

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 15/09/2016 à Poitiers
par **Mr Pierre EYCHENNE**

**La judiciarisation de la médecine modifie-t-elle les pratiques des médecins
généralistes dans le département des Deux-Sèvres ?**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMEZ DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Monsieur le Maître de Conférence Michel SAPANET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Mathieu VIOLEAU

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018) • ALLAL Joseph, thérapeutique • BATAILLE Benoît, neurochirurgie • BRIDOUX Frank, néphrologie • BURUOGA Christophe, bactériologie – virologie • CARRETIER Michel, chirurgie générale • CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire • CHRISTIAENS Luc, cardiologie • CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire • DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation • DEBLAIS Françoise, rhumatologie • DROUOT Xavier, physiologie • DUPOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie • EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2018) • FAURE Jean-Pierre, anatomie • FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique • GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique • GIGQUEL Ludovic, pédopsychiatrie • GILBERT Brigitte, génétique • GOMBERT Jean-Marc, immunologie • GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques • GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion • GUILLET Gérard, dermatologie • GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale • HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques • HALET Thierry, biochimie et biologie moléculaire • HERRIN Daniel, cardiologie • HOUETO Jean-Luc, neurologie • INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale • JAAFARI Nemtollah, psychiatrie d'adultes • JABER Mohamed, cytologie et histologie • JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire • KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie • KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement) • KITZIS Alain, biologie cellulaire • KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale • LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire • LELEU Xavier, hématologie • LEVARD Guillaume, chirurgie infantile • LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie • LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie • LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018) • MACCHI Laurent, hématologie • MARECHAUD Richard, médecine interne • MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire • MEURICE Jean-Claude, pneumologie • MIGEOT Virginie, santé publique • MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique • MINOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation • NEAU Jean-Philippe, neurologie • ORJOT Denis, pédiatrie | <ul style="list-style-type: none"> • PACCALIN Marc, gériatrie • RAQUIEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015) • PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique • PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire • PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique • POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018) • PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique • RIGGO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire • RICHER Jean-Pierre, anatomie • RIGOARD Philippe, neurochirurgie • ROBERT René, réanimation • ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales • ROBLOT Pascal, médecine interne • RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie • SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017) • SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie • SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie • TASSU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale • THIERRY Antoine, néphrologie • THILLE Amaud, réanimation • TOUGERON David, gastro-entérologie • TOURANI Jean-Marc, cancérologie • WAGER Michel, neurochirurgie |
|---|--|

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie – virologie – hygiène
- CREMINIER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-RIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHÉ Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCLOUX Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédiopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECCO-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOLUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie – virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGRE-GORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury. Je tiens à vous exprimer mes plus sincères remerciements pour l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté cette charge. Veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse considération.

A Madame le Professeur Virginie MIGEOT,

Je suis très sensible de l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité lors de mes diverses sollicitations.

A Monsieur le Docteur Michel SAPANET,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Mathieu VIOLEAU

Merci à toi mon ami d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci d'avoir été mon confident, mon guide et mon ami.

A tous les médecins et co-internes, que j'ai côtoyé au cours de mes différents stages. Merci pour avoir fait de moi le praticien que je suis aujourd'hui.

A ma femme, Marine, qui me porte, me soutient, me rassure, m'encourage tous les jours. Sans toi je n'en serai pas là aujourd'hui. Grâce à toi, je vois le monde différemment. Merci mon amour.

A mes parents, vous qui m'avez portés pour arriver jusqu'ici aujourd'hui. Vous qui m'avez donné l'amour nécessaire pour me construire en tant qu'homme. Je vous remercie de m'avoir tant apporté humainement. Je suis fier d'être votre fils, je vous aime énormément.

A mon frère, toi qui a toujours été un exemple pour moi. Merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces années.

A Olivia, merci pour ta joie de vivre et pour m'avoir donné Joséphine et Victor, les meilleurs neveux et nièces de l'univers.

A ma famille, qui est un fil conducteur essentiel dans ma vie.

A ma belle-famille, qui m'a adopté et réciproquement.

Aux amis (et leur compagne), Pierre, Matthieu, Clément, Hugolain, Savatruc, Floflo, PDSH, Lakhdar, Francis, Bierrick, Antoine, Nico, Max, Louis, Fifou, Jean-esme, Antoine, Merci pour ces parties de rigolades passées et à venir...

A Thierry, merci pour ton aide précieuse, ta gentillesse et nos déjeuners aux abords des parcours de golf.

A tous mes amis, pour tous les bons moments passés ensemble et ceux qui restent à venir ...

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	10
2. GENERALITES.....	12
2.1. Historique de la responsabilité médicale.....	12
2.1.1. Les origines.....	12
2.1.2. Le 19 ^{ème} siècle.....	13
2.1.3. L'arrêt Mercier.....	14
2.1.4. L'après-guerre.....	14
2.1.4.1. L'évolution scientifique.....	15
2.1.4.2. L'évolution du monde médical.....	15
2.1.5. Les années 1980 : la crise de confiance.....	16
2.1.6. Les années 1990.....	16
2.1.6.1. Les grandes avancées juridiques.....	17
2.1.7. La fin du monde paternaliste.....	17
2.1.8. Vers une médecine défensive ?.....	18
2.2. La loi Kouchner : la loi du 04 Mars 2002.....	18
2.3. Les différents types de plaintes et de responsabilités.....	21
2.3.1. La responsabilité civile.....	21
2.3.1.1. Généralités.....	21
2.3.1.2. La faute civile.....	23
2.3.1.3. Le dommage et le lien de causalité.....	25
2.3.1.4. La procédure.....	25
2.3.2. La responsabilité pénale.....	25
2.3.2.1. La procédure.....	26
2.3.3. La responsabilité administrative.....	26

2.3.3.1. La faute.....	27
2.3.3.2. La présomption de faute ou responsabilité sans fautes.....	27
2.3.3.3. La faute détachable du service.....	28
2.3.3.4. La procédure.....	28
2.3.4. La responsabilité ordinale.....	28
2.3.4.1. Les manquements au code déontologique.....	29
2.3.4.2. Les sanctions.....	29
2.3.4.3. La procédure.....	30
2.4. Evolution de la judiciarisation médicale.....	30
2.4.1. Généralités.....	30
2.4.2. La judiciarisation médicale en France.....	31
2.4.2.1. En 2014.....	31
2.4.2.2. Evolution depuis 30 ans.....	33
3. MATERIEL ET METHODE.....	35
3.1. Type d'étude.....	35
3.2. Objectif.....	35
3.3. Population étudiée.....	35
3.4. Recueil de données.....	35
3.5. Critère de jugement principal.....	36
3.6. Critère de jugement secondaire.....	36
3.7. Analyse statistique.....	37
4. RESULTATS.....	38
4.1. Résultats globaux.....	38

4.2. Objectif principal.....	39
4.3. Objectifs secondaires.....	41
4.3.1. Niveau d’appréhension.....	41
4.3.2. Les plaintes.....	42
4.3.3. Les craintes.....	45
4.3.4. Les pratiques professionnelles.....	46
4.3.5. Accès à l’information.....	47
4.3.6. La formation à la gestion des plaintes.....	48
5. DISCUSSION.....	49
5.1. Modification des pratiques professionnelles des médecins généralistes entre le début de leur carrière médicale et maintenant.....	49
5.2. Le niveau d’appréhension.....	51
5.3. Les plaintes.....	51
5.4. Les craintes des médecins généralistes.....	52
5.5. Accès à l’information et médiatisation.....	52
5.6. La formation à la gestion des plaintes.....	53
5.7. Les limites de l’étude.....	53
6. CONCLUSION.....	54
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES.....	59
RESUME.....	64
SERMENT.....	65

LISTE DES ABREVIATIONS :

ADN : Acide Désoxyribonucléique

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

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CP : Code Pénal

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de Santé Public

EBM : Evidence Based Medicine

FMC : Formation Médicale Continue

MACSF : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

MBI : Maslach Burn-out Inventory

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

1. INTRODUCTION

« La médecine générale-médecine de famille est habituellement le premier contact avec le système de soins, prenant en compte tous les problèmes de santé. Elle développe une approche centrée sur la personne et construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles » (1). La médecine générale a une approche systémique, en appréciant simultanément les dimensions organiques, personnelles, relationnelles et environnementales de la personne (Evidence Based Medicine : EBM), et les interactions entre elles (2).

En France, la relation médecin-patient était auparavant de nature paternaliste. Cette relation était fondée sur le principe de bienfaisance à l'égard de celui qui était en état de faiblesse, par sa maladie et son ignorance. Le médecin soutenait et protégeait son patient qu'il déchargeait de la responsabilité de décision. Le patient, de son côté, faisait entièrement confiance à son médecin. Mais ce modèle paternaliste n'est plus satisfaisant. L'évolution socio-culturelle et médicale a modifié le comportement des patients et des médecins faisant évoluer cette relation vers un modèle alternatif, celui de l'autonomie ou de l'autodétermination du patient. Le patient est entièrement informé par un médecin qui est son égal, et il est responsable des décisions thérapeutiques qui le concernent (3).

Les progrès de la médecine ont entraîné, de la part des patients, une demande sécuritaire de l'acte, d'autant plus forte, que les drames tels que l'Affaire du sang contaminé et des hormones de croissance, ont provoqué une crise de confiance globale vis-à-vis de la médecine et des médecins (4). Du fait de la médicalisation de la société, avec l'accès direct par Internet aux connaissances médicales, le patient devient plus éclairé, documenté, exigeant et critique face au savoir médical (5). Cette évolution va favoriser un glissement vers une judiciarisation des rapports médecin/malade, et une modification de leur relation traditionnelle. Devant la

médiatisation grandissante des affaires à scandales, on peut craindre une dérive vers une médecine défensive, qui est une médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades (6).

Le but de notre étude était d'évaluer l'impact de la judiciarisation de la médecine sur la pratique quotidienne des médecins généralistes dans le département des Deux-Sèvres.

2. GENERALITES

2.1 Historique de la responsabilité médicale

2.1.1. Les origines

Les origines de la responsabilité médicale remontent vers 1750 avant notre ère. On en retrouve la trace dans le code babylonien d'Hammourabi. Ce texte précisait que l'on appliquait, selon la règle 218, le principe d'œil pour œil « si un médecin incisant un abcès perd son malade ou l'œil de son malade, on lui coupera la main » (7).

Puis, c'est en Egypte vers 500 avant Jésus-Christ que la responsabilité médicale prend forme, en lien avec les croyances divines. La liberté des praticiens à l'art médical était limitée à la stricte application des actes autorisés. Le médecin qui manquait à suivre ces écrits sacrés encourait la peine de mort (8).

En Grèce antique, en 400 avant Jésus-Christ, apparaît le serment d'Hippocrate qui va être la base de la responsabilité médicale moderne. On y retrouve déjà la notion du secret médical, ainsi que la notion du principe du lien de causalité : si le médecin est jugé coupable d'une culpa gravis (faute grave) et que la victime apporte la preuve d'un manquement du médecin à ses obligations, le médecin devra répondre de ses actes devant la justice. On retrouve ici l'origine que la preuve de la faute doit être apportée par le plaignant (9).

A Rome, en 285 avant Jésus-Christ, le corps médical ne pouvait être sanctionné qu'en cas de fautes graves et c'était au patient de prouver qu'il y avait faute (9).

Le monde arabe est à l'origine de beaucoup de traités régissant la pratique médicale dont « le traité de médecine prophétique » écrit au 14^{ième} siècle. Il reprend bien avant la loi Kouchner quelques principes de responsabilités, notamment le principe de consentement du patient avant l'acte médical (8).

En France, on assiste à un véritable retour en arrière au moyen âge. La médecine est alors dirigée par le clergé et la notion de responsabilité disparaît. La croyance en une force divine ayant une influence certaine sur la santé des patients est forte. La guérison est l'œuvre de Dieu et la maladie est une punition divine. Le médecin est donc en dehors de toute responsabilité.

La première régularisation de l'exercice médical en France date de 1390 avec le procès Boudavin. Il s'agit de l'attribution obligatoire d'un agrément jugeant des compétences du médecin, pour pouvoir exercer. La formation initiale est maintenant contrôlée mais la responsabilité du praticien dans sa pratique quotidienne reste quant à elle bien obscure (9).

Le premier pas est la redécouverte du droit romain au XVII^{ème} siècle, mais les arrêts conservés de l'ancien régime montrent de grandes hésitations de la jurisprudence, avec des décisions hasardeuses et contradictoires, liées à la grande difficulté d'établir un lien causal. Le médecin ne touche pas le patient, ne l'examine que très peu. Il est également important de noter que les procès de cette époque ne portent quasiment que sur la question de la réparation pécuniaire, et qu'une sanction répressive est rarissime. Molière, dans son théâtre, est là pour rappeler la consécration d'une certaine irresponsabilité du corps médical, admise et défendue par les auteurs du XVIII^{ème} siècle, en raison de son caractère d'art conjoncturel.

En France le principe de responsabilité civile n'apparaît qu'au XVIII^{ème} siècle. La responsabilité pénale n'existe que pour des fautes d'une extrême gravité (10).

2.1.2. Le 19^{ème} siècle

C'est après la révolution que vont s'opérer les changements en matière de responsabilité. En 1804, Napoléon proclame le code civil et pénal qui restreint l'immunité médicale.

En 1825, l'affaire Hélie (médecin accoucheur) devient le 1^{er} cas où le législateur va à l'encontre de l'académie de médecine, condamnant le médecin à verser une indemnité à un enfant ayant de graves handicaps suite à l'accouchement (10).

Puis de 1830 à 1936, la responsabilité médicale est définie de nature délictuelle et régie par la jurisprudence. On s'aperçoit qu'un vide juridique est présent et qu'il est nécessaire de le combler.

2.1.3. L'arrêt Mercier

L'exercice de la médecine est encore basé sur un modèle paternaliste. Ainsi La relation médecin-patient est une relation parent-enfant. Le patient, affaibli par la maladie et ignorant, doit se fier corps et âme au médecin (3). C'est dans ce contexte que va apparaître la 1^{ère} affaire connue, l'arrêt Mercier en 1936. Cette affaire met en cause le médecin, qui en usant des rayons X sans avertir à minima le patient quant à la létalité du processus, s'est vu demander des dommages et intérêts. La cour donnera raison au plaignant (11).

C'est par l'arrêt Mercier que la cour va abroger le fait qu'il doit y avoir une obligation de moyen et non de résultat. Cela ne va aboutir qu'à très peu de conséquence juridique mais c'est la 1^{ère} pierre posée des fondations de la responsabilité médicale en France. Le médecin n'est plus le seul décideur tout puissant. Cela va mettre à mal le modèle paternaliste qui faisait foi en France (11).

2.1.4. L'après-guerre

La 2^{ème} guerre mondiale va freiner l'avancée de la responsabilité en France. Mais à la fin de celle-ci, le monde et la France connaissent une forte avancée socio-économique. C'est le temps

d'une économie florissante entraînée par une industrialisation conquérante, c'est l'époque des trente glorieuses. Le niveau de vie augmente, on observe l'apparition d'une classe moyenne avec des moyens financiers plus importants, le taux de chômage est au plus bas et les progrès technologiques sont à l'ouvrage.

C'est également à ce moment-là (1945) qu'a été créé, sous sa forme actuelle, le conseil de l'Ordre des médecins, par le Général de Gaulle.

2.1.4.1. L'évolution scientifique

Une avancée fulgurante dans tous les domaines scientifiques va s'opérer dans ces années, de pair avec l'élan des trente glorieuses. De multiples découvertes vont avoir lieu, tant sur le plan pharmacologique (Corticoïdes, Pénicilline...), biologique (ADN), radiologique (échographie, tomodensitométrie, imagerie à résonance magnétique), chirurgicale, anesthésique ainsi qu'en cancérologie (chimiothérapie et radiothérapie). Cette évolution technologique dans le champ de la médecine bouleverse les pratiques médicales. La médecine basée sur le seul diagnostic clinique n'est plus; avec ces avancées, elle s'est renforcée de moyens paracliniques améliorant la prise en charge globale du patient (12).

2.1.4.2. L'évolution du monde médical

La médecine est de plus en plus spécialisée, de plus en plus précise. On traite un organe plus que le patient. Les patients se sentent nécessairement plus sécurisés devant cette spécialisation car elle induit une meilleure connaissance de l'organe à soigner (13). Les médecins généralistes, quant à eux, deviennent des médecins de proximité avec un champ de compétence trop vaste pour être performant dans tous les domaines. Les patients ont recours aux spécialistes pour les

problèmes médicaux précis, mais les spécialistes sont moins formés pour répondre aux attentes plus globales des malades.

C'est à ce moment-là que le tournant va se faire. En effet la société va évoluer vers un mode consumériste. La prospérité s'est développée grâce aux avancées socio-économiques, et chacun aspire au confort et au bien-être. Le patient des années 1970 n'est plus le même que celui des années 1930. Le rapport paternaliste n'est donc plus approprié à une population qui s'informe, qui a besoin de comprendre et qui veut être acteur de sa santé.

2.1.5. Les années 1980 : la crise de confiance

Suites aux conséquences écologiques et scientifiques après la catastrophe de Tchernobyl, concomitante à l'épidémie du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) qui sévit alors, le principe de précaution va naître.

L'incapacité de la médecine moderne à faire face à cet agent infectieux inconnu va sonner comme un échec de cette médecine toute puissante. Les patients atteints par le SIDA vont alors se regrouper en association et vont tenter d'influer sur le corps médical et les pouvoirs publics pour mettre les responsables devant leurs responsabilités (14).

2.1.6. Les années 1990

La pression juridique va devenir de plus en plus intense pour le corps médical et la confiance de la société va diminuer. Etant donné les largesses du champ juridique, la 1ère des conséquences va être que les arrêts rendus par les différentes cours vont faire jurisprudence. En l'absence de loi, c'est l'arrêt rendu qui va faire acte de loi. L'autre conséquence sera le

changement profond des conditions d'assurances des médecins (augmentation des prix) car tenus responsables et condamnés (6).

2.1.6.1. Les grandes avancées juridiques

- Le 25 février 1997 : La cour de cassation civile statue en 1^{ère} instance sur l'obligation d'information du médecin envers son patient. Cela fait suite à l'arrêt Hédreul. Dans cette affaire, le patient a porté plainte contre son médecin car celui-ci ne l'avait pas prévenu des risques de perforation digestive suite à une coloscopie (15).

- Le 14 octobre 1997 : Dans les suites de cette affaire, la même cour de cassation statue sur l'inversion de la preuve de la charge concernant la délivrance de l'information. En effet, avant ce traité, il n'était pas aisé pour le patient de se retourner contre le médecin puisqu'il incombait au patient de prouver qu'il n'avait pas été informé. C'est maintenant au médecin d'apporter la preuve qu'il a bien délivré l'information au patient (15).

- Le 07 octobre 1998 : La cour de cassation va étendre l'obligation d'information en cas de risques rares mais graves. Jusqu'alors l'obligation d'information portait sur les risques normalement prévisibles (16).

2.1.7. La fin du monde paternaliste

La relation médecin-patient est passée d'une relation paternaliste à une relation autonomiste où le médecin n'est plus là pour faire le bien du patient mais pour le guider dans son choix sous forme d'une négociation contractuelle tout en respectant ses choix, sa liberté et sa dignité. Les risques d'un excès d'autonomisme peuvent engendrer une surinformation ou une désinformation du patient et donner lieu à un excès consumériste. La dérive legaliste des

soignants et des soignés risque de faire tomber la relation médecin-patient en relation consommateur et prestataire de service mettant en péril la relation soignant-soigné (3).

L'inversion de la charge de la preuve va entraîner une augmentation du risque de voir la responsabilité des praticiens engagée pour défaut d'information et cela est source d'angoisse auprès du corps médical. La gestion de cette obligation d'information pose quelques problèmes. En effet, il semble que cela soit compliqué pour les médecins de donner une information qualitative et complète dans un temps de consultation donné et bref (17).

2.1.8. Vers une médecine défensive ?

Inspirés par leurs homologues médecins des Etats-Unis, les médecins vont commencer à recourir à des mesures défensives devant une augmentation de la demande d'information des patients et de la peur du risque judiciaire (18,19). De ce fait les pouvoirs publics vont réagir en améliorant la transparence des pratiques. Ils vont donc créer l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) en 1996 et AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de la santé) en 1999 qui ont un rôle de surveillance mais aussi de recommandations de bonnes pratiques.

C'est dans ce climat que va aboutir la loi du 4 mars 2002.

2.2. La loi Kouchner : la loi du 4 mars 2002 (20)

Face à la montée de la judiciarisation, les gouvernants ont décidé de clarifier les débats. Il s'agissait de délimiter et de réorganiser le droit de la santé.

Les différents acteurs du système de santé se réunissent en états généraux de la santé et la loi n° 2002-303, aussi appelé loi Kouchner, est votée le 4 mars 2002.

Elle se divise en 5 titres :

- Titre 1 : solidarité envers la personne handicapée

La loi Kouchner fait suite aux controverses liés à l'arrêt Perruche (21).

Le 17 novembre 2000, la cour de cassation d'Orléans reconnaît le droit à un enfant né handicapé d'obtenir réparation du préjudice dans les suites d'une erreur de diagnostic durant la grossesse.

Cette erreur avait privé les parents du choix d'interrompre ou de poursuivre la grossesse.

Le législateur nous rappelle dans ce dispositif anti perruche que « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance (alinéa 1 de l'article 1), ce qui permet de définir un cadre juridique précis pour entourer au mieux la responsabilité médicale à des cas de figures particuliers comme la notion de handicap congénital (22).

- Titre 2 : démocratie sanitaire

Ce titre permet de renforcer la participation du patient quant à sa prise en charge dans le système de soins par différents moyens :

- Les modalités d'accès au dossier médical sont simplifiées pour lui, ainsi que pour ses ayants droits (art.L1111-7 Code de Santé Publique (CSP)).

- Le renforcement de la responsabilité des professionnels de santé avec une obligation de transparence liée à l'activité dès qu'il s'agisse des déclarations d'accidents médicaux (art. L1413-14 CSP) ou de la relation avec les entreprises produisant ou commercialisant des biens de santé (art.L1413 al.1 CSP).

- Le droit à l'innovation médicale. Le médecin doit apporter des soins consciencieux et attentifs au patient. Le malade a le droit de bénéficier de soins les plus appropriés à son état en regard des connaissances médicales avérées (art.L1110-5 CSP).

- Le droit des malades à l'information médicale, information sur les actes et les risques les plus fréquents ou graves normalement prévisibles. (art.L1111-2 CSP).

- Titre 3 : qualité du système de santé

Nous retiendrons, entre autres, l'obligation de formation continue des professionnels de santé (art.L4133-1 CSP).

- Titre 4 : réparations des conséquences des risques sanitaires

La loi a voulu mettre un terme aux disparités d'indemnisation des accidents médicaux existant entre les juridictions civiles et administratives. Il rend obligatoire la souscription à une assurance responsabilité civile et professionnelle et cela pour tous les professionnels de santé (art.L1142-2 CSP). Et dans un but de simplification des indemnisations de chacun, 3 nouvelles structures sont mises en place.

-Les CCI (commissions de conciliation et d'indemnisation) des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Ces commissions ont été créées dans le but de trouver un recours à l'amiable entre médecins et patients dans les accidents médicaux. Elles sont créées au sein de chaque région, appelées alors CRCI (commissions régionales de conciliation et d'indemnisation) et sont présidées par un magistrat.

Les patients ou les ayants droits lors d'un décès peuvent saisir cette commission lorsqu' il y a eu un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soin (art L1142-7

CSP). Le magistrat donne donc son avis sur la nature, les circonstances et l'étendue des dommages ainsi que sur les modalités d'indemnisation (art L1148- 8 CSP). Si le médecin est déclaré fautif c'est l'assurance de celui-ci qui prend en charge, s'il est déclaré non fautif, le dédommagement relève de la solidarité nationale.

- La commission nationale des accidents médicaux, qui tient un rôle de coordination et de recommandations dans ces expertises.

- L'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux), quant à elle est chargée de l'indemnisation des accidents médicaux relevant de la solidarité nationale.

- Titre 5 : dispositions relatives à l'outre-mer.

2.3. Les différents types de plaintes et de responsabilités

2.3.1. La responsabilité civile (23,24)

2.3.1.1. Généralités

Si l'acte médical est à l'origine d'une faute physique, morale ou matérielle, le patient est en droit de demander une réparation. Le médecin n'est pas exempté de responsabilité, comme chaque citoyen il doit répondre de ses actes et réparer le préjudice « tout fait quelconque qui cause à autrui oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. » (24). La responsabilité du médecin ne peut être retenue par le juge que sur l'existence d'une triade : la survenue d'un dommage, une faute et un lien de causalité entre les deux.

La responsabilité civile concerne uniquement les médecins libéraux. Le délai de prescription est de 10 ans et les médecins doivent obligatoirement souscrire à une Responsabilité Civile

Professionnelle (art. L.1142-23 du CSP). Elle est basée sur la notion de contrat de soins à obligation de moyens entre le patient et le médecin. C'est à dire qu'il y a un libre choix de la part du médecin par le patient et un libre choix du patient par le médecin.

La responsabilité civile peut être de deux types, contractuelle et non contractuelle :

- Responsabilité civile contractuelle : (24)

Le contrat de soins introduit dans la jurisprudence par l'arrêt Mercier (Cour de Cassation, 20 mai 1936) entre le médecin et le patient se forme par un contrat tacite. Le médecin s'engage à donner des soins consciencieux attentifs, réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles ou acquises de la science. Le patient de son côté doit régler les honoraires et en principe suivre les prescriptions.

Comme pour tout contrat, il se réalise avec le consentement des deux parties. Il faut pour cela que le médecin ait donné à son patient une « information simple, claire, approximative, intelligible et loyale » (article 35 du code de déontologie). Le patient doit être majeur et mentalement apte à consentir. Pour le mineur ou l'incapable, c'est le représentant légal qui contracte. L'objet du contrat doit être licite et ne peut porter que sur des actes autorisés. L'obligation qui en découle est une obligation de moyen et non de résultat (le médecin ne peut pas s'engager à guérir le malade).

- Responsabilité médicale délictuelle (non contractuelle) (25)

S'il n'y a pas de contrat de soins libre entre le patient et le médecin, on parle de responsabilité médicale délictuelle ou non contractuelle.

Dans le cadre de ce régime de responsabilité, il appartient à la victime de faire la preuve de la réalité de son dommage, de l'existence d'une faute et d'une relation de causalité entre les deux. Le délai de prescription est de 3 ans et la victime doit faire l'avance des frais de procédure.

Ce régime de responsabilité s'applique dans deux cadres :

- Responsabilité du fait d'autrui : les dommages sont causés par ses préposés (secrétaires, femme de ménages) ou par des objets autres que ceux dont l'utilisation s'inscrit dans le prolongement naturel du geste médical.
- Responsabilité est en dehors du contrat de soin : inconscience, circonstances de soins (médecins du travail, médecins-conseils des assurances sociales), victime tierce au contrat, etc.

2.3.1.2. La faute civile (23,25)

La loi du 4 mars 2002 n'apporte aucune précision sur la faute susceptible d'engager la responsabilité médicale. Ainsi, il n'est décrit aucun caractère de gravité. Une faute simple suffit à engager la responsabilité du médecin. La faute est appréciée en comparant le comportement du médecin mis en cause avec celui qu'aurait eu « un bon médecin », de la même spécialité et placé dans les mêmes conditions.

La preuve de la faute se fait par tous moyens (témoignage, indice ou présomption) et elle est normalement à la charge de la victime alors que la charge de la preuve incombe au médecin. Dans ce contexte, les tribunaux prennent en compte aussi le caractère indispensable ou non de l'intervention.

Ces fautes sont de plusieurs ordres :

- Acte illicite : qualifié comme tel par la loi et la jurisprudence (exemple interruption de grossesse ou recherche biomédicale sans le consentement du sujet).

- Manquement au devoir d'humanisme :

- Défaut d'information : la jurisprudence et la Loi du 4 mars 2002 ont facilité la mise en cause de ce défaut d'information comme faute (participant à l'application de la théorie de perte de chance). Le médecin doit prouver qu'il s'est acquitté de son devoir d'information, par tous les moyens. Les risques graves même exceptionnels, normalement prévisibles, encourus du fait des actes médicaux sont inclus dans cette obligation.

- Défaut de consentement, non-respect du refus du malade aux soins,(exception lors de la mise en cause du pronostic vital). Seuls certains actes médicaux prévus par le législateur nécessitent un consentement écrit.

- Manquement au devoir d'assistance : si le médecin est, en principe, libre de refuser de soigner (art 47 Code de déontologie), hormis les cas d'urgence vitale, il a en revanche l'obligation de la continuité des soins. L'abandon d'un patient en cours de traitement est de nature à engager sa responsabilité.

- Manquement au devoir de secret professionnel

- Faute technique médicale : le seul fait de poser un diagnostic erroné ou de choisir un mauvais traitement ou une mauvaise méthode d'intervention ne suffit pas à engager la responsabilité du médecin. Il faut que cette erreur soit fautive, c'est-à-dire que cette erreur n'aurait pas été commise par « un bon médecin placé dans les mêmes circonstances ». La preuve de cette erreur sera en générale apportée par l'expertise médicale. Le comportement du médecin est alors apprécié et établi soit au regard du respect de la loi et des usages en vigueur,

soit au regard des données acquises de la science, soit au regard de la mise en évidence d'une imprudence, une négligence ou une maladresse.

2.3.1.3. Le dommage et le lien de causalité (23)

Le dommage peut être moral ou physique. Il sera identifié par l'expertise.

La perte de chance est un dommage particulier : parfois, le médecin a commis une faute mais les experts ne savent pas si, même si le médecin avait agi conformément aux règles de l'art, la complication aurait été évitée. Dans ce cas, les juges estiment que le patient a perdu une chance d'être guéri ou de ne pas avoir eu cette complication. Le dommage indemnisé est la perte de chance et non pas le dommage physique (ou moral) lié à la complication.

Le lien de causalité entre la faute et le dommage doit être certain et direct. C'est pourquoi, lors d'une perte de chance, il n'est pas possible d'indemniser le dommage physique lui-même.

2.3.1.4. La procédure (23)

Pour porter plainte, le patient doit se diriger vers son avocat et demander une demande introductive d'instance devant le tribunal de grande instance. C'est également au patient de régler les frais d'expertise, il peut se faire aider si besoin par l'aide juridictionnelle.

2.3.2. La responsabilité pénale (23,24)

La responsabilité pénale est régie par le code pénal (CP). Tout manquement à ces règles est appelé une infraction et est soumis à de lourdes peines. On trouve 3 catégories du plus grave au

moins grave : les contraventions, les délits et les crimes. Le patient peut recourir à cette voie s'il estime avoir été lésé par la prise en charge du médecin.

Très peu sont spécifiques à la médecine. Parmi eux on peut distinguer : la violation du secret professionnel (article 226-13 et 226-14 CP), l'abstention de porter secours à personne en péril (article 223-6 alinéa 2 CP), les faux certificats (art 441-5 CP), la prescription de substances illicites (art 222-37 CP) et d'autre part les atteintes à l'intégrité corporelle.

Pour parler de préjudice il faut également qu'il y ait une faute, un dommage et un lien de causalité comme pour la voie civile.

2.3.2.1. La procédure

Pour porter plainte, le patient peut se diriger vers les services de gendarmerie ou de police ou directement vers le procureur de la République. On note que le dossier médical du patient peut facilement être saisi par la justice, ce qui facilite les procédures.

Le procureur décide des suites à donner aux plaintes, dénonciations et enquête de police. Il peut soit classer sans suite, soit ouvrir une information judiciaire auprès du juge d'instruction. Conjointement la victime peut également se porter partie civile pour réclamer des dommages et intérêts.

2.3.3. La responsabilité administrative (23)

Ce type de responsabilité concerne le personnel salarié. Elle n'est pas de nature contractuelle comme pour le code civil. Le patient ne contracte pas avec le médecin car il n'y a pas de libre choix de la part du médecin et du patient en secteur hospitalier.

L'administration est responsable des fautes commises par ses agents hospitaliers sauf en cas de faute détachable du service. C'est donc l'hôpital qui indemniser les victimes du préjudice subi et non le médecin lui-même via son assurance de responsabilité civile et professionnelle. Le délai de prescription est de 10 ans.

2.3.3.1. La faute

La responsabilité administrative du médecin est basée sur la notion de faute.

Il y a des distinctions à faire sur les différents types de fautes liées à la responsabilité administrative :

- La faute lors d'un acte médical : actes réalisés par le médecin ainsi que par le personnel paramédical.

- La faute dans les actes de soins et organisation du service : actes techniques, de diagnostics ou de traitement (un patient qui fugue, erreur d'administration d'une drogue).

On en conclut qu'aujourd'hui, toute faute engage la responsabilité de l'administration.

2.3.3.2. La présomption de faute ou responsabilité sans fautes

Dans ce cas le patient n'a pas à apporter la preuve de la faute, elle est présumée. Ainsi, lorsque qu'un dommage grave survient dans les suites d'un acte médical courant (complications après une vaccination obligatoire, une infection nosocomiale...), il y a présomption de faute.

Depuis la loi du 4 mars 2002, on reconnaît l'indemnisation d'un accident médical sans faute au titre de la solidarité nationale (ONIAM).

2.3.3.3. La faute détachable du service

C'est l'exception de la juridiction administrative. Si l'agent hospitalier commet une faute hors du service ou si la faute est d'une extrême gravité, l'hôpital ne prend plus en charge, et l'agent doit engager sa responsabilité civile personnelle.

2.3.3.4. La procédure

Il faut pour cela, comme pour la juridiction civile et pénale, le trépied faute-dommage-lien de causalité. Le patient doit apporter la preuve de ces trois éléments (sauf en cas de présomption de faute). Le patient lésé doit déposer sa requête à la direction hospitalière. Si celle-ci la rejette ou n'y répond pas dans un délai de 4 mois, le patient doit se diriger vers le tribunal administratif qui décidera de la nécessité d'une expertise. En seconde instance, s'il souhaite que le fond de l'affaire soit rejugé, le patient peut se diriger vers la Cour Administrative d'Appel et en dernier recours vers le Conseil d'Etat afin de faire vérifier si les règles de droit ont été respectées. C'est la direction hospitalière qui indemnise la victime sauf si une faute détachable du service est retenue : ce sera alors le médecin qui supportera les frais d'indemnisation.

2.3.4. La responsabilité ordinale (23,24)

La voie ordinale est choisie quand il y a un manquement au code de déontologie médicale. C'est une faute disciplinaire, une violation de l'ordre moral. Elle concerne tous les médecins inscrits au tableau départemental du conseil de l'Ordre des médecins. Il n'y a pas d'assurance pour se prémunir du risque et il n'y a pas de délai de prescription.

Elle est basée sur le code de déontologie médical et c'est lui qui guide le médecin dans son exercice tout au long de sa carrière. Cependant, la faute peut survenir dans le domaine privé, et porter à l'honneur ou à la moralité de la profession et ainsi être répréhensible.

2.3.4.1. Les manquements au code déontologique

Ils interviennent si manquement au code de déontologie médicale, les plus fréquentes sont :

- La violation du secret professionnel
- Les prescriptions et les actes non adaptés aux données de la science
- L'obligation de porter assistance à un malade
- L'interdiction de faire de la médecine un commerce, la publicité est interdite
- L'interdiction de faire un certificat de complaisance
- L'obligation d'assurer la continuité des soins
- Le médecin doit être joignable lorsqu'il est de garde ou d'astreinte ...

2.3.4.2. Les sanctions

Elles sont en termes de gravité classées du moins grave au plus grave:

- L'avertissement
- Le blâme
- L'interdiction temporaire d'exercer la médecine
- L'interdiction permanente d'exercer la médecine pendant 3 ans maximum

- La radiation du tableau de l'Ordre des médecins

L'action disciplinaire est indépendante de l'action civile, pénale ou d'une autre action disciplinaire exercée par ailleurs.

2.3.4.3. La procédure

Depuis le 4 mars 2002, les règles ont été modifiées en matière disciplinaire. Le patient ne peut directement déposer plainte au conseil régional de l'Ordre des médecins (CROM). Si le patient se considère lésé, il doit en référer au président de conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM). Ce dernier convoque le médecin et le patient dans un délai maximum de 1 mois.

Une conciliation est alors tentée. Si cela est un échec, la plainte est transmise avec avis motivé du CDOM au CROM dans un délai maximum de 3 mois. Si aucune conciliation n'est trouvée à ce niveau-là, la plainte est transmise au conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Enfin, s'il y a urgence, lorsqu'un médecin par son état ou son activité est susceptible de mettre en danger sa patientèle, il existe une procédure d'urgence pour suspendre le médecin.

2.4. Evolution de la judiciarisation médicale

2.4.1. Généralités

Actuellement il est difficile de pouvoir juger de l'évolution de la responsabilité en France car nous manquons de moyens objectifs pour apprécier l'évolution des jugements dans les différentes juridictions (civile, pénale, et règlement à l'amiable). Pour cela nous nous baserons sur les différents rapports d'activités du groupe MACSF-Le sou Médical pour avoir une vision

d'ensemble de celle-ci, en rappelant que la MACSF est l'assureur en responsabilité civile et professionnelle de plus de 50% des médecins en France.

2.4.2. La judiciarisation médicale en France

2.4.2.1. En 2014 (26,27)

La judiciarisation est définie par la propension à privilégier le recours aux tribunaux pour trancher des litiges qui pourraient être réglés par d'autres voies.

En 2014, la MACSF représentait 47217 médecins généralistes sociétaires ayant réalisés 343 déclarations d'accidents médicaux. Une déclaration d'accident est émise à la suite d'un évènement qui peut faire craindre au médecin des poursuites judiciaires.

Pour mesurer le risque judiciaire imputable à un médecin, on se base sur la sinistralité. C'est une notion dérivée de l'assurance pour mesurer le risque médico-légal du médecin. Elle se définit comme le nombre d'accidents déclarés par les médecins à leur assurance rapporté au nombre globale d'adhérents. La sinistralité comporte quelques biais car elle ne mesure pas le nombre de procédures mais les situations à risques de procédure, donc celle-ci peut varier en fonction de la sensibilité personnelle du médecin au risque médical.

La sinistralité a légèrement diminué en 2014 en passant en médecine générale de 1,04% en 2014 contre 1,3% en 2012. Avec 343 déclarations, les médecins généralistes sont comme chaque année au 1^{er} rang quant au nombre de déclarations de sinistres. Cela s'explique par le fait que les médecins généralistes sont en 1^{ère} ligne de la prise en charge des patients mais également par un effectif plus important de praticiens par rapport aux autres spécialistes.

La répartition judiciaire des médecins généralistes pour l'année 2014 : 67 procédures civiles, 102 CCI, 134 réclamations à l'amiable, 18 procédures ordinales, 7 procédures administratives, 15 procédures pénales.

- Au civil : On note une augmentation du taux de condamnations dans la population médicale globale. Mais on constate que certains praticiens ont fait l'objet de condamnations plus fréquentes. Ainsi, 60 % des médecins généralistes mis en cause étaient condamnés contre 49% en 2012.

- Au pénal : Dans la population médicale générale, le contentieux pénal reste relativement exceptionnel puisqu'il ne représente qu'à peine 6 % de l'ensemble du contentieux porté devant les juridictions. Il était de 4% en 2010. On note toutefois une diminution du taux de décisions de condamnations par an.

- CCI : On note que les procédures de CCI croissent de manière importante. La simplicité, la rapidité et la gratuité de ces procédures explique probablement ce succès croissant (27). On remarque aujourd'hui une véritable harmonisation des règles de procédures entre les CCI et les juridictions. Celles-ci convergent dans le même sens, notamment au niveau des expertises, ce qui rend confiance aux patients et permet d'éviter la multiplication des procédures.

- Ordinale : Les plaintes ordinales ont également tendance à baisser. Elles sont passées de 69 plaintes en 2012 à 18 plaintes en 2014.

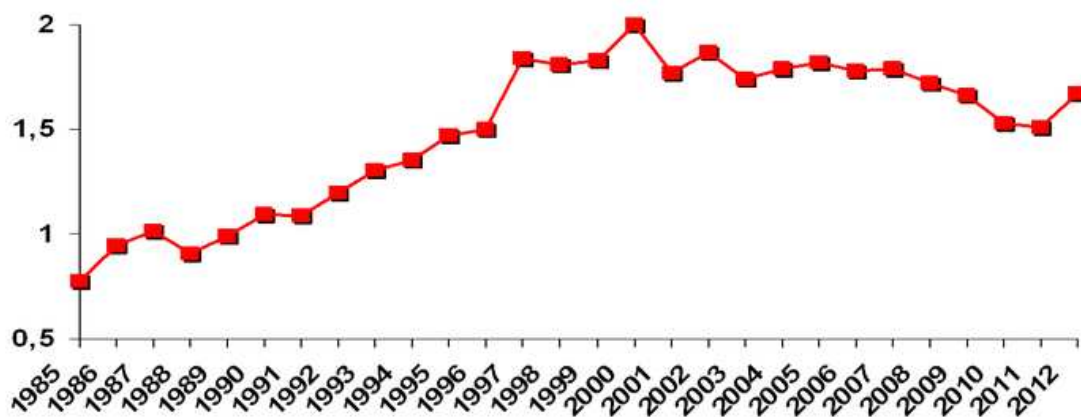
- Les indemnisations judiciaires : La médecine générale se situe à la 4^{ième} place (derrière l'obstétrique, la chirurgie et l'anesthésie). Le coût des indemnisations a baissé en 2014, 2.860 kEuros en 2014 contre 5.205 kEuros en 2013. Ainsi, si la médecine générale est la spécialité qui déclare le plus de sinistres, ce n'est pas la spécialité possédant le plus fort coût d'indemnisation judiciaire.

2.4.2.2. Evolution depuis 30 ans (27)

En reprenant les données de la MACSF, nous allons voir l'évolution de la sinistralité, toutes spécialités confondues, depuis 1985.

SINISTRALITE (1985-2012)(a)

MEDECINS (tous exercices et spécialités confondus)



(a) déclarations accidents corporels pour 100 sociétaires



Entre 1985 et 2002, on note une forte augmentation de la sinistralité, puis à partir de 2002, elle se stabilise. Les chiffres de ces 10 dernières années sont plutôt rassurants et la loi Kouchner n'est peut-être pas étrangère à cette tendance.

Une étude réalisée en 2013, par l'Institut de Recherche en Santé Publique, a étudié l'évolution de la judiciarisation entre 1999 et 2009 à partir de 50000 décisions de justice. Les analyses réalisées mettent en évidence une stabilité du nombre de requêtes devant les juridictions sur la

période étudiée. On note également une bascule de la majorité des affaires vers une transaction amiable avec la mise en place des CCI, aux dépens des assignations en référé. Ceci est le signe de l'apport essentiel de la loi du 4 mars 2002 sur le dispositif d'indemnisation (28).

La judiciarisation de la médecine semble se stabiliser ces dernières années mais il n'en demeure pas moins qu'elle reste présente dans l'esprit des praticiens au quotidien. Nous avons donc voulu évaluer si cela pouvait modifier les pratiques professionnelles des médecins généralistes dans le département des Deux-Sèvres.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, observationnelle réalisée dans le département des Deux-Sèvres entre Janvier 2016 et Mars 2016.

3.2. Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'impact de la judiciarisation de la médecine sur la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Les objectifs secondaires étaient de décrire le niveau d'appréhension vis-à-vis d'une plainte au début de leur carrière médicale et actuellement, le nombre de plaintes reçues et les craintes des médecins en cas de plainte et de comparer ces éléments en fonction de l'ancienneté d'installation ou le lieu d'exercice (rural ou urbain).

3.3. Population étudiée

Tous les médecins généralistes installés dans le département des Deux-Sèvres, travaillant dans un cabinet médical avec une activité libérale ont été inclus.

3.4. Recueil de données

Un questionnaire qualitatif été élaboré selon les objectifs fixés au début de l'étude ainsi que sur les données de la littérature existante.

Le document, anonymisé secondairement, comprenait 16 questions fermées. La première partie était d'ordre démographique. Les médecins installés dans une commune de plus de 2000

habitants ont été classé en zone urbaine (29). La 2ème partie portait sur les différentes plaintes et leur retentissement. La 3^{ème} partie évaluait l'évolution des pratiques professionnelles entre le début de leur carrière médicale et actuellement. Enfin la dernière partie analysait l'impact de l'information des patients et la formation des médecins. Afin d'optimiser la puissance de l'étude, un premier envoi par mail a été effectué par l'intermédiaire de la newsletter de l'Ordre des médecins du département des Deux-Sèvres, puis un deuxième envoi par courrier postal (accompagnée d'une lettre de présentation et d'une enveloppe timbrée pour la réponse). Avec l'aide d'un délégué médical, le questionnaire a également été donné en main propre à certains médecins généralistes. En cas de non réponse, une relance a eu lieu par un appel téléphonique 1 mois après le premier envoi.

3.5. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était l'évolution des pratiques professionnelles des médecins généralistes entre le début de leur carrière et actuellement à l'aide de l'échelle de Likert en 4 points (1=pas du tout d'accord, 2=plutôt pas d'accord, 3=plutôt d'accord, 4=tout à fait d'accord). Sept questions fermées évaluaient cette modification.

3.6. Critères de jugement secondaire :

- Niveau d'appréhension: Le niveau d'appréhension vis-à-vis d'une plainte a été évalué par l'échelle simplifiée de stress ressenti (auto-évaluation), allant de 1 (aucune appréhension) à 10 (appréhension maximale) (Simplified Perceived Stress Score) (30).
- Les plaintes : Le nombre de médecins ayant reçu une plainte civile, ordinale ou pénale a été évalué.

- Craintes des médecins en cas de plainte : remise en cause professionnelle, perte de confiance des patients, répercussions sur la vie personnelle, perte de clientèle, atteinte de la réputation ou autre.
- L'impact des médias et l'accès à l'information selon une réponse aux énoncés « Pensez-vous que la médiatisation favorise les plaintes ? » et « Pensez-vous que l'accès à l'information favorise les plaintes ? » selon une échelle de Likert en 4 points.
- La formation des médecins généraliste à la gestion des plaintes

3.7. Analyse statistique

Les logiciels utilisés ont été Excel 2010 et Epi Info 7.

L'analyse statistique a comporté plusieurs étapes :

- Analyse descriptive : les variables qualitatives sont décrites en termes d'effectif et de pourcentage. Les variables quantitatives sont décrites en termes de moyenne et d'écart-type.
- Analyse bivariée : la comparaison entre les niveaux d'appréhension vis-à-vis d'une plainte en début et en fin de carrière a été réalisée par un test non paramétrique de Mann-Whitney-Wilcoxon apparié. Les comparaisons entre les variables qualitatives ont été réalisées par un test exact de Fisher.
- Une valeur de $p < 0.05$ a été considérée comme statistiquement significative.

4. RESULTATS

4.1. Résultats globaux

Cent vingt médecins ont répondu au questionnaire sur 280 médecins installés dans le département des Deux Sèvres d'après l'Ordre des médecins, soit un taux de réponse de 43%. Les caractéristiques de la population sont détaillées dans le tableau 1. Sur les 120 médecins ayant répondu, 71 étaient de sexe masculin soit un sexe ratio de 0,59. La majorité d'entre eux (57%) se sont installés entre 1986 et 2006. Trois quarts des médecins sont installés en collaboration au sein de leur cabinet. Seulement un peu moins de la moitié (45%) travaillaient dans une zone urbaine. Quarante et un médecins déclaraient avoir une activité médicale en plus de leur cabinet. Dans 49% des cas, ils régulaient au centre 15.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population, n=120

Sexe masculin, n (%)*	71 (59 %)
Date d'installation *	
- < 10 ans, n (%)	19 (16%)
- Entre 10 et 30 ans, n (%)	68 (57%)
- > 30 ans, n (%)	31 (26%)
Lieu d'exercice rural, n (%)	66 (55%)
Cabinet de groupe *	90 (75%)
Activité en plus, n (%)	41 (34%)
- Dont régulation centre 15	20 (49%)

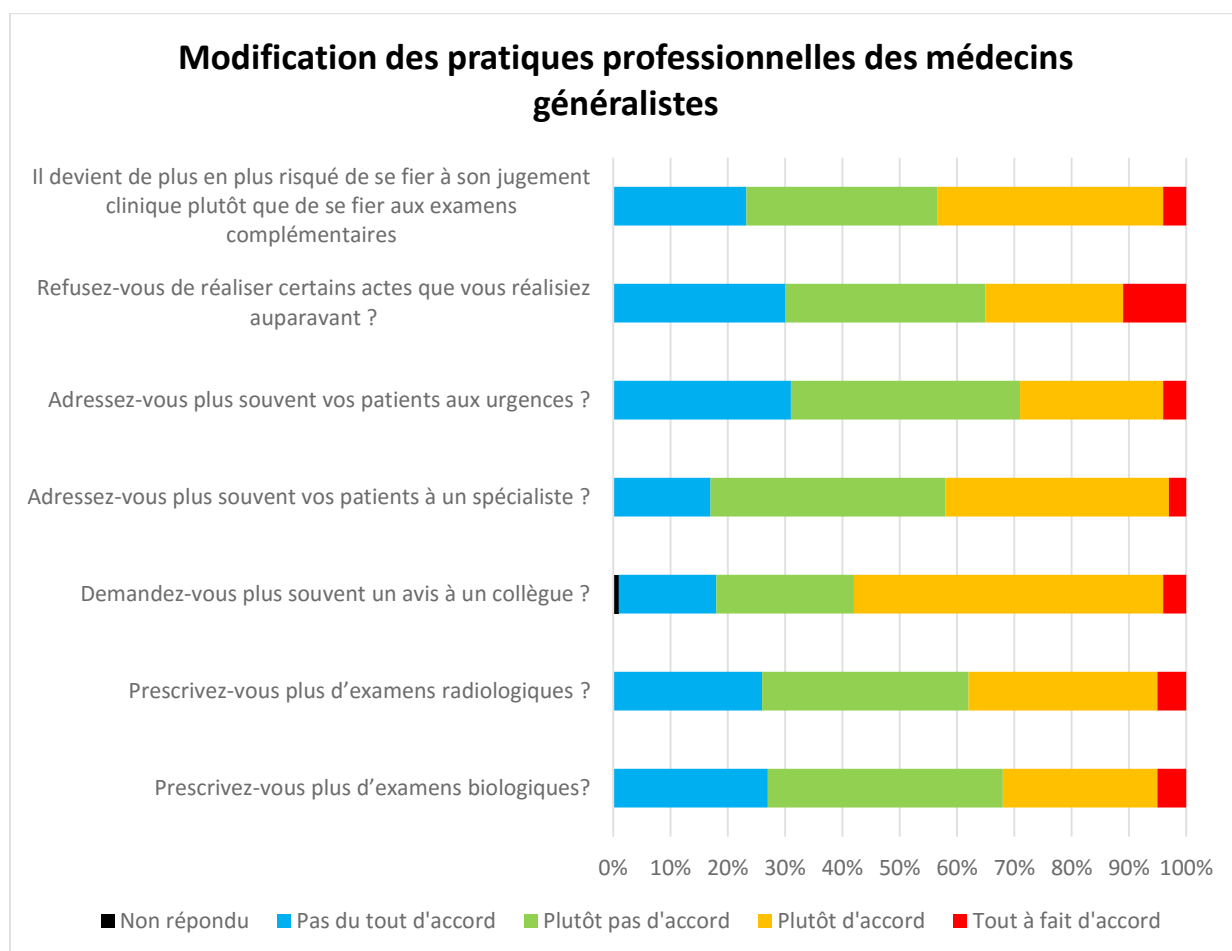
* n=118

4.2. Objectif principal

Les réponses des médecins généralistes aux 7 questions évaluant la modification de leurs pratiques professionnelles entre le début de leur carrière et actuellement sont résumées sur la figure 1.

Les médecins répondaient ne pas prescrire plus d'examens biologiques (27% n'étaient pas du tout d'accord et 41% plutôt pas d'accord) ni d'examens radiologiques (26% n'étaient pas du tout d'accord et 36% plutôt pas d'accord) par rapport au début de leur installation. De même, ils n'adressaient pas plus aux urgences (31% n'étaient pas du tout d'accord et 40% plutôt pas d'accord) ni à un spécialiste (17% n'étaient pas du tout d'accord et 41% plutôt pas d'accord). La majorité ne refusait pas de faire certains actes techniques qu'ils réalisaient auparavant (30% n'étaient pas du tout d'accord et 35% plutôt pas d'accord). Par contre, 58% répondaient demander plus d'avis à leurs collègues (54% plutôt d'accord et 4% tout à fait d'accord). Trente-neuf pourcent étaient plutôt d'accord sur le fait qu'il est de plus en plus difficile de se fier à son jugement clinique plutôt que de se fier aux examens complémentaires mais 33% n'étaient plutôt pas d'accord et 23% ne l'étaient pas du tout.

Figure 1 : Graphique en barres représentant la modification des pratiques professionnelles des médecins généralistes entre le début de leur carrière médicale et actuellement, n=120



4.3. Objectifs secondaires

4.3.1. Niveau d'appréhension

Le niveau d'appréhension vis-à-vis d'une plainte a été estimé par les médecins généralistes entre 1 et 8 en début de carrière et entre 1 et 10 actuellement.

Le tableau 2 résume l'appréhension des médecins vis-à-vis d'une plainte en début de carrière et actuellement en fonction de leur ancienneté. Les médecins rapportaient une augmentation significative du niveau d'appréhension entre le début de leur carrière et actuellement sauf chez les jeunes médecins installés depuis moins de 10 ans.

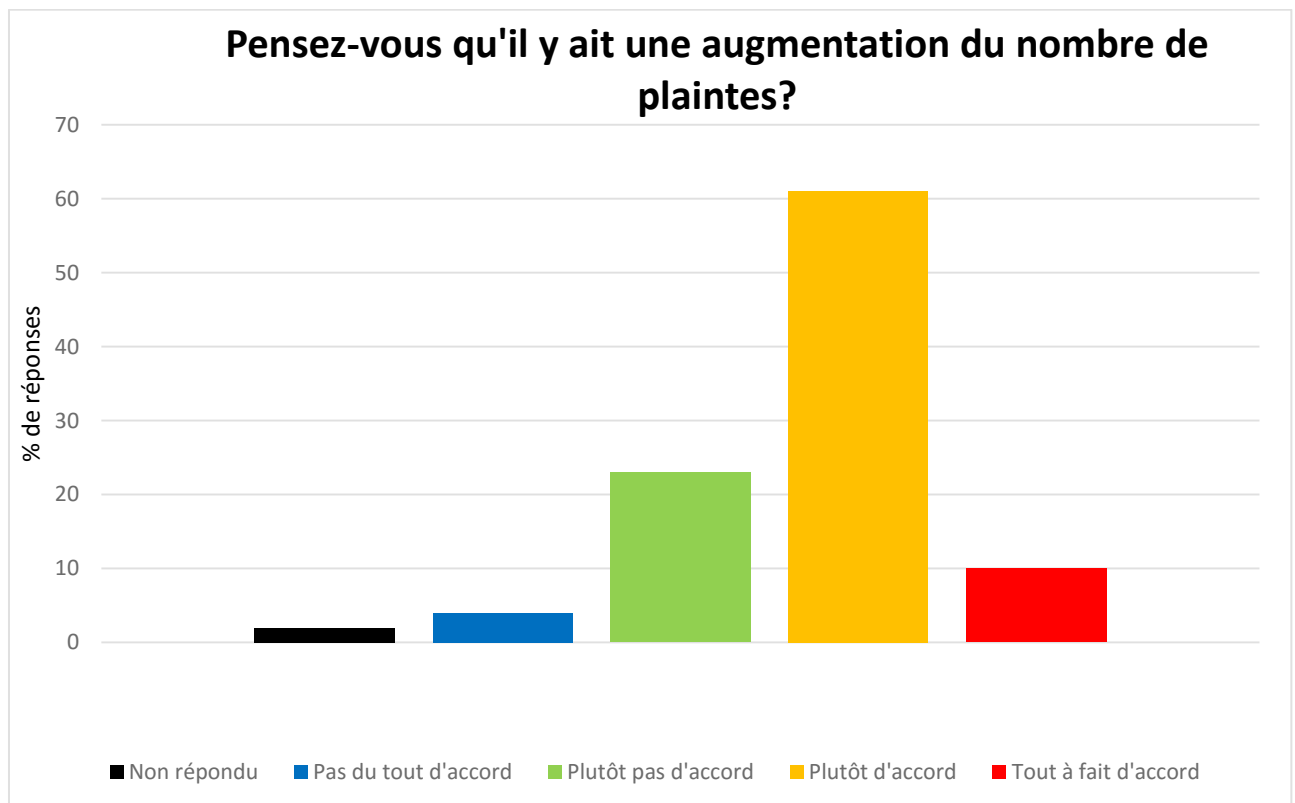
Tableau 2 : Appréhension d'une plainte en début de carrière et actuellement en fonction de l'ancienneté du médecin

Années de carrière	Début de carrière	Actuellement	p
< 10 ans	3,74 ± 1,79	4,05 ± 1,51	0,21
10-30 ans	2,75 ± 1,62	4,38 ± 2,03	<0,001*
> 30 ans	2,52 ± 1,75	4,16 ± 2,31	0,002*
Population générale	2,85 ± 1,72	4,25 ± 2,03	<0,001*

4.3.2. Les plaintes

Soixante et onze pourcent des médecins pensaient qu'il y avait une augmentation importante des plaintes (61% étaient plutôt d'accord et 10% étaient tout à fait d'accord) (Figure 2).

Figure 2 : Histogramme représentant la réponse à la question suivante: « Pensez-vous qu'il y ait une augmentation importante du nombre de plaintes en médecine générale ? », n=120



Le tableau 3 compare les différentes plaintes en fonction de l'ancienneté d'installation des médecins généralistes. Les médecins installés depuis plus de 30 ans n'ont pas reçu plus de plaintes que ceux installés entre 10 ans et 30 ans. Un seul médecin parmi ceux installés depuis moins de 10 ans avait reçu une plainte civile et un seul une plainte pénale. Il s'agit du même médecin.

Tableau 3 : Comparaison des différentes plaintes en fonction de l'ancienneté d'installation

Années de carrière	Population Générale	< 10 ans	10-30 ans	> 30 ans	p
Plainte civile, n (%)	29 (24%)	1 (5%)	21 (31%)	7 (23%)	0,06
Plainte ordinale, n (%)	33 (28%)	1 (5%)	22 (32%)	9 (29%)	0,05*
Plainte pénale, n (%)	4 (3%)	0	3 (4%)	1 (3%)	1
Absence de plainte mais menace, n (%)	24 (35%)	4 (22%)	14 (42%)	6 (35%)	0,41
Collègue confronté à une plainte, n (%)	98 (82%)	13 (68%)	57 (84%)	26 (82%)	0,33

Les médecins travaillant en zone urbaine n'ont pas reçu plus de plainte, qu'elle soit ordinale, civile ou pénale, que ceux travaillant en zone rurale (tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison des différentes plaintes en fonction du lieu d'exercice

Années de carrière	Population Générale	Zone rurale	Zone urbaine	p
Plainte civile, n (%)	29 (24%)	17 (26%)	12 (22%)	0,67
Plainte ordinale, n (%)	33 (28%)	20 (30%)	13 (24%)	0,54
Plainte pénale, n (%)	4 (3%)	1 (2%)	3 (6%)	0,33
Absence de plainte mais menace, n (%)	24 (35%)	12 (33%)	12 (37%)	0,80
Collègue confronté à une plainte, n (%)	98 (82%)	55 (83%)	43 (80%)	0,64

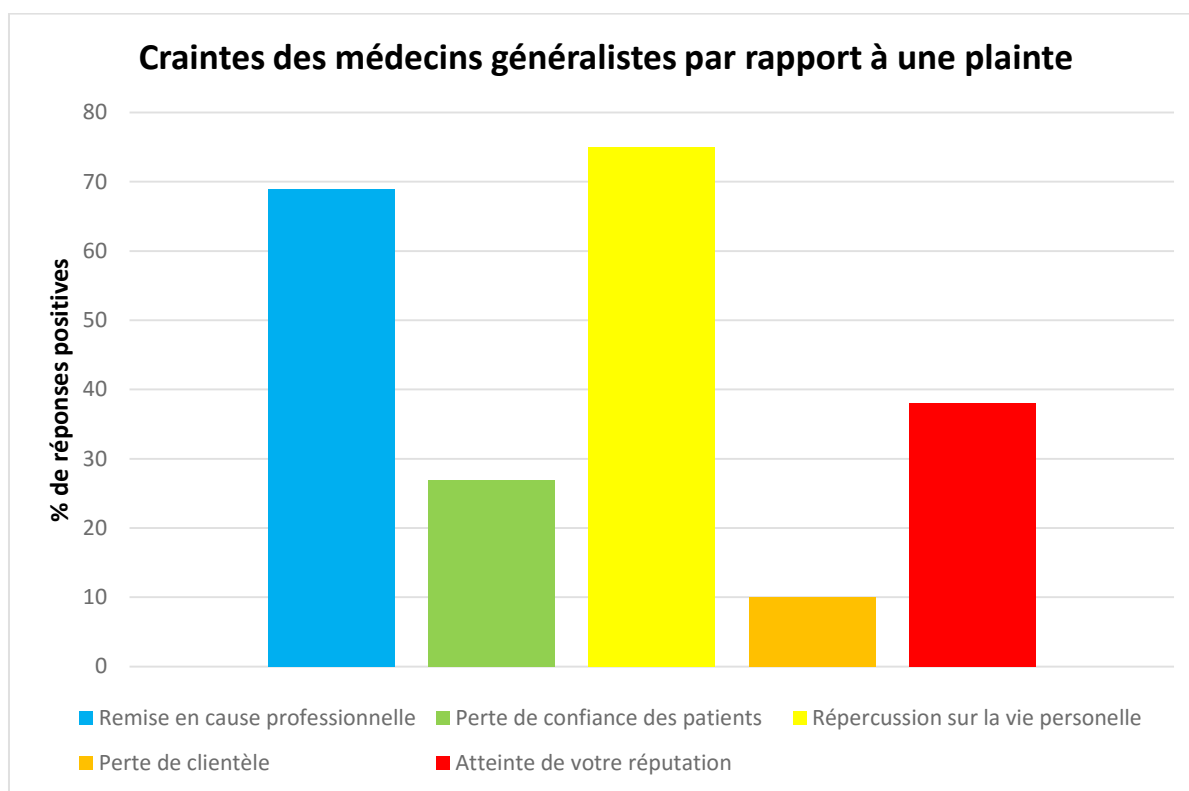
4.3.3. Les craintes

La figure 3 résume les craintes des médecins généralistes en cas de plainte. Ceux-ci craignaient principalement une remise en cause professionnelle (69%) et des répercussions sur la vie personnelle (75%). Trente-huit pourcent avaient peur d'une atteinte de leur réputation, 27% d'une perte de confiance de leurs patients et 10% d'une perte de leur patientèle.

Ils ont également évoqué comme ressenti en cas de plainte :

- un mal être
- un désinvestissement professionnel
- un sentiment d'injustice et d'incompréhension
- une remise en cause personnelle, perte de confiance en soi
- une peur d'interdiction d'exercer
- une peur de la faillite
- un suicide
- la complexité de la procédure

Figure 3 : Histogramme représentant les différentes craintes des médecins généralistes par rapport à une procédure judiciaire (plainte), n=120



4.3.4. Les pratiques professionnelles

Une comparaison des réponses (pas du tout d'accord et plutôt pas d'accord versus plutôt d'accord et tout à fait d'accord) des médecins généralistes selon leur ancienneté d'installation a été réalisée. Les médecins installés depuis plus de 30 ans répondaient de façon significative plus souvent d'accord quant à une augmentation du nombre de prescriptions d'examens biologiques ($p=0,006$), radiologiques ($p=0,002$) et du nombre de patients adressés à des médecins spécialistes entre le début de leur carrière et actuellement. ($p=0,045$). Ils étaient plus souvent d'accord sur le fait qu'ils adressaient plus leurs patients aux urgences mais de façon non significative ($p=0,063$).

On ne retrouve pas de différence significative quant à ces modifications de pratiques professionnelles entre le début de leur carrière et actuellement entre les médecins exerçant en milieu rural et ceux exerçant en milieu urbain.

4.3.5. Accès à l'information

La figure 4 et la figure 5 résument le ressenti des médecins généralistes quant à la corrélation entre la majoration du nombre de plaintes ces dernières années et l'augmentation de la médiatisation ou la facilité d'accès à l'information.

La majorité des médecins pensait que la médiatisation (84%, soit 56% plutôt d'accord et 28% tout à fait d'accord) et l'accès à l'information (83%, soit 60% plutôt d'accord et 23% tout à fait d'accord) favorisaient les plaintes.

Figure 4 : Histogramme représentant l'impact de la médiatisation sur les procédures judiciaires en médecine générale (n=120)

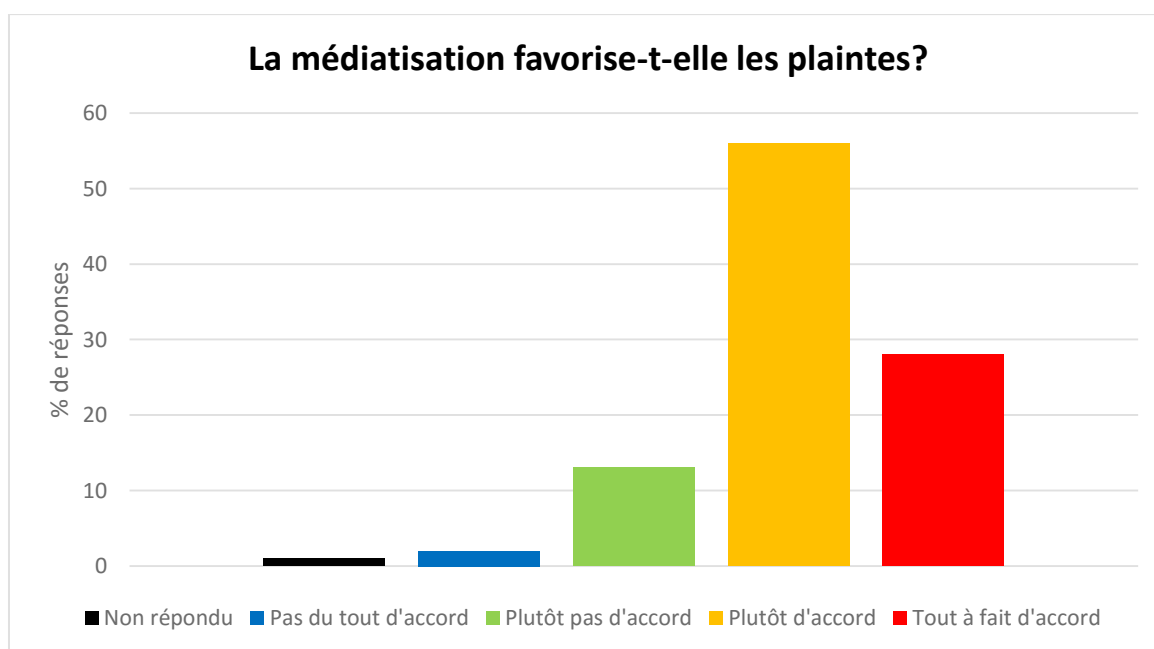
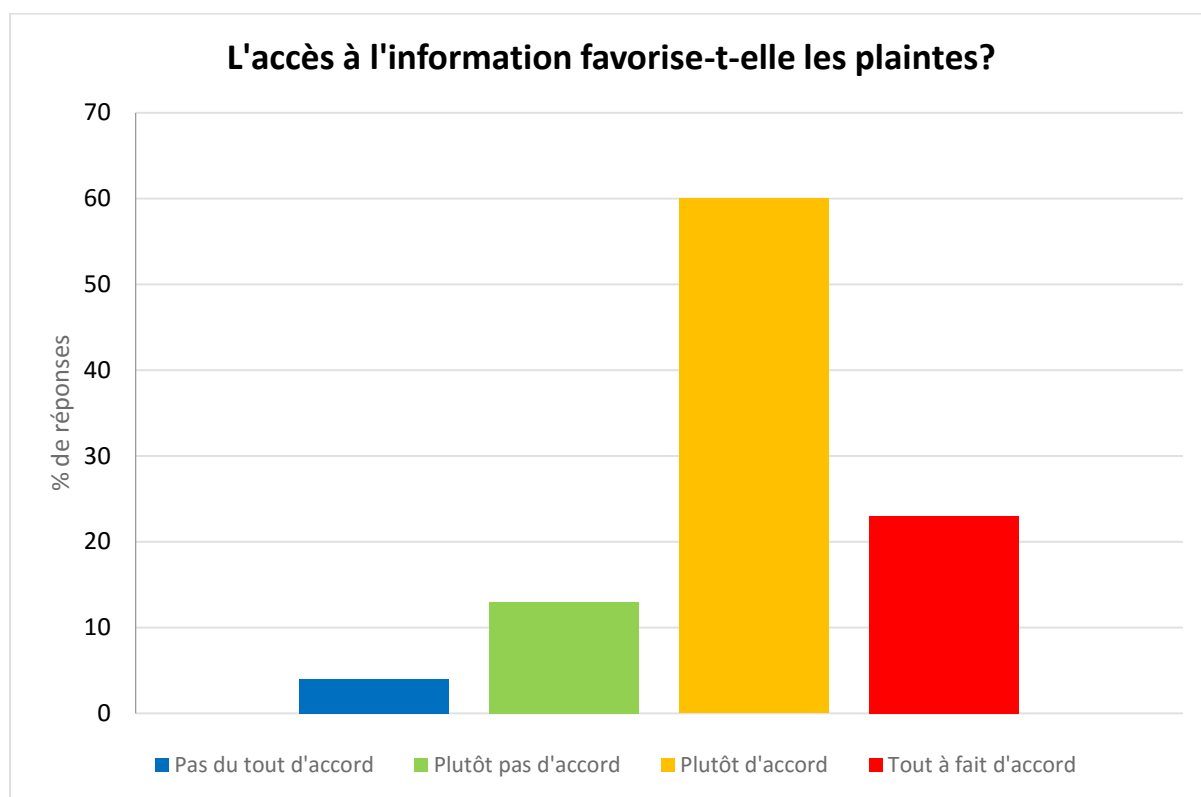


Figure 5 : Histogramme représentant l'impact de l'accès à l'information sur les procédures judiciaires en médecine générale (n= 120)



4.3.6. La formation à la gestion des plaintes

Seulement 17 médecins généralistes, soit 21 % ont reçu une formation à la gestion des plaintes.

Les médecins installés depuis plus de 30 ans étaient ceux à avoir été le plus formés (27%), ceux installés entre 10 et 30 ans étaient 17% à l'avoir été, et uniquement un seul médecin, soit 5% des médecins installés depuis moins de 10 ans, l'avait été.

5. DISCUSSION

Cette étude était la première à évaluer l'impact de la judiciarisation sur les pratiques médicales et le ressenti des médecins généralistes dans le département des Deux-Sèvres.

5.1. Modification des pratiques professionnelles des médecins généralistes entre le début de leur carrière médicale et maintenant

Dans notre étude, par rapport au début de leur carrière, la plupart des médecins ont répondu ne pas prescrire plus d'examen biologiques (68%) ni radiologiques (62%), et ne pas adresser plus souvent leurs patients à un spécialiste (58%). Ils pensaient également majoritairement qu'il n'était pas plus difficile de se fier à son jugement clinique plutôt que de se fier aux examens complémentaires (56%). Par contre, 58% demandaient plus souvent un avis à un collègue.

Nos résultats sont sensiblement différents de ceux retrouvés dans la littérature. En effet, une étude française réalisée en 2006 dans la région Midi-Pyrénées était plutôt en faveur d'une modification des pratiques médicales (31). Dans cette étude, les médecins généralistes recouraient plus souvent à des prescriptions défensives (87,5 %), plus souvent à des examens complémentaires (80,14%) et ils adressaient plus souvent à un médecin spécialiste (84,56%) depuis la loi 2002. Leur taux d'inclusion est faible, seulement 136 médecins ont répondu sur les 300 médecins sélectionnés de manière aléatoire. Ceci peut induire un biais de sélection. Leur population n'est pas extrapolable à l'échelle nationale, et est donc difficilement comparable à une autre population. De plus, on peut supposer que le département des Deux-Sèvres n'est pas comparable avec la région Midi-Pyrénées sur le plan de la population (32), de l'effectif médical (33) et du nombre de litiges entre les patients et les personnels soignants, ayant pu amener les médecins à évoluer différemment sur leur pratique médicale.

Dans une étude américaine réalisée en 2008 (34), on retrouve également des résultats sensiblement différents, en faveur d'une modification des pratiques médicales. Les résultats montraient que 76% des médecins trouvaient qu'il était plus risqué de se reposer sur son sens clinique que sur les moyens paracliniques, 62% des médecins pensaient qu'il valait mieux faire des consultations simples ou des examens complémentaires pour éviter la plainte et 60% préféraient demander un avis à un collègue. La population étudiée dans cette étude regroupait l'ensemble des médecins hospitaliers (urgentistes, gynécologues, pédiatres, chirurgiens...) et non que des médecins généralistes comme dans notre étude. Or, la sinistralité des médecins hospitaliers tels que les médecins urgentistes est bien plus élevée que celle des médecins généralistes (16,8% vs 1,04%) les amenant probablement à pratiquer une médecine plus défensive (26).

Nous avons pu remarquer que les médecins installés depuis plus de 30 ans répondaient de façon significative plus souvent d'accord quant à une augmentation du nombre de prescriptions d'examens biologiques et radiologiques et du nombre de patients adressés à des médecins spécialistes entre le début de leur carrière et actuellement. On peut supposer que cette population, ayant débuté leur carrière loin des pressions judiciaires, est celle à avoir le plus modifié ses pratiques devant la judiciarisation médicale. Alors que pour les jeunes médecins, le risque médico-légal fait partie intégrante de leur formation. Ils pratiquent une médecine défensive dès leur installation (35), et n'ont probablement pas eu le temps de modifier leur pratique.

5.2. Le niveau d'appréhension

Nous constatons une augmentation significative de l'appréhension des médecins interrogés concernant une éventuelle plainte depuis leur début de carrière. Si l'on s'intéresse aux résultats par tranche d'âge, on observe que les jeunes médecins installés depuis moins de 10 ans ne présentaient pas d'augmentation significative de leur appréhension par rapport à une plainte entre le début de leur carrière et aujourd'hui. Ceci peut s'expliquer par un temps plus réduit d'exposition à une plainte. En effet, on remarque que seulement 1 seul médecin sur 19, soit 5%, a été confronté à une plainte ordinale et civile et aucun n'a été confronté à une plainte pénale. De plus, les jeunes médecins pratiquent de plus en plus une médecine défensive (35). Ceci ajouté au fait qu'ils sont très peu à être confronté à une plainte fait que leur niveau d'appréhension augmente peu durant les premières années.

Leur score d'appréhension en début de carrière était plus élevé que celui des médecins installés depuis plus de 10 ans. Du fait de la judiciarisation, les jeunes médecins sont confrontés très tôt dans leurs études médicales via leurs stages à des litiges avec les patients. En effet, dans l'étude de Lorphelin, 22% des internes avaient été témoin d'un litige et 26% avaient été témoin d'un litige d'un collègue (35). Ceci peut expliquer leur niveau d'appréhension plus élevé lors de leur installation par rapport aux médecins qui se sont installés il y a plus de 10 ans.

5.3. Les plaintes

Soixante et onze pourcent des médecins interrogés étaient d'accord avec le fait qu'il y ait une augmentation importante des plaintes. Ceci est en rapport avec ce qui est retrouvé dans la littérature (34,35). Cependant, on remarque dans l'étude de Lorphelin que les jeunes futurs médecins (les internes) étaient encore plus inquiets de cette problématique (35).

5.4. Les craintes des médecins généralistes

Nous remarquons que les répercussions suite à une plainte à leur rencontre n'étaient pas exclusivement professionnelles (69%). La majorité des médecins généralistes interrogés craignaient également des répercussions au niveau personnel (75%).

Nous pouvons craindre que ce ne soit le début d'un burn-out. En effet, le burn-out est défini par 3 composantes tirés du MBI « Maslach Burn-out Inventory » de Maslach et Jackson : le syndrome d'épuisement, la dépersonnalisation et la réduction d'accomplissement personnel (36). La littérature rapporte une origine multifactorielle : des facteurs psychologiques individuels du soignant, des facteurs extrinsèques liés à l'environnement de travail et des facteurs de stress intrinsèques à la pratique médicale (exigence des patients, demandes irréalistes, plaintes ...) (37). L'exigence des patients, le manque de confiance patient-médecin et le risque de plainte entraîne un syndrome d'épuisement, qui à son tour entraîne des attitudes négatives envers le patient (dépersonnalisation) et envers soi-même (réduction de l'accomplissement personnel) (38).

5.5. Accès à l'information et médiatisation

Dans notre étude, plus de 80 % des médecins interrogés pensaient que la médiatisation et l'accès à l'information favorisaient la survenue d'une plainte.

Au cours des dernières années, Internet est devenue l'une des principales sources d'information médicale. Dans le monde entier, 4,5% des recherches sur Internet sont liées à la santé (39). La consultation d'internet à ce sujet est de plus en plus utilisée dans la population, notamment chez les moins de 50 ans, et décroît chez les plus âgés (40). De plus, la majorité des patients pensent que l'information via Internet est fiable et de bonne qualité (41).

Les récentes affaires de santé publique, telles que Médiateur, ont ébranlé la relation médecin-patient. L'accélération de la transmission des informations, par les journaux, la télévision, internet et Facebook, est un facteur majeur de renforcement de la crise, voire de dérapage, puisque la validité des informations diffusées n'a guère le temps d'être vérifiée (42).

5.6. La formation à la gestion des plaintes

Nous remarquons que seulement 21% des médecins interrogés ont reçu une formation médicale à la gestion des plaintes et étonnamment, les médecins installés depuis plus de 30 ans affirmaient avoir été le plus formés. Seulement 5% des jeunes médecins répondaient avoir reçu une formation.

En effet, les internes étaient 81,3% à penser qu'ils n'étaient pas suffisamment formés pour affronter le risque judiciaire et 81,9% affirmaient que la crainte d'une plainte les inciterait à faire des formations médicales continues (FMC) (35).

5.7. Les limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, nous avons un taux de réponse de 42%, ce qui reste faible. On ne peut donc pas conclure que notre échantillon est représentatif de la population des médecins généralistes installés dans le département. On peut supposer que plus de 30% des médecins n'ayant pas répondu aient pu être confronté soit à une plainte civile, soit une plainte ordinaire, soit une plainte pénale et qu'ils n'aient pas souhaité répondre au questionnaire par peur du jugement ou pour éviter de se remémorer certains souvenirs peut être trop douloureux. Nous avons donc un biais de sélection.

Ensuite, il s'agit d'un questionnaire de type déclaratif. Certains médecins peuvent avoir minimisé leurs réponses et ne pas avoir répondu en toute sincérité de peur d'être jugés. En effet, il est évident qu'il est plus facile de répondre positivement à la question : « Demandez-vous plus souvent un avis à un collègue ? » qu'à la question : « Adressez-vous plus souvent vos patients aux urgences ? ». Notre questionnaire était anonyme mais lors de la remise du questionnaire soit en main propre au délégué médical, soit par mail, soit par courrier, il était possible (par l'adresse mail ou l'adresse postale) de savoir quel médecin avait rempli quel questionnaire.

Enfin, nous avons étudié l'appréhension/l'anxiété des médecins vis-à-vis d'une plainte par auto-évaluation, qui est une méthode de mesure subjective. Il existe des échelles d'anxiété validées telles que l'échelle d'Hamilton (43) mais l'évaluation reste subjective. Il n'existe pas à l'heure actuelle de méthode objective telle qu'un marqueur biologique ou radiologique pour mesurer l'anxiété de manière plus fiable. Le cortisol salivaire a été utilisé comme marqueur biologique pour mesurer le stress. Il a été montré une corrélation entre le stress ressenti et le stress biologique mesuré lors de simulation en haute-fidélité (44). Mais il s'agissait d'un stress aigu dû au scénario. Il n'a pas encore été trouvé de marqueur objectif reproductible pouvant mesurer l'anxiété. De plus, chaque personne peut avoir un ressenti différent par rapport à une émotion telle que l'anxiété et ne pas la coter de la même manière.

6. CONCLUSION

L'arrivée de procès très médiatisés de santé publique tels que Médiator a fait craindre en France à une hausse de la judiciarisation. Une grande majorité des médecins généralistes du département des Deux-Sèvres était d'accord pour dire qu'il y avait une augmentation des plaintes en médecine générale, mais cela n'affectait que très peu leur pratique médicale entre le

début de leur carrière et aujourd'hui. Malgré la médiatisation, on ne s'oriente pas vers une médecine défensive avec une dérive à l'américaine, mais la hausse de la judiciarisation a des conséquences morales avec des répercussions sur la vie professionnelle et personnelle des médecins généralistes.

Encore très peu de médecins sont formés à la gestion des plaintes. Il serait donc favorable d'insister sur la formation initiale des jeunes médecins ainsi que sur les FMC afin de diminuer leur appréhension vis-à-vis d'une plainte dans le but d'éviter un burn out et /ou une dérive de la médecine vers une médecine défensive.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe 2002.
2. Levy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. Rev Prat Med Gen 2004;674:1482-6.
3. Rameix S. Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients? In: Louzoun C, Salas D. editors. Justice et Psychiatrie: normes, responsabilité, éthique. Toulouse:Erès;2000.p.65-75
4. Lansac J, Sabouraud M. Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. Trib Santé. 2004;5:47-56.
5. Bouquier J-J. Evolution du métier de médecin, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil national de l'Ordre des médecins du 23 Juin 2001. [en ligne]. Disponible sur Internet: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/evolutionmetier.pdf>. Consulté le 05/08/2016
6. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive »: critique d'un concept à succès. Sci Soc Santé. 2006;24:5-33.
7. Scheil V. La loi de Hammourabi: (vers 2000 av J-C). Paris:Ernest Leroux;1904.
8. Meyer P. L'irresponsabilité médicale. Paris:Bernard Grasset;1993.
9. Demont L. 4 000 ans de responsabilité pénale médicale. Rev Jurid Ouest. 1999;12:361-76.
10. Careghi J-C. La responsabilité médicale au crible de l'histoire n°7. Bordeaux:Les études hospitalières;2007.
11. Careghi J-C. La responsabilité civile médicale avant l'arrêt Mercier: un préalable inutile? In: Rev Gen Droit Med.2006:109-52.
12. Droz B, Rowley A. Histoire générale du XXe siècle. Depuis 1950. Crises et mutations de 1973 à nos jours. Paris:Points;1992.
13. Fragu P. La relation médecin-patient: Histoire d'une transformation. Ethique Santé 2004;1:26-31.
14. Lapierre D. Plus grands que l'amour. Paris:Robert Laffont;1990.
15. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, n° 94-19685. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007037245>. Consulté le 15/08/16
16. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 7 octobre 1998, n° 97-10267. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007038718>. Consulté le 15/08/16

17. Rameix S. Information et consentement des patients : du paternalisme à l'autonomie ? Actual Jurisanté. 2002;11-7.
18. Amalberti R. Médecine défensive et pertinence des soins - Prévention médicale. [en ligne]. Disponible sur Internet: <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Medecin/medecine-defensive-et-pertinence-des-soins>. Consulté le 15/08/16
19. Fédération Hospitalière de France. « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés » 2012. [en ligne]. Disponible sur Internet: <http://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies>. Consulté le 15/08/16
20. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. 5 Mars 2002).
21. Niel P. La faute caractérisée dans le diagnostic prénatal après la loi du 4 mars 2002. Commentaire Conseil d'État, 19 février 2003. Médecine Droit 2004;2004:42-9.
22. 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. Carnets Bord 2009;16:9-22.
23. Rougé-Maillart C, Jousset N, Gaudin A. La responsabilité médicale 2012. [en ligne]. Disponible sur Internet: <http://sfml-asso.fr/images/docs/responsabilite.pdf>. Consulté le 15/08/16.
24. Duguet A-M, Thomas A. Responsabilité médicale 2005. [en ligne]. Disponible sur Internet: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/10_poly_item10.pdf . Consulté le 15/08/16.
25. Scolan V. La responsabilité civile en matière médicale 2015. [en ligne]. Disponible sur Internet: <http://www.medileg.fr/La-responsabilite-civile-en-804>. Consulté le 15/08/16.
26. MACSF, Le Sou Médical. Panorama des risques professionnels en santé. [en ligne]. Disponible sur Internet: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/content/download/7828/47554/version/1/file/Synthese_panorama_du_risque_medical.pdf. Consulté le 15/08/16.
27. MACSF, Le Sou Médical. Médecine générale. [en ligne]. Disponible sur Internet: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical/Risque-des-professions-de-sante/Medecine-generale>. Consulté le 15/08/16.
28. Laude A. La judiciarisation de la santé. Quest Santé Publique 2013;20:1-4.
29. Insee - Définitions, méthodes et qualité - Unité urbaine. [en ligne]. Disponible sur Internet: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm>. Consulté le 15/08/16.
30. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983;24:385-96.

31. Boursier J-E. La judiciarisation et l'exercice du médecin généraliste en 2005. Réflexions à propos d'une enquête auprès de 136 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Thèse Med. Toulouse:université Paul Sabatier;2006.
32. Insee. Estimation de la population au 1er janvier par région, département, sexe et âge de 1975 à 2015. [en ligne]. Disponible sur Internet: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=estim-pop®_id=99. Consulté le 15/08/16.
33. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas régionaux de démographie médicale. [en ligne]. Disponible sur Internet: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1665>. Consulté le 15/08/16.
34. Carrier ER, Reschovsky JD, Mello MM, Mayrell RC, Katz D. Physicians' fears of malpractice lawsuits are not assuaged by tort reforms. *Health Aff Proj Hope* 2010;29:1585-92.
35. Lorphelin-Martel H. Le risque juridique et les interne de médecine générale en Haute-Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale. Thèse Med. Rouen:2014.
36. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;99-113.
37. Kacenenbogen N, Offermans AM, Roland M. Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions]. *Rev Médicale Brux* 2011;32:413-23.
38. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav* 2000:425-41.
39. Eysenbach G, Kohler C. What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet *AMIA Annu Symp Proc* 2003:225-9.
40. Dumont F. Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient : étude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients. Thèse Med. Grenoble:université Joseph Fourier;2013.
41. Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW. Patients' use of the Internet for medical information. *J Gen Intern Med* 2002;17:180-5.
42. Menard J. Benfluorex: analysis of a drug-related public health crisis. *Diabetes Metab* 2011;37:169-75.
43. Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
44. Harvey A, Bandiera G, Nathens AB, LeBlanc VR. Impact of stress on resident performance in simulated trauma scenarios. *J Trauma Acute Care Surg* 2012;72:497-503.

ANNEXE 1 : Lettre aux médecins généralistes libéraux des Deux-Sèvres

Niort, le samedi 14 novembre 2015

Chers confrères,

Je m'appelle Pierre Eychenne et je suis médecin remplaçant en post internat depuis 2 ans.

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse de fin d'étude.

Cette étude est menée dans le département des deux sèvres (79) sous la direction du Dr Mathieu Violeau, praticien hospitalier dans le service des urgences de l'hôpital de Niort.

Les réclamations et les plaintes sont apparues en France dans les années 50. Elles touchent de plus en plus l'exercice de la médecine quelque soit la spécialité et la médecine générale ne fait pas exception.

Cela a amené le gouvernement à promulguer plusieurs lois dont la dernière en 2002 la loi Kouchner relative aux droits des malades et la qualité du système de santé sur la variation

du contentieux. Cette loi a amené des ententes à l'amiable et la stabilité des actions en justice. Malgré cela l'idée d'une augmentation importante des procès est toujours présente pour les médecins généralistes avec une crainte des répercussions professionnelles et personnelles.

L'objectif de notre étude est d'évaluer si la judiciarisation de la médecine modifie les pratiques professionnelles des médecins généralistes.

Nous avons réalisé un questionnaire à questions fermées. Pour cela votre collaboration nous est nécessaire et précieuse.

Conscient de votre charge de travail, je vous remercie par avance de votre diligence et pour l'intérêt que vous porterez à cette étude.

Ce travail de thèse, anonymisé, sera remis à l'ordre des médecins et pourra vous être remis si vous souhaitez le consulter.

Dans l'attente de votre réponse, chers confrères, veuillez agréer l'assurance de ma sincère considération.

Pierre Eychenne

ANNEXE 2 : Questionnaire distribué aux médecins généralistes des Deux-Sèvres

Questionnaire

Nom :

Prénom :

Sexe :

Année de début d'exercice :

Lieu d'exercice : rural < 3000 ☐ urbain > 3000 ☐

Cabinet individuel ou de groupe :

Avez vous une activité salariée en plus de votre activité libérale?

Si oui, laquelle ? (Régulation centre 15, médecin sapeur pompier...)

1/ Au début de votre installation, aviez vous peur vis à vis d'une plainte ?

(1 correspondant à aucune anxiété et 10 à une anxiété maximum)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2/ Comment qualifieriez-vous votre peur d'une plainte à l'heure actuelle ?

(1 correspondant à aucune anxiété et 10 à une anxiété maximum)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3/ Avez-vous déjà été confronté :

- une plainte civile ? ☐ Oui ☐ Non

- une plainte ordinale ? ☐ Oui ☐ Non

- une plainte pénale ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, avez vous déjà été menacé par un de vos patients de porter plainte contre vous ?

☐ Oui ☐ Non

4/ Connaissez-vous des médecins de votre entourage qui ont été confrontés à une plainte de la part d'un patient ?

☐ Oui ☐ Non

5/ Pensez-vous qu'il y a une augmentation importante du nombre de plaintes en médecine générale ?

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

6/ En cas de plainte, que craignez-vous ? (une ou plusieurs réponses)

- Une remise en cause professionnelle
- Une perte de confiance de vos patients
- Une répercussion sur votre vie personnelle et familiale
- Une perte de votre clientèle
- Une atteinte de votre réputation
- Autre :

Par rapport au début de votre carrière (ou par rapport à la peur d'une plainte des patients) :

(Questions 7 à 12)

7/ Prescrivez-vous plus d'examens biologiques?

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

8/ Prescrivez-vous plus d'examens radiologiques ?

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

9/ Demandez-vous plus souvent un avis à un collègue ?

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

10/ Adressez-vous plus souvent vos patients à un spécialiste ?

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

11/ Adressez-vous plus souvent vos patients aux urgences ?

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

12/ Il devient de plus en plus risqué de se fier à son jugement clinique plutôt que les examens complémentaires

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

13/ Refusez-vous de réaliser certains actes que vous réalisiez auparavant ?

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

14/ Pensez-vous que la médiatisation de la santé en générale favorise les plaintes ?

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

15/ Pensez-vous que l'accès facilité du grand public à l'information (Internet, réseaux sociaux, blog...) facilite les plaintes ?

☐ Pas du tout d'accord ☐ Plutôt pas d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Tout à fait d'accord

16/ Avez-vous déjà participé à une formation dédiée à la gestion des plaintes ?

☐ Oui ☐ Non

Merci de bien avoir voulu prendre du temps pour répondre à ce questionnaire

RESUME

INTRODUCTION : Actuellement la crainte d'une judiciarisation grandissante reste très ancrée dans l'esprit des médecins généralistes. L'objectif était d'évaluer si la judiciarisation modifiait les pratiques des médecins généralistes.

MATERIEL ET METHODES : Une étude descriptive, prospective a été menée auprès des médecins généralistes du département des Deux-Sèvres entre Janvier et Mars 2016. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire qualitatif de 16 questions, anonymisé secondairement.

RESULTATS : Le taux de réponse était de 43%, soit 120 questionnaires complétés. La majorité des médecins ont répondu ne pas prescrire plus d'examens biologiques (68%) ni radiologiques (62%), ne pas adresser plus aux urgences (71%) ni à un médecin spécialiste (58%) mais demander plus souvent avis à un collègue (58%) par rapport au début de leur carrière. Ils rapportaient une augmentation significative du niveau d'appréhension et 71% pensaient qu'il y avait une augmentation des plaintes. Ils craignaient principalement une remise en cause professionnelle (69%) et des répercussions sur leur vie personnelle (75%). Ils étaient 21% à avoir reçu une formation à la gestion des plaintes.

CONCLUSION : Malgré la médiatisation, on ne s'oriente pas vers une médecine défensive avec une dérive à l'américaine, mais la hausse de la judiciarisation a des conséquences morales avec des répercussions sur la vie professionnelle et personnelle des médecins généralistes. Il serait favorable d'insister sur la formation dans le but d'éviter un burn out et /ou une dérive de la médecine vers une médecine défensive.

Mots clés : Médecine générale, Judiciarisation, Responsabilité médicale, Médecine défensive



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

