 2015.
- (2) Ministère de la Justice. (Page consultée le 01/06/19). *L'organisation de la Justice en France*, [en ligne]. <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/>
- (3) Hammer R. *Expérience ordinaire de la médecine confiances, croyances et critiques profanes*. Genève-Zurich : Seismo ; 2010.
- (4) Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. 3^e édition. Paris : Payot ; 2003.
- (5) Bokanowski T. *Souffrance, destructivité, processus*. Dans Revue française de psychanalyse. Presses universitaires de France. 2004 ; 68 (5) : 1407-1479.
- (6) Emanuel EJ, Emanuel LL. *Four models of the Physician-Patient relationship*. JAMA. 1992 Apr 22-29 ; 267 (16) : 2221 - 2226.
- (7) Parsons T. *Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice* In Parsons T, Turner BS, Editor. *The Social System*. New Edition. London : Routledge ; 1991. p 288 – 322.
- (8) Fournier C, Kerzanet S. *Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature*. Santé Publique. 2007 ; 19 (5) : 413 - 425.
- (9) Legifrance, le service public de la diffusion du droit. (Page consultée le 03/02/16). *Conseil d'Etat, Assemblée, du 9 avril 1993, 69336, publié au recueil Lebon*, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007834775>
- (10) Legifrance, le service public de la diffusion du droit. (Page consultée le 03/02/16). *Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, publié au JORF n°81 du 5 avril 2003 page 6114 texte n° 25*, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/jo/2003/4/5>
- (11) Calafiore M. *L'avenir du métier de médecin*. Responsabilité, Revue de formation sur le risque médical. 2017 Mar ; 17 (65) : 5 - 9.
- (12) World Health Organization. *Rapport sur les résultats de l'enquête Delphi modifiée par Internet sur la Classification internationale pour la sécurité des patients*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2007, [en ligne]. https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ps_modified_delphi_survey_fr.pdf
- (13) Michel P, Mosnier A, Kret M, et al. *Etude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013)*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2014; (24-25) : 410-416.
- (14) Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 22/03/2017). *Comprendre pour agir sur les EIAS*, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias

- (15) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les systèmes de signalement des évènements indésirables en médecine*. Etudes et Résultats. 2007 Jul ; (584) : 1 – 8.
- (16) Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de santé. *Guichet Erreurs Médicamenteuses : Bilan d'activité 2009*. Saint-Denis : AFSSAPS ; 2010.
- (17) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al - *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical Practice study I*. The New England Journal of Medicine. 1991 ; 324 (6) : 370 - 376.
- (18) Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. *To Err is Human. Building a safer Health System*. Washington DC : The National Academies Press ; 2000.
- (19) DREES - *Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale*. Etudes et Résultats. 2005 ; (398) : 1 – 16.
- (20) Michel P, Minodier C, Lathelize M. *Enquête nationale sur les évènements indésirables associés aux soins (ENEIS) dans les établissements de santé: Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004*. Dossiers Solidarité et Santé de la DREES. 2010 ; (17): 1 - 18.
- (21) Chaneliere M, Oriol JM, Senez B et al. *CADYA : un outil pour analyser des incidents en soins primaires*. Health & Co. 2014 ; 11 (2) : 34 – 40.
- (22) Keriél-Gascou M, Badet-Phan A, Le Pogam MA, et al. *Information et participation active des patients à l'aide d'une brochure interactive lors de la prescription d'antihypertenseurs en soins primaires*. Santé Publique. 2013 ; 25 (2) : 193 – 201.
- (23) Chabas S, Chaneliere M, Zerbib Y. *Prévalence des évènements indésirables associés aux soins en ambulatoire*. Exercer. 2014; 112 (Suppl 1): 8S-9S.
- (24) Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Bru Sonnet R. *EVISA: les évènements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes*. CCECQA, [en ligne]. 2009. (consulté le 23/03/2017). Disponibilité sur Internet : < http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf >
- (25) Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. *ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GÉNérale*. Exercer. 2014 ; 25 (114) : 148 – 157.
- (26) Pasini B. *Evènements indésirables en Soins Primaires. Analyse des données de l'étude PRisM*. [Thèse d'Exercice en Médecine]. Lyon Est : Université Claude Bernard Lyon 1 UFR de Médecine ; 2018.
- (27) Gribeauval JP. *Judiciarisation de la médecine : réalité ou idée reçue?*. La Revue Prescrire. 2010 ; 30 (321) : 536 – 541.
- (28) LOPEZ A, REMY PL, membres de l'Inspection Générale des Affaires sociales. (Page consultée le 25/08/2016). *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé*. Inspection Générale des Affaires Sociales. Mars 2007 : Rapport RM2007-045P, [en ligne]. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000592.pdf>

- (29) Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 07/04/2017). *Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville*, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf
- (30) Chauvin P, Parizot I, membres de l'Inserm. *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville*. Saint-Denis La-Plaine : Les Editions de la DIV ; 2007.
- (31) RUIZ P. *La responsabilité judiciaire du médecin généraliste : analyse des jurisprudences sur une période de 10 ans*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lille 2 : Université du Droit et de la Santé Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2013.
- (32) MACSF. (Page consultée le 04/01/2019). *Rapport annuel 2017 sur la sinistralité des professions de santé*, [en ligne]. <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/A-la-une>
- (33) Radoman I. *Plaintes et condamnations concernant des médecins généralistes: analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours des 26 dernières années*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Nice : Faculté de Médecine de Nice ; 2014.
- (34) Mabilais A. *Le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinaires: étude circonscrite aux médecins généralistes haut-normands*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Rouen : UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2017.
- (35) Finon M. *Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris : Faculté de Médecine Paris Descartes ; 2014.
- (36) Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. *Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being*. Qual Saf Health Care. 2010 Dec ; 19 (6) : e43.
- (37) Robert de Saint Vincent C. *Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris : Université Paris 5 Descartes ; 2013.
- (38) Conseil National de l'Ordre des Médecins. (Page consultée le 03/01/2019). *Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^e janvier 2018*, [en ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
- (39) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales*. Etudes et Résultats. 2009 Fév ; (679) : 1 – 8.
- (40) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. *Santé physique et psychique des médecins généralistes*. Etudes et Résultats. 2010 Juin ; (731) : 1 - 8.

- (41) Gallice L. *La santé des Généralistes libéraux français, à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Toulouse : Université de Toulouse III; 2014.
- (42) Berrier S, pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Santé des médecins un enjeu majeur de santé publique. *Le Bulletin de l'Ordre national des médecins*. 2017 Nov-Déc ; (52) : 4-5.
- (43) Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. *The natural history of recovery for the health care provider « second victim » after adverse patient events*. *Qual Saf Health Care*. 2009 Oct ; 18 (5): 325-330.
- (44) Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. *The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians*. *J Gen Intern Med*. 1992 Jul-Aug; 7 (4): 424-431.
- (45) Newman MC. *The emotional impact of mistakes on family physicians*. *Arch Fam Med*. 1996 Feb ; 5 (2) : 71-75.
- (46) Wu AW. *Medical error : the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too*. *BMJ*. 2000 Mar 18 ; 320 (7237) : 726 – 727.
- (47) Amalberti R. *Le praticien, seconde victime*. *Responsabilité*. 2012 Oct ; 12 (47) : 5.
- (48) Galam E. *L'erreur médicale, le burnout et le soignant, de la seconde victime au premier acteur*. Paris : Springer ; 2012, p 99-122.
- (49) Galam E. *La souffrance du soignant : une réalité à prendre compte*. *Responsabilité*. 2013 Juin ; 13, (50) : 10 - 11.
- (50) Schmitt C. *Le risque de plainte en médecine générale : état des lieux et répercussions sur les pratiques médicales*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Toulouse : Université de Toulouse III ; 2016.
- (51) La Prévention Médicale. (Page consultée le 26/09/2018). *Médecine défensive et pertinence des soins*, [en ligne]. <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Medecin/medecine-defensive-et-pertinence-des-soins>
- (52) Carrez C. *Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive, étude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord pas de Calais*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lille : Université de Lille 2 Droit et Santé ; 2016.
- (53) R. Amalberti, J. Brami. « *Tempos* » management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf*. 2012 Sept ; 21 (9) :729–736.
- (54) Figon S, Chanelière M, Moreau A, Le Goaziou MF. *Impact des évènements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes*. *Presse Med*. 2008 Sept ; 37 (9) 1220 – 1227.

- (55) Ross TK. *A second look at 100.000 lives campaign*. Qual Manag Health Care. 2009 Apr-Jun; 18 (2) :120-125.
- (56) Bouchacourt C. *Les patients « Heartsink » : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris : Université Paris Diderot ; 2014.
- (57) Tawfik DS, Profit J, Morgenthaler TI et al. *Physician Burnout, Well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors*. Mayo Clin Proc. 2018 Nov ; 93 (11) :1571-1580.
- (58) Legifrance, le service public de la diffusion du droit. (Page consultée le 12/04/18). *Conseil d'État, 1ère - 6ème chambres réunies, 28/12/2017, 404155, mentionné dans les tables du recueil Lebon*, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000036411863&fastReqId=534585686&fastPos=11>
- (59) Reason J. *L'erreur humaine*. 2^e édition. Paris : Presses des Mines ; 2013.
- (60) Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, et al. *How To investigate and analyse clinical incidents : Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol*. BMJ 2000 Mar 18; 320 (7237): 777-781.
- (61) Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 02/03/2019). *Revue de Mortalité et de morbidité (RMM) et médecine générale*, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/rmm_et_mg_4_pages_11_02_2010.pdf
- (62) François P, Sellier E, Imburchia F, Mallaret MR. *Le comité de retour d'expérience (CREX) : une méthode pour l'amélioration de la sécurité des soins*. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2013 Avr ; 61 (2) : 155-161.
- (63) Chaneliere M. *La sécurité du patient en soins primaires: éléments conceptuels, épidémiologie, interventions auprès des professionnels de santé*, [Thèse de doctorat en Santé Publique]. Lyon : Université Lyon 1 ; 2017.
- (64) Prescrire. (Page consultée le 15/03/2017) *Eviter l'évitable : Tirer parti des erreurs pour mieux soigner*, [en ligne]. <https://evitable.prescrire.org/fr/Summary.aspx>
- (65) Duteil J. *Mise en œuvre d'un site internet de déclaration et d'analyse d'évènements indésirables en Médecine Générale. Conception théorique et mise en œuvre pratique*, [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Paris : Université Paris-Est Créteil ; 2011.
- (66) Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 30/11/2018). *Retour d'expérience sur les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) Rapport annuel d'activité 2017*, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/retour_dexperience_sur_les_evenements_indesirables_graves_associes_a_des_soins_eigs_rapport_annuel_2017.pdf
- (67) Garay A. *Gestion juridique du risque médical*. Paris : Berger-Levrault ; 2013.

ANNEXES

ANNEXE 1

Nomenclature de Dintilhac

1/ les préjudices corporels de la victime directe

- Préjudices patrimoniaux :

- Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :
 - Dépenses de santé actuelles (D.S.A.)
 - Frais divers (F.D.)
 - Pertes de gains professionnels actuels (P.G.P.A.)
- Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation):
 - Dépenses de santé futures (D.S.F.)
 - Frais de logement adapté (F.L.A.)
 - Frais de véhicule adapté (F.V.A.)
 - Assistance par tierce personne (A.T.P.)
 - Pertes de gains professionnels futurs (P.G.P.F.)
 - Incidence professionnelle (I.P.)
 - Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (P.S.U.)

- Préjudices extrapatrimoniaux :

- Préjudices extrapatrimoniaux temporaires (avant consolidation) :
 - Déficit fonctionnel temporaire (D.F.T.)
 - Souffrances endurées (S.E.)
 - Préjudice esthétique temporaire (P.E.T.)
- Préjudices extrapatrimoniaux permanents (après consolidation):
 - Déficit fonctionnel permanent (D.F.P.)
 - Préjudice d'agrément (P.A.)
 - Préjudice esthétique permanent (P.E.P.)
 - Préjudice sexuel (P.S.)
 - Préjudice d'établissement (P.E.)
 - Préjudices permanents exceptionnels (P.P.E.)
- Préjudices extrapatrimoniaux évolutifs (hors consolidation):
 - Préjudices liés à des pathologies évolutives (P.EV.)

2/ Préjudices corporels des victimes indirectes (victimes par ricochet)

- Préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe :

- Préjudices patrimoniaux :
 - Frais d'obsèques (F.O.)
 - Pertes de revenus des proches (P .R.)
 - Frais divers des proches (F.D.)
- Préjudices extrapatrimoniaux :
 - Préjudice d'accompagnement (P.AC.)
 - Préjudice d'affection (P.AF.)

- Préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe :

- Préjudices patrimoniaux :
 - Pertes de revenus des proches (P .R.)
 - Frais divers des proches (F.D.)
- Préjudices extrapatrimoniaux :
 - Préjudice d'affection (P.AF.)

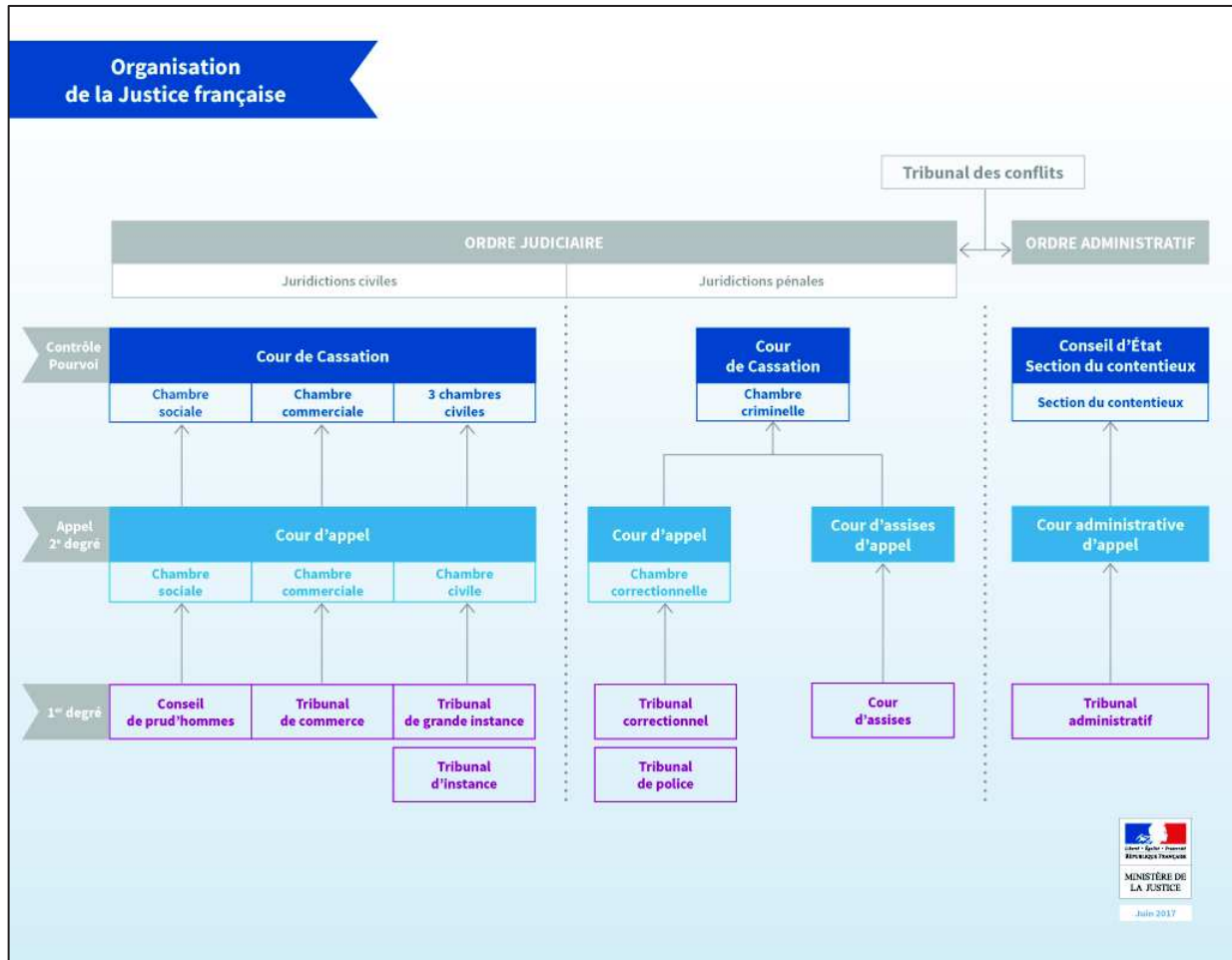
ANNEXE 2

Incapacité Totale de Travail (ITT)

DUREE ITT	QUALIFICATION PENALE	JURIDICTION	PRESCRIPTION
< 8 jours	contravention	Tribunal de police	1 an
Violences familiales	Délit	Tribunal correctionnel	3 ans
> 8 jours	Délit	Tribunal correctionnel	3 ans
Viol et autres crimes définis comme tels par la loi	Crime	Cour d'assises	10 ans et plus
Retentissement fonctionnel sur les actes de la vie courante			
LOCOMOTION marcher emprunter les escaliers courir changer de position utiliser un moyen de transport personnel ou collectif SOINS PERSONNELS se laver (le corps entier) se coiffer s'habiller et se déshabiller se nourrir aller aux toilettes continence sphinctérienne COMMUNICATION compréhension orale compréhension écrite expression orale expression écrite entendre, écouter voir VIE RELATIONNELLE présentation (esthétique) relations affectives rôle familial rapports amicaux relations sexuelles		PROFESSION - SCOLARITE travailler se rendre au travail relations professionnelles PLANIFICATION DES ACTIVITES privées et professionnelles GESTION DES AFFAIRES privées et professionnelles OCCUPATIONS MENAGERES courses repas tâches ménagères porter une charge lourde se baisser, ramasser LOISIRS ET VIE SOCIALE occupations habituelles (lecture, bricolage, TV, etc.) occupations sportives occupations diverses ENVIRONNEMENT bruit lumière froid ASSURER SES SOINS MEDICAUX ATTEINTE A L'IMAGE DE SOI	

ANNEXE 3

Organisation de la Justice en France



Premier Jugement		
Juridictions civiles	Juridictions spécialisées	Juridictions pénales
Tribunal de grande instance Litiges de plus de 10.000 euros, litiges divorce, autorité parentale, succession, filiation, immobilier, etc.	Conseil de prud'hommes Litiges entre salariés ou apprentis et employeurs portant sur le respect des contrats de travail ou d'apprentissage	Cour d'assises Crimes (infractions les plus graves) passibles de la réclusion jusqu'à la perpétuité
Tribunal d'instance Litiges de moins de 10000 euros et litiges de crédit à la consommation	Tribunal de commerce Litiges entre commerçants ou sociétés commerciales	Tribunal correctionnel Délits passibles d'emprisonnement jusqu'à 10 ans et d'autres peines (amendes, peines complémentaires, travail d'intérêt général)
Juge de proximité Petits litiges jusqu'à 4000 euros (consommation, conflit de voisinage, injonctions de payer et de faire...) A compter du 1 ^{er} juillet 2017, la juridiction de proximité est supprimée. Les tribunaux d'instance seront compétents pour connaître des litiges portant sur des sommes inférieures à 4 000 euros.	Tribunal des affaires de sécurité sociale Litiges entre les organismes de sécurité sociale et les personnes assujetties	Tribunal de police Contraventions de cinquième classe passible d'amendes. Il statue à un juge unique et siège au tribunal d'instance. A compter du 1 ^{er} juillet 2017, les contraventions seront jugées par le tribunal de police, transféré au tribunal de grande instance.
	Tribunal paritaire des baux ruraux Litiges entre propriétaires et exploitants de terre ou de bâtiments agricoles	Juge de proximité En matière pénale, les juges de proximité sont compétents pour les quatre premières classes de contraventions A compter du 1 ^{er} juillet 2017, la juridiction de proximité est supprimée. Toutes les contraventions seront jugées par le tribunal de police qui dépendra du TGI.
Juridictions pour mineurs		
Juge des enfants Prend des mesures de protection à l'égard des mineurs en danger. Juge les infractions commises par des mineurs	Tribunal pour enfants Délits commis par les mineurs. Crimes commis par les mineurs de moins de 16 ans	Cour d'assises des mineurs Crimes commis par des mineurs de plus de 16 ans



Appel
Cour d'appel Lorsqu'une ou plusieurs personnes ne sont pas satisfaites du premier jugement, elles peuvent faire appel. La Cour d'appel réexamine alors l'affaire.



Contrôle (Pourvoi)
Cour de cassation Cette juridiction ne juge pas l'affaire une troisième fois. Elle vérifie que les lois ont été correctement appliquées par les tribunaux et les cours d'appel. Il y a une Cour de cassation pour toute la République.

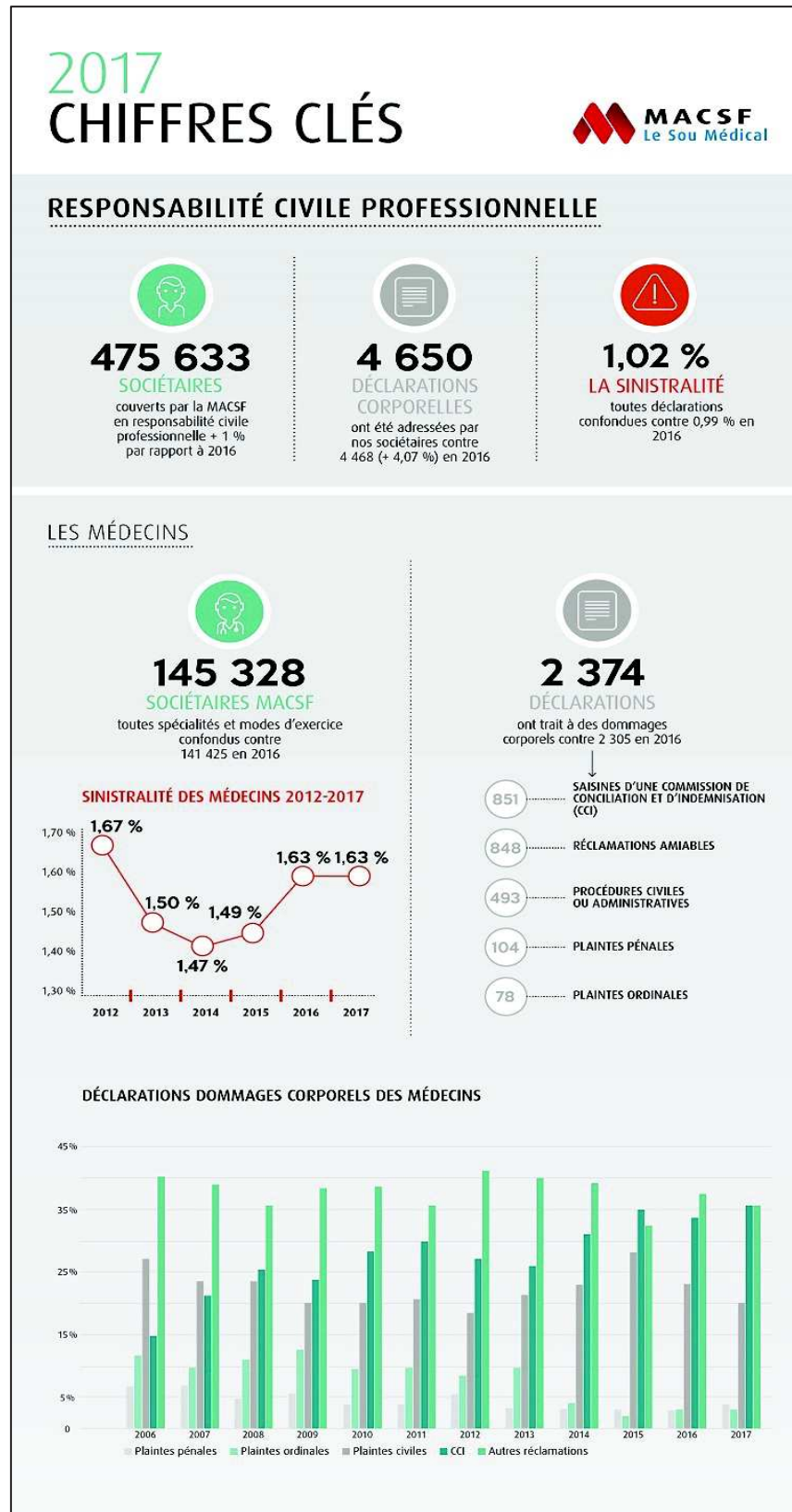
ANNEXE 4

Comparaisons des différents modèles de relation médecin-malade retenus par Emmanuel et Emmanuel (1992)

	<i>Informatif</i>	<i>Interprétatif</i>	<i>Délibératif</i>	<i>Paternaliste</i>
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir une information factuelle pertinente - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Éclaircir et interpréter les valeurs du patient utiles - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient 	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

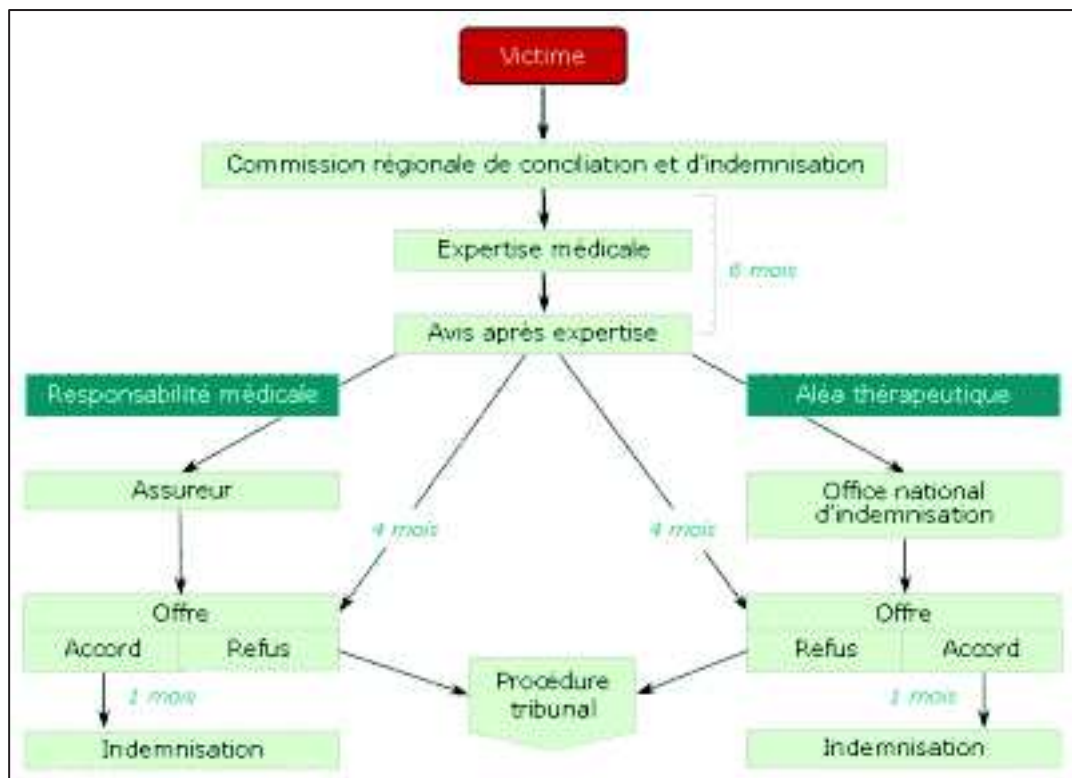
ANNEXE 5

Chiffres clés de responsabilité Professionnelle de 2017 par la MACSF.



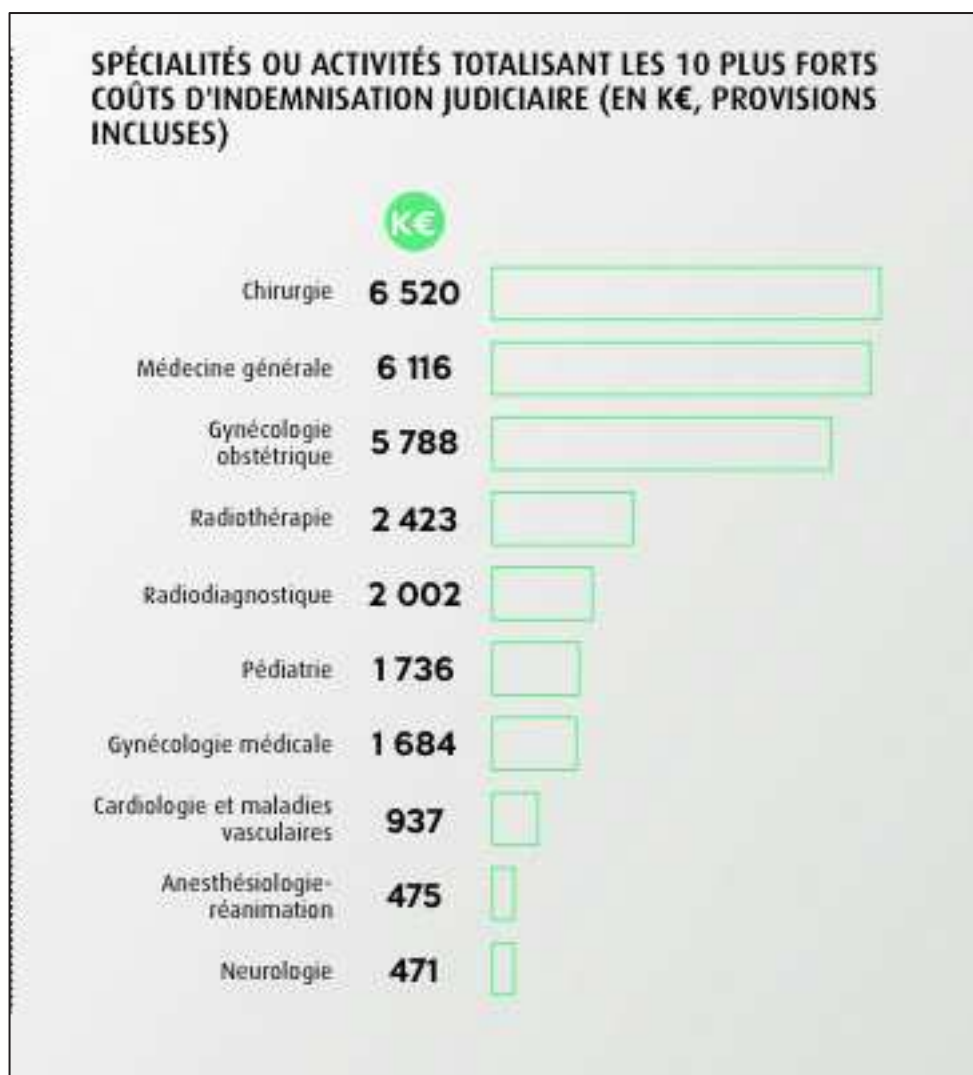
ANNEXE 6

Procédure d'indemnisation par les CCI.



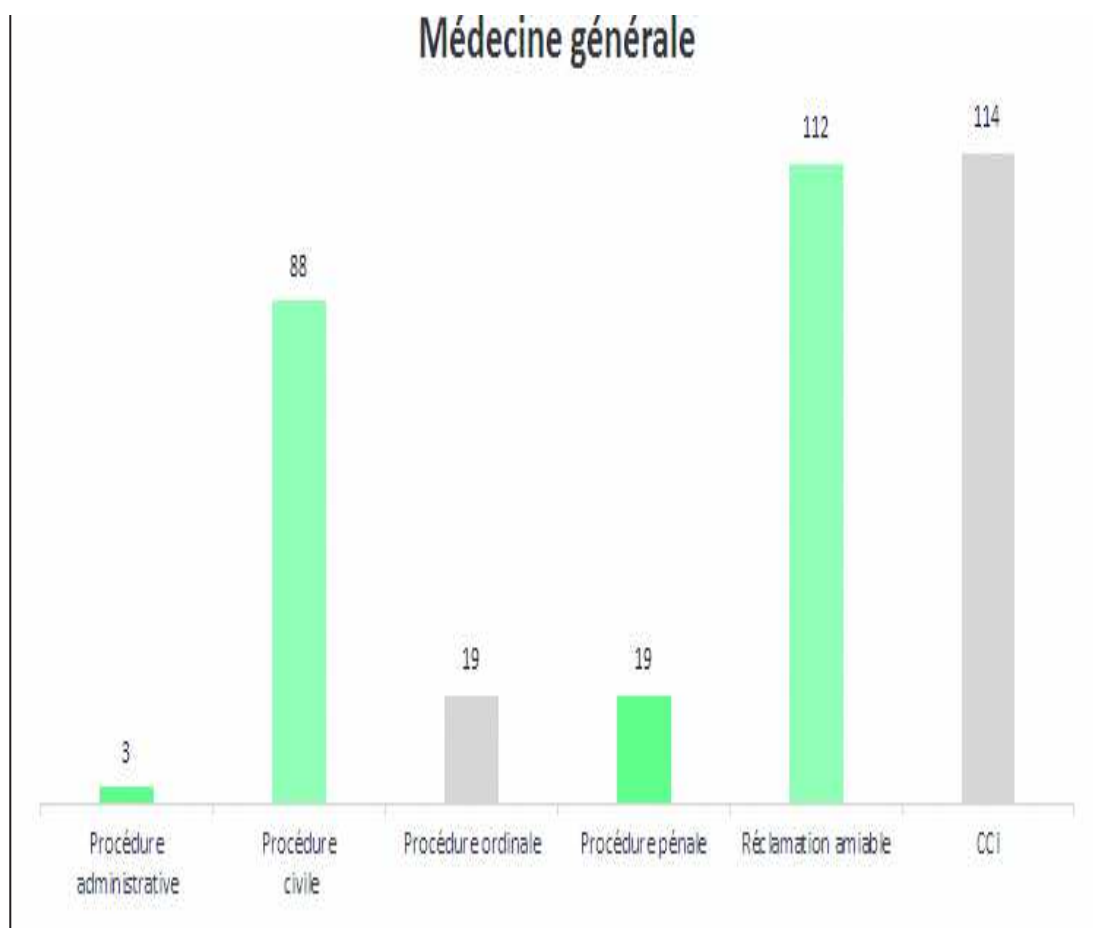
ANNEXE 7

Coûts d'indemnisation des sinistres par spécialité par la MACSF en 2017.



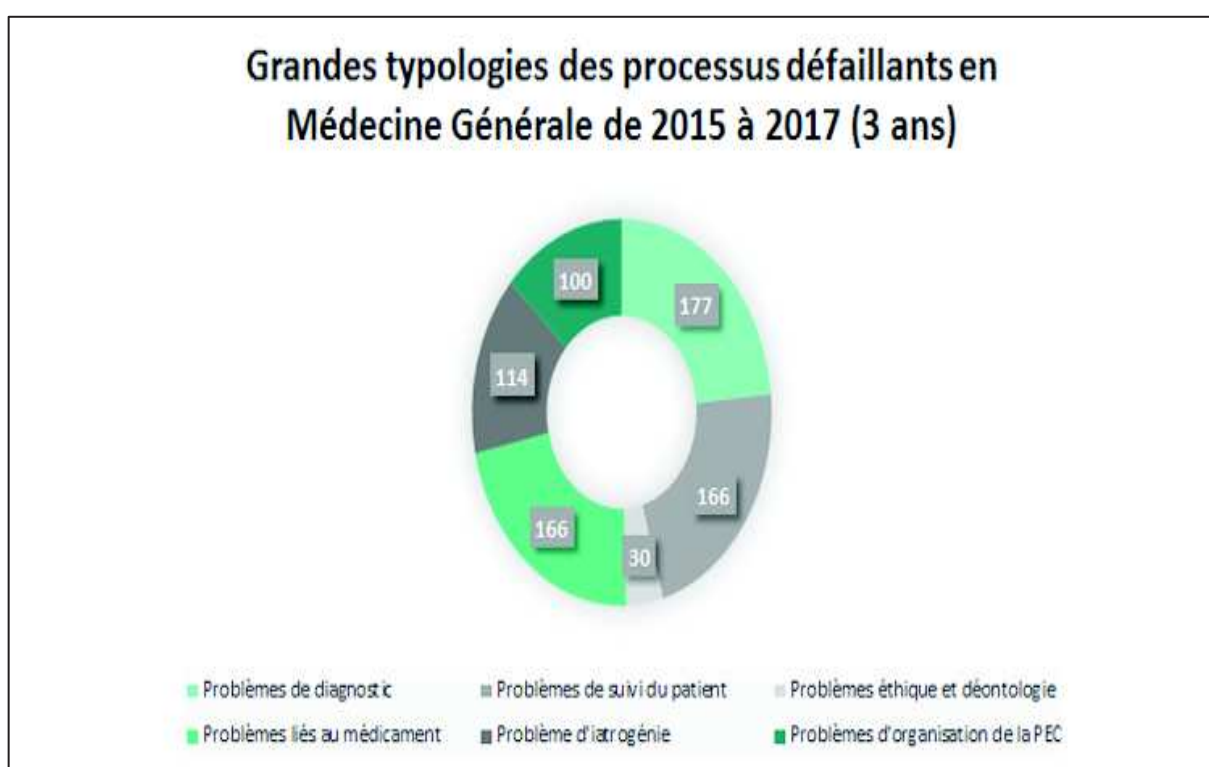
ANNEXE 8

Répartition des procédures judiciaires en médecine générale en 2017, par la MACSF.



ANNEXE 9

Processus défailants en médecine générale de 2015 à 2017 par la MACSF.



ANNEXE 11

Guide d'entretien à destination des médecins généralistes impliqués dans une procédure judiciaire

1/ préambule sur la méthode et les buts de l'étude:

Cette étude a pour objectif d'explorer le vécu et les représentations que les médecins généralistes ont des procédures judiciaires, afin de mieux comprendre la réalité de leur pratique quotidienne et les répercussions sur leur vie privée et professionnelle.

En aucun cas il n'est question de porter un jugement sur les médecins interrogés.

Ici, la méthode de recherche sera qualitative et rétrospective, plus appropriée pour l'analyse de facteurs subjectifs, et donc difficile à mesurer.

Il ne s'agit pas de recueillir des chiffres ou des données standardisées.

Les entretiens seront individuels, semi dirigés directs ou téléphoniques de 30 minutes environ avec des médecins volontaires en date et lieu de leur choix.

Les entretiens seront enregistrés sur téléphone portable, après information et accord des médecins interrogés, pour une restitution précise ultérieure manuscrite des données.

Il est important de noter que cette étude respectera un anonymat total ; les entretiens seront enregistrés, pour une restitution précise, sauf refus de votre part. Ils seront ensuite détruits immédiatement après retranscription manuscrite de ceux-ci.

Initialement, l'étude était prévue en Haute Normandie mais compte tenu du très faible taux de réponse, l'étude a été étendue à l'Ile de France.

Aucun critère d'exclusion n'a été prévu, en prévision d'un probable faible taux de réponse.

Les buts de cette étude sont multiples :

- Connaître le parcours, le vécu, le ressenti ainsi que les éventuelles modifications de la pratique des médecins (en cas de contentieux). Il ne s'agit pas de recueillir des chiffres ou des données standardisées.
- Insister sur l'intérêt des informations recueillies et sur l'absence de recherche de responsabilité dans cette étude.
- Définir les différents types d'effets indésirables en médecine ; (événement indésirable lié aux soins, événement indésirable grave, erreur médicale, erreur systémique, aléa thérapeutique).

- Lutter contre l'événement indésirable au niveau collectif : déclaration des évènements indésirables graves, analyse des cas et gestion du risque, importance de la communication, formation.

- Lutter contre l'événement indésirable au niveau personnel : information et dialogue avec le patient, importance du déroulement de la consultation (gérer son temps et son emploi du temps).

- Etablir des pistes pour construction ultérieure d'un arbre des causes propre à la médecine générale en se basant sur ceux existant dans l'industrie.

2/ Questionnaire à destination des médecins :

« Bonjour, je vous remercie de me recevoir. Je suis interne en médecine générale, actuellement remplaçante, je prépare actuellement ma thèse à Rouen. Le but est d'essayer de comprendre les difficultés que les médecins généralistes peuvent rencontrer dès lors qu'ils sont impliqués dans une procédure judiciaire. Avec votre autorisation je vais enregistrer l'entretien, qui sera bien sûr anonyme. »

a) À propos du médecin.

- âge, sexe.
- quel mode d'exercice pratiquez-vous ?
- configuration de votre cabinet: secrétariat physique ? à distance ? pas de secrétariat ?
- Y a-t-il un téléphone dans votre bureau ?
- agencement de votre bureau ? (question posée uniquement aux médecins non vus à leur cabinet)
- quelle est la durée moyenne d'une consultation (15 /20/25/30/45/60 min) ?
- Combien effectuez vous de consultations / jour ?

b) Le dysfonctionnement supposé dans le processus de soins.

Avant ces questions, la définition de la HAS a été donnée à tous les médecins « *évènement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient, et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas* ».

- Quelle réponse apportez-vous aux demandes considérées comme non justifiées venant des patients.
- Vous arrive-t-il de répondre au téléphone durant les consultations ? Pour quels motifs ? Pouvez vous en estimer la fréquence quotidienne ?
- Comment organisez vous la gestion des urgences du jour ? A quel moment de la journée les voyez vous ? Pouvez vous me donner la raison de cette organisation ?
- Tenez vous les horaires de vos consultations ? Pouvez vous estimer votre temps de retard moyen quotidien ?

- Selon vous, y a-t-il eu un évènement indésirable lors de la consultation ?

c) La procédure et son vécu.

- Quel était le motif de la plainte invoqué ?
- Comment avez-vous eu connaissance de la procédure ?
- Dans quel type de procédure avez vous été mis en cause ?
- Y-a-t-il eu appel ? Y-a-t-il eu pourvoi en Cassation ?
- Quelle a été la durée de la procédure ?
- Y a-t-il eu une expertise ?
- Quelle a été l'issue de procédure ?
- Quel était votre état d'esprit le jour de la consultation ?
- Avez vous ressenti des difficultés de communication lors de cette consultation ?
- Avez vous revu ce patient par la suite ? Quel motif pour cette nouvelle consultation ?
- Quel a été votre vécu de la procédure sur le plan personnel ? Quels sentiments avez vous ou ressentez vous encore aujourd'hui ?
- Quelles conséquences cela a eu sur le plan familial ? et votre entourage social (amis, confrère) ?
- Quelles répercussions sur vos habitudes de vie (sommeil, appétit) ? Et sur d'éventuelles addictions (médicament, tabac, alcool) ?
- Avez vous partagé cette expérience : hormis votre avocat et votre assureur, en avez vous parlé à une personne de confiance ? (famille, ami, confrère).
- Quelles conséquences sur votre exercice professionnel ? vous êtes vous formés sur le risque judiciaire depuis ?

d) Représentation des évènements indésirables et du système judiciaire.

- Avant cette procédure, aviez vous des connaissances juridiques ? Quel était votre niveau de connaissance du système judiciaire ? Et depuis la procédure ?
- Pensez vous qu'un évènement indésirable a eu lieu lors de la consultation à l'origine de la procédure ?
- De manière générale, pensez vous qu'on peut lutter contre les évènements indésirables ?
- Seriez vous intéressé par une formation sur la gestion des évènements indésirables et sur le risque de procédure ?
- Connaissez vous des organismes de soutien pour les médecins en cas de procédure judiciaire ? Si oui lesquels ?

3/ Commentaires libres du médecin, remarques complémentaires ?

4/ Remerciements pour participation à l'étude et proposition de recevoir les résultats à la fin de l'étude.

ANNEXE 12

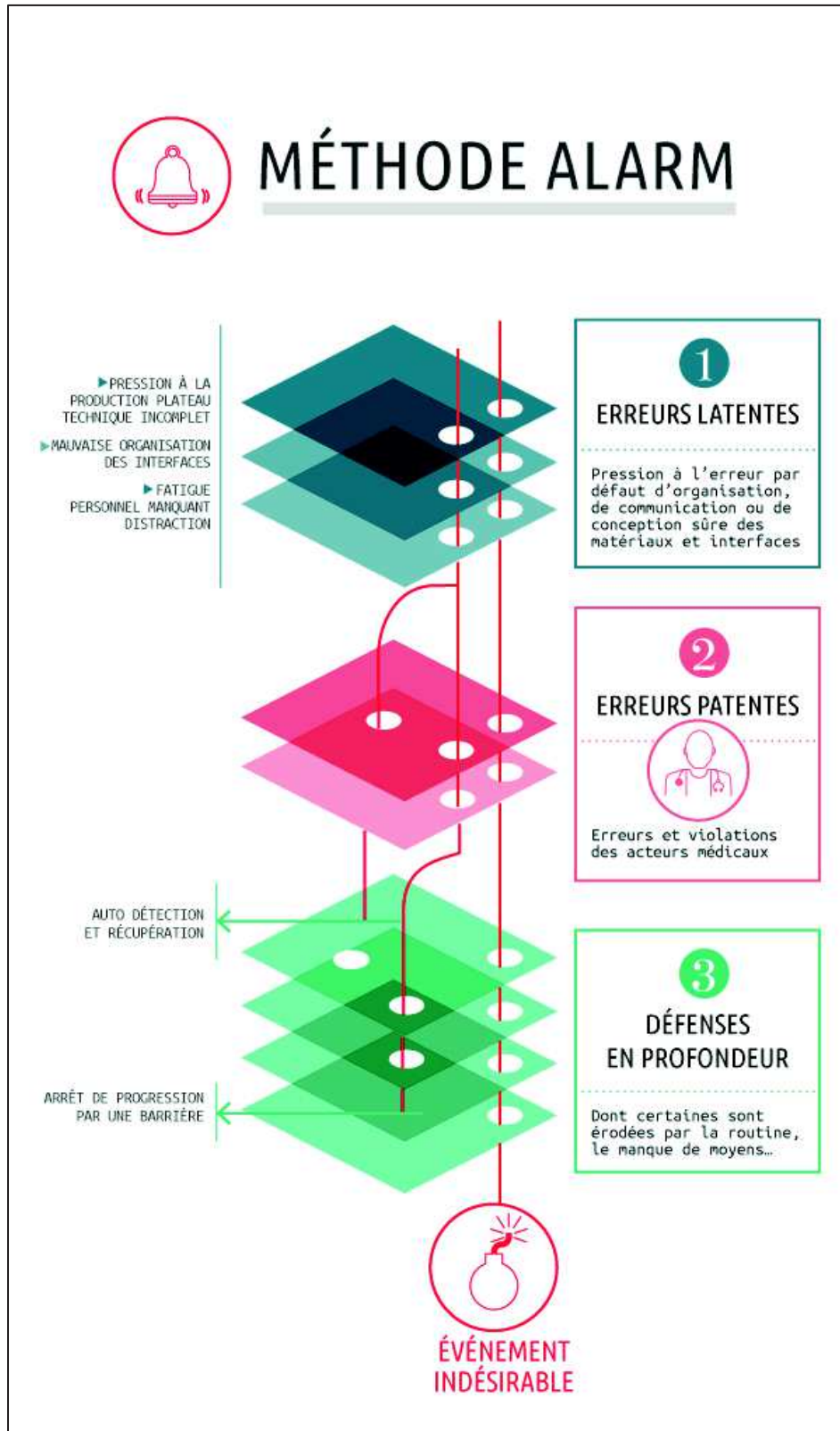
Quelques modèles de consultation proposés dans la littérature

<i>Structure de consultation</i>	<i>Etapas de la consultation ou tâches à effectuer</i>				<i>Dimensions</i>	
<i>Nom de modèle / Auteur</i>	<i>P-R-A-C-T-I-C-A-L (Larsen et al.) « Centré sur le patient »</i>	<i>Guide d'observation Calgary-Cambridge</i>	<i>Byrne and Long</i>	<i>Pendleton et al.</i>	<i>Centré sur le patient</i>	<i>BARD</i>
	1. Avant la consultation L'histoire du patient					(iii) Room : proposer un espace cohérent avec la personnalité du médecin
	2. Relation Permettre l'installation de la relation	(i) Engager la séance	(i) Installation de la relation	(vii) Installation de la relation	(v) Accroître la qualité de la relation médecin-patient	(i) Behaviour : Adopter le comportement adéquat
	3. Peurs, idées, préoccupations et attentes Dimension cognitive/affective	(ii) Recueillir l'information	(ii) Motif de consultation	(i) Motif de consultation, y compris les idées, les préoccupations et les attentes	(i) Explorer la maladie et l'expérience qu'elle fait vivre au patient	(ii) Aims : Définir les objectifs de la consultation et les prioriser
	4. Langage commun	(iii) Nouer des liens		(ii) Autres problèmes (iii) Choix de l'action en partenariat avec le patient	(ii) Comprendre tous les aspects de la personne	(iv) Dialogue : Adopter un vocabulaire compréhensible
	Résumé Exploration des croyances de santé					
	5. Traduction Du monde de la vie quotidienne au monde de la médecine Examen physique ou verbal		(iii) Examen verbal ou physique			
	6. Interaction Compréhension partagée Changement de cadre de référence Choix du patient ou du médecin	(iv) Expliquer et planifier	(iv) Examen de la situation par le médecin et le patient et (v) détail du traitement et investigations envisagées	(iv) Compréhension partagée (v) Responsabilité	(iii) Trouver un terrain d'entente pour mieux gérer le problème	
	7. Conversion en action Mise en œuvre / promotion				(vi) Etre réaliste	
	8. Vérification de l'acceptation Filet de sécurité Inscription dans la durée			(vi) Utilisation appropriée du temps et des ressources	(iv) Miser sur la prévention des maladies et la promotion de la santé	
	9. Clôture de la consultation OK? Prêt pour mon prochain patient ?	(v) Clôture de la consultation	(vi) Clôture de la consultation			

ANNEXE 13

Méthode ALARM

Différentes sources de défaillances. La distinction est faite entre les erreurs actives et les défaillances latentes. Les faiblesses ou l'inadéquation des barrières (symbolisées par un trou), peuvent être le fait de défaillances latentes et/ou d'erreurs actives (d'après Reason, 1990).








ANNEXE 14

Différents Facteurs contribuant à une défaillance.

v2	GRILLE ALARM
Facteurs contributifs par catégorie	
1. Facteurs liés au patient	
1.1 Antécédents	
1.2 Etat de santé (pathologies, co-morbidités)	
1.3 Traitements	
1.4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux	
1.5 Relations conflictuelles	
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	
2.1 Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)	
2.2 Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)	
2.3 Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)	
2.4 Définition des tâches	
2.5 Programmation, planification	
3. Facteurs liés à l'individu (soignant)	
3.1 Qualifications, compétences	
3.2 Facteurs de stress physique ou psychologique	
4. Facteurs liés à l'équipe	
4.1 Communication entre professionnels	
4.2 Communication vers le patient et son entourage	
4.3 Informations écrites (dossier patient, etc.)	
4.4 Transmissions et alertes	
4.5 Répartition des tâches	
4.6 Encadrement, supervision	
4.7 Demande de soutien ou comportement face aux incidents	
5. Facteurs liés à l'environnement de travail	
5.1 Administration	
5.2 Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)	
5.3 Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites	
5.4 Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)	
5.5 Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)	
5.6 Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)	
5.7 Charge de travail, temps de travail	
5.8 Retards, délais	
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	
6.1 Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)	
6.2 Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant	
6.3 Politique de formation continue	
6.4 Gestion de la sous-traitance	
6.5 Politique d'achat	
6.6 Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement	
6.7 Ressources financières	
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	
7.1 Politique de santé publique nationale	
7.2 Politique de santé publique régionale	
7.3 Systèmes de signalement	

ANNEXE 15

Les différents niveaux de gravité d'un événement indésirable associé aux soins (définis par la HAS)

	Niveau 1 « mineur »	L'EIAS provoque un désagrément ou une insatisfaction au patient.  Par exemple : erreur d'identification d'un patient rattrapée avant qu'on lui donne son médicament
	Niveau 2	L'EIAS impacte le patient sans mise en jeu de sa sécurité et sans interrompre sa prise en charge initiale.  Par exemple : examen réalisé mais pas à la bonne personne
	Niveau 3 « majeur »	Une prise en charge spécifique ou une surveillance accrue sont nécessaires sans pour autant interrompre la prise en charge.  Par exemple : chute d'un patient avec plaie du front nécessitant des points de suture
	A partir du niveau 4 : la prise en charge de l'EIAS prend le dessus sur la prise en charge de la pathologie initiale. La prise en charge initiale doit être reportée.	
	Niveau 4 « critique »	L'EIAS est récupéré au final avec des conséquences réversibles.  Par exemple : administration d'un mauvais médicament entraînant une détresse respiratoire et une hospitalisation
	Niveau 5 « catastrophique »	L'EIAS est difficilement récupérable. On pourra au mieux atténuer ses conséquences qui restent cependant importantes et irréversibles.  Par exemple : erreur de site chirurgical avec ablation du rein fonctionnel au lieu du rein atteint

ANNEXE 16

Guide méthodologique HAS pour la réalisation de RMM

Étape 1 : Présentation du cas (Qu'est-il arrivé ?)

Description chronologique et anonyme des faits, complète, précise et non interprétative.

Étape 2 : Recherche et identification de problèmes de soins (Comment est-ce arrivé ?)

- Quels sont les problèmes de soins rencontrés ?
- Est-ce que des éléments de la prise en charge posent question (processus défaillants, pratiques non optimales, problèmes liés aux soins, traçabilité des informations) ?

Recherche et identification du (des) problème(s) de soins rencontré(s).

Étape 3 : Recherche de causes et analyse de la récupération (Pourquoi est-ce arrivé ?)

(Approche systémique)

Quand, comment et qui a vu et compris ce qu'il se passait ? Quand, comment et qui a réagi ? Quels sont les éléments qui ont empêché, ralenti ou atténué l'évolution vers une complication ou un décès ? (ou qui ont dysfonctionné ? ou qui étaient absents ?)

Étape 4 : Synthèse et proposition d'un plan d'action. (Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?)

- Quels enseignements tirer des étapes précédentes ?
- Quelles actions mettre en œuvre ? Évitent-elles la récurrence du (des) problème(s) rencontré(s) (actions de prévention) et/ou réduisent-elles sa gravité (actions de protection) ? Quels retentissements pour les acteurs ?
- Comment le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre sont-ils assurés ?
Qu'est-ce qui a été nécessaire et suffisant pour que cela arrive ?

Pour chaque problème rencontré: recherche des causes, des facteurs favorisants ou contributifs (institutionnels, d'organisation, liés à l'environnement de travail, au fonctionnement interprofessionnel, aux procédures opérationnelles, aux individus, au patient).

Quelles interactions avec le patient ?

Analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation.

Saurons-nous si les actions mises en œuvre sont efficaces ?

Comment la communication et l'information des professionnels sont-elles réalisées ?

Mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Nota bene : on se reportera au guide méthodologique RMM (HAS, 2009) pour disposer de précisions supplémentaires concernant la méthode et de fiches techniques pour accompagner la démarche (procédure, aide pour l'analyse d'un cas, analyse systémique, fiche de suivi, critères de qualité).

ANNEXE 17

Guide sur la sécurité des soins HAS

- **Direction n° 1. Adopter des méthodes d'analyse de risques quantitatives.**

Un enjeu important est de passer d'une gestion des risques réactive abordée par les systèmes de déclaration des évènements indésirables (aux effets limités largement décrits) vers des approches proactive et préventive abordées par l'analyse systématique de processus à risques. Ceci en structurant les approches préventives au moyen de méthodes favorisant la hiérarchisation des risques identifiés et la définition des actions prioritaires à mener.

- **Direction n° 2. Mettre en œuvre une formation individuelle et collective à la gestion des risques par la technique de simulation.**

Les techniques de simulation en santé permettent la réalisation d'actions de formation initiale ou continue, voire d'évaluation de pratiques professionnelles. Elles combinent la mise en situation d'un professionnel ou d'une équipe sur la base d'un scénario préétabli (geste à risques ou gestion d'une situation à risques, capacité à agir ensemble), d'un débriefing immédiat ou différé au terme de la séance, conduit avec les participants et les formateurs. Un matériel spécifique (exemples de mannequins représentant le patient) et un enregistrement vidéo peuvent être utilisés.

- **Direction n° 3. Développer une participation accrue du patient et/ou de son entourage.**

Les efforts en matière de gestion des risques en santé n'ont pas manqué depuis 15 ans, mais le traitement a été surtout organisationnel et procédural (certification, accréditation, lois et réglementation associée sur la prise en compte et la réduction des risques), n'impliquant pas le patient directement. Depuis quelques années, la communauté médicale et de gestion des risques n'imagine plus pouvoir progresser sans une participation plus active des patients.

Mais les constats sont aussi que le chemin est particulièrement difficile pour changer la donne, du fait de multiples résistances à analyser et à bien comprendre. Quatre pistes de réflexion sont proposées ici.

- Piste 1. La participation du patient à sa propre sécurité : Le développement des actions d'éducation thérapeutique.
- Piste 2. La participation des patients à l'analyse des évènements indésirables qui reste pour le moment marginale.
- Piste 3. L'orientation du patient dans le choix des risques de son parcours de soin. L'information sur le choix de l'établissement en fonction du risque associé à un futur parcours de soin s'améliore au niveau national mais reste une cible à développer dans les établissements.
- Piste 4. La participation active du patient et/ou de son entourage immédiat dans le processus de décision médicale.

La problématique de la prise de décision partagée et plus largement du poids des préférences du patient dans la décision médicale fait l'objet d'une forte littérature internationale depuis les années 80. Les bénéfices potentiels de la participation y apparaissent multiples : amélioration de la sécurité, motivation renforcée des patients (prise en charge personnelle), diminution des litiges, amélioration des résultats objectifs de santé, amélioration du ratio coût-efficacité.

ANNEXE 18

Arbre des causes Selon l'INRS

Méthode qualitative pratique de recherche des faits ayant concouru à la survenue de la plainte. En tant que démarche systémique, elle considère l'accident comme le résultat (le symptôme) d'un dysfonctionnement dans la prise en charge. Pour comprendre la plainte, il faut donc interroger l'ensemble des composantes du système (technique, organisationnel, humain) et leurs interactions.

Objectifs :

- Sensibilisation des gens du terrain à tous les niveaux, pour traiter directement les problèmes de sécurité à l'échelon concerné dans le souci de la plus grande efficacité.
- Ouvrir le dialogue entre toutes les personnes concernées: victimes, témoins, encadrement, responsable, etc.
- Description objective de l'incident/accident, en se limitant à la recherche des faits en excluant les jugements et les prises de position subjectives.
- Effets secondaires bénéfiques tels que: Déceler des risques nouveaux, Connaître des risques inédits.

Cette méthode met ainsi en évidence la pluri-causalité des événements non souhaités.

La méthode de l'arbre des causes permet de :

- Recueillir les faits et uniquement les faits identifiés.
- Construire l'Arbre Des Causes.
- Rechercher les mesures correctives adaptées.
- Rechercher s'il existe des risques semblables dans d'autres activités.
- Proposer des mesures préventives adaptées.
- Vérifier leur application.

1/ Recueil des faits

Il doit tenir compte de certaines considérations :

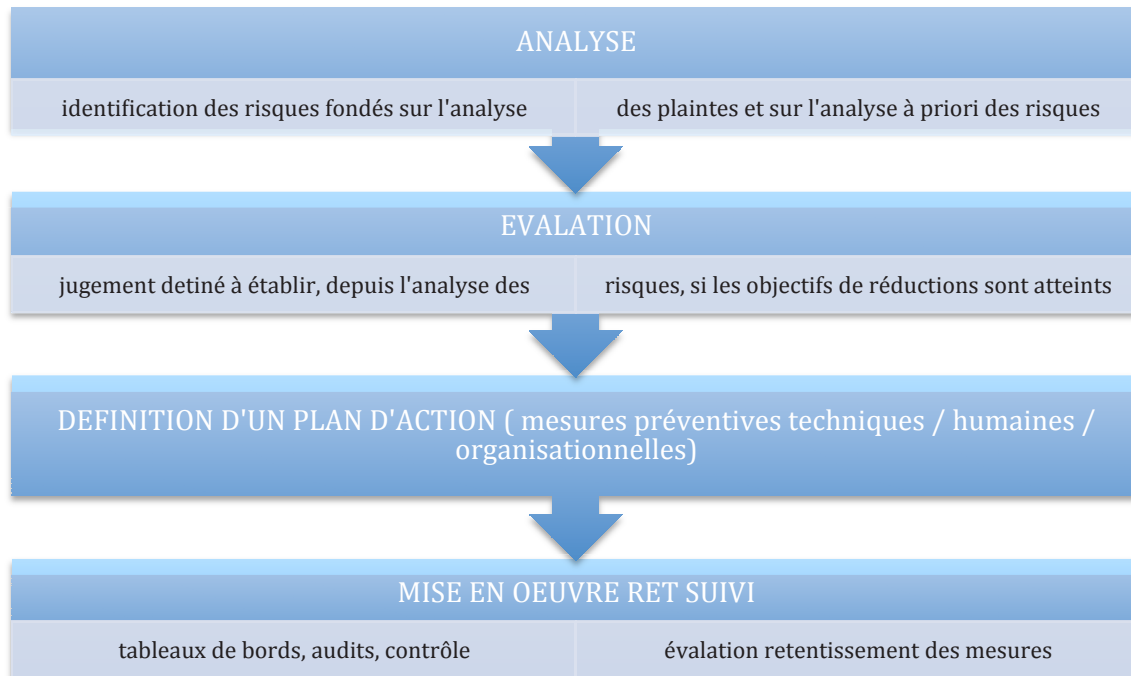
- Il est rare que la/les victimes puissent faire une description objective des événements,
- On ne rencontre que rarement des témoins ayant réellement vu se dérouler les événements conduisant à l'incident/accident,
- Certains acteurs s'abstiennent de toutes déclarations afin d'éviter des sanctions, alors qu'ils détiennent des éléments importants

Recueil méthodique, ne pas retenir de faits ou de situations non vérifiés ou inexpliqués:

- Description des lieux, noter les situations à risque: Eloignement physique, téléphone qui sonne, ordinateur masquant la vue du patient...;
- Qui sont la/les victimes? ;
- Quelle a été la chronologie des actions ayant précédé la plainte?
- Que c'est-il passé après l'erreur?
- Quels sont les faits ou les circonstances inhabituels, survenus avant et /ou au moment de la consultation ?

- De quelles informations disposait la victime ? : Procédures, Recommandations, effets indésirables,
- Le matériel utilisé était il conforme aux règles et normes de sécurité et d'hygiène ?

2/ Les étapes clés d'une démarche de prévention



3/ critères de choix des mesures de prévention

- La mesure de prévention est elle conforme à la réglementation ?
- Est elle stable dans le temps ?
- Est elle facilement intégrable dans le travail quotidien ?
- N'entraîne-t-elle pas de déplacement du risque ou l'apparition de nouveaux risques ?
- Quelle est la portée de la mesure ?
- Permet elle d'agir sur les causes profondes ?
- Quels sont les délais d'applications de cette mesure ?

4/ facteurs de risque potentiels de plainte

- le médecin : manque de formation, défaut de communication
- la consultation : motif inhabituel, diagnostic rare, retard dans emploi du temps...
- le matériel : matériel inadapté ou manquant, médicament hors AMM...
- le milieu : manque de calme, manque de proximité...

ANNEXE 19

Caractéristiques d'un système de déclaration d'EIAS efficient.

CARACTERISTIQUES	ELEMENTS COUVERTS
Non punitif- non sanctionnant	Le déclarant est assuré de l'absence de représailles consécutives à sa déclaration.
Confidentiel ou anonyme	Les identités du déclarant, du patient, de l'établissement, des protagonistes en général ne sont jamais révélées.
Indépendant	Le système ne dépend d'aucune autorité pouvant prendre des sanctions ou toutes mesures disciplinaires.
Expertise de l'analyse	Les EIAS déclarés sont évalués par des personnes expertes, qui comprennent tout autant les circonstances cliniques que le contexte de survenue. Elles savent rechercher les causes profondes d'EIAS.
Rapidité de traitement et de retour d'expérience (REX)	Les EIAS déclarés sont rapidement traités, des recommandations ciblant des changements sécurisés sont rapidement diffusées, aux bons acteurs.
Approche systémique	Les recommandations ou mesures correctives visent à limiter le risque de nouvelle survenue d'un EIAS, elles ciblent les systèmes, les processus de soins, etc. plutôt que les performances humaines.
Réactivité	Le système de déclaration est capable de recevoir et de traiter des déclarations d'EIAS rapidement. Les acteurs ou structures auxquels sont diffusées les recommandations les appliquent avec célérité.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

REPRÉSENTATION ET VÉCU DES PROCÉDURES JUDICIAIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Introduction : Le nombre de procédures judiciaires en France contre les médecins généralistes ne cesse de croître ces vingt dernières années, qu'elles soient civiles, administratives, pénales ou ordinales.

Objectif : Exploration du vécu personnel des médecins généralistes mis en cause dans une procédure judiciaire, mais aussi du retentissement professionnel et du niveau de connaissances des médecins sur la gestion du risque d'évènements indésirables et du système judiciaire.

Méthode : Entretiens individuels, semi dirigés et anonymes avec dix médecins volontaires exerçant en Haute Normandie et en Ile de France. Le recrutement s'est fait de proche en proche. L'analyse a été faite par méthode qualitative et rétrospective après retranscription verbatim des données.

Résultats : Les dix médecins interrogés se sont tous sentis isolés et ont tous présenté des sentiments très forts de colère, de peur, de honte, mais aussi de tristesse, allant parfois jusqu'au syndrome dépressif.

Suite à leur mise en cause dans une procédure, les médecins pratiquent une médecine défensive, qui peut avoir des conséquences délétères pour le malade.

La connaissance du système judiciaire et de la gestion des évènements indésirables est insuffisante.

Conclusion : Prévenir les procédures judiciaires passe par la réduction du risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins ; les systèmes de lutte et la formation sur la gestion du risque sont à développer à l'échelle collective et personnelle.

Le développement de structures de soutien psychologique et juridiques dédiées aux médecins est un point essentiel pour rompre l'isolement des médecins et améliorer leur vécu en cas de mise en cause dans une procédure judiciaire.

MOTS CLES : Médecin Généraliste, Etude qualitative, Erreur Médicale, Défense des patients, Contestation et Conflits, Evènement indésirable associé aux soins, Médecine défensive, Relation Médecin Malade.

Introduction: The number of judicial proceedings in France against general practitioners has been growing steadily over the last twenty years, whether civil, administrative, criminal or ordinal.

Objective: Exploration of the personal experience of general practitioners involved in legal proceedings, but also the professional impact and the level of knowledge of doctors in the management of the risk of adverse events and the judicial system.

Method: Individual, semi-directed and anonymous interviews with ten volunteer doctors practicing in Upper Normandy and Ile de France. The recruitment was done step by step. The analysis was done by qualitative and retrospective method after verbatim transcription of the data.

Results: The ten doctors interviewed all felt isolated and all showed very strong feeling of anger, fear, shame, but also sadness, sometimes going as far as depressive syndrome. Following their involving in a procedure, doctors practice a defensive medicine, which can have deleterious consequences for the patient.

Knowledge of the judicial system and management of adverse events is insufficient.

Conclusion: Preventing legal procedures involves reducing the risk of adverse events associated with care; control systems and training on management risk are to be developed at the collective and personal scale. The development of psychological and legal support structures dedicated to physicians is an essential point to break the doctor's isolation and improve their experience when involved in a legal proceeding.

KEY WORDS: General practitioner, Qualitative work, Medical Error, Patient advocacy, Dissent and Disputes, Adverse patient event, Defensive medicine, Doctor-Patient relationship.

