



HAL
open science

Les connaissances des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'une victime d'un dommage lié aux soins

Harmony Lefeuvre

► **To cite this version:**

Harmony Lefeuvre. Les connaissances des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'une victime d'un dommage lié aux soins. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02555720

HAL Id: dumas-02555720

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02555720>

Submitted on 27 Apr 2020

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.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Harmony LEFEUVRE

Née le 25 juin 1990 à Rennes

**Les connaissances
des médecins
généralistes d'Ille-et-
Vilaine sur les
mécanismes de
réparation et
d'indemnisation
d'une victime d'un
dommage lié aux
soins.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 18 janvier 2019**

devant le jury composé de :

Pr Mariannick LE GUEUT

PU-PH CHU de Rennes / *président du jury*

Pr Patrick JEGO

PU-PH CHU de Rennes / *examineur*

Pr Franck JEGOUX

PU-PH CHU de Rennes / *examineur*

Pr Françoise TATTEVIN

PA DMG Rennes / *examineur*

Dr Jean-Philippe DUGUEY

Médecin généraliste à Saint-Malo / *directeur de
thèse*

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine péri-opératoire
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités Émérite	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités Émérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur Associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités Émérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine péri-opératoire
EDAN Gilles Consultant	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Émérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Émérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine péri-opératoire
MENER Eric Professeur Associé	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive

MICHELET Christian Professeur des Universités Émérite	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent Professeur Associé	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier Professeur Associé	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand Professeur Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine péri-opératoire
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis Professeur Associé	Thérapeutique; médecine de la douleur; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Médecine intensive- réanimation
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise Professeur Associé	Médecine générale
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine péri-opératoire

Maîtres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel Maître de Conférence Associé	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie ; transfusion
ANSELMY Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
BROCHARD Charlène	Physiologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie Maître de Conférence Associé	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure Maître de Conférence Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT Isabelle	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoît	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique

KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL Vanessa Maître de Conférence Associé	Médecine générale
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MICHEL Laure	Neurologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique-médecine de la douleur; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric Maître de Conférence Associé	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU Marie	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	Philosophie

Remerciements

A Madame le Professeur Mariannick Le Gueut,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, veuillez recevoir mes profonds respects.

A Monsieur le Professeur Patrick Jego,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, veuillez recevoir mes sincères remerciements et toute ma gratitude.

A monsieur le Professeur Franck Jegoux,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, veuillez recevoir mes sincères remerciements et ma plus grande reconnaissance.

A madame le Professeur Françoise Tattevin,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, vous représentez ici notre discipline qu'est la médecine générale, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

Au Docteur Jean-Philippe Duguey,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, merci pour ta bienveillance, ton soutien et tes précieux conseils. Je te remercie également pour ces six mois de stage passer à tes côtés à apprendre ce qu'est la médecine générale. Sois assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

Je remercie également l'ensemble des médecins et paramédicaux que j'ai pu rencontrer au cours de mon internat, merci pour votre formation et vos conseils.

A ma mère,

Merci pour ton amour, ton dévouement, ton soutien à toute épreuve ainsi que pour m'avoir permis de faire ce si beau métier.

Aux frangins, Aurélien et Bilitis et leurs moitiés respectives Laura et Damien,

Merci d'être vous, de m'épauler à chaque instant, merci de m'avoir offert le couvert lorsque mon frigo était vide.

Au reste de ma famille :

A tonton Christian et tata Sylvie, aux cousins Steeven et Jimmy, à Lindy,

A Géraldine et ses filles,

A ma marraine,

Merci pour votre présence à mes côtés.

A mes amis de fac (ou pas),

Benjamin, Coline, Elodie, Marina, Pauline, Tiphaine et Valentin <3 <3 <3

Vous êtes ma joie de vivre, des amis de toute épreuve, un soutien inconditionnel.

A mes comparses de voyage, Julie, Lise et Pauline.

A mes supers co-internes, comparses de stages et de gardes

Mes premières rencontres et pas des moindres : Claire, Ellie, Julie et Pauline, merci pour votre présence depuis ce premier stage d'interne,

Aux internes de Gériatrie,

A ceux de Pontivy, à Kério,

A la team Broussais,

Cet internat m'a permis de faire de belles rencontres, je suis ravie d'avoir croisé votre chemin.

A mes êtres chers partis trop tôt...

Table des matières

I. INTRODUCTION	12
A) Avant-propos	12
1) Un peu d'Histoire	12
2) Vers une judiciarisation de la médecine, mythe ou réalité.....	13
B) Délimitation du sujet.....	14
C) Intérêt de la recherche et questionnement.....	14
II. MATERIEL ET METHODE.....	15
A) Choix méthodologique	15
B) Population étudiée	15
C) Méthode de recueil.....	15
D) Recueil des données.....	15
E) Analyse statistique.....	16
III. RESULTATS	16
A) Effectif.....	16
B) Analyse descriptive.....	17
1) Formation des médecins.....	17
2) Confrontation au sujet	17
3) Ressenti des médecins.....	18
4) Les connaissances des médecins généralistes	18
a) Sur les différentes procédures	18
b) Sur les CCI et l'ONIAM.....	21
5) Auto-évaluation de leurs connaissances	24
6) Intérêt pour une formation	25
IV. DISCUSSION.....	25
A) Principaux résultats	25
1) Formation des médecins.....	25
2) Confrontation au sujet.....	26
3) Ressenti des médecins.....	27
a) Sur leur compétence	27
b) Sur leur formation	27
c) Sur la crainte d'une procédure	27
d) Sur le rôle du médecin généraliste	28

4) Connaissances des médecins généralistes	28
a) Sur les différentes procédures	28
b) Sur les CCI.....	28
c) Sur l'ONIAM.....	29
5) Auto-évaluation de leurs connaissances.....	29
6) Intérêt pour une formation	29
B) Forces et limites de l'étude.....	30
1) Forces	30
2) Limites	30
C) Perspectives.....	31
V. CONCLUSION.....	32
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	33
VII. GLOSSAIRE.....	36
VIII. ANNEXES	37
Annexe 1 : Rapport annuel de la MACSF de 2016.....	37
Annexe 2 : Questionnaire diffusé.....	37

I. Introduction

A) Avant-propos

Un grand professeur de la faculté de médecine de Rennes nous a dit lors de l'introduction de son cours de l'Histoire de la criminologie que "c'est lorsque le droit interroge la médecine que la médecine légale apparait". Cette phrase résume bien l'avant-propos de la responsabilité médicale.

Rappelons que le premier principe du médecin est "Primum non nocere".

D'après le rapport annuel sur le risque médical de la MACSF de 2016 (Annexe 1), le taux de sinistralité tout médecin confondu est de 0,99% (contre 0,91% en 2015). La médecine générale est la deuxième spécialité la plus mise en cause. 2305 déclarations ont trait à des dommages corporels (1).

1) Un peu d'Histoire

La responsabilité médicale est une notion ancienne qui a évolué parallèlement avec la société et l'avancée scientifique. C'est au XVIII^e siècle avant JC en Mésopotamie, qu'apparaissent les prémices de la déontologie médicale avec le Code d'Hammurabi (2). Le corps médical a longtemps bénéficié d'une certaine impunité. Au XVII^e siècle, Molière, dans ses pièces de théâtre, se moque de cette impunité. En 1810, le Code civil prévoit un régime de responsabilité que l'on retrouve dans l'article 1240 du Code civil, ancien article 1382 : "tout fait quelconque de l'Homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer" (3). Dans ce régime de responsabilité, il faut qu'il y ait un fait, ayant entraîné un dommage et qui peut être imputé à un responsable.

En matière médicale, jusqu'au début du XIX^e siècle, la pratique médicale bénéficiait d'une certaine irresponsabilité médicale.

La responsabilité médicale est marquée par une évolution jurisprudentielle notamment avec les affaires Hélié (1825), Thouret-Noroy (1835) et Laporte (1893) (4) (5). A cette période, nous sommes dans une responsabilité civile délictuelle fondée sur les articles 1382 (3) et 1383 (6) du Code civil (nouvellement 1240 et 1241). En 1936, on assiste à un réel bouleversement en matière de responsabilité médicale avec l'affaire Mercier. « *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 quelconques mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science* ». L'obligation de soins naît d'un contrat entre le

médecin et le patient. Le médecin est tenu à une obligation de moyens et non de résultats car il existe un aléa à la pratique de l'acte médical. Le médecin n'a pas obligation de guérir son patient mais il doit tout mettre en œuvre pour y parvenir. La faute du médecin à l'origine d'une violation de l'obligation de moyens est "une erreur que n'aurait pas commise un médecin diligent, consciencieux, agissant dans les règles de l'art".

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 ou loi Kouchner relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé (7) a été à l'origine d'un grand bouleversement dans les droits des patients. La relation médecin-patient est passée d'un modèle paternaliste à un modèle autonomiste (8). Le patient autrefois passif, est devenu un acteur à part entière de sa prise en charge. Il a le droit à une information claire, loyale et appropriée et c'est au médecin d'apporter la preuve de l'information, par tous les moyens. La médecine évolue et devient de plus en plus technique. Les demandes des patients sont, elles, grandissantes. De plus, plusieurs crises sanitaires telle que l'affaire du sang contaminé ont engendré une crise de confiance à l'égard du système de santé à l'origine d'une augmentation de la recherche de la responsabilité médicale. L'erreur médicale n'est plus tolérée. Les patients s'estimant victimes d'un dommage lié aux soins se tournent alors vers la justice à l'instar de ce qui se passe en Outre-Atlantique. On assiste à un phénomène de judiciarisation de la médecine.

2) Vers une judiciarisation de la médecine, mythe ou réalité

La judiciarisation de la médecine est un terme qui désigne l'irruption du juridique dans le médical en recherchant une mise en cause possible de la responsabilité médicale en cas de dommage subi par un patient. La judiciarisation de la médecine est un réel problème social qui pèse sur les professionnels de santé avec la menace d'une mise en cause judiciaire. Le risque médico-légal est bel et bien présent dans le corps médical (9). Cependant, il faut nuancer ce propos car ce terme est principalement utilisé par les assurances. Le taux de sinistralité est une notion de gestion du risque et d'assurance, c'est un ratio financier pour les assurances entre le montant des sinistres à dédommager et celui des primes encaissées. La sinistralité est définie par le nombre d'accidents corporels déclarés par an et pour cent sociétaires. Ce taux s'est révélé relativement stable ces dernières années. Ce phénomène de judiciarisation est surtout le fruit d'une médiatisation des affaires sanitaires.

Force est de constater que la pratique de la médecine tend vers une pratique défensive basée sur la prescription d'actes médicaux parfois non nécessaires afin de se prémunir d'un éventuel contentieux (10), d'autant plus fréquent chez les jeunes médecins car ils ne bénéficient pas de l'expérience de leurs pairs (11). Cette pratique est également plus marquée chez les médecins ayant déjà subi une procédure judiciaire (12).

B) Délimitation du sujet

En matière médicale, il convient de distinguer la responsabilité judiciaire de la responsabilité ordinale. La responsabilité ordinale ou disciplinaire est mise en jeu quand un médecin a transgressé les règles déontologiques. Elle est sous la gouvernance de l'Ordre des médecins auquel le médecin est rattaché selon son lieu d'exercice. La responsabilité judiciaire intervient quand un médecin a transgressé la loi, on distingue trois types de responsabilité judiciaire : la responsabilité civile, la responsabilité pénale et la responsabilité administrative. Notons que la responsabilité morale que le médecin s'impose à lui-même est parfois plus sévère. La mise en cause de la responsabilité médicale d'un médecin, même dédouané, est souvent source de souffrance, d'un changement dans ses pratiques ainsi qu'une modification dans sa relation médecin-patient, qui se dégrade (12).

Quand un patient s'estime victime d'un dommage lié aux soins, plusieurs possibilités s'offrent à lui selon le but recherché : une sanction ou une indemnisation. S'il souhaite obtenir une sanction à l'encontre du médecin il peut engager sa responsabilité pénale ou sa responsabilité disciplinaire. A contrario, s'il souhaite obtenir une indemnisation, il peut engager une procédure amiable, nouvellement créée par la loi du 4 mars 2002, auprès des commissions de conciliation et d'indemnisation ou CCI. Il peut également engager une action en mettant en cause la responsabilité civile du médecin. S'il s'agit d'un médecin employé d'un établissement public de santé, c'est la responsabilité de l'hôpital qui est engagée avec la procédure administrative.

La loi du 4 mars 2002 a également créé l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux ou ONIAM, il permet la réparation des préjudices du patient, au titre de la solidarité nationale en cas d'accident médical, d'affections iatrogènes ou d'infection nosocomiale.

Lorsqu'elle est saisie par un patient, la CCI a six mois pour donner son avis sur les causes, les circonstances, la nature et l'étendue du préjudice. Elle détermine également le régime d'indemnisation : soit l'assurance du responsable, soit l'ONIAM.

C) Intérêt de la recherche et questionnement

A l'heure où le cadre juridique est en faveur de la réparation du préjudice des victimes, il est intéressant de se pencher sur la formation des médecins notamment généralistes car ce sont le plus souvent les premiers acteurs du parcours de soin. Ainsi, cette étude présente un intérêt de part l'abord médico-légal qui est peu enseigné au sein des facultés et peu étudié dans le cadre du travail de thèse. Plusieurs travaux de thèses ont porté sur le contentieux en médecine générale et son ressenti mais peu de travaux se sont penchés sur la formation des médecins.

Dans son rapport adopté en juin 2001, la Commission nationale permanente de l'Ordre des médecins préconisait que "tout médecin devra s'investir dans une formation et une initiation juridique

indispensable qu'il redoute parce qu'il la méconnaît"(13). L'objectif principal est de dresser un état des lieux des connaissances des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'une victime d'un dommage lié aux soins. Les objectifs secondaires visent à savoir si les médecins généralistes se sentent à l'aise dans ce domaine et suffisamment armés pour y faire face, ainsi que d'évaluer l'investissement des médecins dans une formation et une initiation juridique et leur intérêt quant à une formation médico-légale, notamment sur la réparation du dommage corporel.

II. Matériel et méthode

A) Choix méthodologique

Une étude quantitative, prospective, descriptive a été réalisée. Ce choix a été pris par la volonté d'être le plus exhaustif possible.

B) Population étudiée

Les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, installés ou remplaçants, ayant accepté auprès de l'Ordre départemental des médecins de recevoir des questionnaires de thèse.

C) Méthode de recueil

La population étudiée a été touchée via un questionnaire électronique, anonyme, entre le 14 mars 2018 et le 23 avril 2018. Ce questionnaire a été élaboré afin de répondre au mieux à la question de recherche (Annexe 2). Il a été établi avec le logiciel Limesurvey et comprenait 26 questions. Dans un premier temps ont été recueillies les données démographiques de la population cible ainsi que leur éventuel lien avec une formation médico-légale. Dans un second temps, nous nous sommes plus particulièrement intéressés à leurs connaissances sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'un dommage lié aux soins et à leurs attentes quand au développement de formation sur le thème du droit et de la médecine. Le questionnaire comprenait des questions ouvertes, des questions à choix unique ainsi que des questions à choix multiples.

D) Recueil des données

Un mail a été envoyé à 805 médecins les invitant à participer au questionnaire de thèse. Une relance a été réalisée quinze jours après devant un nombre insuffisant de réponses. Au total, 137 réponses ont été obtenues, il y a eu 17 réponses incomplètes et 120 réponses complètes.

E) Analyse statistique

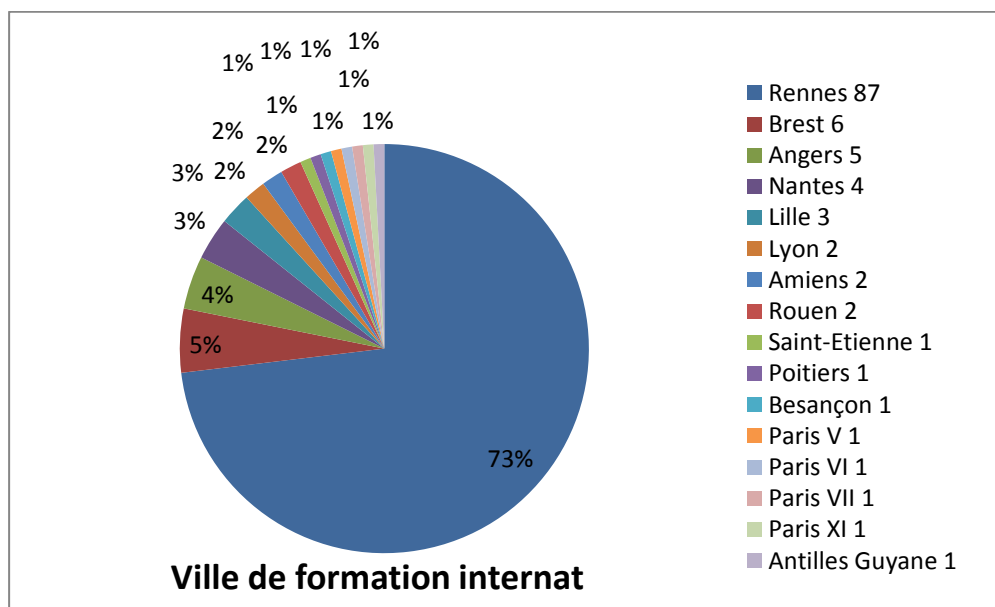
Seules les réponses complètes ont été analysées. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Excel. Il s'agissait d'analyse descriptive. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne et écart-type pour les variables continues, et avec la médiane et les espaces inter quartiles pour les variables discontinues. Les variables qualitatives étaient exprimées en effectif et pourcentage.

III. Résultats

A) Effectif

Le taux de réponse complète était de 14,9%.L'échantillon comprenait 62% de femmes (n=74) et 38% d'hommes (n=46). La médiane de l'année d'obtention de la thèse était 2012 avec un premier quartile à 2003 et un troisième quartile à 2015. Le minima était 1975 et le maxima 2017. La distribution de l'effectif ne suivant pas une loi normale, nous n'avons donc pas utilisée la moyenne concernant l'année d'obtention du doctorat. Parmi les réponses, 73% des médecins avaient réalisé leur internat à Rennes (n=87).

Figure 1 : Représentation de l'effectif selon la ville de formation pour l'internat

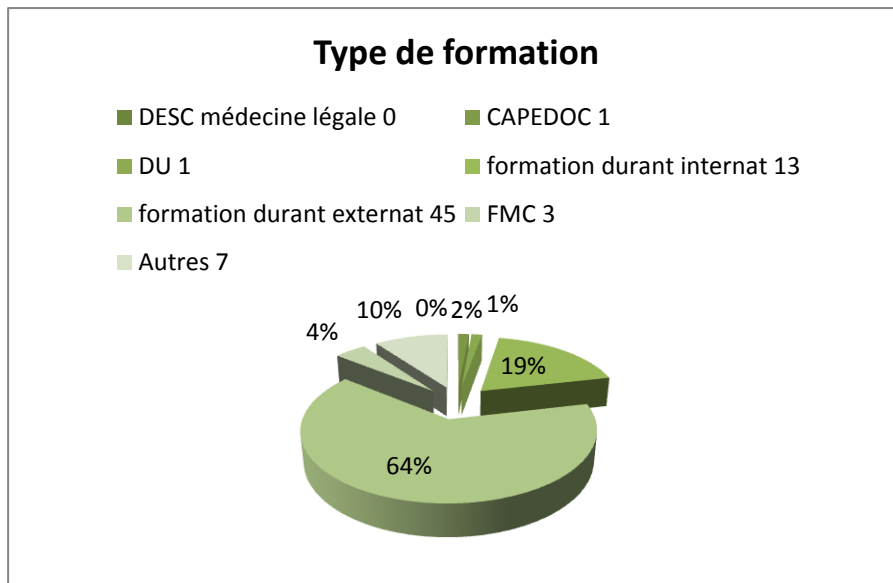


B) Analyse descriptive

1) Formation des médecins

Plus de la moitié de l'effectif déclare ne pas avoir reçu de formation médico-légale (55,83%, n=67). Parmi les médecins ayant reçu une formation, pour 64% d'entre eux, ce fut au cours de l'externat qu'elle a avait eu lieu (n=45).

Figure 2: Représentation de l'effectif selon le type de formation



2) Confrontation au sujet

39% (n=47) des interrogés ont affirmé avoir été confronté à un patient victime d'un dommage lié aux soins.

Tableau 1 : Confrontation au sujet

Variable	Global
Confrontation à un patient victime d'un dommage lié aux soins	120
Oui	47 (39%)
En tant que mis en cause	8 (6,7%)
En tant que conseillé pour le patient	21 (17,5%)
Autres	18 (15%)
Non	72 (60%)
Sans réponse	1

Variables qualitatives : effectif total (NA) - effectif (%) pour chaque modalité

3) Ressenti des médecins

89% des médecins ne se sentaient pas à l'aise avec ce sujet ; 91% ne se sentaient pas assez formés mais 82% pensaient que le médecin généraliste avait un rôle dans l'accompagnement de son patient. La crainte d'une procédure était ressentie par 71% des médecins.

Tableau 2 : Ressenti des médecins

Variable	Global
Compétence des médecins : Se sentent à l'aise Ne se sentent pas à l'aise Sans réponse	120 7 (6%) 107 (89%) 6 (5%)
Formation des médecins : Se sentent assez formés Ne se sentent pas assez formés Sans réponse	120 7 (6%) 109 (91%) 4 (3%)
Crainte d'une procédure : Oui Non Sans réponse	120 85 (71%) 29 (24%) 6 (5%)
Rôle dans l'accompagnement en tant que médecin généraliste Oui Non Sans réponse	120 98 (82%) 7 (6%) 15 (13%)

Variables qualitatives : effectif total (NA) - effectif (%) pour chaque modalité

4) Les connaissances des médecins généralistes

a) Sur les différentes procédures

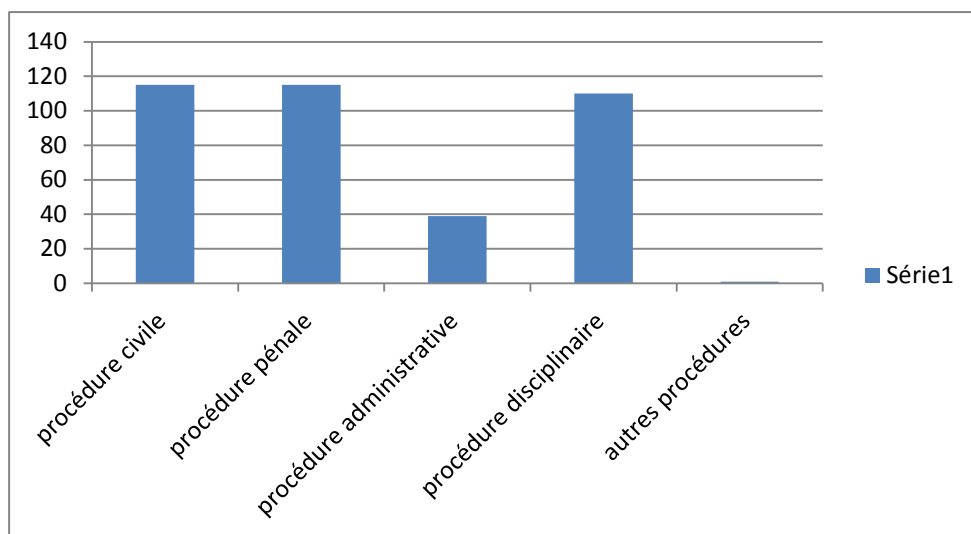
Les procédures possibles à l'encontre d'un médecin généraliste étaient connues pour 59%, il s'agissait des procédures civiles, pénales et disciplinaires. La possibilité d'une coexistence de ces procédures était connue à 85%. Les finalités de sanction ou d'indemnisation étaient également bien connues des médecins avec respectivement : une finalité d'indemnisation pour les procédures civiles (88%), de sanction pour les procédures pénales (67%) et disciplinaires (84%). Seulement un peu plus d'un tiers des médecins (35%) connaissaient la procédure actuellement la plus utilisée, c'est-à-dire la procédure amiable des CCI.

Tableau 3 : Connaissances des médecins sur les procédures

Variable	Global
Procédures possibles à l'encontre d'un médecin généraliste	120 (100%)
Oui (effectif avec la bonne combinaison soit 5 bonnes réponses)	71 (59%)
Non (effectif selon le nombre de bonne réponses)	49 (41%)
4 bonnes réponses	39 (33%)
3 bonnes réponses	9 (8%)
2 bonnes réponses	1
Coexistence possible des procédures civiles, pénales et disciplinaire	120 (100%)
Effectif des bonnes réponses	103 (85%)
Effectif des mauvaises réponses	5 (4%)
Effectif sans réponse	12 (10%)
Procédure civile : but indemnisation	120 (100%)
Effectif bonne réponse	105 (88%)
Effectif mauvaise réponse	15 (13%)
Procédure pénale : but sanction	120 (100%)
Effectif bonne réponse	80 (67%)
Effectif mauvaise réponse	40 (33%)
Procédure disciplinaire: but sanction	120 (100%)
Effectif bonne réponse	101 (84%)
Effectif mauvaise réponse	19 (16%)
Procédure actuellement la plus utilisée : procédure amiable	120 (100%)
Effectif bonne réponse	42 (35%)
Effectif mauvaise réponse	78 (65%)

Variables qualitatives : effectif total (NA) - effectif (%) pour chaque modalité

Figure 3 : Effectif pour chaque type de procédure possible à l'encontre d'un médecin généraliste:



La procédure administrative, par définition n'est pas une procédure possible à l'encontre d'un médecin généraliste.

Stricto sensu, la procédure pénale est une procédure à but de sanction, cependant, elle peut conduire à une indemnisation en cas de constitution de partie civile.

Figure 4 : Répartition des réponses sur la procédure civile

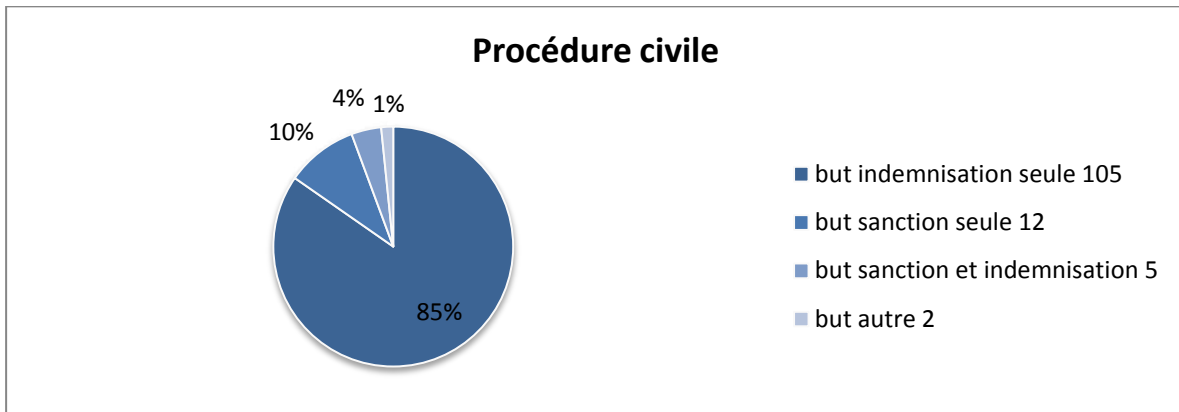


Figure 5 : Répartition des réponses sur la procédure pénale

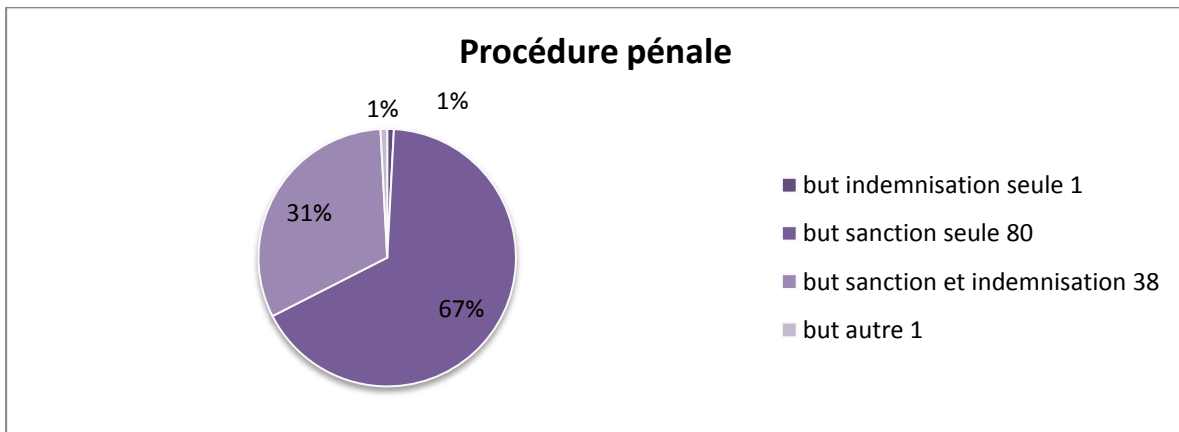


Figure 6 : Répartition des réponses sur la procédure disciplinaire

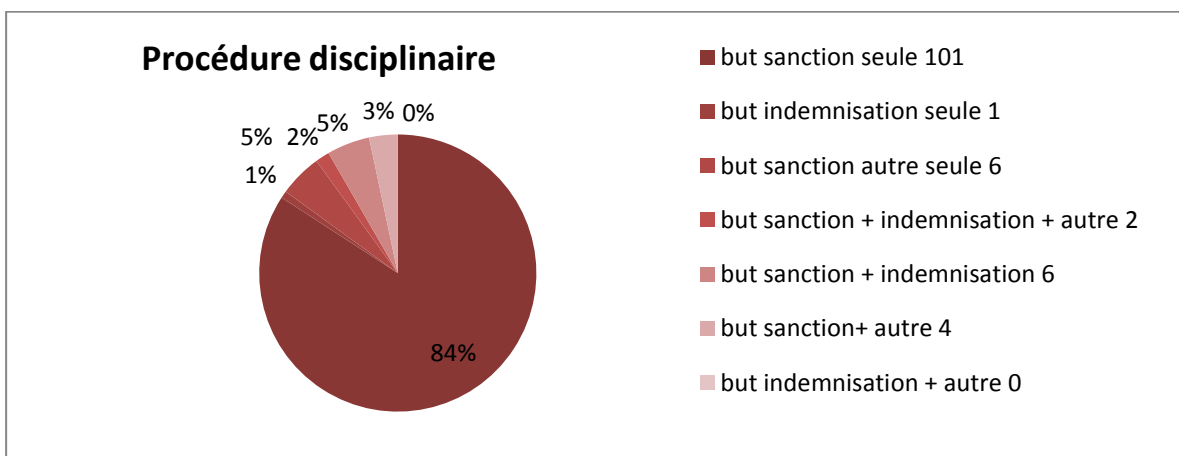
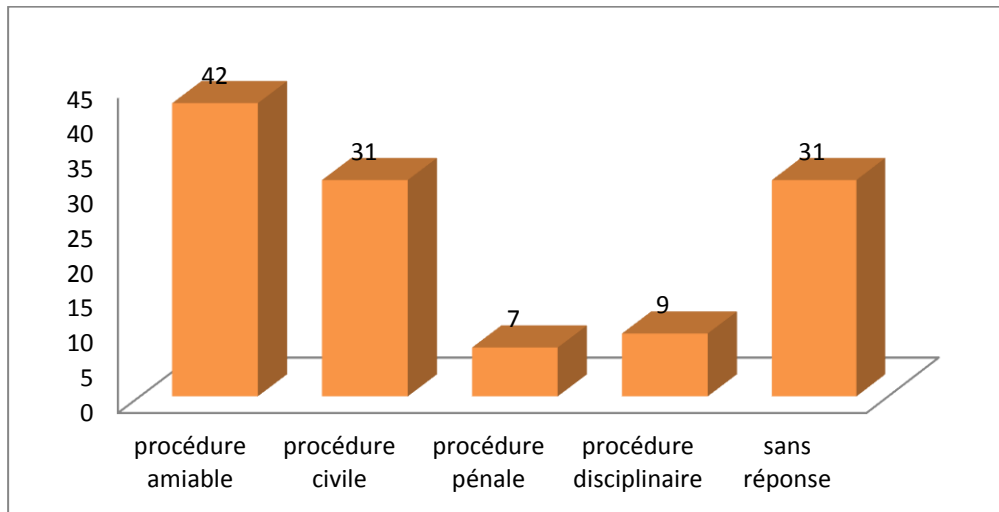


Figure 7 : Répartition des réponses sur la procédure actuellement la plus utilisée



b) Sur les CCI et l'ONIAM

Les CCI étaient connues des médecins à 41%. Ils n'étaient par contre que 17% à avoir eu la bonne combinaison sur le mode de fonctionnement des CCI. Cependant quand on prend chaque réponse de façon isolée, on remarque que dans l'ensemble ils ont les bonnes réponses. La procédure de CCI est une procédure amiable (n=101), à but d'indemnisation (n=77), gratuite (n=70) et rapide (n=45). Seulement 15% des médecins savaient que pour être traitée, cette procédure nécessite un certain seuil de gravité. 15% également des médecins connaissaient la loi à l'origine des CCI : la loi du 4 mars 2002 ou loi Kouchner.

Il en va de même pour l'ONIAM, seulement 48% des médecins ont déclaré connaître cette instance. Ils étaient par contre 21% à avoir eu la bonne combinaison sur son mode de fonctionnement, avec presque la moitié des répondants ayant répondu au hasard (45,8%, n = 55). Parmi les autres répondants, la tendance est tout de même vers de bonnes notions sur l'ONIAM. Ils sont 49,2% (n=59) à avoir eu trois ou quatre bonnes réponses.

Tableau 4 : Connaissances des médecins sur les CCI et l'ONIAM

Variable	Global
Connaissance des CCI - déclaratif	120 (100%)
Oui	49 (41%)
Non	67 (56%)
Ne se prononce pas	4 (3%)
Procédure de CCI	120 (100%)
Effectif bonne réponse	20 (17%)
Effectif mauvaise réponse	100 (83%)

La procédure de CCI nécessite un seuil de gravité :	120 (100%)
Oui	18 (15%)
Non	39 (33%)
Ne sait pas	63 (53%)
Loi qui a créé la CCI	120 (100%)
Loi du 4 mars 2002	18 (15%)
Autre réponse	9 (7%)
Ne sait pas	93 (78%)
Connaissance de l'ONIAM - déclaratif	120 (100%)
Oui	58 (48%)
Non	57 (48%)
Ne se prononce pas	5 (4%)
Concernant l'ONIAM	120 (100%)
Effectif avec la bonne combinaison soit 4 bonnes réponses	25 (21%)
Effectif selon le nombre de bonnes réponses	95 (79%)
3 bonnes réponses	34 (28%)
2 bonnes réponses	60 (50%)
1 bonne réponse	1

Variables qualitatives : effectif total (NA) - effectif (%) pour chaque modalité

Figure 8 : Répartition selon le nombre de bonne réponses concernant les CCI

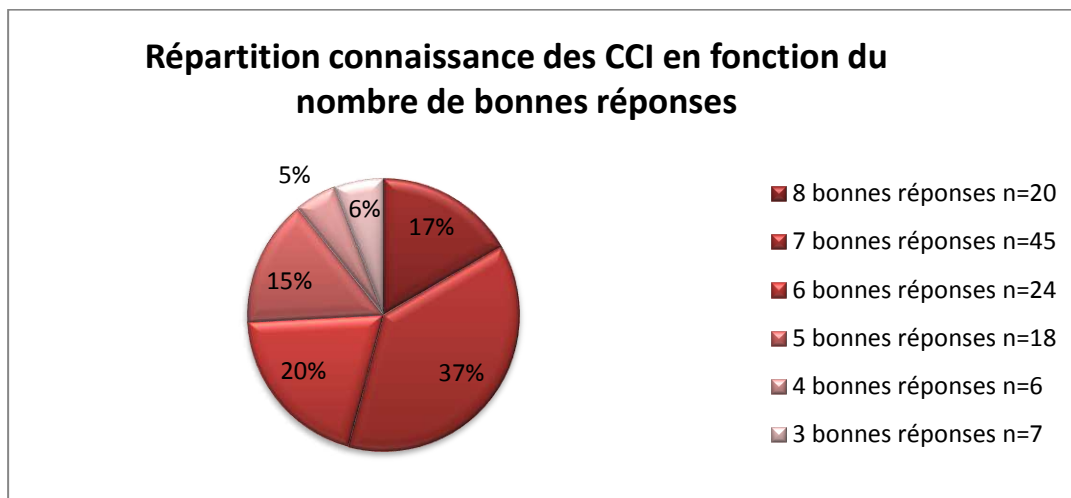


Figure 9 : Répartition des réponses pour chaque variable concernant les CCI

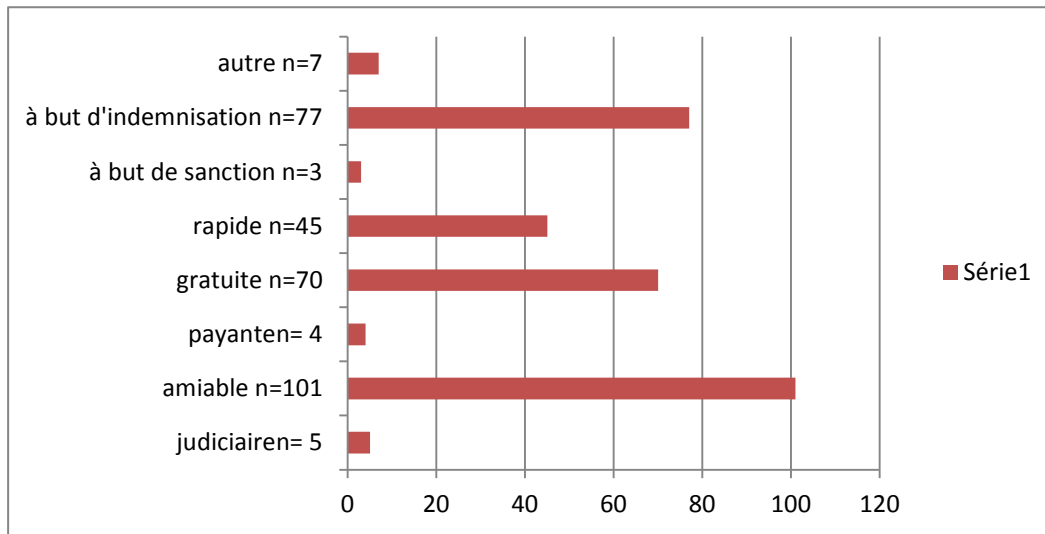


Figure 10 : Répartition des réponses concernant la Loi qui a créé les CCI

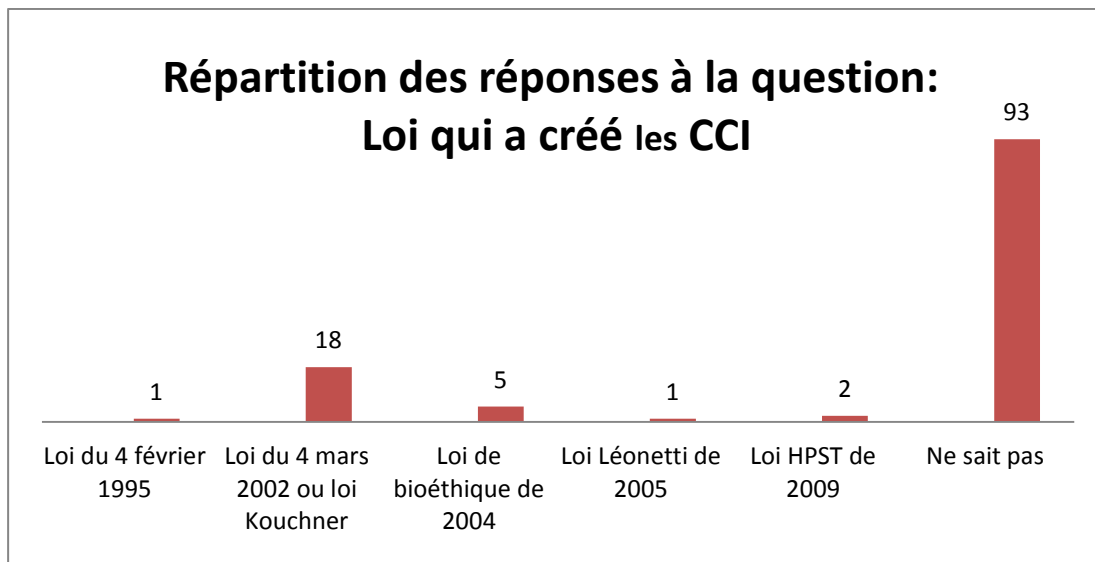
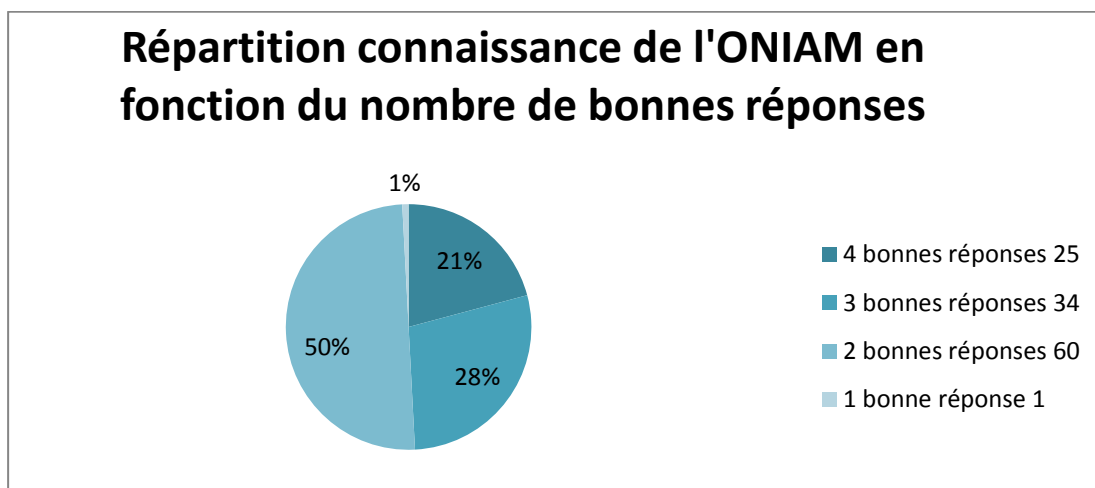
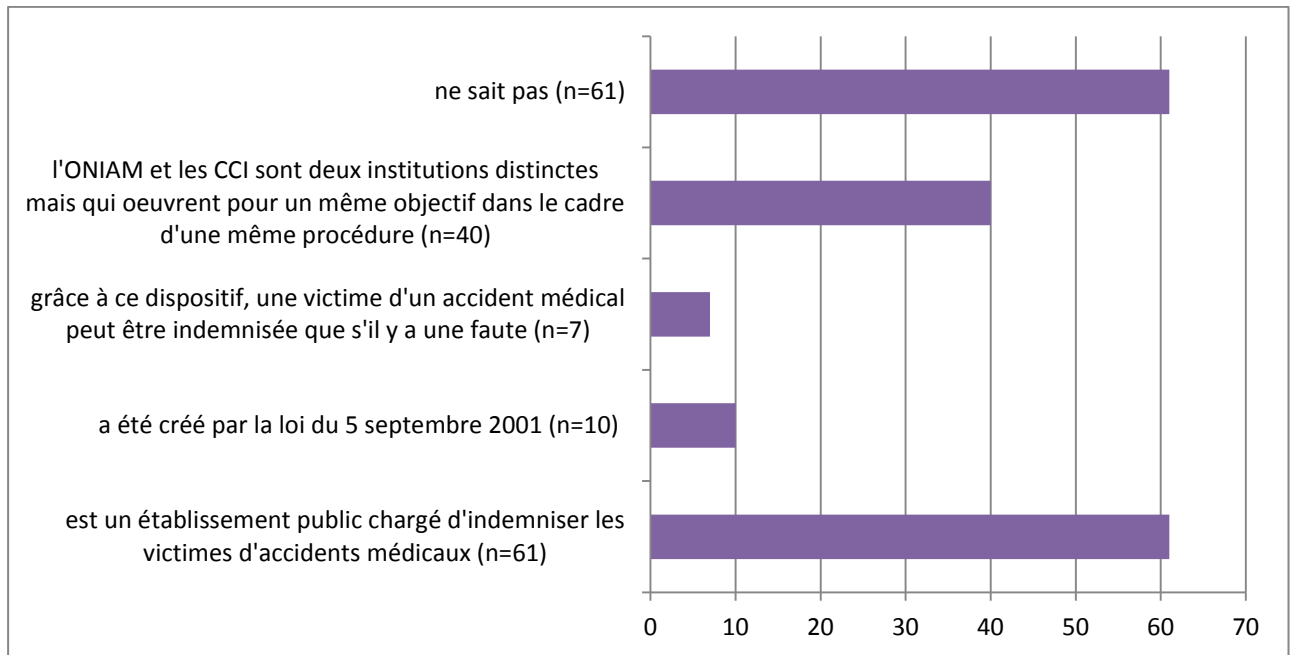


Figure 11 : Répartition selon le nombre de bonnes réponses concernant l'ONIAM



Parmi les médecins qui ont deux bonnes réponses (n=60), 55 d'entre eux ont mis "non" partout.

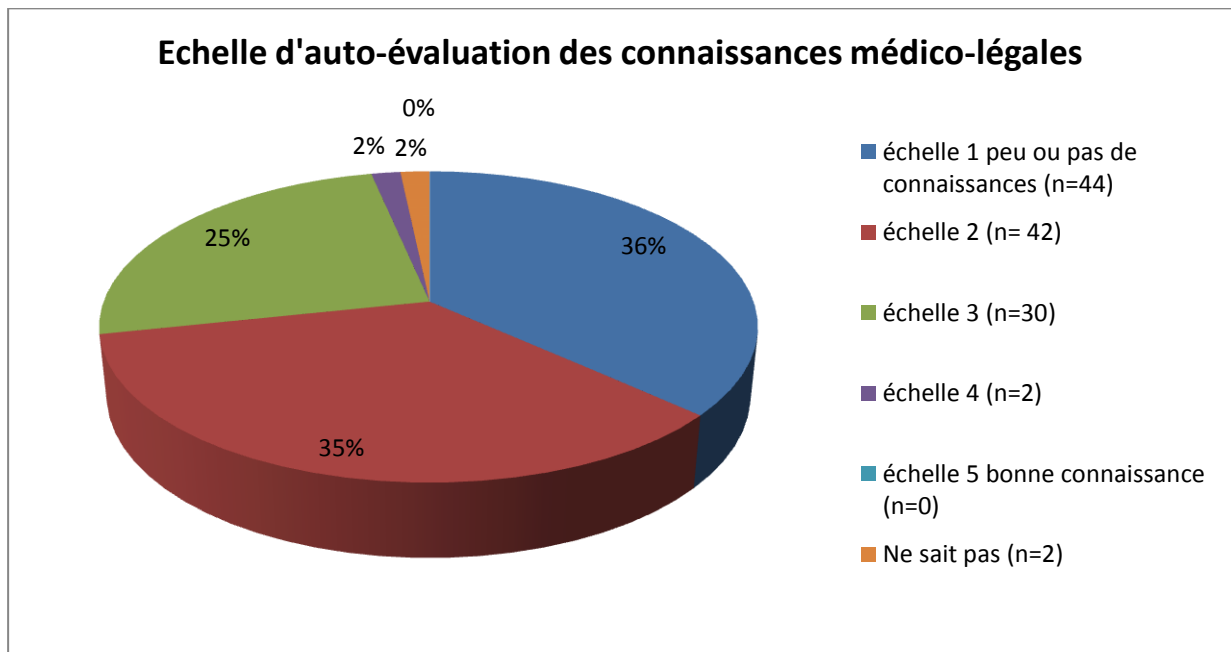
Figure 12 : Répartition des réponses pour chaque variable concernant l'ONIAM



5) Auto-évaluation de leurs connaissances

Sur une échelle d'auto-évaluation, 37% des médecins (n=44) pensent avoir peu ou pas de connaissances médico-légales (échelle 1).

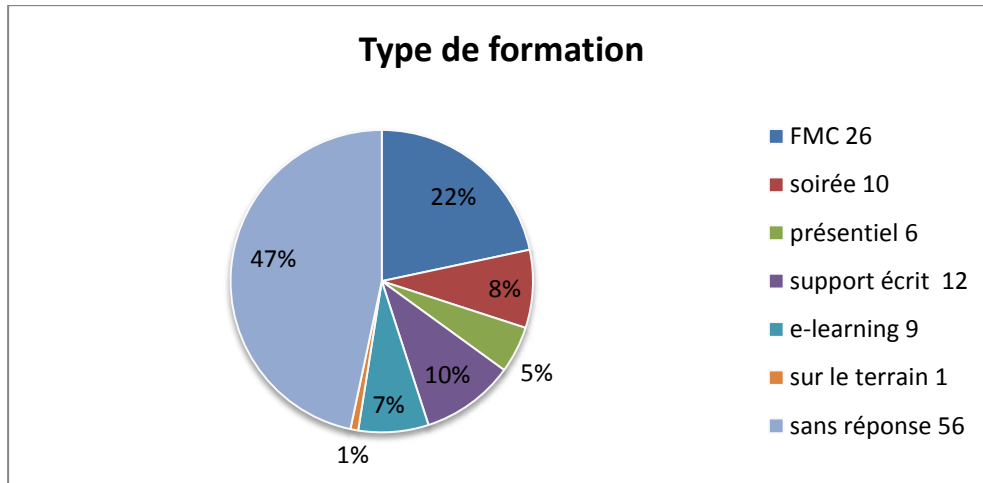
Figure 13 : Répartition des réponses concernant l'auto-évaluation des médecins sur leurs connaissances



6) Intérêt pour une formation

62% des médecins seraient intéressés par une formation médico-légale (n=74), 26% ne seraient pas intéressés (n= 31) et 13% ne s'étaient pas prononcés (n=15). Parmi les propositions on retient principalement, les formations médicales continues (FMC) à 22%, les supports écrits à 10%, les soirées à 8% et le e-learning à 7%.

Figure 14 : Représentation des réponses concernant le type de formation souhaité.



IV. Discussion

A) Principaux résultats

1) Formation des médecins

Nous avons cherché à comparer notre taux de formation médico-légale de 43,3% aux autres médecins généralistes français.

Dans son travail de thèse "Le médecin généraliste face à la justice", M. Finon retrouvait que quatre médecins seulement sur les quinze entretiens réalisés avaient eu une formation (initiale ou continue) sur les événements indésirables ou le juridique soit 26,7% de son effectif (12).

Notre étude a permis de montrer que pour la grande majorité des médecins, leur formation avait eu lieu durant l'externat. Notre population de médecins généralistes pourrait être qualifiée de jeune (médiane d'obtention du diplôme d'exercice en 2012), leurs connaissances ne sont donc pas encore très anciennes mais cela signifie que depuis qu'ils sont installés, ils n'ont pas bénéficié de nouvelles formations à ce sujet.

Depuis plusieurs années, un enseignement est proposé à tous les internes de médecine générale d'Ile-de-France sur le thème : « De l'erreur médicale à la sécurité du patient ». Cet enseignement sur une journée s'inscrit dans un contexte actuel de sécurité du patient et de gestion de l'erreur médicale. Lors de cette journée, les participants sont amenés à relater des récits authentiques vécus en stage (14).

Le département de médecine générale de Saint-Etienne consacre une séance des Groupes d'Echanges de Pratique (GEP) pendant les stages en soins primaires de ses internes sur l'erreur médicale. Cette forme d'enseignement a pour but d'améliorer les pratiques professionnelles au service de la sécurité des patients et permet d'appréhender le risque médico-légal (15).

A Rennes, un cours de responsabilité médicale est proposé aux internes de médecine générale. Sur le site du département de médecine générale nous avons pu retrouver six sessions proposées entre 2013 et 2018 (16).

En 2007, le groupe REPERES organisait un atelier intitulé « Si j'étais mis en cause en justice ? Conseils de prévention et de comportements ».

On voit donc un intérêt grandissant notamment des facultés de médecine pour le sujet mais ce thème pourrait être encore plus abordé.

2) Confrontation au sujet

Nous avons montré dans notre étude, que 39% des médecins avaient déjà été confrontés à un patient victime d'un dommage lié aux soins dont 6,6% en tant que "mis en cause".

Dans son travail de thèse A. Mabilais retrouvait un chiffre de 2,56% des médecins mis en cause dans une procédure ordinaire sur la période de juin 2007 à juin 2016 (4).

Dans l'enquête, "Le médecin et la peur du procès", 23% des médecins ayant répondu à l'enquête avaient été confrontés à une procédure judiciaire (17).

On retrouve un chiffre similaire dans l'étude "Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive", en effet parmi les répondants, 23,9% avaient un antécédent de poursuite (18).

Notre chiffre est donc plus faible mais cela est peut-être dû à un manque de précision de notre part du terme "mis en cause" ou à la population plutôt jeune de notre effectif.

En 2017, la MACSF comptait 475 633 sociétaires dont 145 328 médecins, elle a reçu 4650 déclarations corporelles soit un taux de sinistralité de 1,02% (contre 0,99% en 2016) toute profession confondue. Cependant, concernant les médecins, on retrouve 2374 déclarations ayant trait à des dommages corporels soit un taux de sinistralité de 1,63% (taux identique à celui de 2016) (19).

Dans son rapport annuel de 2017, la MACSF comptait 926 décisions de justice dont 411 procédures civiles, 12 procédures pénales et 503 devant les CCI, mettant en cause au total 1173 sociétaires. Sur les 423 décisions de justice civiles et pénales, 468 médecins ont été mis en cause soit sur les 145 328 médecins sociétaires, un effectif de 0,3%. Les médecins restent les plus mis en cause avec un taux de 62%.

3) Ressenti des médecins

a) Sur leur compétence

Cette étude a permis de montrer que 89% des médecins ne se sentent pas à l'aise avec le domaine médico-légal. Ce sentiment peut résulter en partie d'une mauvaise connaissance sur le sujet.

b) Sur leur formation

Cette tendance se confirme avec la question concernant la formation, en effet, 91% des médecins ne se sentent pas assez formés.

Dans l'étude "Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie", ce chiffre était de 81,3% (11).

Dans son travail de thèse, P. Ruiz retrouvait une distorsion entre la réalité et la croyance des médecins mettant en avant leur méconnaissance sur leur responsabilité professionnelle. Il proposait de développer la formation juridique des médecins et de dispenser des cours de droit aux étudiants en médecine et aux internes durant leur formation continue (20).

Un des médecins ayant été mis en cause, a relaté à C. Robert De Saint Vincent dans son travail de thèse, avoir augmenté son temps passé aux formations notamment médico-juridiques et en particulier sur la responsabilité médicale (21).

Le Développement professionnel continu est une obligation pour tous les professionnels de santé (22), nous verrons par la suite que certains médecins généralistes seraient intéressés par une formation médico-légale s'inscrivant dans la formation médicale continue.

c) Sur la crainte d'une procédure

Dans cette étude, 71% des médecins ont affirmé avoir la crainte d'une procédure.

La peur des procès au sein du corps médical est une réalité. selon E. Galam, 65% des médecins français ont peur des juges, 40% redoute la sanction pénale et 39% la plainte qu'elle quelle soit (23).

Reprenons l'étude sur l'impact psychologique de la judiciarisation, on retrouve un chiffre semblable avec une pression médico-légale ressentie par 72% des médecins dans leur pratique quotidienne (18).

Quant à l'étude de H. Lorphelin concernant les internes de médecine générale de Haute Normandie, 52.2% des internes ont la peur de la plainte dans leur pratique quotidienne (11).

La crainte d'une procédure entraîne des actes médicaux et examens injustifiés. Dans l'article "Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés", 55% des médecins généralistes libéraux pensent que cela est dû à une peur du risque judiciaire (10). La pression judiciaire est un facteur non négligeable exposant les médecins à l'épuisement professionnel ou burn-out pour les anglo-saxons (24). Environ un médecin généraliste sur deux souffrirait d'épuisement professionnel (25).

La peur est bien souvent engendrée par l'ignorance (A. Colin), des connaissances en matière judiciaire pourraient donc diminuer cette pression. Et pour citer Marie Curie, "dans la vie rien est à craindre, tout est à comprendre".

d) Sur le rôle du médecin généraliste

Dans notre étude, 82% des médecins estiment avoir un rôle dans l'accompagnement de leur patient s'ils sont victimes d'un dommage lié aux soins. Le médecin, autrefois assimilé à un rôle de paternaliste, est devenu un conseiller technique (13).

4) Connaissances des médecins généralistes

a) Sur les différentes procédures

Depuis 2008, le nombre de procédure amiable de CCI a dépassé la procédure civile. Il aura fallu six ans après la promulgation de la loi du 4 mars 2002 pour que la place des CCI prenne toute son importance (1).

b) Sur les CCI

La grande majorité des médecins ne connaît pas la loi qui a créé les CCI. Or, la loi du 4 mars 2002 a été à l'origine d'une grande révolution dans les droits des patients notamment en créant une "troisième voie" d'indemnisation plus rapide, moins coûteuse et moins intimidante (26).

Il en ressort de notre étude que plus de la moitié des médecins généralistes déclarent ne pas connaître les CCI. De plus, globalement, ils ne connaissent pas le fonctionnement de ces dernières. Une minorité des médecins sait que pour être traitée, la procédure de CCI nécessite un certain seuil de gravité :

Un accident médical est considéré comme grave s'il a entraîné un dommage entraînant un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 %.; ou s'il a entraîné un arrêt temporaire des activités professionnelles pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois; ou s'il a entraîné des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50% pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période

de douze mois; ou lorsque la victime est déclaré définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant l'accident médical ; ou lorsque qu'il occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique dans ses conditions d'existence (27).

En 2011-2012, il y a eu 4272 demandes d'indemnisation, 173 demandes pour la région Bretagne.

Dans son rapport sur l'année 2011-2012, la Commission Nationale des accidents médicaux mettait en avant une certaine incompréhension du dispositif par les demandeurs notamment sur les seuils de compétence. Cependant, cette incompréhension a été améliorée avec la remise d'une notice explicative aux demandeurs (28). On pourrait donc s'interroger sur l'intérêt d'une diffusion d'une notice similaire aux médecins généralistes souvent premiers acteurs dans la démarche des demandeurs.

Dans son travail de thèse, C. Robert de Saint Vincent retrouvait également cette méconnaissance des médecins sur les CCI. Un des médecins qui avait dû y faire face avait mis plusieurs mois avant d'obtenir l'information sur ladite instance.

c) Sur l'ONIAM

L'ONIAM est un établissement public chargé d'indemniser les victimes d'accidents médicaux. Celui-ci a été créé par la loi du 4 mars 2002 et non par la loi du 5 septembre 2001, grâce à ce dispositif, une victime d'un accident médical peut aussi être indemnisée en absence de faute (accident médical, affection iatrogène, infection nosocomiale) (29). L'ONIAM et les CCI sont deux institutions distinctes mais qui œuvrent pour un même objectif dans le cadre d'une même procédure.

Dans le compte-rendu soumis en novembre 2014 à l'Assemblée Nationale, Mme H. Geoffroy, s'interroge sur les connaissances des professionnels de santé concernant le dispositif de l'ONIAM. Mme B. Poletti, rajoutait que l'ONIAM restait un organisme peu connu. Mr E. Rance, alors directeur de l'ONIAM soulignait que des pistes étaient en cours afin de mieux faire connaître ce dispositif aux professionnels de santé (30).

5) Auto-évaluation de leurs connaissances

Sur une échelle allant de 1 (peu ou pas de connaissances) à 5 (bonne connaissance), 72% des médecins se sont placés sur l'échelle 1 ou 2.

6) Intérêt pour une formation

Dans son travail de thèse, M. Mouchot-Bracard, a analysé les données de la sinistralité de 1991 à 2005 fournies par la MACSF et le Sou médical. Son objectif était de proposer par la suite aux médecins généralistes un référentiel de bonnes pratiques sur les principaux contentieux et le cadre juridique de la responsabilité médicale (31).

Notre étude a montré que 62% des médecins interrogés ont affirmé avoir un intérêt quand à une formation médico-légale. Parmi les différentes formes citées on retient : les formations médicales continues dans le cadre du DPC, les supports écrits, les soirées ou encore le e-learning.

B) Forces et limites de l'étude

1) Forces

Nous avons obtenu un taux de participation satisfaisant (14,9%) avec nécessité d'effectuer une seule relance.

Le choix de l'étude quantitative a été de pouvoir toucher un plus grand nombre de médecins afin d'être exhaustif. Plusieurs thèses avaient déjà abordé le thème de médecine générale et justice. Celles-ci mentionnaient un manque de formation. Néanmoins, aucune n'avait évalué la formation des médecins généralistes. C'est pourquoi, nous nous sommes attachés à évaluer les connaissances des médecins généralistes et à rechercher des pistes pour l'amélioration de ces connaissances.

Le choix d'un questionnaire en ligne, anonyme, a permis de limiter un potentiel sentiment de jugement.

Il a été volontaire de notre part de ne pas s'attarder sur les antécédents de mise en cause et les éventuels ressentis secondaires car déjà traités dans certaines études qualitatives.

2) Limites

Une analyse descriptive seule est moins précise qu'une analyse stratifiée selon le sexe, l'âge, la durée d'installation. Il aurait peut-être été judicieux de développer ces différentes catégories, cependant cela aurait probablement engendré de petits groupes donc moins représentatifs de la population cible.

Le profil des répondants n'était pas comparable à l'ensemble de la population des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur le sexe et l'âge. En effet, dans notre étude nous avons eu 62% de répondants femmes. Or en 2015, en Ille-et-Vilaine, on comptait 50% de femmes généralistes. 19% avaient moins de 40 ans. Or avec une médiane d'obtention du diplôme d'exercice en 2012, on peut supposer que notre échantillon comporte plus de 19% de médecins de moins de 40 ans (32).

Il y a aussi pu avoir un biais de recrutement. En effet, les personnes ayant un attrait pour ce sujet ont plus tendance à répondre que celles n'en ayant pas. Cependant, cette étude a montré que même des médecins peu intéressés par une éventuelle formation médico-légale (26%) avait tout de même répondu au questionnaire. Pour certains, ce manque d'intérêt était surtout lié à l'arrêt imminent de leur exercice. On peut retrouver un autre biais de recrutement lié au thème de l'étude, en effet, le thème médico-légal fait souvent peur.

On a également noté un biais de réponse au hasard notamment lors de la question 23.

C) Perspectives

Nous avons montré dans notre étude que 91% des médecins ne se sentent pas assez formés en matière médico-légale et 71% des médecins ont la crainte d'une procédure. De nombreuses thèses ont montré une forte pression médico-légale ressentie par les médecins (21) et les internes (11).

Or cette pression médico-légale serait un des freins à l'installation pour les jeunes médecins (18).

De plus, l'implication dans une procédure amiable ou judiciaire est source de stress et est souvent perçue comme une honte (23). Le risque suite à une procédure est un arrêt de l'activité médicale ainsi qu'une altération de la relation médecin-patient (12).

Certains contentieux pourraient être évités. C Carrez proposait dans sa thèse des moyens de prévention du contentieux et citait notamment une formation au Droit médical, car "Nul n'est censé ignorer la loi" (18).

Lorsqu'un médecin est mis en cause dans une procédure, une des étapes traversée par ce dernier est la recherche d'informations sur l'instance concernée et ses modalités de fonctionnement. Leur ignorance de ces procédures a entraîné une source d'angoisse supplémentaire (21). Une initiation juridique simple permettrait d'atténuer ce sentiment.

Les médecins généralistes sont bien conscients de leur manque de formation et une grande partie d'entre eux serait favorable à une formation. Plusieurs moyens ont été cités dans le cadre du Développement professionnel continu, des supports écrits ou du e-learning. Ce travail de thèse pourrait être un premier pas vers la réalisation d'un support écrit qui serait envoyé aux médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Ce support pourrait permettre aux médecins généralistes d'orienter leurs patients victimes d'un dommage lié aux soins et donc d'assurer son rôle de conseiller technique. Il pourrait également les aider lors des premiers balbutiements d'une procédure en cas de mise en cause.

Parler de l'erreur médicale et apprendre à la gérer et ce dès le début des études permettrait de rendre ce sujet moins tabou et moins douloureux (33) (34) (35). La place des groupes de pairs a toute son importance, c'est ce qui a pu être montré par C. Favier-Arnaudier ainsi que M. Finon. De plus, les groupes de pairs et les groupes Balint ont été cités dans plusieurs études (36) comme étant un facteur protecteur du stress professionnel pour les médecins (25).

C'est également une méthode choisie par E. Galam lors de son enseignement proposé aux internes de médecine générale d'Île-de-France, s'inspirant du rapport Américain "To err is human" sorti en 1999 (37).

V. Conclusion

Le Droit s'immisce de plus en plus dans la médecine. Notre médecine actuelle s'inscrit dans un phénomène de judiciarisation qui reste toutefois controversé. Les droits des patients ont profondément évolué suite à la loi du 4 mars 2002 avec notamment la création d'une voie de règlement amiable des dommages corporels que sont les CCI et la création de l'ONIAM afin de permettre une indemnisation des victimes des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. La crainte d'un procès pèse sur de nombreux médecins, cette crainte est accrue par le manque de formation des médecins dans le domaine médico-légal. Les différents types de procédures sont plutôt bien connus des médecins. Cependant on observe des connaissances moindres concernant les CCI et l'ONIAM, première voie de recours des règlements choisie par les patients s'estimant victimes d'un dommage lié aux soins. La majorité des médecins interrogés a affirmé un intérêt quand à une formation juridique d'une part pour s'orienter dans une procédure et d'autre part afin d'assurer leur rôle de conseiller technique auprès de leurs patients.

VI. Bibliographie

1. Rapport annuel de 2016 sur la sinistralité des professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/content/search-sm?SearchText=2016>
2. Halioua B. L'Histoire de la médecine pour les Nuls. First Editions. 2015.
3. article 1382 du code civil ancien [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006438819&dateTexte=20080523>
4. Mabilais A. Le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinaires [thèse pour le doctorat en médecine]. Rouen; 2017.
5. Murakami Y. Notes sur "La vérité des opinions " dans Jean Santeuil [Internet]. 2008. Disponible sur: https://repository.kulib.kyoto-u.ac.jp/dspace/bitstream/2433/137993/1/fbk000_039_047.pdf
6. article 1383 du code civil ancien [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006438829&dateTexte=20100506>
7. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
8. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. 2017;132:187.
9. Hammer R, Cavalli S, Burton-Jeangros C. Quand le médecin se tire une balle. De la face sombre de la judiciarisation aux transformations sociales de la médecine. 2009;n°16.
10. Fédération hospitalière de France. Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés. 2012.
11. Lorphelin Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ? [thèse pour le doctorat en médecine]. [Rouen]; 2014.
12. Finon, Magali. Le médecin généraliste face à la justice: entretien avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire [thèse pour le doctorat en médecine]. [Faculté de médecine Paris Descartes]; Paris Descartes; 2014.
13. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 23 juin 2001 [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr>
14. Galam Eric. Formation Médicale 2011 – De l'erreur médicale à la sécurité du patient : un enseignement mutualisé en Ile de France pour le DES de Médecine [Internet]. 2011 déc 8. Disponible sur: https://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/formation_medicale_2011_de_l_erreur_medicale_a_la_securite_d_u_patient.7929
15. Favier-Arnaudier C, Charles R, Vallée J. Etude qualitative de l'apport des groupes d'analyse de pratique des internes dédiés à l'erreur. 2009;

16. Cours Responsabilité médicale [Internet]. Disponible sur: <https://mg-campus.univ-rennes1.fr/course/search.php?search=responsabilit%C3%A9+m%C3%A9dicale>
17. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-François I. Le médecin et la peur du procès Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. 2007. (Revue du praticien).
18. Carez C. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive Etude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord- Pas de Calais [thèse pour le doctorat en médecine]. [Université Lille 2 - Faculté de médecine Henri Warembourg]; 2016.
19. Rapport annuel de 2017 sur la sinistralité des professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/A-la-une>
20. Ruiz P. La responsabilité judiciaire du médecin généraliste Analyse des jurisprudences sur une période de 10 ans [thèse pour le doctorat en médecine]. [FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG]; 1 UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2; 2013.
21. Robert de Saint Vincent C. Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale [THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE]. [Faculté de médecine Paris Descartes]; Paris Descartes; 2013.
22. Code de la santé publique - Article L4133-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020897530&dateTexte=&categorieLien=id>
23. Teitelbaum V. La peur des procès au sein du monde médical : pistes et solutions, via les outils de la médiation. mars 2016;
24. Union Régionale des médecins libéraux. L'épuisement professionnel des médecins franciliens : Témoignages , analyses et perspectives [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
25. Vaquin-Villeminy C. Prévalence du burn-out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles [thèse pour le doctorat en médecine]. [Faculté de Médecine René Descartes PARIS 5]; 2017.
26. Santé et justice : quel bilan, 10 ans après la loi Kouchner? avr 2012;12. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/3902321/quel-bilan--dix-ans-apr%C3%A8s-la-loi-kouchner>
27. Saisir la commission (CCI) en cas d'accident médical, infection nosocomiale ... [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13318>
28. Commission Nationale des accidents médicaux. Rapport au Parlement et au Gouvernement année 2011-2012.
29. article L-1142-1 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685992>
30. Compte-rendu, commission des affaires sociales. 2014 nov. Report No.: 16.
31. MOUCHOT BRACARD M, Université de Paris 5 René Descartes. Paris. FRA / com. La responsabilité médicale des médecins généralistes : fondements, évolution des affaires juridiques

sur 15 années et proposition d'un référentiel de bonne pratique. [thèse pour le doctorat en médecine]. 2007.

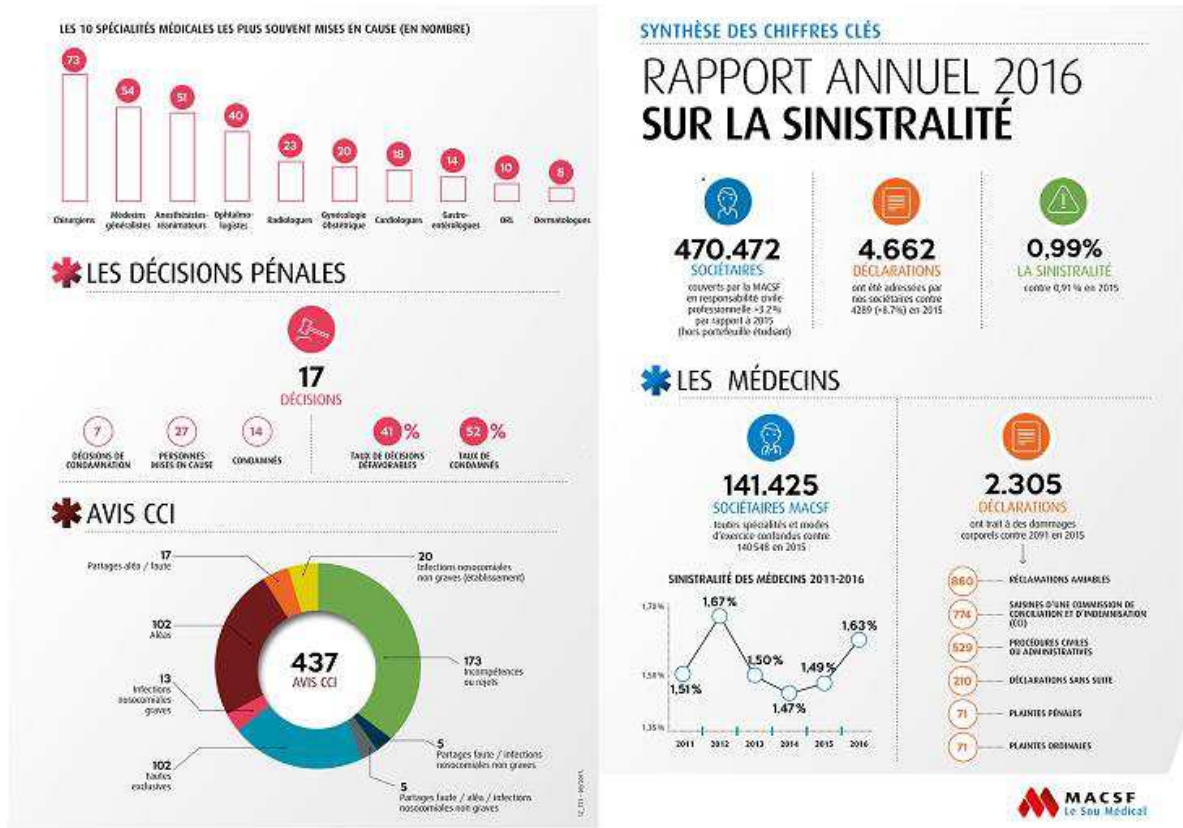
32. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La démographie médicale en région Bretagne : situation en 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_bretagne_2015.pdf
33. Garbutt J, Waterman A, Kapp J, Claiborn Dunagan W, Levinson W. Lost opportunities: How physicians communicate about medical error. 2008;
34. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med.* août 1992;7(4):424-31.
35. Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from Mistakes. *J Gen Intern Med.* mai 2006;21(5):419-23.
36. Eric Galam. L'erreur médicale, le burn-out et le soignant: De la seconde victime au premier acteur. Paris, France: Springer; 2012.
37. Institute of Medicine. To err is human : Building a Safer Health System. National Academy of Sciences; 1999 nov.

VII. Glossaire

AIPP	Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et/ou Psychique
CC	Code Civile
CCI	Commission de Conciliation et d'indemnisation
CSP	Code de la Santé Publique
DFT	Déficit Fonctionnel Temporaire
DMG	Département de Médecine Générale
DPC	Développement Professionnel Continu
FMC	Formation Médicale Continue
GEP	Groupe d'Echange de Pratique
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents médicaux
JC	Jésus Christ
MACSF	Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

VIII. Annexes

Annexe 1 : Rapport annuel de la MACSF de 2016



Annexe 2 : Questionnaire diffusé

Les connaissances des médecins généralistes d'Ille et Vilaine sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation des victimes d'un dommage lié aux soins

Bonjour,

Interne de médecine générale à Rennes, je vous sollicite dans le cadre de mon travail de thèse.

L'objectif de ma thèse est de dresser un état des lieux des connaissances des médecins généralistes d'Ille et Vilaine sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'une victime d'un dommage lié aux soins.

C'est un questionnaire anonyme qui s'adresse aux médecins généralistes d'Ille et Vilaine.

Je vous remercie par avance pour votre participation et du temps accordé pour remplir ce questionnaire.

Harmony Lefeuvre,
interne en médecine générale à l'université de Rennes.

Il y a 26 questions dans ce questionnaire

A) Le médecin généraliste et le patient victime de soins

Vous êtes :

- * un homme un homme
- * une femme une femme

En quelle année avez-vous obtenu votre doctorat/thèse ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Dans quelle faculté avez-vous effectué votre internat ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous bénéficié d'une formation médico-légale ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * Oui
- * Non

Si vous avez bénéficié d'une formation médico-légale, précisez :

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- * DESC médecine légale DESC médecine légale
- * DU (ex : réparation juridique du dommage corporel) DU (ex :réparation juridique du dommage corporel)
- * capacité de médecine légale capacité de médecine légale
- * externat
- * internat
- * FMC
- * non concerné non concerné

Avez-vous déjà été confronté à un patient victime d'un dommage lié aux soins ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * Oui
- * Non

Si oui :

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- * en tant que mis en cause en tant que mis en cause
- * en tant que conseiller pour votre patient en tant que conseiller pour votre patient
- * non concerné non concerné

Vous sentez-vous à l'aise dans ce domaine ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * oui
- * non

Pensez-vous être assez formé pour répondre à d'éventuelles interrogations de vos patients ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * oui
- * non

Avez-vous dans votre pratique la crainte d'une éventuelle procédure à votre rencontre ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * oui
- * non

Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à tenir dans l'accompagnement des patients victimes de soins ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * oui
- * non

B) La réparation d'un dommage lié aux soins

En tant que professionnel de santé libéral, quelle(s) responsabilité(s) peut/peuvent être engagée(s) ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- * responsabilité civile
- * responsabilité pénale
- * responsabilité administrative
- * responsabilité disciplinaire

Les procédures civiles, pénales et disciplinaires peuvent-elles coexister ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * Oui
- * Non

La procédure civile est une procédure à but :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- * de sanction
- * d'indemnisation

La procédure pénale est une procédure à but :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- * de sanction
- * d'indemnisation

La procédure disciplinaire est une procédure à but :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- * de sanction
- * d'indemnisation

Connaissez-vous les CCI ou commissions de conciliation et d'indemnisation ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * Oui
- * Non

La procédure de CCI (commission de conciliation et d'indemnisation) est une voie :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- * amiable
- * à but de sanction
- * à but d'indemnisation
- * rapide
- * gratuite
- * payante

La procédure de CCI n'est possible que si un seuil de gravité est retenu ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * vrai
- * faux

Actuellement, quelle procédure est la plus utilisée par les patients s'estimant victime d'un dommage lié aux soins pour obtenir réparation ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * procédure civile
- * procédure pénale
- * procédure disciplinaire
- * voie amiable

Quelle loi relative aux droits des malades a créé la procédure amiable de règlement en matière de réparation du dommage corporel ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Connaissez-vous l'ONIAM ou Office National d'indemnisation des accidents médicaux ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * Oui
- * Non

L'ONIAM ou office national d'indemnisation des accidents médicaux :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- * est un établissement public chargé d'indemniser les accidents médicaux
- * a été créé par la loi du 5 septembre 2001
- * a été créé par la loi du 4 mars 2002
- * grâce à ce dispositif, une victime d'un accident médical ne peut être indemnisée que s'il y a une faute
- * l'ONIAM et les CCI sont deux institutions différentes mais qui oeuvrent pour un même objectif dans le cadre d'une même procédure
- * ne sait pas ne sait pas

Sur une échelle d'auto-évaluation de 1 à 5, où placeriez-vous vos connaissances médico-légales ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * 1
- * 2
- * 3
- * 4
- * 5

avec 1 peu ou pas de connaissance - 5 totalement à l'aise avec ses connaissances

Seriez-vous intéressé par une formation sur la réparation du dommage corporel ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- * Oui
- * Non

Si oui, sous quelle forme ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Je vous remercie de votre participation.

Si vous souhaitez recevoir une synthèse de ce travail de thèse, merci de m'indiquer une adresse mail afin que je puisse vous transmettre les résultats.

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

LEFEUVRE, Harmony .- Les connaissances des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'une victime d'un dommage lié aux soins.

41 feuilles, 2 annexes, 14 figures, 4 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2019 ; N°

Résumé français

Dans son rapport adopté en juin 2001, la Commission nationale permanente de l'Ordre des médecins préconisait que "tout médecin devra s'investir dans une formation et une initiation juridique indispensable qu'il redoute parce qu'il la méconnaît".

La loi Kouchner a bouleversé les droits des patients en créant les commissions de conciliation et d'indemnisation et l'office national d'indemnisation des accidents médicaux.

Cette étude vise à faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'une victime d'un dommage lié aux soins.

Une étude quantitative transversale a été réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé par mail aux 805 médecins et remplaçants inscrits au tableau de l'Ordre des médecins d'Ille-et-Vilaine.

Nous avons obtenu 120 questionnaires complets, parmi les répondants, 55,8% n'avait pas bénéficié d'une formation médico-juridique ; 6,7% des médecins avaient été confronté à une victime d'un dommage lié aux soins en tant que mis en cause et 17,5% en tant que conseiller pour leur patient. 91% des médecins ne se sentent pas assez formés et 71% ont la crainte d'une procédure. Les différentes procédures étaient bien connues quand à leur finalité de sanction ou d'indemnisation. Environ 50% des médecins ont déclaré méconnaître les CCI et l'ONIAM. La majorité d'entre eux a montré un intérêt quand à une formation.

L'initiation juridique préconisée n'est pas encore optimale malgré le contexte actuel où la pression médico-légale pèse sur la profession médicale. Les médecins souhaiteraient être mieux formés notamment dans le cadre de la formation médicale continue.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale, Ille-et-Vilaine, connaissances, dommage lié aux soins , mécanismes de réparation

Mots-clés anglais MeSH : General practitioners, knowledge, damage related to care, repairs mechanisms

Président : Madame le Professeur Mariannick LE GUEUT

JURY : Assesseurs : Monsieur le Docteur Jean-Philippe DUGUEY [directeur de thèse]
Madame le Professeur Françoise TATTEVIN
Monsieur le Professeur Patrick JEGO
Monsieur le Professeur Franck JEGOUX