



Année 2016

N° 158

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Emilie MOREAU**

Née le 14 mai 1984 à Le Mans (72)

---

**Condammations civiles et pénales des médecins généralistes en France : Etude rétrospective des arrêts de la Cour de Cassation de 1936 à 2015**

---

Présentée et soutenue publiquement le **7 décembre 2016** devant un jury composé de :

Président du Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale, Médecine d'urgence, PU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Monsieur le Professeur Dominique SIRINELLI, Radiologie et Imagerie médicale, PU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Madame Farida ARHAB-GIRARDIN, Maître de Conférences Droit privé et sciences criminelles, Centre de recherche en Droit privé, Faculté de Droit - Tours



Académie d'Orléans - Tours

Université François RABELAIS

Faculté de Médecine de Tours

Doctorat de Médecine

Médecine Générale

Par MOREAU Emilie

**Condamnations civiles et pénales des**  
**médecins généralistes en France : Etude**  
**rétrospective**  
**des arrêts de la Cour de Cassation de 1936**  
**à 2015**



UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTÉ DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr. Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr. Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr. Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Pr. André GOUAZÉ - 1972-1994  
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Catherine BARTHELEMY  
Pr. Philippe BOUGNOUX  
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr. Noël HUTEN  
Pr. Olivier LE FLOCH  
Pr. Yvon LEBRANCHU  
Pr. Elisabeth LECA  
Pr. Gérard LORETTE  
Pr. Roland QUENTIN  
Pr. Alain ROBIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ALISON Daniel .....	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe .....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry .....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COSNAY Pierre .....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion

HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline .....	Gériatrie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
QUENTIN Roland .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

---

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

## PROFESSEURS ASSOCIES

---

MALLET Donatien .....	Soins palliatifs
POTIER Alain.....	Médecine Générale
ROBERT Jean .....	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

BAKHOS David.....	Physiologie
BARBIER Louise .....	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne .....	Cardiologie
BERTRAND Philippe .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
HOURLIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse .....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
MONDON Karl .....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

### *Pour l'Ethique Médicale*

BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition 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.

*«J'ai poursuivi mes études sans jamais les rattraper».*

**Alphonse ALLAIS**

# **REMERCIEMENTS**

## **Aux Membres de mon Jury,**

Chacun d'entre vous a marqué mes études, que ce soit en Médecine ou en Droit. Chacun de vous, de près ou de loin, a façonné le médecin que je suis aujourd'hui, et d'une façon plus intime, également la personne. Merci d'avoir accepté de former ce jury mixte, Merci pour les médecins d'avoir accepté d'aborder des questions de Droit qui nous touchent comme Médecin au quotidien, et Merci pour les juristes d'avoir accepté de vous plonger dans la médecine. Merci d'avoir cru en ce travail et j'espère que vous aurez autant de plaisir à le lire, l'aborder, le comprendre que moi lors de sa rédaction.

## **A Madame la Professeure Farida Arhab-Girardin Directrice de thèse,**

Un grand et chaleureux Merci pour m'avoir permise de reprendre mes études de Droit en intégrant le Master 2 Droit de la Santé, de n'avoir jamais fait faillir votre confiance en moi, et d'avoir accepté de porter ce projet qui termine quatorze années d'études. Merci de vous être prêtée au jeu de la médecine, vous avez fait été une directrice de thèse parfaite. Votre capacité d'écoute et votre empathie sont exceptionnelles, vous auriez fait un fabuleux médecin.

## **A Madame la Professeure Lehr-Drylewicz Présidente du Jury,**

Pour votre constante présence et votre soutien indéfectible, dans les bons comme les moments plus difficiles, pour l'ensemble des internes de Médecine Générale et pour chacun d'entre nous individuellement ; mes trois années d'internat se sont déroulés avec votre bonne humeur et votre professionnalisme, vous avez concouru à faire de moi le médecin que je suis ; Merci.

## **A Monsieur le Professeur Dominique Perrotin Membre du Jury,**

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce travail qui me tient à coeur. Vous avez été le Doyen pendant toutes mes études médicales et depuis la deuxième année j'ai baigné dans plusieurs choses que vous nous avez apprises ; la souffrance est une gageure de nos jours en France et la

prise des constantes est primordiale pour évaluer une personne. En corollaire, à part la main de toute mère posée sur le front de son enfant pour connaître sa température, ne jamais omettre toujours la prendre. Merci.

**A Monsieur le Professeur Dominique Sirinelli Membre du Jury,**

Merci d'avoir accepté de participer à la soutenance de ce travail qui me tient à coeur, c'est un honneur que de vous compter comme membre de ce jury. Votre nom raisonne toujours pour moi car il est intimement lié à mon tout premier stage d'externat (certes en chirurgie cardiaque et non en radiologie). Merci de vous être prêté au jeu juridique.

**A ma Mère,**

Merci d'avoir toujours été là, d'avoir cru en nous pour faire médecine, de nous avoir remonter le moral à coups de gâteaux et Nutella® quand Aurélie et moi révisions toutes ces années ; Merci d'avoir écouté nos maux, pansé nos blessures, écouté nos revendications, apporté un souffle frais dans nos esprits quand tout vacillait dans nos têtes. Tu nous a toujours dit «*Les filles Soyez heureuses, ce n'est pas facile*». Maman, quatorze années d'études supérieures, une soutenance de thèse, une vie personnelle comblée. Maman, sache-le désormais : Je suis heureuse. Je t'aime Maman.

**A mon Père,**

Merci, comme Maman, d'avoir toujours su nous écouter avec une oreille attentive et de ne jamais avoir douté de nous. Merci d'avoir pansé *nos maux avec tes mots*. Toi qui depuis la cinquième nous répétait «*cette année les vraies études commencent !*», nous avons continué Aurélie et Moi pendant quatorze années après le Baccalauréat et nous reprenions chaque année fièrement ce slogan familial culte «*cette année les études commencent vraiment !*».

Papa je t'aime mais ne sois pas déçu : Cette soutenance arrive à grands pas. Papa, je crois que là, les études sont finies. Je t'aime.

### **A ma Soeur jumelle,**

Personne à part un jumeau ne peut savoir ce que cela fait de naître avec son âme soeur ; personne ne te comprendra mieux que je ne te comprends ; à toi ma soeur, soeur qui m'a fait faire des folies, qui m'a dit «*allez on fait médecine*» pour ne pas avoir de regrets, toi qui n'a jamais douté de moi, qui m'a porté et soutenu jusqu'au bout de ses études médicales et qui chaque jour est une inspiration pour forger la personne que je suis. Je suis fière d'être ta soeur. Ensemble on a commencé, et ensemble on finira. Je t'aime.

### **A mon épouse Agnès,**

A toi ma tendre épouse, qui me rend heureuse au quotidien et qui ne cesse d'embellir ma vie. Tu es une force exceptionnelle et tu me fais vivre des moments magiques. Pour tout ton soutien pendant la fin de ces études, pour ton épaule sur laquelle j'ai pleuré quand rien ne semblait aller, pour ton sourire, ta bonne humeur, ta douceur, ta patience, tes jeux de mots tellement nuls, Merci. Ma bouffée d'oxygène, mon Ange, ma vie. Je t'aime.

### **A mon meilleur Ami Tony,**

Tu as réussi à déjouer les lois des statistiques avec un zéro en embryologie en première année de médecine, et c'est de là qu'est née une amitié magnifique qui perdure sans une ride depuis toutes ses années. Au trois mousquetaires, nous qui bûchions sur nos cours avec comme slogan pré-partiels «*on réfléchit...on sauve sa vie !*». A ta bonne humeur et ton amour.

### **A mes amis médecins,**

Laurent Minois (et sa femme Sandra) pour ton professionnalisme, ta bonne humeur, tes airs de Ukulele en garde à 5h du matin pour soutenir ton interne (moi), tu m'as tellement appris, mais surtout une chose : Faire un bon interrogatoire, examiner (la clinique bon sang de bois !) et avant tout *toujours croire* ce que le patient dit, même l'hystérique : Les maux ne sont peut être pas de vrais diagnostics cliniques mais la souffrance, elle, est réelle ; la clé du diagnostic repose sur une écoute attentive ;

A Maxime Faisant pour sa présence délicate et son professionnalisme médical, tu m'as énormément appris en Médecine Légale ;

A Madame le Docteur Christine Allais pour votre caractère de cochon, qui sont pour moi synonyme de rigueur et d'exigence. Merci de m'avoir transmis une partie de votre immense savoir.

**A mes amis juristes,**

A Tatiana et Clémence, pour leurs ouvertures d'esprit, leurs gentillesse et les discussions que nous pouvons avoir, sur tous les sujets ;

A mes collègues du Master 2 Droit de la Santé session 2013/2014, pour avoir soutenu le bébé médecin qui reprenait ses études de Droit en sommeil depuis longtemps ;

**A mes amis non juristes et non médecins (mais ça, ce n'est pas grave du tout bien au contraire!)**

A Philippe et Cendrine pour leurs ouvertures sur la vie, à chacun de vous, vous êtes deux être exceptionnels et vos amours sont merveilleuses. Vous êtes de très belles personnes et vous avez tous les deux forgé la personne que je suis ; au Koh Lanta et Secret story que je ne ferais jamais, mais qui m'a permise de vous avoir comme amis. Je vous aime.

Au reste de ma Famille et amis, et à la Vie.

# RÉSUMÉ

**Objectif** : mettre en évidence l'évolution du nombre de procédures pénales et civiles dirigées contre les médecins généralistes en France, de 1936 à 2015. Secondairement, il s'agit de présenter et d'analyser les différentes caractéristiques des décisions judiciaires à l'encontre des généralistes.

**Matériel et Méthode** : Tous les arrêts de la Cour de Cassation en matière de contentieux médical ont été étudiés de 1936 à 2015, à partir de la base de données Légifrance.

**Résultats** : 1391 arrêts concernaient du contentieux civil ou pénal entre un patient et un ou plusieurs médecins. 280 arrêts concernaient les médecins généralistes, soit 20,13% du contentieux total. 119 arrêts émanaient des chambres civiles de la Cour de Cassation : 51,68% étaient relatifs à des fautes techniques, 19,16% à une faute éthique, 13,33% étaient des fautes de tarifications aux organismes sociaux, 8,33% relevaient un accident médical ou un aléa thérapeutique et 7,50% étaient des fautes "autres ou non connues". Parmi les 161 arrêts répressifs, 28,58% étaient relatifs aux fraudes ; 22,96% étaient un homicide et/ou une blessure involontaire, 13,27% étaient des agressions sexuelles, 12,24% étaient relatifs à une non-assistance à personne en péril et d'autres infractions "anecdotiques" s'échelonnaient entre 0,51% et 4,08%.

**Conclusion** : Le contentieux médical à l'encontre des médecins généralistes suit une croissance normale, comme tous les autres contentieux de la responsabilité. Au civil, les principales condamnations sont relatives à des fautes d'imprudence ou de négligence, alors que les juges répressifs condamnent davantage des comportements crapuleux, humains, plutôt que la qualité même de médecin. La peur d'une judiciarisation de la médecine poussée à son paroxysme par les scandales sanitaires et l'influence des médias peut s'effacer raisonnablement au regard des résultats de cette étude.

**Mots-clé** : Médecins généralistes, arrêts, condamnations, Cour de Cassation, civile, pénale, fautes

# **ABSTRACT**

## **Civil and criminal penalties for general practitioners in France: A retrospective study the judgments of the Supreme Court from 1936 to 2015**

**Objective** : The first objective is to highlight the evolution of the number of criminal and civil proceedings against General Practitioners (GPs) in France from 1936 to 2015. Secondly, it is to present and analyze the different characteristics of judgments against GPs.

**Materials and Methods** : All judgments of the Supreme Court (Court of Cassation) in medical disputes have been studied from 1936 to 2015, from the Légifrance database.

**Results** : 1391 judgments concerned civil or criminal litigation between a patient and (a) physician(s). 280 judgments concerned GPs (20.13% of total proceedings). 119 cases emanated from civil divisions of the Supreme Court : 51.68% were related to technical errors, 19.16% to ethical misconduct, 13.33% were errors of tariffs for social, 8.33% were medical accidents and 7.50% were « unknown » faults. On the 161 criminal cases, 28.58% were related to fraud; 22.96% were homicide and /or unintentional injury, 13.27% were sexual assaults, 12.24% were related to a failure to assist a person in danger and other "anecdotal" offenses ranged from 0.51% and 4.08%.

**Conclusion** : Medical litigation against GPs follows normal growth, like other litigation liability. In civil cases, the main convictions are related to recklessness or negligence faults, while criminal courts condemn more villainous behavior, humans, rather than the same as a doctor. Fear of prosecution medical pushed to the limit by health scandals and media influence can fade reasonably given the results of this study.

**Keywords** : General practionners, judgements, sentence, Supreme Court, civil litigation, criminal litigation, faults

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>14</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>24</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>27</b>
<b>I - NOTIONS GENERALES DE DROIT</b> .....	<b>27</b>
<b>A - Les différentes branches du Droit et la place du Droit médical</b> .....	<b>27</b>
1- Définition Droit privé et Droit public .....	27
2 - Une discipline fondamentale du Droit privé : Le Droit civil .....	28
3 - Le Droit médical, branche du Droit civil .....	29
4 - Les disciplines frontières : Les Droits mixtes .....	30
<b>B - La Jurisprudence et la responsabilité médicale</b> .....	<b>31</b>
1- Le caractère indispensable de la Jurisprudence .....	31
2 - Le caractère «excessif» de la Jurisprudence .....	32
3 - Le caractère stable de la Jurisprudence .....	33
<b>II - LA RESPONSABILITE MEDICALE</b> .....	<b>34</b>
<b>A - L'organisation du système judiciaire en France</b> .....	<b>35</b>
1 - L'organisation de l'Ordre judiciaire.....	35
a) L'Ordre judiciaire civil.....	35
b) L'Ordre juridictionnel répressif .....	35
c) La Cour de Cassation .....	36
2 - Les conflits de compétences en responsabilité médicale.....	38
<b>B - Les origines de la responsabilité médicale</b> .....	<b>39</b>
1 - Les prémisses de la responsabilité médicale .....	39
2 - L'effacement de la responsabilité face au Divin .....	40
3 - Le tournant de la responsabilité médicale : L'affaire Hélié et le Tribunal de Domfront .....	41
4 - De la consécration de la Jurisprudence Hélié à l'arrêt Mercier.....	42

<b>C - Les grands principes de la responsabilité médicale .....</b>	<b>43</b>
1 - La responsabilité civile du médecin.....	43
a) Avant l'arrêt Mercier : Une responsabilité délictuelle.....	43
b) L'arrêt Mercier, arrêt fondateur de la responsabilité médicale contractuelle.....	44
c) Les obligations découlant de la relation médecin-malade .....	45
d) La subordination de la responsabilité médicale à une faute, un dommage et un lien de causalité .....	46
2 - La responsabilité pénale du médecin .....	46
a) L'existence d'un comportement punissable : Définition de l'infraction .....	47
b) Les fautes médicales pénales et les fautes civiles.....	48
c) Définition juridique des médecins généralistes déclarés non coupables pénalement	50
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>51</b>
<b>I - LES OBJECTIFS .....</b>	<b>51</b>
<b>II - LES SOURCES .....</b>	<b>51</b>
<b>III - L'INCLUSION.....</b>	<b>52</b>
<b>A - Les données initiales entrées sur Légifrance .....</b>	<b>52</b>
1 - La date.....	52
2 - Les arrêts de la Cour de Cassation.....	52
3 - La spécialité de Médecine Générale .....	53
<b>B - Inclusion initiale .....</b>	<b>54</b>
<b>C - La première lecture.....</b>	<b>57</b>
1 - Données collectées en première lecture.....	57
a) Date du dernier jugement et chambre l'ayant prononcé.....	57
b) La spécialité de Médecine Générale .....	57
c) Le mode d'exercice .....	57
d) Les autres spécialités .....	58

e) Les références des pourvois.....	59
f) Les cas particuliers des scandales sanitaires et de l'exercice illégal de la médecine ..	60
2 - Résultats des données collectées en première lecture.....	60
<b>D - La seconde lecture.....</b>	<b>62</b>
1- Juridiction de Droit commun ou juridiction répressive ? .....	62
2 - Les données manquantes, floues, ou lacunaires .....	63
3 - Le contentieux médecin-malade ou médecin-sécurité sociale.....	63
4 - La qualification de la faute civile et de l'infraction pénale .....	64
5 - Les concours de fautes, d'infractions et de médecins .....	64
6 - Le sexe des médecins.....	64
7 - La démographie .....	64
<b>RESULTATS .....</b>	<b>66</b>
<b>I - RÉSULTATS GÉNÉRAUX DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DEVANT LES TRIBUNAUX CIVILS.....</b>	<b>66</b>
<b>A - Evolution du contentieux civil des médecins généralistes depuis l'arrêt Mercier .....</b>	<b>66</b>
<b>B - Répartition des spécialités médico-chirurgicales dans le contentieux civil.....</b>	<b>67</b>
<b>C - Répartitions des fautes civiles des médecins généralistes.....</b>	<b>69</b>
<b>D - Représentation des sanctions civiles selon le sexe des généralistes ...</b>	<b>73</b>
<b>II - RÉSULTATS GÉNÉRAUX DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DEVANT LES TRIBUNAUX RÉPRESSIFS.....</b>	<b>74</b>
<b>A - Evolution de l'ensemble du contentieux médical de la chambre criminelle de la Cour de Cassation depuis 1936.....</b>	<b>74</b>
<b>B - Répartition des spécialités médico-chirurgicales dans le contentieux pénal .....</b>	<b>75</b>
<b>C - Les différents chefs d'accusation des médecins généralistes.....</b>	<b>77</b>

1 - Infractions simples versus infractions multiples.....	79
2 - Représentation des sanctions répressives selon le sexe des généralistes.....	80
3 - Etude des condamnations répressives des médecins généralistes .....	81
a) Résultats spécifiques aux médecins généralistes non condamnés .....	83
b) Résultats spécifiques aux médecins généralistes condamnés.....	84
c) Résultats spécifiques à l'infraction de non-assistance à personne en péril .....	85
d) Résultats spécifiques aux infractions d'homicide et de blessures involontaires.....	88
e) Résultats spécifiques à la tromperie : Les fraudes, escroqueries et abus de faiblesse/ confiance.....	91
f) Résultats sur les atteintes sexuelles des médecins généralistes.....	95
g) Résultats des autres infractions.....	97
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>100</b>
<b>I - LIMITES.....</b>	<b>100</b>
<b>A - Le contenu de la Base de données Legifrance et LexisNexis.....</b>	<b>100</b>
<b>B - L'erreur humaine .....</b>	<b>101</b>
<b>C - L'équation booléenne.....</b>	<b>101</b>
<b>D - Le contenu des arrêts de la Cour de Cassation .....</b>	<b>101</b>
<b>E - Des données complexes : La répartition des fautes et des infractions</b>	<b>103</b>
<b>F - Les biais extrinsèques.....</b>	<b>104</b>
<b>II - L'ÉVOLUTION DES CONDAMNATIONS CIVILES ET PÉNALES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SELON L'HISTOIRE ET LES MOEURS</b>	<b>105</b>
<b>A - L'évolution des condamnations civiles et pénales des médecins généralistes au regard du contexte historique.....</b>	<b>105</b>
1) Un contentieux suivant une évolution croissante normale .....	106
2) Le contexte politique .....	106
3) Les progrès de la médecine.....	107

<b>B - L'évolution des condamnations civiles et pénales des médecins généralistes au regard du contexte juridique .....</b>	<b>108</b>
1) Une conséquence de l'arrêt Mercier : La charge de la preuve de la faute incombant au patient.....	108
2) Les apports progressifs de la Jurisprudence dans la responsabilité médicale : Le consentement et le renversement de la charge de la preuve .....	108
3) Une conséquence du Droit pénal : Une incrimination dans un texte de loi..	109
<b>C - L'absence de condamnations civiles et pénales des médecins généralistes au regard du contexte sociologique.....</b>	<b>110</b>
1) La confiance des patients dans leur médecin traitant.....	110
2) Quid des années 2007 et 2012/2013 ?.....	111
<b>III - LA RESPONSABILITÉ CIVILE DU MÉDECIN .....</b>	<b>112</b>
<b>A - La responsabilité du fait personnel du généraliste.....</b>	<b>112</b>
<b>B - Le médecin généraliste et Psychiatrie : Entre responsabilité du fait personnel, défaut de surveillance et certification .....</b>	<b>113</b>
1 - Le cas désuet de la double responsabilité généraliste/clinique dans la surveillance des patients hospitalisés.....	113
2 - Les problèmes de certification des hospitalisations sans consentement .....	115
<b>C - La responsabilité personnelle du médecin généraliste dans les autres secteurs d'activités.....</b>	<b>117</b>
<b>D - La responsabilité du généraliste du fait des infections nosocomiales ou des produits défectueux .....</b>	<b>119</b>
1 - Le médecin généraliste et les infections nosocomiales.....	119
a) Le médecin généraliste responsable des infections nosocomiales contractées dans son cabinet.....	119
b) Le médecin généraliste responsable même en l'absence de faute : L'obligation de sécurité-résultat en matière civile avant 2002 .....	120
c) L'apport de la loi du 04 mars 2002 : L'abandon de l'obligation de sécurité-résultat	121

d) La charge de la preuve d'une infection nosocomiale .....122

2 - Le médecin généraliste et les produits défectueux : La complexité des données  
.....124

a) Les produits défectueux au regard du Droit Européen .....124

b) Le cas particulier des vaccinations : Le médecin généraliste au milieu du conflit ?126

c) La vaccination contre l'hépatite B et les troubles neurologiques supposés .....127

d) De la primauté de la preuve du lien de causalité à la présomption.....128

e) L'affirmation regrettable de la présomption.....129

#### **IV - LA CONDAMNATION DES MÉDECINS : UNE FAIBLE**

**JUDICIARISATION.....132**

**A - Les incriminations du médecin généraliste liées à un exercice illicite de la médecine.....132**

1 - L'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.....132

2 - Le cas particulier de l'avortement illégal avant la loi Veil .....135

3 - La complaisance médicale .....136

a) L'intervention volontaire de grossesse en dehors des conditions légales (après 1975)136

b) Les ordonnances de complaisance en matière de stupéfiants.....137

**B - Les incriminations du médecin généraliste liées à un exercice licite de la Médecine .....137**

1 - Les incriminations pénales et civiles liées à l'activité du médecin généraliste138

a) L'atteinte volontaire à la vie ou à l'intégrité du patient .....138

b) Le médecin imprudent : Les atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité physique d'un patient.....142

c) La justesse des sanctions civiles et pénales des fautes d'imprudence.....153

d) La faute éthique : Le manquement à l'obligation d'information.....157

e) Le délit de risque causé à autrui.....163

g) Violation du secret professionnel : Le médecin généraliste indiscret.....165

<b>C - L'incrimination liée à la passivité du médecin : La non-assistance à personne en péril .....</b>	<b>169</b>
1 - L'histoire de la non-assistance, délit d'omission .....	169
2 - Les conditions d'existence du refus d'assistance .....	171
3 - Les perspectives d'avenir .....	174
<b>D - Les autres types d'infractions commises par le médecin généraliste ....</b>	<b>175</b>
1 - L'agression sexuelle et le viol chez les médecins généralistes .....	175
a) L'évolution de la définition de l'agression sexuelle et du viol .....	175
b) Les éléments constitutifs de l'agression sexuelle et du viol.....	179
c) Le régime juridique de l'agression sexuelle et du viol.....	183
2 - Les contentieux spécifiques de la Sécurité Sociale .....	186
a) L'action disciplinaire et civile dans le recouvrement des cotisations et problèmes de cotations d'actes .....	187
b) Les falsifications des médecins généralistes : Les mensonges médicaux et administratifs .....	189
c) De la distinction entre falsification et usage.....	197
d) Les délits connexes : L'escroquerie et l'abus de confiance.....	199
3 - La confiance du patient envers son médecin généraliste : Le cas litigieux des testaments .....	202
<b>E - Les infractions anedoctiques .....</b>	<b>205</b>
1 - Le refus d'obtempérer à une réquisition et le débat sur le règlement d'un constat de décès .....	205
2 - La séquestration illégale ou l'hospitalisation irrégulière d'une personne en raison de troubles mentaux .....	206
3 - La dénonciation calomnieuse.....	206
4 - Le recel .....	206
5 - Les infractions au Code de la Santé Publique.....	207

<b>F - Vers une judiciarisation de la médecine? .....</b>	<b>207</b>
1 - L'importance du non-lieu ou du refus d'informer .....	208
2 - Le sursis prononcé à toutes les peines de prison .....	210
3 - Les études médicales et les priorités en matière de formation.....	210
4 - Les principaux arrêts à retenir .....	212
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>216</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>219</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>230</b>

## AVANT-PROPOS

*«Vous finirez traîné devant les tribunaux si vous faites ça !»*

*«C'est la prison direct !»*

*«Vous pouvez décrocher votre plaque !»*

*«Bravo, si vous faites ça j'irai vous apporter des oranges.» ...*

Des phrases telles que celles-là étaient Légion au cours de mes années d'études médicales. Non qu'elles ne me concernassent directement, elles étaient régulièrement mises sur le tapis par mes professeurs de médecine dans les cours d'amphithéâtre afin de nous faire comprendre des notions médicales importantes. La question que je me posais était que cette pesante rengaine était-elle vraiment là pour nous faire intégrer la prise en charge d'une fibrillation atriale ou d'un choc anaphylactique ? Ou était-ce pour nous faire peur ? Il y avait sûrement un peu des deux.

C'est au cours de mes années d'études que se sont tissées différentes questions qui sont encore pour moi sans réponse. Certaines sont teintées d'une certaine philosophie, comme cette question audacieuse posée lors d'un sujet d'examen en Licence de Droit portant sur les cours de Libertés Fondamentales : *«Existe-t-il un droit de mourir ?»* ; d'autres sont plus terre à terre. Ainsi, une des questions qui me revenait sans cesse était de comprendre pourquoi les médecins ont-ils si peur du système judiciaire, plus globalement du Droit : Ont-ils peur de perdre le métier qu'ils aiment en cas d'erreur ? Ou peur d'un vaste domaine qu'ils ne connaissent pas ? La théorie sur la peur de l'inconnu prendrait alors tout son sens.

Ayant fait un double cursus complet en Droit et en Médecine, j'ai souvent essayé d'expliquer à mes amis médecins que le Droit et la Médecine sont deux disciplines qui s'entremêlent. Elles ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Par ailleurs, avec le progrès de la science, elles auraient davantage tendance à devenir de plus en plus complémentaires. Alors

pourquoi continuer de craindre cette épée de Damoclès, «la» sentence juridique qui nous tombera dessus en cas d'erreur, d'imprudence ou de maladresse ?

L'erreur est humaine certes et nous, médecins, ne sommes pas des sur-hommes. Nous avons tous fait et continuons tous de faire des erreurs. Des petites, et puis des moins petites. Je me souviens de la remarque d'un de mes chefs au début de mon internat. Il m'avait dit deux choses, après qu'il avait lu le journal local narrant la condamnation d'un médecin : «*Tu sais Emilie, nous, les médecins, avons tous un cimetière dans la tête et il faut savoir vivre avec*», avant de finir, sur le ton de l'humour, «*si tu commets une erreur, tâche de ne pas te faire prendre*». J'acquiesçais le fait que porter le poids de patients décédés dont on s'est occupés peut être difficile. Mais je n'étais pas d'accord sur deux points : D'une part il sous-entendait que la mort d'un patient était un échec thérapeutique et *de facto* le fruit d'une erreur quelque part. Non et non. Quand Mère Nature décide de reprendre ses droits et que la vie de nos patients glisse comme du savon dans les mains, il faut savoir tirer sa révérence.

D'autre part, c'était le fait de «*tâcher de ne pas se faire prendre*». A nouveau Non. Je suis médecin, je suis responsable de mes actes et je les assume. Donc, en résumant, si nous devons craindre le système judiciaire à chacune de nos erreurs, cela veut-il dire que l'absence de poursuite serait un moment de répit en attendant le prochain coup de dés ? Devons-nous être rassurés de tomber sur un «*bon*» patient, gentil, «*qui comprend*», pour ne pas être inquiéter en cas d'erreurs ?

Autant le dire, si certains médecins pensent ainsi, ils ne doivent pas souvent être en paix. Je ne propose pas non plus d'entrer dans une laxité oisive argumentée de statistiques sur le faible nombre de condamnations inhérentes aux médecins. Et attention, tout le monde le sait, quand on parle des condamnations des médecins, évidemment ce serait un pléonasme de dire «*chirurgien*» ou «*gynécologue*» derrière. Alors moi qui suis médecin généraliste, j'ai encore moins de risques d'être condamnée. Mais qu'en savais-je ? Qu'en est-il des condamnations des généralistes ? Un médecin de famille ne pourrait-il jamais être inquiété ? Mon chef avait-il finalement raison ?

C'est ainsi que j'ai eu l'idée de faire ce sujet de thèse. Je voulais me pencher sur la responsabilité pénale et civile - c'est à dire devant les tribunaux - des médecins généralistes depuis que la Cour de Cassation a décidé qu'il existait un contrat entre le médecin et son patient, de 1936 à nos jours. L'idée secondaire était de proposer quelques axes de réflexions sur les différentes condamnations que les médecins généralistes ont essuyées.

Car finalement, moi aussi je l'ai, cette peur.

# **INTRODUCTION**

## **I - NOTIONS GENERALES DE DROIT**

Avant de se pencher sur les fautes reprochées aux médecins traitants au civil ou de tenir compte des chefs d'inculpations soulevés au pénal, il est important de revenir sur quelques notions de Droit, afin de mieux appréhender la discussion future. Le Droit est une discipline aussi vaste que la Médecine. Certaines définitions doivent d'être intégrées et comprises, comme la séméiologie médicale, bien avant l'étude des pathologies.

### **A - Les différentes branches du Droit et la place du Droit médical**

Le Droit se divise en deux branches fondamentales : Droit privé et Droit public [1-3]. Il existe également des Droits frontières dont le Droit de la Santé fait partie, ainsi que le Droit pénal. Le Droit médical, composante du Droit de la Santé, est une branche du Droit privé.

#### **1- Définition Droit privé et Droit public**

Le Droit privé est constitué par l'ensemble des règles de Droit régissant les rapports entre particuliers (personnes physiques) et également entre personnes morales de Droit privé comme une clinique ou une entreprise [1,4]. Ces derniers se trouvent donc sur un pied d'égalité. Le Droit privé prend en compte les individus qui ne poursuivent pas un but d'intérêt général. Les étudiants qui se spécialisent en Droit privé s'appellent communément des *privatistes*.

Le Droit public est constitué par l'ensemble des règles qui concernent l'organisation et le fonctionnement de l'Etat, ainsi que leurs relations avec les particuliers [5]. L'intérêt général commande l'action des pouvoirs publics qui peuvent utiliser des *procédés exorbitants de Droit*

*commun* dans leurs relations avec les particuliers. Les étudiants de Droit public s'appellent des *publicistes*. Le Droit Constitutionnel, le Droit administratif, le Droit financier ou encore le Droit international public font partie du Droit public. Ce dernier ne sera pas étudié dans cette thèse, qui n'analyse que le contentieux privé civil et pénal, entre un médecin et un patient, personnes de Droit privé.

## **2 - Une discipline fondamentale du Droit privé : Le Droit civil**

Le Droit civil, également dénommé *Droit commun*, est considéré comme la discipline Reine du Droit privé [4,6]. Il regroupe plusieurs règles de Droit qui assurent :

- Le statut des personnes, l'individualisation de la personne dans la société (Etat civil, domicile, nom), les rapports de la vie en société (Droit de la famille) ;
- Les biens (Droit de la propriété) ;
- Les relations entre les personnes : Les obligations (créances et dettes) et surtout les responsabilités contractuelle et délictuelle (cf supra).

Les dispositions du Droit civil sont regroupées dans le Code civil Napoléonien de 1804. Ce Code est marqué par les mouvements du libéralisme et de l'individualisme. Napoléon Ier avait participé à l'élaboration et à la discussion des textes du projet qui était majoritairement porté par Messieurs Portalis, Tronchet et Cambacérès. Selon Monsieur Jean Carbonnier, le Code civil peut se voir comme «*la Constitution civile des français*». Ce dernier a connu une grande stabilité pendant les trois premiers quarts du XIXe siècle. Il a subi de profondes modifications au cours du XXe siècle, notamment à partir de la IIIe République. Ces modifications législatives considérables adaptaient le Droit à l'évolution de la société, du fait de l'intervention croissante de l'Etat dans les rapports familiaux privés (régime des tutelles, émancipation, les majeurs incapables etc.) et à cause de l'affaiblissement de la famille légitime (apparition du divorce, Droits des enfants naturels, le Droit de la filiation etc.) [1,3,4,6].

Le Code civil vient d'être réformé concernant les règles du contrat applicable au 1er octobre 2016. Il est à nouveau sur le point d'être profondément remanié en matière de Responsabilité, et tous les plus grands juristes et agrégés de Droit se penchent sur cette réforme

majeure. Ce bouleversement se veut aussi être une meilleure adaptation des textes par rapport aux besoins de la société. Ainsi, l'article 1382 du Code civil, article phare de la responsabilité délictuelle entre deux intérêts privés, sera modifié et désormais le futur article 1240 du nouveau Code civil<sup>1</sup>.

Cette thèse est donc à la croisée de ces modifications majeures. Par souci de clarté et pour ne pas perdre le fil conducteur, les articles du Code civil ne seront évoqués dans cette thèse que dans leur appellations anciennes<sup>2</sup>.

### **3 - Le Droit médical, branche du Droit civil**

Le Droit médical est très vaste. Il a pour objet de définir les règles juridiques applicables à l'activité médicale (principalement à l'exercice de la Médecine, aux relations médecin-patient et aux relations entre professionnels de santé eux-mêmes) essentiellement dans le domaine libéral [7].

Le Droit médical français est une branche du Droit civil : Le contrat médical obéit, à l'origine, aux règles du Code civil. Il en était de même pour la responsabilité médicale qui obéissait au Droit commun de la responsabilité civile. Il a fallu attendre la loi Kouchner du 4 mars 2002 pour que se mette en place un régime spécial introduit dans le Code de la Santé Publique [7-9]. Cependant, dans le silence de ce régime, eu égard à certaines situations, il a fallu revenir aux dispositions de Droit commun sur la responsabilité. Par exemple, dans la mise en œuvre de la responsabilité (avec le triptyque fondamental : Une faute, un préjudice et un lien de causalité), c'est le Droit commun qui s'applique. On assiste à une interférence constante entre Droit médical et Droit civil : Les deux Droits s'influencent réciproquement.

---

<sup>1</sup> La réforme du Droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations est issue de l'ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016, entrée en vigueur le 1er octobre 2016.

<sup>2</sup> Les nouveaux articles 1382 et suivants sont rédigés comme suit :

**Art. 1240 du nouveau Code civil** : «*Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer*».

**Art. 1241** : «*Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence*».

**Art. 1242** : «*On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde*».

Cependant, le Droit médical revêt une spécificité en ce que le système de Santé français est marqué par une dualité des établissements de santé : Etablissements publics et établissements privés, fruits de la Révolution Française. Il y a également une dualité des Ordres de juridiction en vertu du principe de la séparation des pouvoirs. Dans le secteur privé, prédomine le principe de la liberté du commerce et de l'industrie alors que le secteur public traduit la volonté des pouvoirs publics de conserver un rôle prépondérant sur le terrain de la Santé. De ce fait, d'un côté il existe le Droit hospitalier, qui relève du Droit administratif régissant les hôpitaux publics et mettant en place des rapports statutaires et des responsabilités administratives, et de l'autre le Droit médical qui s'applique à la sphère privée et mettant en place des rapports contractuels et des responsabilités civiles relevant des juridictions judiciaires [7-10].

#### **4 - Les disciplines frontières : Les Droits mixtes**

Certaines disciplines ne relèvent ni exclusivement du Droit privé ni du Droit administratif mais empruntent leurs fondements et leurs règles aux deux. Le Droit médical est une composante du Droit de la santé : Beaucoup plus vaste, ce Droit transversal se décompose notamment en Droit médical, Droit hospitalier, Droit pharmaceutique et en Droit de la bioéthique. Ces différentes matières relèvent du Droit public comme du Droit privé : C'est un Droit mixte [1-3,7]. Il en découle que les contentieux relèveront, selon le secteur d'activité, de la compétence administrative ou judiciaire.

Considéré comme tel, le Droit pénal a pour objet de réprimer les comportements individuels ou collectifs, humains ou sociaux contraires au Droit en vigueur et constitutifs d'infraction. C'est un Droit privé par sa technique de raisonnement, par certains de ces principes essentiels et parce que son but est la protection des personnes et des biens privés [1-3]. Il relève de la compétence des juridictions judiciaires (cf supra).

Cependant il s'applique aussi au Droit public, dans la mesure où le procès pénal doit s'analyser comme un procès intenté par la société tout entière contre un individu ou groupe d'individus. Le procureur qui poursuit dans un procès pénal ou l'avocat qui requiert une peine

agissent au nom de la société. C'est la société qui réclame réparation et punition pour un tort fait dans la personne d'un de ses membres.

Par ailleurs, si la sanction est une peine privative de liberté, par emprisonnement, l'exécution et le contrôle de cette peine sont confiés à une administration publique : L'administration pénitentiaire [5].

Il n'existe pas de Droit pénal spécifique à la médecine. Les principes généraux du Droit pénal sont les mêmes pour tous les citoyens, médecins ou non médecins.

## **B - La Jurisprudence et la responsabilité médicale**

La Jurisprudence est l'ensemble des décisions des tribunaux dont la mission est de dire le Droit, c'est à dire appliquer et interpréter la loi. La Jurisprudence est une source interprétative du Droit alors que les sources écrites et officielles sont regroupées dans la Constitution du 4 octobre 1958, les lois et les règlements [1-4].

### **1- Le caractère indispensable de la Jurisprudence**

Un jugement fait *Jurisprudence* lorsque les juges tranchent de façon nouvelle un point de droit contesté. Lorsqu'une décision de justice tranche un litige dont les données juridiques sont obscures ou lacunaires, elle revêt alors une grande importance et constituera une source de Droit. La Jurisprudence est indispensable puisque les sources écrites ne peuvent pas tout prévoir, surtout dans le domaine de la Santé. Ainsi, en matière médicale, les juges ont eu à se pencher sur de grandes affaires qui ont pour la quasi-totalité fait Jurisprudence (affaire du sang contaminé, l'affaire du médiateur®, les enfants «DES» Distilbène, l'hormone de croissance ou encore le contentieux sur la vaccination etc.).

## **2 - Le caractère «excessif» de la Jurisprudence**

La jurisprudence revêt une certaine insécurité puisqu'elle est rétroactive : Elle s'applique à des faits, actes, ou situations antérieures à sa formulation. C'est tout à fait logique en soi puisque le juge saisi d'un litige se trouve toujours confronté à des faits antérieurs à son jugement. La jurisprudence est aussi relativement instable. Contrairement aux pays anglo-saxons, la France n'applique pas la *règle du précédent*, qui stipule que le juge peut se substituer au législateur pour élaborer une législation parallèle, constituée par des décisions successives.

Un des exemples les plus marquants dans le domaine médical fut le cas de la célèbre affaire Perruche : Le 17 novembre 2000, les juges, en formation plénière solennelle, avaient tranché le litige des époux Perruche au sujet de la naissance de leur enfant atteint de rubéole congénitale non diagnostiquée en anté-natal. Ainsi, l'arrêt dégageait le principe que tout enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite de fautes médicales commises pouvait demander réparation du préjudice subi. Véritable bombe dans l'indemnisation des victimes, tous les arrêts qui étaient alors contemporains de la Jurisprudence Perruche allèrent dans le même sens. Cependant, la loi Kouchner du 4 mars 2002 a pris le contre-pied complet de cette Jurisprudence, prenant même le nom de *Loi anti-Perruche*, disposant par un célèbre alinéa que *nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance*<sup>3</sup>. La Cour de Cassation a donc, postérieurement à la loi Kouchner, opéré un revirement de Jurisprudence. Cependant, aussi dangereuse et instable qu'elle puisse paraître, la Jurisprudence est *Janus* : Certains arrêts des Cours suprêmes font également preuve d'une incroyable stabilité.

---

<sup>3</sup> Désormais à l'article L114-5 du Code de l'action sociale et des familles, alinéa premier : «Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.»

### **3 - Le caractère stable de la Jurisprudence**

L'un des arrêts les plus marquants qui a fait Jurisprudence en matière de responsabilité médicale est évidemment l'arrêt *Mercier*<sup>4</sup>, qui pose les jalons d'une responsabilité contractuelle dans la relation médecin-malade, et qui est la date charnière dans l'évolution de la responsabilité des médecins [7-10]. Elle constitue le début de cette thèse. Le principe qui se dégage de cet arrêt est que la responsabilité du médecin est engagée en cas de faute. La loi du 4 mars 2002 n'a pas remis en cause ce principe, même si elle a également mis en place une responsabilité exceptionnelle, sans faute des médecins, en matière de produits de santé ou pour certaines infections nosocomiales. Quatre vingt ans plus tard, en 2016, cette Jurisprudence - désormais comprise dans la Loi Kouchner - n'a jamais été remise en cause.

---

<sup>4</sup> Cour de Cassation, arrêt *Mercier*, Civ., 20 mai 1936, DP 1936, 1, p. 8, développé dans le chapitre «La responsabilité médicale»

## **II - LA RESPONSABILITE MEDICALE**

Deux principes dominant l'organisation juridictionnelle française et qui n'est pas sans conséquence dans la mise en jeu de la responsabilité des médecins en France :

- Le pouvoir judiciaire est autonome depuis la loi des 16 et 24 Août 1790, en vertu du principe de la séparation des pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire ;

- En corollaire du premier principe, l'ordre juridictionnelle français est composé de deux Ordres juridiques : L'Ordre judiciaire et l'Ordre administratif. Au sortir de la Révolution, il existait une volonté forte d'empêcher l'ordre judiciaire d'empiéter sur les affaires de l'administration.

Cette organisation fut reprise par le Général De Gaulle lors de la rédaction de la Constitution de la Ve République du 4 octobre 1958. Cinq grands principes la jalonnent, comprenant notamment l'indépendance de la Justice et la séparation des pouvoirs<sup>5</sup>. L'Ordre judiciaire est compétent pour juger du contentieux entre personnes privées, alors que l'Ordre administratif s'occupe des intérêts publics et des actes de l'administration. En matière de responsabilité médicale, les litiges mettant en cause les Centres Hospitaliers et leurs médecins attachés relèvent ainsi de la compétence du juge administratif<sup>6</sup>. Quant au contentieux des médecins libéraux, *in fine* des médecins généralistes, il relève de la compétence du juge judiciaire.

Ne sera abordée, selon le sujet de cette thèse, que la partie concernant l'ordre judiciaire.

---

<sup>5</sup> Les cinq principes sont la démocratie, la séparation des pouvoirs, l'institution d'un régime parlementaire, l'indépendance de la Justice et de nouveaux rapports avec les peuples d'Outre-Mer.

<sup>6</sup> A l'exception des médecins attachés au service public qui réalisent une partie de leurs actes/consultations en secteur privé : Ils relèvent alors de la compétence du juge judiciaire, même si leurs actes sont faits à l'hôpital.

## **A - L'organisation du système judiciaire en France**

### **1 - L'organisation de l'Ordre judiciaire**

L'Ordre judiciaire français comprend les juridictions civiles, qui règlent les contentieux entre particuliers en matière d'indemnisation et les juridictions répressives, pénales, qui jugent les individus ayant commis des infractions au Code pénal. La dernière instance de ces deux branches est la Cour de Cassation [11].

#### **a) L'Ordre judiciaire civil**

L'Ordre judiciaire civil connaît des litiges entre les personnes de Droit privé. Il comprend un premier degré de juridiction (Tribunal d'Instance, Tribunal de Grande Instance et les juridictions spécialisées dite d'attributions) et un second degré (les juridictions d'appel, les Cours d'Appel). L'organisation est faite sur un double degré de juridiction : Les tribunaux de première instance et les Cours d'appels. Ce sont des juridictions dites «de fond».

#### **b) L'Ordre juridictionnel répressif**

Les juridictions de l'Ordre répressif vont juger les atteintes à l'Ordre Public à travers les infractions commises envers les personnes, les biens et la Chose Publique.

Le Droit pénal français différencie trois catégories d'infractions, dont les juridictions de jugements seront corrélées :

- Les contraventions, jugées par le tribunal de police ;
- Les délits, jugés par le tribunal correctionnel ;
- Les crimes, jugés par les Cours d'assises.

Les juridictions répressives fonctionnent également sur le double degré de juridiction. Ainsi, les instances préalablement citées sont des juridictions de premier degré, puis il existe des

Cours d'Appel, second degré de juridiction qui jugent à nouveau entièrement l'affaire au fond (également dénommées Cours d'Assise d'Appel en matière de crime).

### c) La Cour de Cassation

La Cour de Cassation n'est pas un troisième degré de juridiction mais une juridiction unique qui assure l'unité dans l'interprétation des textes, et *de facto*, veille à l'harmonisation de la Jurisprudence. C'est la Cour suprême de l'Ordre judiciaire, juge du Droit. C'est le pendant du Conseil d'Etat pour l'Ordre administratif.

Elle règle des litiges de Droit. Elle se prononce sur les questions de Droit et non les faits ; elle n'a donc pas vocation à refaire un troisième procès. Il faut que la partie perdante en appel se pourvoie en Cassation après que la décision de la Cour d'Appel a été rendue, dans un délai imparti.

Siégeant quai de l'Horloge à Paris, la Cour suprême est une juridiction permanente unique et elle est présidée par le plus haut magistrat de France<sup>7</sup>. Elle est composée de 6 chambres différentes, ayant chacune à leur tête un président de chambre :

- 3 chambres civiles ;
- 1 chambre commerciale ;
- 1 chambre sociale ;
- 1 chambre criminelle<sup>8</sup>.

En matière répressive les affaires faisant l'objet d'un pourvoi en Cassation sont exclusivement dévolues à la chambre criminelle de la Cour de Cassation. En matière de responsabilité médicale civile, le contentieux relève quasi-exclusivement de la première chambre

---

<sup>7</sup> Actuellement, le Président de la Cour de Cassation est Bertrand Louvel qui a succédé à Vincent Lamanda en 2014. Il est nommé par décret par le Président de la République, sur proposition du Conseil Supérieur de la Magistrature. Bertrand Louvel était le premier président de la chambre criminelle depuis 2009.

<sup>8</sup> Comprenez ainsi pour les références des pourvois : Cass. pour Cour de Cassation, Civ 1 ou 2 pour Chambre civile 1 ou 2 et Crim. pour chambre criminelle.

civile de la Cour de Cassation<sup>9</sup>. Enfin, lorsque les litiges revêtent une grande importance, épuisent tous les recours possibles ou lorsqu'il existe des conflits entre les chambres de la Cour de Cassation, cette dernière forme une assemblée solennelle dite Assemblée plénière, composée de chaque président des différentes chambres. A titre d'exemple, la célèbre affaire Perruche avait été jugée en Assemblée plénière.

A noter qu'un des arrêts importants jalonnant la responsabilité médicale, l'arrêt Teyssier du 28 janvier 1942 (cf supra), a été rendu par la chambre des requêtes de la Cour de Cassation. Cette chambre, qui n'existe plus depuis 1947<sup>10</sup>, avait pour fonction de filtrer les pourvois qui devaient être jugés par la chambre civile de la Cour. Lorsque le rejet du pourvoi par la chambre civile était évident, la chambre des requêtes rejetait le pourvoi. Elle n'avait en revanche aucune attribution en matière pénale.

La Cour de Cassation rend trois types d'arrêt :

- Elle peut déclarer que le pourvoi formé par l'une des parties est irrecevable. La Cour ne tranchera pas le litige et déclarera que l'arrêt de Cour d'Appel a *force de chose jugée*, c'est à dire sera irrévocable ;
- Les juges peuvent rendre un arrêt de rejet. Dans le cas où les règles de Droit sont correctement et bien interprétées, la Cour de Cassation rejettera le pourvoi et l'arrêt rejeté aura donc, lui aussi, *force de chose jugée* ;
- L'arrêt est un arrêt de cassation : Les juges suprêmes estiment que la règle de Droit n'est pas dûment appliquée. Elle décidera donc de renvoyer l'affaire devant une autre Cour d'Appel, pour que l'affaire soit entièrement rejugée au fond. Si l'affaire ne nécessite pas d'être à nouveau jugée, les magistrats de la Cour suprême peuvent ordonner une Cassation sans renvoi et entériner définitivement l'affaire.

---

<sup>9</sup> En matière médicale, la deuxième chambre de la Cour suprême s'occupe surtout des litiges en matière de Sécurité Sociale ou entre médecins (gestion de société, litiges de cession de cabinet etc.) et la troisième chambre civile règle essentiellement les baux et autres contrats immobiliers litigieux.

<sup>10</sup> Loi n°47-1366 du 22 juillet 1947 modifiant l'organisation et la procédure de la Cour de cassation, publiée au JORF du 24 juillet 1947, page 7 142.

## 2 - Les conflits de compétences en responsabilité médicale

Reposant sur une dualité de juridiction, il est arrivé que les contentieux de la responsabilité médicale aient posé des problèmes de compétence entre l'Ordre judiciaire et l'Ordre administratif. C'est le Tribunal de Conflit, juridiction paritaire unique composée pour moitié de conseillers de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat, qui détermine quel ordre est compétent entre les deux<sup>11</sup>. Il ne se prononce pas sur le fond des affaires. Ainsi, pour la responsabilité médicale après l'arrêt Mercier, lorsqu'il existait des problèmes d'attribution de compétence, c'est le Tribunal des Conflits qui tranchait les litiges<sup>12</sup> : Il avait ainsi déclaré l'Ordre administratif compétent pour connaître des litiges en matière de dommages réalisés par des médecins travaillant au sein des hôpitaux publics<sup>13</sup>.

En matière de responsabilité médicale liée à des dommages causés au sein des établissements publics, lorsque les soins sont délivrés exclusivement par des praticiens hospitaliers attachés, les juridictions administratives sont compétentes pour connaître des fautes de ces praticiens se rattachant à l'exécution du service. Si les soins sont réalisés exclusivement au sein des établissements privés par des médecins libéraux ou salariés de ces établissements, la compétence revient aux juridictions judiciaires<sup>14</sup>. En ce qui concerne les permanences de soins des médecins généralistes, régularisées par le Service d'Accueil Médical d'Urgence (SAMU), issu du service public, il reste du domaine de la compétence du juge judiciaire, l'omnipraticien engageant

---

<sup>11</sup> Le conflit peut être positif (les deux ordres se déclarent compétents) ou négatif (les deux juridictions se déclarent incompétentes pour connaître du litige). Dans la dernière situation, on parle de *déni de justice*. Un autre cas, moins courant, existe lorsque pour une même affaire, le juge administratif et le juge judiciaire rendent des décisions contradictoires et inapplicables : C'est une *contrariété de jugement*.

<sup>12</sup> Tribunal des Conflits, 25 mars 1957, *Chilloux*, n° 1624, Rec. 816.

<sup>13</sup> Voir ainsi le litige d'un patient assignant *in solidum* en responsabilité son médecin traitant, libéral, et un radiologue travaillant dans un service hospitalier. La Cour de Cassation avait renvoyé devant le tribunal des conflits : Cass. 1re Civ., 17 octobre 1978, n° 77-11396. A l'époque la déclaration de compétence entre l'Ordre administratif et l'Ordre judiciaire n'était pas clairement posée. En l'espèce ce fut l'Ordre administratif déclaré compétent pour connaître du litige opposant le patient au radiologue salarié de l'hôpital.

<sup>14</sup> Tribunal des Conflits 14 février 2000, *Ratinet*, n° 2929, Rec. 749 et Tribunal des Conflits 25 janvier 1988, *Buneliet*, n° 02502, Rec. 483.

sa responsabilité personnelle<sup>15</sup>. Le Tribunal des Conflits s'est également prononcé sur ce cas particulier en 2016 et a définitivement tranché la question en faveur du juge judiciaire<sup>16</sup>.

## **B - Les origines de la responsabilité médicale**

### **1 - Les prémisses de la responsabilité médicale**

La responsabilité médicale trouverait son origine dans la médecine mésopotamienne, dix-huit siècles avant Jésus Christ et était essentiellement fondée sur la casuistique. Au milieu du second millénaire, les «*Asûms*» se distinguaient des «*Asipums*», sorciers guérisseurs officiant dans les temples. Les *Asûms*, considérés comme les médecins, chirurgiens ou «physiciens», voyaient leurs responsabilités codifiées et engagées au sein des articles 210 à 225 du célèbre Code d'Hammurabi. Ainsi, au royaume de Babylone, un médecin ayant causé la mort d'un individu qu'il avait opéré pouvait être amputé d'une main.<sup>17</sup>

Dans l'Egypte ancienne, les médecins, considérés comme des êtres sacrés, faisaient partie de la classe des fonctionnaires et se devaient de respecter des préceptes, véritables écrits dans le Livre sacré. S'ils établissaient leurs soins selon ces protocoles, ils bénéficiaient d'une impunité totale. Le cas échéant, le non-respect pouvait aller jusqu'à la peine de mort [12,13].

En Grèce Antique, la médecine était transmise de père en fils, au sein de familles privilégiées, les Asclépiades. Hippocrate, *Père fondateur de la médecine*, faisait partie de ces familles. C'est aux environs de 480-360 avant Jésus-Christ qu'aurait été rédigé le célèbre Serment qui porte son nom [13,14]. Aujourd'hui, en couronnant la fin de leurs études médicales, ce Serment fait la fierté des étudiants qui le prononcent. Il dégage une spiritualité au travers d'une

---

<sup>15</sup> Cass. 1re Civ., 04 février 2015, n°14-10337 : «(...) alors que la permanence de soins constitue une mission de service public, les actes de diagnostic et de soins réalisés par un médecin d'exercice libéral lors de son service de garde engageant sa responsabilité personnelle, même lorsque son intervention a été sollicitée par le centre de réception et de régulation des appels du SAMU (...)»

<sup>16</sup> Tribunal des Conflits, 9 mai 2016, *Assistance publique-Hôpitaux de Paris c/ Monique V.*, n°4046 ; à propos d'un litige opposant un patient et un médecin participant à la permanence de soins : Le Tribunal des Conflits a confirmé la compétence de l'Ordre judiciaire.

<sup>17</sup> Article 18 du Code D'Hammurabi : «Si un médecin a fait une blessure à un notable et l'a fait mourir, on lui coupera la main.»

médecine qui se veut avant tout morale. La responsabilité médicale hippocratique était rédigée en aphorismes, c'est à dire en énonçant des principes érigés en vérités éternelles.

## **2 - L'effacement de la responsabilité face au Divin**

En France, pendant le Moyen-Âge, la responsabilité médicale s'étiole devant la toute puissance divine, la maladie étant considérée comme une punition de Dieu et la guérison comme une rédemption [14]. Les hospices, créés au XVIIe siècle, ne sont que la représentation d'institutions charitables et religieuses pour secourir l'indigent. Les hôpitaux deviennent progressivement de véritables lieux d'enfermement des rejetés de la société où l'impunité juridique des médecins est quasiment d'ordre public. Au cours des siècles, de nombreux auteurs ont dénoncée cette absence de responsabilité juridique : Molière ne cachait jamais son mépris total pour la profession médicale ; Montaigne s'interrogeait de savoir pourquoi les échecs des médecins étaient sous terre tandis que leurs succès marchaient au soleil. François-Marie Arouet décrivait quant à lui le médecin comme *quelqu'un qui verse des drogues qu'il connaît peu dans un corps qu'il connaît encore moins*<sup>18</sup>. Toute cette non-responsabilité était également largement appuyée par le pouvoir de l'imagination sur les hommes. Ainsi, Michel Eyquem, dans *Les Essais*, déclarait que la relation médecin-malade n'était qu'une entrave à la liberté de l'individu, fondée sur le pouvoir des médecins, avec la suprématie de leurs connaissances que seuls les initiés maîtrisaient [15]. Pascal, dans *Les pensées*, soulignait la vanité de l'art médical : Vaste imposture où l'influence des médecins reposait seulement sur la dignité de leurs habits [16].

Mais après tout, les médecins ne sont-ils pas les descendants d'Asclépios lui-même, fils d'Apollon, qualifié dans *l'Illiade* de «*Médecin irréprochable*» ? [17] Cette impunité, et même cette irresponsabilité du médecin, a survécu jusqu'au XXe siècle. Louis Portes, second président du Conseil National de l'Ordre des médecins, sous le régime de Vichy, en 1942 (et qui resta à sa tête jusqu'aux années 1950), proclamait que «*Tout acte médical normal n'est, ne peut être et ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience*» [18]. Cette responsabilité morale, dont se gaussaient les médecins à coup de quelques sentences nobles et laconiques,

---

<sup>18</sup> François-Marie Arouet dit Voltaire, in *Epigrammes*, 1760.

s'exprime aujourd'hui dans le contentieux disciplinaire, dévolu aux conseils départementaux, régionaux et national de l'Ordre des Médecins.

### **3 - Le tournant de la responsabilité médicale : L'affaire Hélié et le Tribunal de Domfront**

La première véritable affaire de responsabilité médicale indemnitaire apparaît quelques années après la création du Code civil napoléonien de 1804. Le Docteur Hélié, obstétricien, avait procédé à l'accouchement difficile d'une femme dont il pensait que le fœtus était mort in utero. En détresse hémodynamique, il décida de procéder à une extraction foetale d'urgence, en brachiotomisant<sup>19</sup> l'enfant pour sauver la mère. Cependant ni la mère ni l'enfant ne moururent. Le tribunal de Domfront avait décidé d'élever ce cas pour les jurisprudences à venir en demandant l'expertise de cette situation non à quelques experts, mais à l'ensemble de l'Académie Royale de Médecine [19]. Cette dernière, en 1829, refusa de donner tort au Docteur Hélié, le déclarant totalement irresponsable. Cette attitude, «*méprise extra-ordinaire*» issue d'une mesquinerie corporatiste selon le tribunal, déplaisait aux magistrats qui décidèrent d'entamer un bras de fer contre «*cette erreur fâcheuse*». Le Docteur Hélié fut condamné sur le fondement d'une responsabilité délictuelle, en appliquant l'article 1382 du Code civil. Son comportement avait été jugé fautif eu égard aux règles de l'art<sup>20</sup>. Fustigée par les médecins de l'époque, cette première condamnation n'avait pas non plus emportée l'unanimité de la Doctrine. En 1832, dans la Gazette du tribunal, il y était dénoncé «*la route vicieuse*» du jugement de Domfront : «*On le voit, le médecin n'est pas seulement obligé de connaître tous les préceptes de son art. Il est forcé d'accepter ceux que la Jurisprudence du tribunal aura admis* » [20]. Ainsi, c'est dans ce climat pesant que l'Académie Royale de Médecine elle-même proclamait solennellement dans une célèbre séance du 15 février 1834, que «*le médecin ne reconnaît pour juge, après Dieu, que ses pairs et n'accepte point d'autre responsabilité que celle, toute morale, de sa conscience*». Selon

---

<sup>19</sup> Brachiotomiser : Action de couper un membre, en l'espèce les deux bras du nouveau-né.

<sup>20</sup> Il se trouve qu'à cette époque les accouchements difficiles par le siège pouvaient amener les obstétriciens à brachiotomiser les enfants pour abrèger ou éviter toute détresse hémodynamique de la mère (ou de l'enfant). Dans l'affaire Hélié, ce dernier avait fait une double brachiotomie et c'est cette action qui fut jugée contraire aux règles de l'art.

les grands pairs de Médecine et de Chirurgie, l'impéritie notoire pouvait être soumise à un juge, mais les articles 1382 et 1383 du Code civil ne sauraient s'appliquer aux médecins ou chirurgiens consciencieux ayant pratiqué leur art de bonne foi.

#### **4 - De la consécration de la Jurisprudence Hélié à l'arrêt Mercier**

Dix ans plus tard, le 18 juin 1835, la Cour de Cassation entérinait la Jurisprudence Hélié dans un autre arrêt de principe, l'affaire *Thouret-Noroy*<sup>21</sup>, en déclarant que les articles 1382 à 1384 du Code civil s'appliquaient aux médecins. Les juges du Quai de l'Horloge confirmaient donc qu'il n'existât pas de contrat entre le médecin et un patient. Cette responsabilité extra-contractuelle offrait donc la possibilité pour les victimes d'erreurs, négligences ou légèretés médicales, de pouvoir percevoir des Dommages-Intérêts de leurs souffrances humaines.

Le clivage Médecins-Juges se poursuivait après que d'autres affaires s'étaient succédé (*Affaire Boulanger* en 1862, *Affaire Laporte* 1893 etc.). En parallèle, ce nouveau contentieux généra l'apparition du premier système d'assurance professionnelle avec la création du Sou Médical en 1897<sup>22</sup> (futur MACSF en 1935).

L'évolution majeure, que l'on peut même qualifier de révolution et qui régit encore aujourd'hui la relation médecin-patient, trouve son origine dans le célèbre arrêt *Mercier* rendu par la Cour de Cassation le 20 mai 1936<sup>23</sup>. Les juges suprêmes déclaraient qu'il existait une relation de nature contractuelle entre un médecin et son patient. L'arrêt *Mercier* n'a, et ce depuis quatre-vingts ans, jamais été remis en question en France. Il a même trouvé consécration au sein de la loi du 4 mars 2002 dite *Loi Kouchner*.

---

<sup>21</sup> Cour de Cassation, ch. des requêtes, *Thouret-Noroy*, 18 juin 1835, DP 1835, I, 300, concl. Dupin ; S. 1835. I. 401.

<sup>22</sup> Futur MACSF en 1935. Depuis, d'autres grandes entreprises en matière d'assurance professionnelle ont fleuri au cours du XXe siècle.

<sup>23</sup> Cour de Cassation ch. civile 1, *Mercier*, 20 mai 1936, DP 1936, I, p. 8.

## **C - Les grands principes de la responsabilité médicale**

Il existe quatre responsabilités inhérentes à l'activité médicale :

- Les responsabilités pénale et disciplinaire ;
- Les responsabilités civile et administrative [21].

Les responsabilités administrative et disciplinaire du médecin ne seront pas abordées dans cette thèse. La responsabilité administrative concerne les médecins salariés d'hôpitaux publics, sauf si la faute est détachable du service. La responsabilité disciplinaire est déclenchée par l'Ordre des médecins lorsqu'il existe une faute morale et/ou disciplinaire répréhensible eu égard au Code de Déontologie médicale (désormais partie intégrante du Code de la Santé Publique).

L'action pénale quant à elle nécessite des pré-requis obligatoires pour se mettre en place : L'existence d'un comportement et d'une personne physique punissable, en l'espèce un médecin commettant une infraction.

### **1 - La responsabilité civile du médecin**

La mise en jeu de la responsabilité des médecins obéit aux règles de Droit commun en matière civile, en partie depuis 2002.

#### **a) Avant l'arrêt Mercier : Une responsabilité délictuelle**

Avant le célèbre revirement de Jurisprudence de l'arrêt Mercier de 1936, les rapports qui unissaient le médecin à son patient étaient de nature délictuelle (ou extra-contractuelle) [7,22]. La responsabilité civile délictuelle régit les situations où une personne cause injustement un préjudice à autrui en dehors de tout contrat, selon l'article 1382 du Code civil de 1804. Cet article dénote une certaine élégance dans sa formulation : «*Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer*». Pour Marcel

Planiol<sup>24</sup>, la faute civile intentionnelle «est un comportement que l'on peut juger défectueux soit parce qu'il est inspiré par l'intention de nuire, soit parce qu'il va à l'encontre d'une règle juridique, soit parce qu'il apparaît déraisonnable et maladroit».

L'article 1383<sup>25</sup>, dans la continuité de 1382, ajoute «Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.» S'il s'agit bien de deux dispositions différentes, le principe posé est le même : Celui qui commet une faute doit pouvoir en réparer les conséquences. L'article 1383 élargit cette faute - non intentionnelle - en considérant que la négligence et l'imprudence sont aussi susceptibles d'engager une responsabilité civile. Ainsi la responsabilité délictuelle vise à permettre à une personne qui a subi un préjudice d'obtenir une indemnisation de celui qui a causé le préjudice. À titre d'exemple, la mère de l'enfant ayant été brachiotomisé avait subi un préjudice en lien direct avec une faute du Docteur Hélié. Dans les traditions civilistes, la responsabilité délictuelle est souvent appelée responsabilité extra-contractuelle puisqu'elle se distingue d'une autre branche du droit : La responsabilité contractuelle.

#### b) L'arrêt Mercier, arrêt fondateur de la responsabilité médicale contractuelle

La révolution importante qui décrit désormais la nature de la relation médecin-malade se trouve dans un arrêt de principe, qui a donc fait Jurisprudence : L'arrêt *Mercier* du 20 mai 1936. Les époux Mercier avaient engagé une action contre le Docteur Nicolas, en le déclarant responsable d'une radiodermite nécrosante du visage de Madame Mercier à la suite d'une radiothérapie réalisée dans des conditions peu consciencieuses. Selon la nature délictuelle qui définit la relation médecin-patient, les époux Mercier se heurtaient à la prescription décennale de leur action (10 ans en matière délictuelle, contre 30 ans en matière contractuelle). La Cour, dans un attendu de principe particulièrement élégant, estimait donc que la responsabilité médicale du

---

<sup>24</sup> Marcel Ferdinand Planiol (1853-1931) était un imminent juriste et professeur de Droit. Il est l'auteur du *Traité élémentaire de Droit civil*.

<sup>25</sup> Actuel article 1241 du nouveau Code civil.

docteur Nicolas était de nature contractuelle et non délictuelle : «*Attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon de le guérir, de lui donner des soins consciencieux et attentifs, conformes aux données de la science ; que la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle*»<sup>26</sup>.

### c) Les obligations découlant de la relation médecin-malade

La responsabilité contractuelle est, avec la responsabilité délictuelle, une des deux composantes de la responsabilité civile. Elle est engagée en cas de mauvaise exécution ou d'inexécution des obligations nées d'un contrat [4,6,7,8,22]. Ce régime de responsabilité est prévu à l'article 1147 de l'ancien Code civil<sup>27</sup>. Il existe donc un contrat de soin entre un médecin et un patient : C'est un contrat de Droit privé, civil. Il est essentiellement oral et tacite, conclu *intuitu personae* (entre chaque partie et en leur nom propre) et synallagmatique (chacune des parties a des obligations envers l'autre)<sup>28</sup>. Les obligations qui pèsent sur le patient sont de payer les honoraires du médecin et de respecter ses prescriptions ; celles du médecin sont une obligation de soins consciencieux, attentifs, conformes aux données acquises de la science. Il doit faire preuve d'humanisme et ne pas porter atteinte au corps humain. C'est une obligation de moyen et non de résultat<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> Cour de Cassation, arrêt *Mercier*, Civ., 20 mai 1936, DP 1936, I, p. 8

<sup>27</sup> L'article 1147 du Code civil antérieur disposait que : «*Le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages-intérêts soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part*». Aujourd'hui, il s'agit de l'article 1231-1 du nouveau Code civil disposant que : «*Le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, s'il ne justifie pas que l'exécution a été empêchée par la force majeure*».

<sup>28</sup> Article 1102 du Code civil «*Le contrat est synallagmatique ou bilatéral lorsque les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres*».

<sup>29</sup> Sauf cas particuliers, comme la responsabilité des produits défectueux (prothèse ou tout autre dispositif médical), en matière de vaccination, d'infections nosocomiales, d'examen de laboratoire de routine ou encore lors des transfusion sanguines.

#### d) La subordination de la responsabilité médicale à une faute, un dommage et un lien de causalité

La responsabilité médicale est subordonnée à trois éléments de Droit commun : Un fait dommageable, un préjudice et l'existence d'un lien de causalité entre les deux premiers [7-9,24].

Le fait dommageable doit, au regard de la loi, être en principe une faute en matière médicale. La faute médicale peut être définie comme une erreur que n'aurait pas commis un médecin prudent, diligent, consciencieux, agissant en respectant les règles de l'art. La faute peut être une faute diagnostique, thérapeutique ou technique. Qu'elle soit lourde ou légère, grave ou sans incidence majeure, toute faute est de nature à engager la responsabilité du médecin non consciencieux ou maladroit qui ne se serait pas comporté en bon père de famille.

Les principales fautes sont soit de la négligence ou de l'imprudence, imputable à tout personne raisonnable, soit la violation d'un devoir d'humanisme médical. La faute technique, qui peut être commise par imprudence, recouvre les fautes de diagnostic, les fautes dans le choix et la mise en oeuvre du traitement. La faute éthique est un manquement au devoir d'humanisme. Par devoir d'humanisme, il faut également intégrer les concepts fondamentaux d'information et du consentement du patient.

### **2 - La responsabilité pénale du médecin**

Il n'existe pas de Droit pénal spécial à la médecine : Les principes généraux du Droit pénal sont les mêmes pour tout le monde. Les incriminations sont celles du Droit pénal général (homicide, coups et blessures, fraude, recel, escroquerie, agression sexuelle, etc.). On peut même dire que la responsabilité pénale des médecins n'a rien de très spécifique. Les juridictions compétentes et les textes législatifs sont les mêmes pour tous les individus de la société, médecins ou non. En revanche, certaines infractions sont spécifiques à la profession médicale : Les ordonnances de complaisance par exemple, ou encore l'exercice illégal de la médecine. L'usurpation de titre est alors spécifique à la profession, et peut être commise par n'importe quel individu qui déciderait de s'octroyer la qualité de Docteur en médecine alors qu'il ne possède pas

les diplômes nécessaires. Les médecins, à l'occasion de leur exercice professionnel, peuvent être bon gré mal gré amenés à avoir un comportement punissable au regard de la loi et commettre une infraction.

#### a) L'existence d'un comportement punissable : Définition de l'infraction

L'infraction pénale est définie comme toute action ou omission que la société prohibe sous la menace d'une sanction pénale. Il existe une classification objective, de type hiérarchique des infractions, fondée sur leur degré de gravité : Contravention, délit et crime. Cette distinction tripartite est corrélée au comportement incriminé, c'est à dire à l'infraction commise. Par exemple, un gynécologue ayant, par maladresse, négligence, imprudence ou par faute, provoqué le décès d'un nouveau-né lors d'un accouchement sera inculpé pour homicide involontaire, classé dans les crimes.

L'infraction est dite «constituée» lorsqu'elle réunit obligatoirement trois éléments [25] :

- L'élément légal, c'est à dire que les faits incriminés doivent être qualifiés juridiquement, comme le souligne l'adage «*Nulla poena sine lege*» : Pas de peine sans loi. A titre d'exemple, l'avortement n'est plus un crime depuis 1975. En Droit pénal, il existe autant d'incriminations que de fautes pénales différentes. Selon le principe de légalité, toute incrimination doit être définie par un texte : Une loi pour un crime ou un délit, un règlement pour une contravention<sup>30</sup> ;

- L'élément matériel : Une infraction existe par son activité matérielle. Cet élément est l'action, la manifestation extérieure de l'infraction, qui dépend donc du comportement du médecin responsable. Par exemple, l'acte de donner volontairement la mort à un patient est un acte de commission, la non-assistance à personne en péril est un acte d'omission ;

---

<sup>30</sup> Selon l'article 111-3 du Code Pénal : «Nul ne peut être puni pour un crime ou pour un délit dont les éléments ne sont pas définis par la loi, ou pour une contravention dont les éléments ne sont pas définis par le règlement. Nul ne peut être puni d'une peine qui n'est pas prévue par la loi, si l'infraction est un crime ou un délit, ou par le règlement, si l'infraction est une contravention».

- L'élément moral, c'est à dire l'imputabilité de l'acte répréhensible au médecin ainsi que sa culpabilité. Cet élément, aussi dénommé élément intellectuel ou psychologique détermine l'état d'esprit du médecin lors de la commission de l'infraction. Cet élément est primordial et tombe sous le sens, par exemple lorsqu'il existe une infraction grave comme un viol ou une agression sexuelle.

Le cas échéant, s'il manque un de ces trois éléments, le médecin ne pourra pas être poursuivi sur le plan pénal.

### b) Les fautes médicales pénales et les fautes civiles

Les fautes pénales médicales sont très diverses ; la plupart sont des infractions d'atteinte à l'intégrité corporelle ou à la vie du patient. Il existe cependant un paradoxe. En effet, le médecin, dans ses soins diligents et consciencieux, porte souvent atteinte à l'intégrité corporelle de son patient et ce n'est qu'exceptionnellement que sa responsabilité est engagée, en raison du but poursuivi : L'acte médical à visée thérapeutique. Ainsi, la pose d'un stérilet chez une jeune femme, une désensibilisation, un vaccin, une suture ou encore la mise en place d'une ventilation invasive sont autant de gestes qui portent atteinte à l'intégrité corporelle des patients. Elle est la rançon du but poursuivi par la diligence d'un exercice médical : Guérir ou soulager un patient. Beaucoup plus rarement, c'est involontairement, par imprudence ou négligence que le médecin cause un préjudice corporel à son patient, voire son décès. Dans ces cas là, une sanction pénale peut être prononcée<sup>31</sup>. Il existe deux grands principes généraux qui se tissent autour de la responsabilité pénale médicale :

- Les patients peuvent se constituer partie civile devant les juridictions répressives ;
- Le principe d'identité des fautes civiles et pénales d'imprudence n'existe plus depuis 2000 (cf Discussion).

---

<sup>31</sup> Au regard des articles 221-6, 222-19 et -20 et R.625-2 et -3 du Code pénal, réprimant les atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité de la personne par un médecin dans l'exercice de ses fonctions.

Une faute civile correspond à tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage. Toute faute pénale, au contraire, doit être définie avec précision dans un texte. En Droit Pénal, il existe autant d'incriminations que de fautes pénales différentes. Il se peut qu'il y ait néanmoins une superposition entre faute pénale et faute civile : Une faute pénale peut également constituer une faute civile dès lors qu'elle cause un préjudice. Il n'est donc pas rare que les patients victimes privilégient la voie pénale car la procédure pénale est bien plus inquisitoriale que la procédure civile : La recherche de la vérité est à la charge de la Justice (les investigations sont souvent très onéreuses). En revanche, en l'absence d'incrimination par un texte, le patient ne peut espérer réparation de son préjudice uniquement devant les juridictions civiles.

Lorsqu'il existait deux procédures en cours simultanément, s'appliquait le principe selon lequel «*le criminel tient le civil en l'état*» : Le juge civil devait attendre la décision du juge pénal pour se prononcer sur le litige dont il avait été saisi [25]. Considéré comme un frein important dans l'exécution des procédures civiles, ce célèbre adage n'existe plus depuis la loi du 5 mars 2007<sup>32</sup>. Désormais, le juge civil a le pouvoir d'apprécier la caractère sérieux d'une procédure pénale engagée et n'a plus l'obligation de prononcer automatiquement un sursis à statuer<sup>33</sup>.

Cela étant, très souvent, il existe des fautes civiles sans qu'il y ait pour autant de fautes pénales. Ces hypothèses tendent à se multiplier depuis la loi du 10 juillet 2000 ayant eu pour objet de dépenaliser les fautes pénales d'imprudence et de négligence<sup>34</sup> (cf Discussion). La faute civile entraîne une sanction civile indemnitaire, à caractère réparateur, se matérialisant par des Dommages-Intérêts. La faute civile n'engage la responsabilité qui si la preuve d'un préjudice qu'elle a causé est rapportée.

---

<sup>32</sup> Depuis l'article 20 de la loi n° 2007-291 du 5 Mars 2007 publiée au JO n° 55 du 6 Mars 2007 page 4206, le nouvel article 4 alinéa 2 du Code de procédure pénale prévoit ainsi que : «*L'action civile en réparation du dommage causé par l'infraction prévue par l'article 2 peut être exercée devant une juridiction civile, séparément de l'action publique. Toutefois, il est sursis au jugement de cette action tant qu'il n'a pas été prononcé définitivement sur l'action publique lorsque celle-ci a été mise en mouvement. La mise en mouvement de l'action publique n'impose pas la suspension du jugement des autres actions exercées devant la juridiction civile, de quelque nature qu'elles soient, même si la décision à intervenir au pénal est susceptible d'exercer, directement ou indirectement, une influence sur la solution du procès civil*».

<sup>33</sup> Sauf dans le cas d'une action civile introduite séparément de l'action publique, ayant uniquement pour objet la réparation du dommage causé par l'infraction.

<sup>34</sup> Loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels.

### c) Définition juridique des médecins généralistes déclarés non coupables pénalement

S'il n'existe pas de condamnation pour un médecin généraliste prévenu, il faut envisager quatre possibilités [25] :

- Le non-lieu : En procédure pénale, un non-lieu est prononcé sous forme d'ordonnance par le juge d'instruction lorsque celui-ci estime qu'il n'y a pas lieu de poursuivre le prévenu, faute d'élément à charge. C'est l'abandon pur et simple des poursuites au cours d'une procédure ;

- La relaxe : En Droit pénal français, il s'agit d'une décision prononcée par un tribunal correctionnel lorsque la preuve de la culpabilité d'un prévenu n'est pas établie au cours du procès. Elle ne concerne que les délits et les contraventions, pas les crimes ;

- L'acquittement concerne une décision de la Cour d'assise (et non d'un tribunal correctionnel pour la relaxe) pour laquelle l'accusé est reconnu non-coupable des faits qui lui sont reprochés. Il s'agit toujours de crimes ;

- Le classement sans suite (non vu car toutes les victimes se portaient *de facto* partie civile) : Selon le principe d'opportunité des poursuites, le classement sans suite est une décision que prend un magistrat du parquet de ne pas donner suite à une affaire.

# **METHODOLOGIE**

## **I - LES OBJECTIFS**

L'objectif principal est d'établir l'évolution du nombre de procédures pénales et civiles dirigées contre les médecins généralistes, de 1936 à 2015. L'objectif secondaire est de présenter et analyser les différentes caractéristiques des décisions pénales et civiles rendues à l'encontre des médecins généralistes.

## **II - LES SOURCES**

La base de données étudiée est celle du site internet Légifrance [26]. C'est le site internet officiel du gouvernement français pour la diffusion des textes législatifs et réglementaires et des décisions de justice des Cours suprêmes de Droit français (Cour de Cassation, Conseil d'Etat). D'accès libre, dont le slogan est «*Le service public de la diffusion du droit*», le site présente ou renvoie à la quasi-totalité des arrêts de la Jurisprudence depuis 1875 (décisions les plus pertinentes) et de manière intégrale depuis 1988. Les dossiers des chambres civiles sont en ligne depuis 1935. Les dossiers de la chambre criminelle de la Cour de Cassation sont mis en ligne depuis 1963. Cette banque de données comporte également une sélection des arrêts des Cours d'Appel, mis en ligne depuis 1996. En cas de décisions incomplètes, manquantes ou dont les informations sur la nature de la spécialité médicale n'étaient pas exhaustives, la base de données supplémentaires était LexisNexis [27], société française d'édition professionnelle mettant en ligne des ouvrages et des références d'arrêts au sein de son *JurisClasseur*.

Cette base de données est consultée du 1er mai 2016 au 14 juillet 2016.

### **III - L'INCLUSION**

L'inclusion des données nécessaires a eu lieu en plusieurs étapes, selon les critères d'inclusion et d'exclusion permettant de référencer tous les arrêts de la Cour de Cassation dont l'objet est un litige entre un médecin généraliste ayant commis une faute ou ayant eu un comportement répréhensible par la loi pénale vis à vis d'un patient ou d'un organisme social (sécurité sociale).

#### **A - Les données initiales entrées sur Légifrance**

##### **1 - La date**

Ainsi, avec l'aide du moteur Légifrance, tous les arrêts sont inclus entre le 1er janvier 1936 (incluant *de facto* l'arrêt Mercier) jusqu'au 31 décembre 2015. L'année 2016 n'étant pas terminée à l'issue de la rédaction de cette thèse, elle n'est donc pas prise en compte.

##### **2 - Les arrêts de la Cour de Cassation**

Seuls sont analysés les contentieux civil et pénal des arrêts de la Cour suprême.

D'une part, cette thèse ne relève pas le contentieux disciplinaire du conseil de l'Ordre des Médecins ni le contentieux administratif des médecins hospitaliers, sauf s'ils ont commis une faute détachable de leur service. Le cas échéant, la responsabilité n'est plus de la compétence du juge administratif mais relève du Droit commun privé, de la compétence du juge judiciaire.

D'autre part, les décisions de premier degré et d'appel n'ayant pas fait l'objet de pourvoi en Cassation n'ont pas été analysées. La raison est double : D'une part cette analyse apparaît très fastidieuse et d'autre part il existe un important biais de recrutement. En effet, les arrêts de la Cour suprême peuvent être déjà rares en remontant loin dans les années, et ne pas figurer dans

les registres internet. Il apparaît ainsi difficile de pouvoir avoir une exhaustivité de l'ensemble des arrêts de première instance et des Cours d'Appel en matière de contentieux médical.

### **3 - La spécialité de Médecine Générale**

Seule la spécialité de Médecine Générale est prise en compte, en veillant à ce que l'exercice des médecins incriminés soit libéral. En effet, et même si le cas ne s'est pas présenté, auraient été exclus les médecins généralistes effectuant une mission de service public au sein d'hôpitaux publics. Pour le cas d'un tel exercice, seule une faute détachable du service pourrait être prise en compte, et l'exercice des médecins travaillant au sein de tels établissements relèverait donc de la compétence du juge judiciaire. Les autres spécialités médicales et chirurgicales sont exclues.

## B - Inclusion initiale

Le site internet de Légifrance contient un moteur de recherche expert permettant une recherche simple, fine et rapide qui a servi à élaborer la première phase d'inclusion. Il est constitué de 3 parties :

La première est intitulée «*Décision*» et permet de cibler la période d'intérêt. Ainsi, les années ont été entrées une par une, de 1936 à 2015, systématiquement du 1er janvier au 31 décembre (image 1).

### Recherche experte dans la jurisprudence judiciaire

#### Critères de recherche

##### Décision

Numéro d'affaire   Ex: 06-81968

Date de décision

Jour	Mois	Année
1	Janvier	2015

  (1)  
Ex: 2014

Période de (1) à (2)

Jour	Mois	Année
31	Décembre	2015

  (2)  
Ex: 2014

**image 1: Cadre "Décision" du moteur de recherche Légifrance  
Exemple de l'année 2015**

Le deuxième partie concerne l'«Etendue des recherches». Elle permet de sélectionner la juridiction voulue entre Cour de Cassation et/ou Cour d'appel et/ou juridiction de premier degré.

Etendue de la recherche

Cour de cassation

- Décisions de la Cour de cassation
- Décisions publiées au bulletin
- Décisions non publiées au bulletin

Nature de la décision

Arrêt

Numéro au bulletin  Ex 219

Année

Formation

-- Toutes les formations --

Décision attaquée

-- Toutes les décisions --

Lieu de la décision attaquée

Date de la décision attaquée

Jour  Mois  Année  Ex: 2014

Juridictions d'appel

- Arrêts des Cours d'appel

Siège de la cour

-- Toutes les cours --

Juridictions du premier degré

- Décisions des juridictions du premier degré

Type de juridiction

juridictions --

Siège de la juridiction

**Image 2: Cadre "Etendue des recherches" avec les éléments nécessaires sélectionnés**

En l'espèce et tel qu'indiqué à l'image 2, les cases «Décisions de la Cour de Cassation», «Décisions publiées au bulletin» et «Décisions non publiées au bulletin» ont été cochées<sup>35</sup>. La nature des décisions recherchées était sous forme «arrêt» de la Cour de Cassation.

<sup>35</sup> Un bulletin en Droit est une publication périodique spécialisée, de la Cour de Cassation en l'espèce.

Enfin, la dernière partie, très sélective, permet d'interroger la base de données au moyen d'une équation booléenne, en prenant la disjonction «Médecin» OU «Docteur».

#### Recherche textuelle

Recherche 1

Chercher  dans   Expression exacte

Et  Ou :

Chercher  dans   Expression exacte

**Image 3: Cadre "Recherche textuelle" comprenant la disjonction booléenne "médecin" OU "docteur"**

A partir de cette recherche, 20392 arrêts de Cassation sont trouvés.

Parmi ces arrêts, seuls sont sélectionnés et soumis à une première lecture les arrêts émanant des chambres civiles et de la chambre criminelle. Les chambres sociale et commerciale de la Cour de Cassation sont exclues. Ainsi, **10605 arrêts de Cassation** sont soumis à une première lecture.

## **C - La première lecture**

Ces 10605 dossiers sont ensuite lus pour ne garder que ceux qui sont en lien avec une responsabilité médicale civile et pénale des médecins généralistes. Afin de dégager un pourcentage de telles condamnations, les autres spécialités ont initialement été prise en compte.

### **1 - Données collectées en première lecture**

#### **a) Date du dernier jugement et chambre l'ayant prononcé**

L'année du pourvoi est référencée pour mettre en évidence l'évolution qualitative de la mise en jeu de la responsabilité des médecins généralistes. Le recueil de la chambre (criminelle ou civile) ayant prononcé le pourvoi permet de séparer la responsabilité pénale de la responsabilité civile.

#### **b) La spécialité de Médecine Générale**

Les termes «médecin généraliste», «médecin traitant» ou «médecin de famille» ont été inclus. De même, ont été pris en compte les remplaçants exerçant la spécialité de médecin généraliste.

#### **c) Le mode d'exercice**

Sous la dénomination de Médecine Générale, a été prise en compte une activité professionnelle individuelle, en cabinet libéral, c'est à dire non exercée dans un centre hospitalier ou une clinique. Par activité professionnelle individuelle, il est sous-entendu un raisonnement *a*

*contrario*, c'est à dire n'étant pas exercé dans un mode collectif en secteur privé ou hospitalier. Ainsi, l'exercice de plusieurs médecins généralistes dans un même cabinet libéral n'était pas exclu.

#### d) Les autres spécialités

Les autres spécialités ont été relevées pour comparer le pourcentage de condamnations par rapport aux médecins généralistes puis ont été exclues de la deuxième lecture. Les fautes civiles ou les chefs d'inculpation n'ont pas fait l'objet d'une analyse.

Les spécialités médicales et chirurgicales ont été intégrées comme suit :

- Chirurgie : Cela comprenait toutes les chirurgies confondues hors gynécologie obstétrique. La chirurgie dentaire a été incluse, les arrêts pouvant parfois être flous ou lacunaires quant à la distinction «chirurgien-dentiste» ou «stomatologie», voire une branche de la chirurgie esthétique, la «chirurgie maxillo-faciale» ;
- Anesthésie-Réanimation ;
- Gynécologie-Obstétrique ;
- Psychiatrie ;
- Toutes les autres spécialités médicales confondues (dermatologie, urgences, cardiologie, pneumologie, etc.).

Cette découpe arbitraire s'explique pour deux raisons : La première vient du sujet de la thèse lui-même. Il n'est en effet pas question de répertorier les condamnations de l'ensemble des spécialités mais uniquement ceux de la Médecine Générale. Reprendre les spécialités une à une est donc inutile. La seconde raison est que cette découpe essaiera autant que faire se peut de pondérer les futurs résultats quant au grand nombre de médecins généralistes par rapport aux

autres spécialités. En 2016, la France compte 102 299 médecins généralistes pour 94 563 spécialistes médicaux et 26 709 chirurgiens<sup>36</sup>.

Par ailleurs, pour des raisons évidentes en matière de responsabilité médicale, les deux groupes «Anesthésie-Réanimateur» et «Gynécologie-Obstétrique» ont été volontairement isolés. Ces spécialités sont très touchées par les contentieux juridiques, malgré le faible nombre de médecins.

Enfin, la spécialité «Psychiatrie» a été mise de côté car elle est par essence une médecine à part et le contentieux juridique qu'elle produit lui est quasiment spécifique : En matière de certificat de soins sans consentement et les hospitalisations dites abusives en secteur fermé, main levée de soins, problèmes des sorties thérapeutiques, etc. Par ailleurs, jusque dans les années 1980, les médecins généralistes étaient responsables de leurs patients, fussent-ils hospitalisés en secteur psychiatrique (ouvert ou fermé). Ces situations retombaient donc sous le joug de la responsabilité des médecins traitants<sup>37</sup>.

#### e) Les références des pourvois

Les numéros de pourvois ont été référencés et la responsabilité pénale a été séparée de la responsabilité civile par souci de clarté (notée «civile ou criminelle»). Enfin, pour simplifier le recueil des résultats, un numéro unique a été attribué à chaque dossier au fur et à mesure de leurs analyses (annexe 1).

---

<sup>36</sup> Rapport Insee 2016, Etude des médecins suivant le statut et la spécialité en 2016.

<sup>37</sup> A titre d'exemple, Cass. 2e Civ., 07 mai 1981, n°80-10843.

## f) Les cas particuliers des scandales sanitaires et de l'exercice illégal de la médecine

La première lecture a évidemment mis en évidence les grands arrêts de la Jurisprudence médicale sur les scandales ou les grandes affaires médicales, par ailleurs sur-médiatisés : L'affaire du sang contaminé, l'hormone de croissance, les enfants DES<sup>38</sup>, la relation vaccination/pathologies neuro-dégénératives, le Médiator® et bien d'autres encore. Ces arrêts ont été exclus s'ils ne mettaient pas en avant une responsabilité d'un ou plusieurs médecins généralistes. Le cas échéant, ils faisaient l'objet de la même analyse de données que les autres.

Par ailleurs, l'usurpation du titre de médecin, par la dénomination «exercice illégal de la médecine» était exclue dans la quasi-totalité des cas puisque cette infraction ne concernait que des personnes non titulaires du diplôme de médecin ou chirurgien et exerçant impunément une médecine souvent douteuse : Aromato-méso-naturo-thérapie ou chiropracteur sans aucune formation professionnelle, voire la dénomination de «guérisseur» ou «rebouteux». En revanche, cette infraction spécifique à l'art médical était prise en compte lorsque les prévenus étaient de réels médecins.

## **2 - Résultats des données collectées en première lecture**

Cette première lecture a donc considérablement réduit le nombre de dossier de **10605 à 1566 dossiers toutes spécialités confondues**. L'analyse de cette première fonte s'explique facilement : Elle est inhérente à la faible spécificité de l'équation booléenne qui est structurée de manière à être la plus exhaustive possible.

- La plupart du temps, il existait des dossiers où un médecin, fût-il généraliste, était simplement cité en tant qu'expert : Il déposait son rapport ou un certificat médical clé dans le contentieux. Par exemple, le certificat médical descriptif d'un médecin

---

<sup>38</sup> DES: Di-Ethyl-Stilbéstrol, diphénol de synthèse aux propriétés estrogéniques importantes, commercialisé initialement en Angleterre à partir de 1938, et prescrit aux femmes ayant fait des avortements spontanés à répétition. Plus connu sous son nom de marque, le DISTILBENE®, il provoquait des malformations génitales et une augmentation du risque de carcinomes de la sphère génitale chez les enfants de mère ayant pris cette molécule. Il étaient communément appelés «les enfants DES ou enfants Distilbene®».

généraliste présenté par une patiente dans la reconnaissance de sa pathologie au titre de la maladie professionnelle<sup>39</sup>, ou encore les renseignements fournis par un médecin généraliste au sujet d'un de ses patients accusé d'agression sexuelle (sans que cela porte atteinte au secret professionnel)<sup>40</sup> ;

- Parfois la qualification de Docteur existait mais pas en Médecine : Docteur en Sciences, en Droit, en Pharmacie etc. Il en était de même pour la qualification de médecin : Médecin-vétérinaire par exemple ;
- Certaines affaires n'avaient aucun lien avec le domaine médical mais furent sélectionnées par le moteur de recherche, une des parties au procès étant par exemple une société domiciliée «rue du Docteur X...» ou «rue du médecin X...» ;
- Plus rarement, le dossier était exclu en raison d'une incertitude dans les faits ou dans le cas où la décision judiciaire n'aurait pas été influencée par la qualité de médecin d'une des parties. A titre d'exemples, le médecin généraliste ayant donné une gifle à une dame sur le parking du cabinet où il exerçait a été exclu<sup>41</sup> ou les coups et blessures distribués par un médecin généraliste à une personne en dehors de l'exercice de ses fonctions<sup>42</sup>. A également été exclu le médecin généraliste, devenu psychiatre, qui avait commis une agression sexuelle en pratiquant un examen gynécologique lors d'une consultation de psychiatrie<sup>43</sup> ou encore celui qui avait commis une fraude électorale<sup>44</sup> alors que sa qualité de médecin n'était pas en jeu. Enfin, le médecin généraliste ayant franchi une ligne continue et commis une infraction au Code de la route a été exclu, n'étant pas prouvé que son attitude relevait de l'état de nécessité pour une urgence médicale<sup>45</sup> ;

---

<sup>39</sup> Cour de cassation, ch. civ 2, 09 juillet 2015, n°14-22606.

<sup>40</sup> Cass. crim., 17 mai 1995, n°94-85000.

<sup>41</sup> Cass. crim., 22 mai 2007, n°06-88096 : Sa qualité de médecin n'a été qu'une circonstance aggravante dans l'appréciation des juges.

<sup>42</sup> Cass. crim., 16 novembre 2004, n°04-81564.

<sup>43</sup> Cass. crim., 26 octobre 2005, n°05-80055.

<sup>44</sup> Cass. crim., 27 janvier 1988, n°86-95668.

<sup>45</sup> Cass. crim., 19 mai 2009, n°09-80604.

- Enfin, les dossiers qui concernaient des contentieux entre médecins généralistes eux-mêmes ont été exclus : Cession de patientèle, litiges dans la création de société civile, litiges dans les contrats (de travail, de redevances, etc.) lors d'une activité mixte libérale-salariée au sein du secteur public ou privé et les contentieux relatifs à la publication des sanctions disciplinaires déclarées par l'Ordre des Médecins à l'encontre de généralistes.

## **D - La seconde lecture**

Cette seconde lecture démarre le 15 juillet et se termine le 12 août 2016.

Sur 1566 dossiers, chaque spécialité est quantifiée uniquement pour les résultats généraux. Hormis la juridiction dont elles sont issues, les spécialités autres que la Médecine Générale ne font pas l'objet d'une analyse plus poussée. 18 dossiers sont exclus lors de cette lecture pour une double carence d'informations : La spécialité est manquante d'une part et rien ne mettait en évidence une implication de la qualité de médecin dans les affaires d'autre part (ils auraient dû être éliminés en première lecture). 150 dossiers relevant du contentieux «médecin-sécurité sociale» sont exclus également (cf 3-le contentieux médecin-malade et médecin-sécurité sociale). Au total, 1398 arrêts sont retenus pour les statistiques générales.

### **1- Juridiction de Droit commun ou juridiction répressive ?**

Ces données peuvent être séparées en deux catégories : Civile ou pénale. Au total 1398 dossiers ont été conservés : 633 arrêts répressifs et 765 arrêts civils, toutes spécialités confondues. L'ensemble des données est mis en forme dans un tableau de type Excel.

## **2 - Les données manquantes, floues, ou lacunaires**

Plusieurs dossiers n'indiquaient pas directement la spécialité médicale ou chirurgicale des médecins mis en cause. Deux cas de figures se sont présentés :

- La spécialité était facilement déductible : Par exemple, pour une compresse oubliée lors d'une laparotomie, la spécialité retenue était celle d'un chirurgien viscéral, donc de Chirurgie ; pour le déplacement d'un médecin au chevet d'un enfant en pleine nuit lors d'une permanence de soins, la spécialité de médecin généraliste était retenue.

- La spécialité restait floue voire manquante : Les arrêts de la Cour de Cassation ne se prononçant pas au fond des affaires qui leur sont soumises, plusieurs d'entre eux ne reprenaient pas la spécialité des médecins. Il a donc été fait une recherche secondaire parmi les arrêts des Cours d'Appels qui avaient fait l'objet des pourvois en cassation litigieux. Cela correspondait à 173 arrêts, soit 12,37% ayant des données manquantes (parmi les 1398 dossiers). L'utilisation du moteur de recherche Légifrance n'ayant pas été exhaustive (certains arrêts de Cour d'Appel étaient manquants), le recueil de données a été élargi au moteur de recherche LexisNexis pour ces 173 arrêts. Ainsi 53 arrêts concernant des généralistes ont été ainsi réintégrés dans les analyses statistiques spécifiques à la Médecine Générale. 120 arrêts présentaient des médecins dont la spécialité n'a jamais été connue. Parmi eux 49 arrêts n'ont jamais été retrouvés lors d'une deuxième recherche LégiFrance ni dans une autre plus avancée avec LexisNexis.

## **3 - Le contentieux médecin-malade ou médecin-sécurité sociale**

N'ont été inclus dans cette thèse que les contentieux civil et pénal, quant à la nature «médecin-malade» ou «médecin-assureur social». En effet, il s'agit de faire un état des lieux des condamnations que rencontrent les médecins généralistes : Les contentieux entre médecins, les citations d'expertises, la dénomination simple de la profession, sans lien direct et certain avec la responsabilité mise en oeuvre, sont exclus. Au total ce sont 150 dossiers de cette nature qui ont été exclus. Ils aurait également pu être éliminés en première lecture.

#### **4 - La qualification de la faute civile et de l'infraction pénale**

Les différentes qualifications de fautes ont été classées, ainsi que les infractions pénales, avec leurs synonymes. Par exemple, le délit de «non-assistance à personne en péril» est également dénommé «omission de porter secours à personne en péril», ou encore «abstention de porter secours à personne en péril». Il convient donc de choisir dès le départ de l'étude une seule terminologie afin de ne pas artificiellement multiplier le nombre d'infractions.

#### **5 - Les concours de fautes, d'infractions et de médecins**

Concernant les cas où il existe un concours d'infractions ou de fautes, ces dernières sont initialement étiquetées «multiples» mais associées à une donnée complémentaire comprenant tous les détails en question. Cela permet d'abord d'obtenir plus d'infractions et fautes que de médecins, puis de réaliser leur détail. Quant au cas où plusieurs médecins sont condamnés dans une même affaire, c'est à dire *in solidum*, les spécialités ont été répertoriées pour chaque médecin et les résultats ont été analysés en fonction de ces condamnations solidaires.

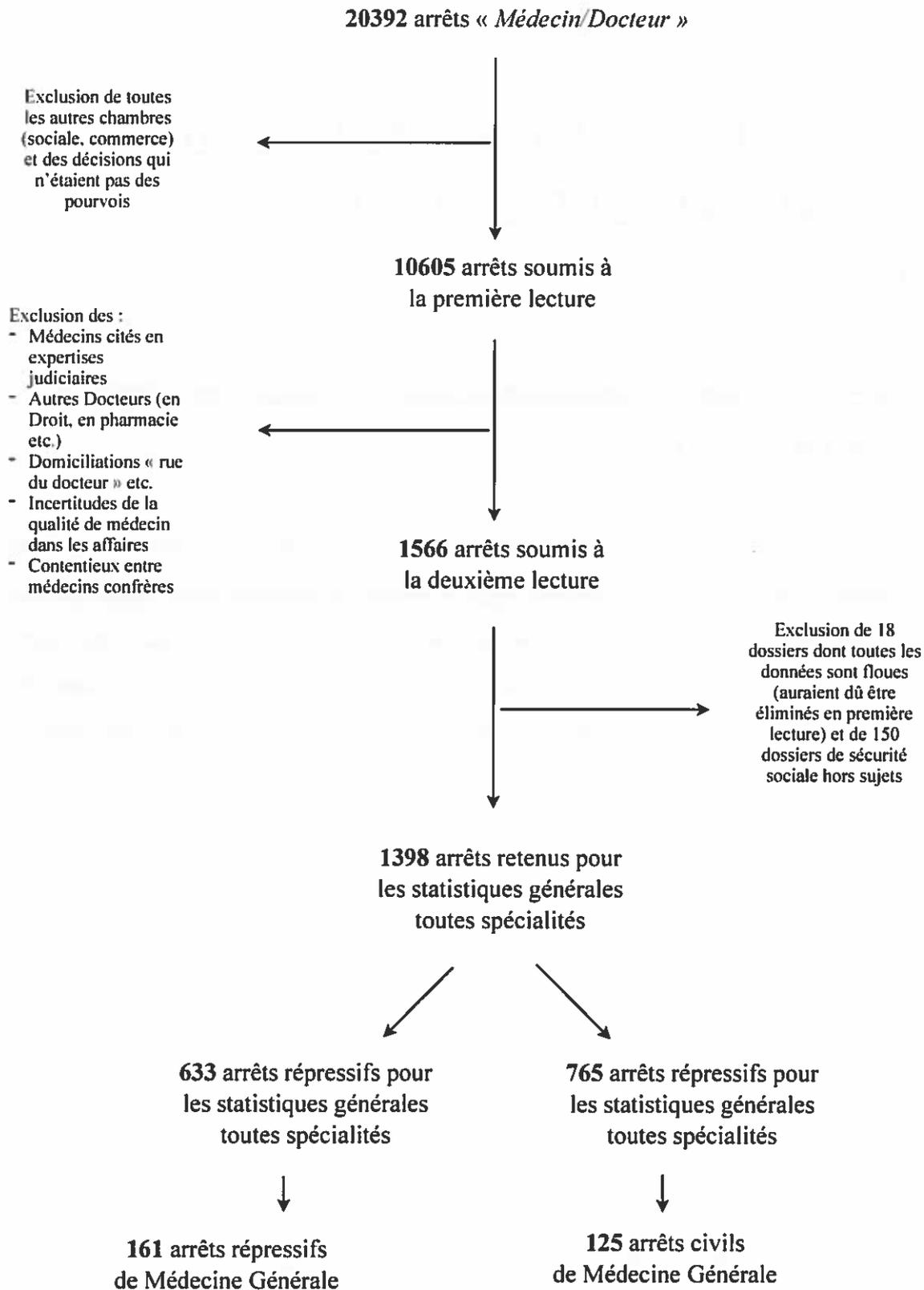
#### **6 - Le sexe des médecins**

#### **7 - La démographie**

La démographie des condamnations (ou non) civiles et/ou pénales des médecins généralistes n'a pas été relevée, puisque les localisations des Cours d'Appels ayant reçu les affaires en deuxième instance ne correspondent à aucun découpage régional ni départemental particulier. A titre indicatif, elles figurent en bas de chaque arrêt de Cassation, le pourvoi mentionnant toujours la Cour d'Appel dont il émane.

**Au final ce sont 286 dossiers qui ont été retenus.**

### Schéma 1 : explication sur la sélection des dossiers



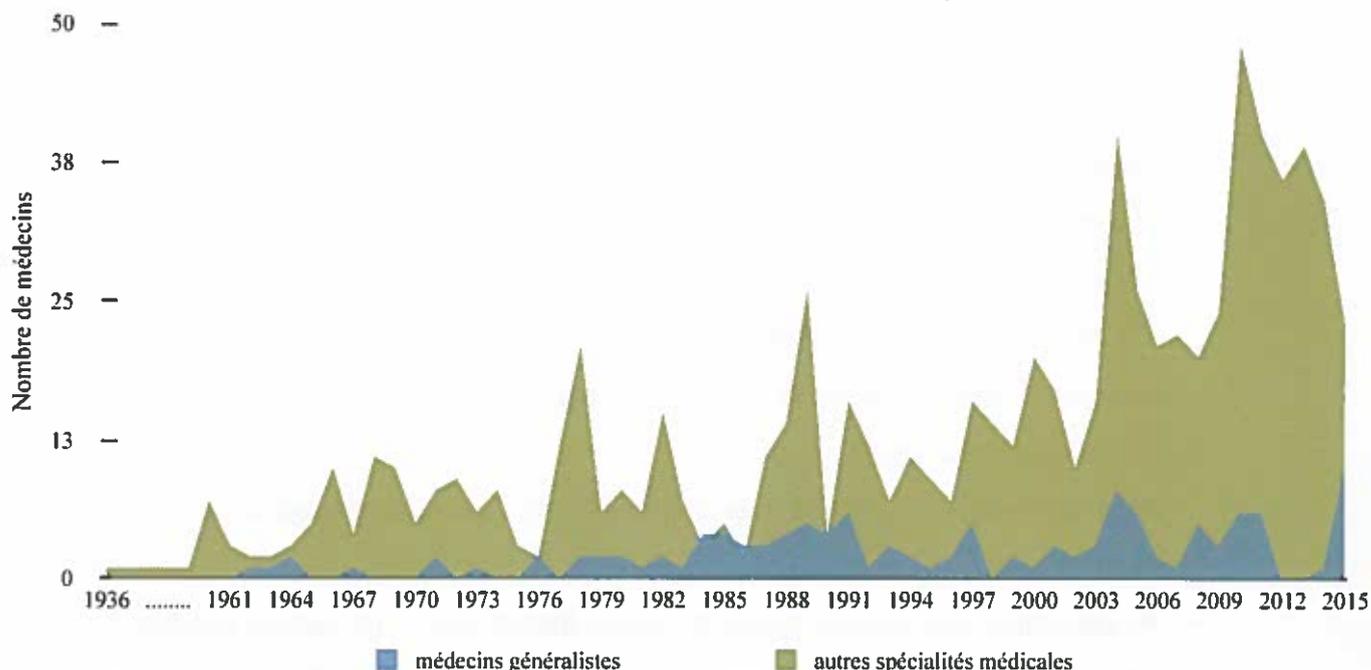
# **RESULTATS**

## **I - RÉSULTATS GÉNÉRAUX DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DEVANT LES TRIBUNAUX CIVILS**

### **A - Evolution du contentieux civil des médecins généralistes depuis l'arrêt Mercier**

Il existe 125 arrêts civils impliquant 126 médecins généralistes ayant commis une faute dans l'exercice de leur fonction. Le premier arrêt de Médecine Générale après l'arrêt Mercier datait de 1960. Il existe une relative stabilité des contentieux jusqu'en 1976, puis une légère augmentation dans les années 1980, suivie à nouveau d'une période stable, en plateau, jusqu'aux années 2000. Une diminution du contentieux a été relevée en 2007 et une cassure a été observée en 2012-2013 (Graphique 1).

**Graphique 1 : Evolution du contentieux civil médical depuis l'arrêt Mercier**



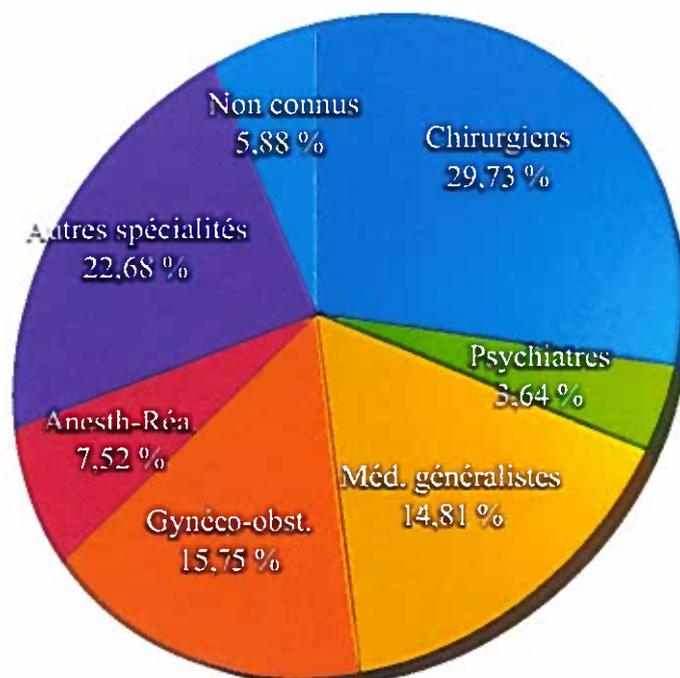
## **B - Répartition des spécialités médico-chirurgicales dans le contentieux civil**

765 dossiers avaient été rapportés concernant l'ensemble du contentieux médical civil, totalisant 851 prévenus médecins ou chirurgiens. Le découpage fut le suivant pour pondérer l'important nombre de médecins généralistes (Méd.généralistes) eu égard aux autres spécialités. La spécialité psychiatrie avait été mise à part des autres spécialités, son contentieux étant très particulier et quasiment spécifique à la profession (mains-levées, hospitalisations sous contrainte, suicides lors d'hospitalisation dans d'autres services etc.) La gynécologie-obstétrique (gynéco-obst.) et l'anesthésie-réanimation (Anesth-réa.) avaient été volontairement séparées du fait de l'important contentieux qu'elles génèrent (Schéma 2).

Au total, les 851 médecins passés devant une juridiction de Droit commun étaient répartis comme suit (Schéma 1) :

- 253 chirurgiens, toutes spécialités confondues : Orthopédistes, viscéraux, neuro-chirurgiens, urologues, etc. ;
- 193 spécialités médicales toutes confondues, de la pédiatrie à l'oncologie, etc. ;
- 134 gynécologues-obstétriciens, sans distinction pour l'une ou l'autre spécialité ;
- 127 médecins généralistes exerçant en cabinet de Médecine Générale, sans pratique hospitalière. Etaient également prises en compte les permanences de soins les soirs et les gardes de week-ends ;
- 64 anesthésistes-réanimateurs, sans distinction pour l'une ou l'autre spécialité ;
- 31 psychiatres ;
- 50 spécialités non connues, toutes d'exercice libéral, dont il n'a pas été possible de définir avec certitude leur appartenance à la Médecine Générale ou à une autre spécialité.

**Schéma 1 : Représentation des spécialités médico-chirurgicales parmi les 851 médecins et chirurgiens ayant un contentieux civil**



## **C - Répartitions des fautes civiles des médecins généralistes**

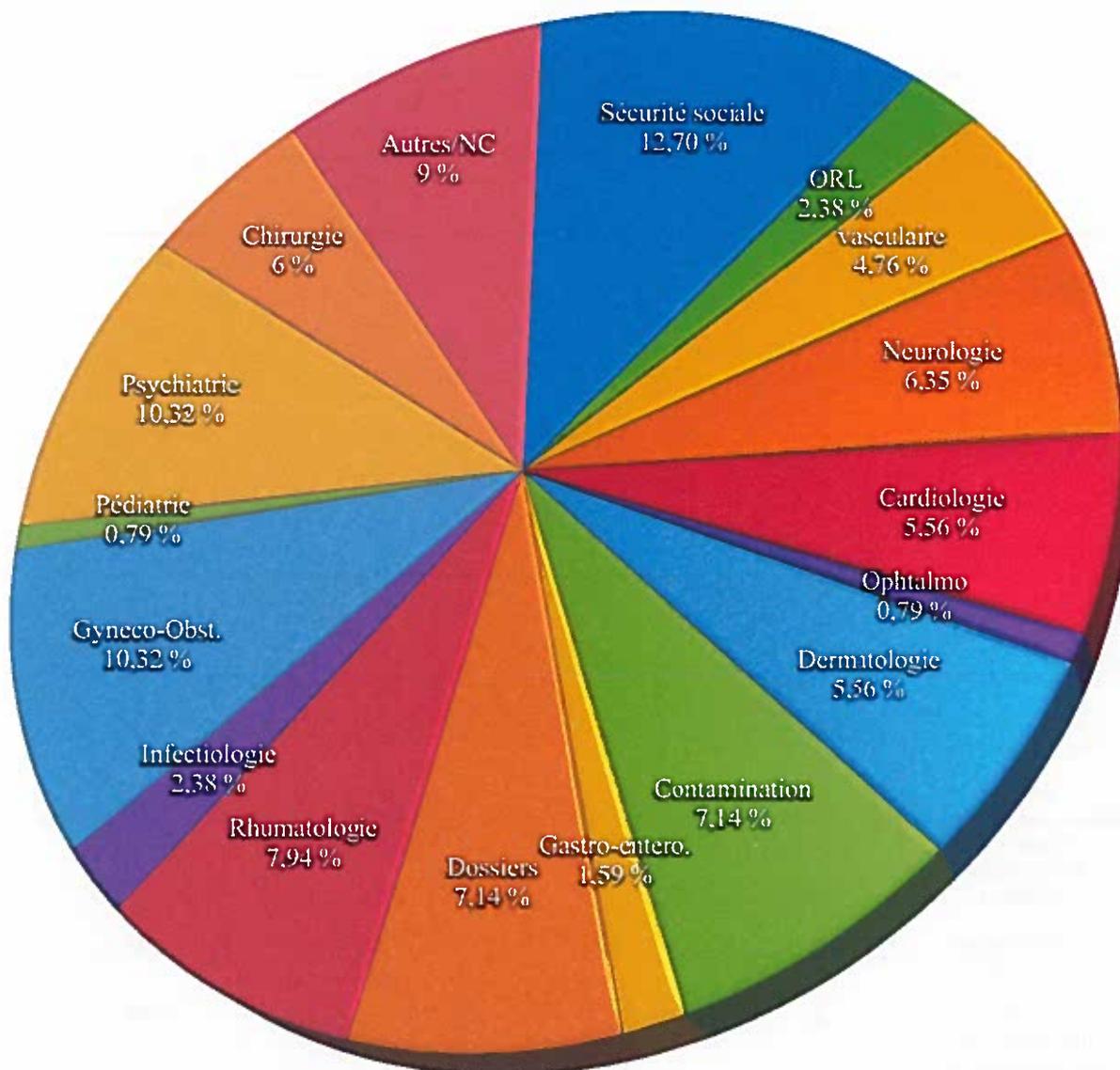
Les 126 arrêts incriminaient 126 médecins généralistes. Il existait deux doublons, c'est à dire deux pourvois pour un même médecin, et deux affaires avaient condamné chacune deux médecins généralistes : Il s'agissait d'un manque de suivi gynécologique chez une patiente enceinte ayant contracté la rubéole et du retard diagnostic d'une ischémie aiguë d'un membre inférieur.

Plusieurs domaines médicaux avaient été répartis comme suit (Schéma 2) :

- 16 arrêts relevaient des fautes d'indus, des problèmes de facturation à la Sécurité Sociale. Ce sont les équivalents des fraudes, faux et escroquerie au pénal (*Sécurité sociale*) ;
- 13 cas relevaient du domaine de la psychiatrie, essentiellement dans la mise en place de soins sans consentement ou dans la surveillance de patients hospitalisés (responsabilité qui n'existe plus (cf discussion)) (*Psychiatrie*) ;
- 13 étaient relatifs à la gynécologie-obstétrique, notamment dans le suivi de femmes enceintes ou lors d'accouchements difficiles (*Gynéco-Obst*) ;
- 10 arrêts relevaient de la rhumatologie ou traumatologie, essentiellement des litiges autour d'infiltrations ou de mauvaise surveillance d'articulations traumatisées (*Rhumatologie*) ;
- 9 arrêts étaient relatifs aux différentes contaminations avec transmission de virus tels que l'hépatite B, l'hépatite C ou le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Ils étaient composés par un contentieux relatif au traitement de varices et au contentieux sur les vaccinations et leur supposé lien avec des pathologies neuro-dégénératives (*Contamination*) ;
- 9 affaires concernaient les problèmes de certifications et de mises en place de mesure de protection comme une tutelle, ou encore le transfert de dossiers lors d'un changement de médecin traitant ainsi que les litiges opposant des médecins jouissant d'un testament au détriment des héritiers naturels (*Dossier*) ;
- 8 arrêts concernaient la neurologie, notamment les prises en charge d'accidents vasculaires cérébraux, d'hémorragies méningées et de méningites. Il s'agissait de fautes de négligence ou d'erreurs diagnostiques (*Neurologie*) ;

- 7 cas faisaient état d'erreurs diagnostiques en cardiologie, essentiellement dans la prise en charge d'infarctus du myocarde (*Cardiologie*) ;
- 7 cas relevaient de la dermatologie, notamment sur des abcès, phlegmons ou dans la mise en place de traitement de verrues ou durillons plantaires (*Dermatologie*) ;
- 7 cas étaient relatifs à des prises en charges chirurgicales dans lesquelles le médecin généraliste assistait le chirurgien ; ils ne feront pas l'objet d'une discussion particulière, ces cas étant désormais désuets (*Chirurgie*) ;
- 6 arrêts rapportaient des difficultés de prise en charge d'ischémies aiguës de membres, embolies pulmonaires, ischémies chroniques ou de phlébites (dont une *phlegmatia cerulea*). Il s'agissait essentiellement d'erreur diagnostique et de retard de prise en charge (*Vasculaire*) ;
- 3 cas étaient relatifs à des gripes malignes et à un choc septique d'étiologie indéterminée (*Infectiologie*) ;
- 3 cas relevaient de l'oto-rhino-laryngologie, avec une prise en charge non conforme aux données de la science pour un cancer du larynx, une mauvaise prise en charge d'un abcès dentaire et une ototoxicité médicamenteuse (*ORL*) ;
- 2 cas relevait de la gastro-entérologie, avec un retard de prise en charge d'un cancer du rectum et une mauvaise prise en charge de Salmonellose (*Gastro-entero*) ;
- 1 cas relevait de la pédiatrie, avec une erreur de posologie médicamenteuse (*Pédiatrie*) ;
- 1 cas relevait de l'ophtalmologie, avec une erreur de prescription de collyre (*Ophtalmo*) ;
- 11 affaires relevaient des fautes particulières comme une chute d'un marche pied, la mauvaise prise en compte d'une allergie, etc. ou encore des fautes non connues (par exemple une injection d'un médicament dont ni la dénomination commune internationale ni la thérapeutique n'étaient connues, etc.) (*Autres/Non Connues*).

Schéma 2 : Répartition des fautes civiles des médecins généralistes par domaine médical



Les différentes fautes ont été rapportés dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Répartition des fautes médicales selon les condamnations des généralistes**

	Nombre de généralistes condamnés (N = 63)	Nombre de généralistes non-condamnés (N = 52)	Nombre de décisions inconnues (N = 11)	Total des médecins généralistes N = 126 (en %)
<b>Fautes techniques</b>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>51,59</b>
Erreur diagnostic/ retard de prise en charge	13	10	3	20,64
Imprudence/ négligence	12	4	1	13,49
Erreur traitement	6	7	-	10,32
Geste technique	5	4	-	7,14
<b>Fautes éthiques</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>19,84</b>
Défaut d'information	4	5	2	8,73
Violation du secret médical	1	2	-	2,38
Certificat	3	8	-	8,73
<b>Absence de fautes/aléa/ accident</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8,73</b>
Contamination/ vaccination	1	5	2	6,35
Aléa thérapeutique/ accident médical	3	-	-	2,38
<b>Fautes d'indus/ tarification</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>12,70</b>
<b>Autres fautes</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2,38</b>
<b>Fautes non connues</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4,76</b>

## **D - Représentation des sanctions civiles selon le sexe des généralistes**

Concernant les 126 médecins incriminés au civil, 105 étaient des hommes contre 8 médecins femmes. Pour 13 d'entre eux, le sexe n'était pas connu. Leurs condamnations ou non sont répertoriées dans le tableau 2. Parmi ces arrêts, 8 ont été cassés par la Cour suprême et renvoyés devant une Cour d'Appel dont le résultat n'est pas connu ; 2 procédures sont toujours en cours et une affaire a été renvoyée devant le Tribunal des Conflits.

**Tableau 2 : Répartition des arrêts civils selon les conclusions de la Cour de Cassation et le sexe des médecins**

	<b>Hommes (N = 105)</b>	<b>Femmes (N = 8)</b>	<b>Inconnus (N = 13)</b>	<b>Total selon condamnation</b>
<b>Condamné (en %)</b>	54 (42,86%)	2 (1,59%)	8 (6,35%)	<b>64 (50,80%)</b>
<b>Non-condamné</b>	41 (32,54%)	6 (4,76%)	4 (3,17%)	<b>51 (40,47%)</b>
<b>Résultats non connus</b>				<b>11 (8,73%)</b>
Cassation et résultat non connu	8 (6,35%)	-	-	8 (6,35%)
Procédure toujours en cours	2 (1,59%)	-	-	2 (1,59%)
Renvoi devant Tribunal des Conflits	-	-	1 (0,79%)	1 (0,79%)
<b>Total selon le sexe</b>	<b>105 (83,34%)</b>	<b>8 (6,35%)</b>	<b>13 (10,31%)</b>	<b>126 (100%)</b>

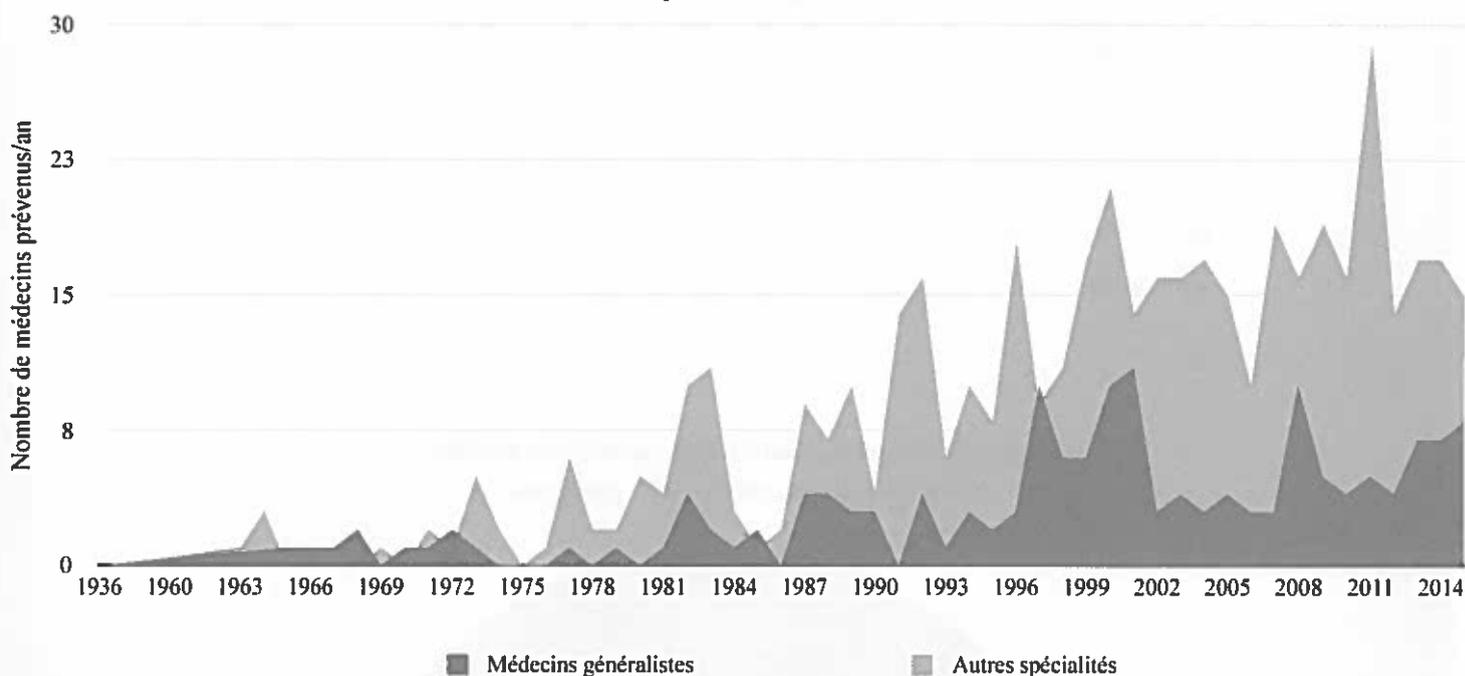
## **II - RÉSULTATS GÉNÉRAUX DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DEVANT LES TRIBUNAUX RÉPRESSIFS**

### **A - Evolution de l'ensemble du contentieux médical de la chambre criminelle de la Cour de Cassation depuis 1936**

Les premiers arrêts de la chambre criminelle en matière de responsabilité médicale apparaissent au début des années 1960 (plus précisément en 1963), dans la spécialité de chirurgie, alors que la première inculpation et condamnation pour la spécialité de Médecine Générale date de 1965.

Au total, 633 contentieux médicaux en matière répressive ont été portés devant la chambre criminelle de la Cour de Cassation, inculquant 680 prévenus. 161 arrêts relevaient de la Médecine Générale, comptabilisant 161 prévenus. 3 affaires concernaient les mêmes médecins, ayant chacun deux pourvois différents en Cassation. Ajouté à ces doublons, trois affaires mettaient en cause chacune 2 médecins généralistes condamnés *in solidum*. Les 472 autres arrêts étaient répartis parmi le reste des spécialités médico-chirurgicales.

**Graphique 2 : Evolution du contentieux répressif médical des médecins généralistes et de toutes les autres spécialités confondues**



## **B - Répartition des spécialités médico-chirurgicales dans le contentieux pénal**

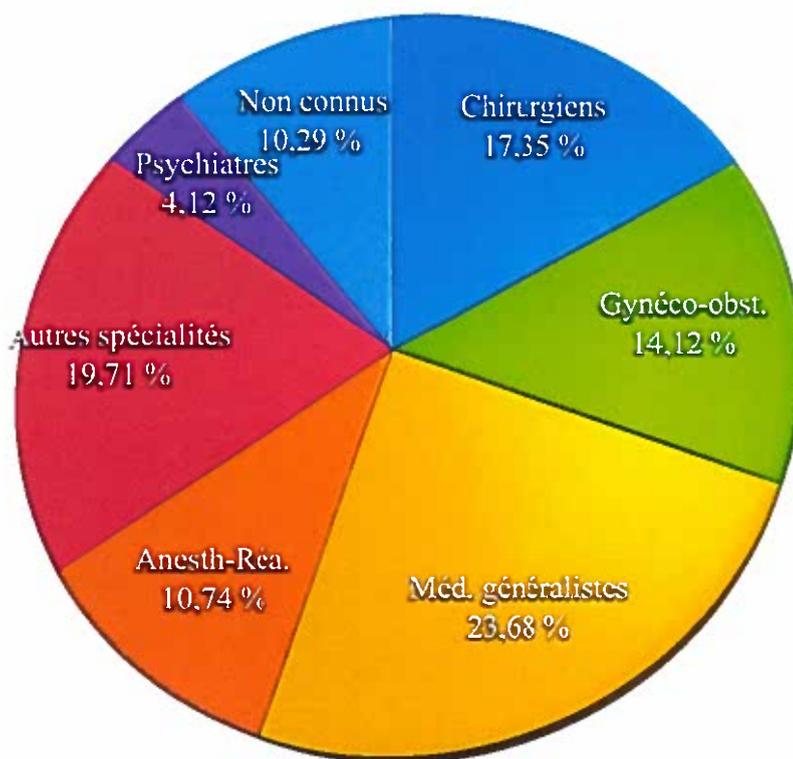
Au total, 633 dossiers avaient été rapportés concernant l'ensemble du contentieux répressif en matière médicale, totalisant 680 prévenus médecins ou chirurgiens. D'autres condamnations *in solidum* existaient mais ne concernaient pas des personnes exerçant l'art de la médecine ni de la chirurgie : Epoux(se) de médecins, avocats etc. Ils avaient donc été exclus. Le découpage fut le même que pour le contentieux civil.

Au total, les 680 prévenus étaient rapportés comme suit (Schéma 3) :

- 161 médecins généralistes exerçant en cabinet libéral, sans pratique hospitalière. Etaient également prises en compte les permanences de soins les soirs et les gardes de week-ends ;
- 134 spécialités médicales toutes confondues, de la pédiatrie à l'oncologie, etc. ;

- 118 chirurgiens, toutes spécialités confondues : Orthopédistes, viscéraux, neuro-chirurgiens, urologues, etc. ;
- 96 gynécologues-obstétriciens, sans distinction de l'une ou l'autre spécialité ;
- 73 anesthésistes-réanimateurs, sans distinction de l'une ou l'autre spécialité ;
- 28 psychiatres ;
- 70 spécialités non connues, toutes d'exercice libéral, dont il n'a pas été possible de définir avec certitude leur appartenance à la Médecine Générale ou à une autre spécialité.

**Schéma 3 : Représentation des spécialités médico-chirurgicales parmi les 677 prévenus**



## **C - Les différents chefs d'accusation des médecins généralistes**

Les actes répréhensibles reprochés aux médecins généralistes étaient extrêmement variés. Ces différentes infractions étaient parfois multiples dans les arrêts, expliquant que le nombre ne correspondait pas à celui des prévenus. Elles avaient été classées ici en fonction de thèmes principaux, par souci de clarté : Violences volontaires et involontaires, atteintes sexuelles, fraude, non-assistance, etc.

Ainsi, sur 161 prévenus, 197 incriminations<sup>46</sup> avaient été relevées (Schéma 4) :

- 45 homicides et/ou blessures involontaires ;
- 28 escroqueries, comprenant les fraudes à la sécurité sociale, les fraudes fiscales, les organisations d'insolvabilité et les escroqueries de patients ;
- 28 faux et/ou usage de faux ;
- 26 atteintes d'ordre sexuel, comprenant viol, agression sexuelle ou détournement de mineure ;
- 25 non-assistances à personne en péril ou omissions de porter secours dont 2 mises en danger d'autrui ;
- 9 abus de confiance, de faiblesse ou vols ;
- 6 exercices illégaux de la médecine ou de la pharmacie ;
- 5 arrêts portant sur la violation du secret professionnel ;
- 4 violences volontaires<sup>47</sup> comprenant violences physiques, verbales et voies de fait (cf discussion sur les violences volontaires) ;
- 4 infractions au Code de la Santé publique et 4 infractions à la législation sur les stupéfiants/produits dopants ;
- 4 cas portant sur l'avortement ou l'utilisation de produits pour provoquer un avortement, 3 étant antérieurs à la Loi Veil, l'autre datant de 2000 ;

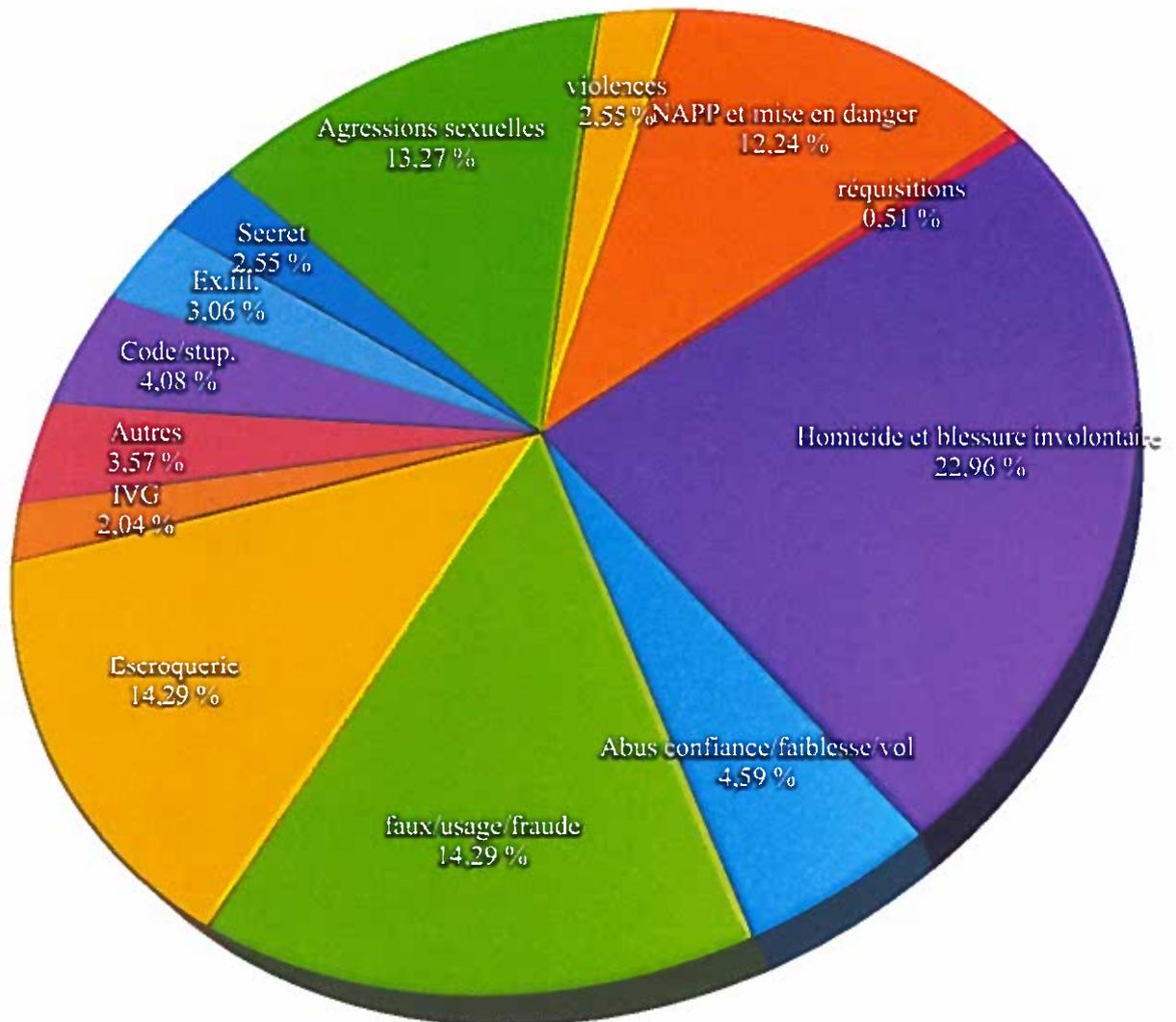
---

<sup>46</sup> Il faut comprendre NAPP pour Non-Assistance à Personne en Péril, IVG pour Interruption Volontaire de Grossesse, Codes/stup pour Infractions au Code de la Santé Publique ou aux Stupéfiants, Ex.ill. pour Exercice illégal de la médecine/pharmacie et Secret pour violation du secret médical.

<sup>47</sup> A noter qu'il existait un autre arrêt concernant des violences volontaires mais il avait été exclu car l'action du médecin prévenu n'était pas dans le cadre de ses fonctions (cf exclusion).

- 9 autres chefs d'accusation sporadiques, relevant de l'exception, tel que le recel, la connivence à évasion, l'arrestation et la séquestration de personne, la subordination de témoin, la dénonciation calomnieuse (2 cas) ou la publicité mensongère avec tromperie sur la marchandise.

**Schéma 4 : Chefs d'inculpation des médecins généralistes**



## **1 - Infractions simples versus infractions multiples**

Certains médecins généralistes prévenus étaient incriminés sous plusieurs chefs d'inculpation. Ainsi, sur les 161 prévenus, 44 avaient au minimum deux chefs d'incriminations contre eux, totalisant 27,33% des résultats (Tableau 3).

**Tableau 3 : Nombre de chefs d'inculpation par médecin généraliste**

	<b>Nombre de médecins généralistes (N = 161)</b>	<b>Nombre de médecins généralistes (en %)</b>
<b>Nombre d'inculpations</b>		
Une seule	117	72,67
Deux	28	17,39
Trois ou plus	16	9,94

28 cas présentaient deux chefs d'accusation, répartis selon les associations suivantes :

- Faux et usage : 9 cas. Cette association est la plus fréquente, ce qui paraît logique eu-égards à la définition de produire un faux et en général de l'utiliser à dessein ;
- Homicide ou blessure involontaire et non-assistance à personne en péril : 6 cas ;
- Viol et agression sexuelle ou autre délit dit «connexe» : 4 cas ;
- Abus de faiblesse/confiance et vol ou autre délit connexe : 3 cas ;
- Fraude à la sécurité sociale et escroquerie ou autre délit similaire : 3 cas ;
- 1 cas rassemblait un homicide involontaire doublé d'infraction à la législation sur les stupéfiants et 1 autre une fraude à la sécurité sociale avec un exercice illégale de la médecine ;
- 1 cas relevait une mise en danger d'autrui et une non-assistance à personne en péril.

16 cas rapportaient au minimum trois chefs d'accusation :

- 9 arrêts concernaient les chefs «Faux et usage de faux» avec escroquerie ou autre délit connexe ;
- 1 cas de viol, tentative de viol et agression sexuelle aggravée ;
- Les autres étaient tous des arrêts particuliers, notamment des plaintes abusives de patients, des délits en bande organisée ou encore des médecins peu scrupuleux cumulant faux, usage, escroquerie, subordination de témoin et menace d'atteinte à la personne<sup>48</sup>. Ainsi, à titre d'exemple, comme plainte abusive une patiente avait inculpé son médecin généraliste pour faux et usage, dénonciation calomnieuse, coups ou violences volontaires avec préméditation, arrestation illégale et séquestration de personne<sup>49</sup>. Egalement et très particulièrement, il a été relevé pour un même médecin (et d'autres inculpés dans cette affaire) les accusations de connivence à évasion, faux certificat médical, complicité de faux certificat médical et recel<sup>50</sup>.

## **2 - Représentation des sanctions répressives selon le sexe des généralistes**

Concernant les arrêts répressifs, 139 des 161 prévenus étaient des médecins généralistes masculins contre seulement 15 femmes médecins. En revanche, le sexe n'a pas pu être déterminé dans 7 arrêts qui ne faisaient que reprendre la formulation «Docteur X...» sans pouvoir faire de distinction (Tableau 4).

---

<sup>48</sup> Cass. crim., 29 juin 1994, n°93-84675, à propos d'un médecin ayant menacé plusieurs de ses patients pour retirer les déclarations qu'ils avaient faites à la Sécurité Sociale lors d'un contrôle.

<sup>49</sup> Cass. crim., 06 septembre 1990, n°89-84105, à propos d'une patiente présentant des troubles psychiatriques décompensés et qui avait fait l'objet d'une mesure de soins sans consentement. Le médecin traitant ne fut pas condamné.

<sup>50</sup> Cass. crim., 21 février 1985, n°84-91867, Bull. crim. 1985 n°84, à propos d'un médecin généraliste, d'un médecin pénitencier, d'un oncologue et d'un avocat ayant élaboré de faux certificats pour un détenu en alléguant chez lui l'existence d'une fausse récurrence de cancer pour bénéficier d'une sortie anticipée de prison. Ils avaient tous été relaxés.

**Tableau 4 : Répartition des conclusions répressives selon le sexe des médecins**

	Hommes	Femmes	Inconnus	Total selon condamnation
Condamné (en %)	86 (53,42%)	7 (4,35%)	–	93 (57,77%)
Non-condamné	46 (28,57%)	6 (3,72%)	7 (4,36%)	59 (36,65%)
Cassation et résultat non connu	4 (2,48%)	1 (0,62%)	–	5 (3,10%)
Procédure toujours en cours	3 (1,86%)	1 (0,62%)	–	4 (2,48%)
<b>Total selon le sexe</b>	<b>139 (86,33%)</b>	<b>15 (9,31%)</b>	<b>7 (4,36%)</b>	<b>161 (100%)</b>

### **3 - Etude des condamnations répressives des médecins généralistes**

Au total, 93 médecins avaient été condamnés pour leurs agissements, alors que 59 n'avaient été inquiétés par aucune décision répressive (Tableau 5). 9 dossiers ne pouvaient être conclus : 4 étaient encore en cours de procédure (1 en 2011, 1 en 2014 et 2 en 2015<sup>51</sup>) et 5 avaient été cassés par la Cour Suprême et renvoyés pour être à nouveau jugés par une autre Cour d'Appel. Les arrêts postérieurs les concernant n'avaient pas été retrouvés. Il s'agissait de médecins généralistes dont les chefs d'accusation était un homicide involontaire avec infraction à la législation sur les stupéfiants<sup>52</sup>, une non-assistance à personne en péril<sup>53</sup>, un exercice illégal de

<sup>51</sup> Respectivement Cass. crim. :

05 octobre 2011, n°11-83021, Annulation partielle du jugement à la suite du non-respect pour le médecin prévenu de ses conditions de garde à vue ;

14 mai 2014, n°13-82274, avec Cassation de l'arrêt de la Cour d'appel d'Amiens qui avait déclaré irrecevable la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne de se constituer partie civile dans une affaire de fraude à la Sécurité Sociale par un médecin généraliste ;

24 mars 2015, n°14-81924, avec la Cassation partielle quant à la preuve de culpabilité du médecin prévenu sur une infraction au Code de la Santé publique (affaire du médecin qui revendait des produits contenant des hormones thyroïdiennes qu'il achetait en Belgique pour faire perdre du poids à ses patientes) ;

15 décembre 2015, n°15-81503, à propos de la Cassation sur la culpabilité d'un médecin généraliste ayant réalisé des interventions de liposuction alors que cet acte de chirurgie esthétique ne relève que de l'usage exclusivement hospitalier.

<sup>52</sup> Cass. crim., 27 juin 1989, n°89-81653

<sup>53</sup> Cass. crim., 03 février 1993, n°92-83526, Bull. crim. 1993 n°58, p.137

la pharmacie<sup>54</sup>, une escroquerie à la sécurité sociale<sup>55</sup> et du seul cas de détournement de mineure<sup>56</sup>.

**Tableau 5 : Condamnations et Non Condamnations répressives des généralistes**

	Médecins généralistes prévenus (N = 161)	Médecins généralistes prévenus (en %)
<b>Condamnés</b>	<b>93</b>	<b>57,77</b>
Prison et +	61	37,89
Interdiction d'exercer	3	1,86
Amende	9	5,59
Contrôle judiciaire	6	3,73
intérêts-civils seuls	3	1,86
Inconnus	11	6,83
<b>Non-condamnés</b>	<b>59</b>	<b>36,64</b>
Non-lieux/refus d'informer	42	26,09
Relaxe	14	8,69
Cassation d'une sentence	2	1,24
Extinction de l'action publique	1	0,62
<b>Résultats non connus</b>	<b>9</b>	<b>5,59</b>
Cassation et renvoi non connu	5	3,10
Procédure toujours en cours	4	2,49

<sup>54</sup> Cass. crim., 02 mars 1982, n°81-93390, Bull crim. n°65.

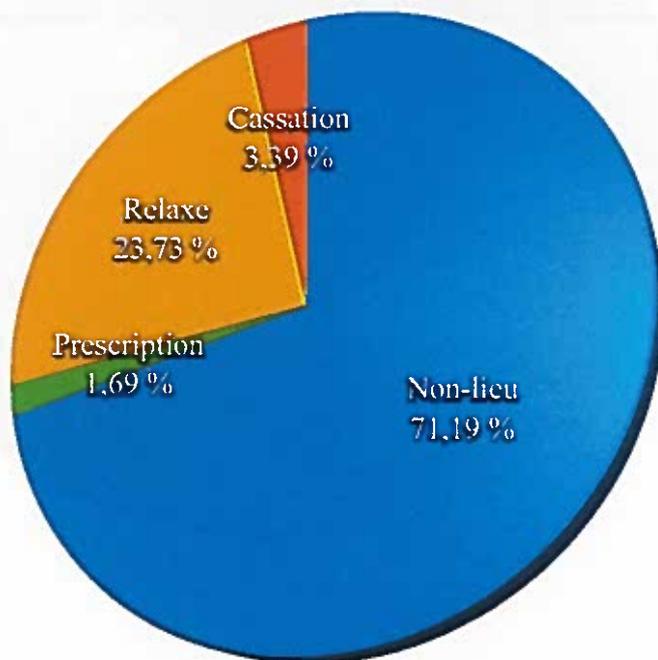
<sup>55</sup> Cass. crim., 07 février 2001, n°99-87992.

<sup>56</sup> Cass. crim., 23 décembre 1968, n°68-92026, Bull crim.n°353.

### a) Résultats spécifiques aux médecins généralistes non condamnés

En se penchant plus spécifiquement sur les 59 non-condamnations des médecins généralistes (schéma 5), il appert qu'il existait 42 non-lieux rendus ou de refus d'informer de la part du juge d'instruction, soit 71,19% des non condamnés. En revanche, 23,73% des médecins étaient relaxés à la suite des enquêtes diligentées, les preuves de matérialité ou d'intentionnalité des infractions n'étant souvent pas rapportées. 3,39% étaient des arrêts de cassation sans renvoi devant une autre Cour d'Appel, concernant deux généralistes prévenus des chefs d'homicide involontaire. 1,69% faisait état d'une extinction de l'action publique, dans une affaire de violation de secret médical (prescription de 3 ans, en l'espèce 3 ans et demi).

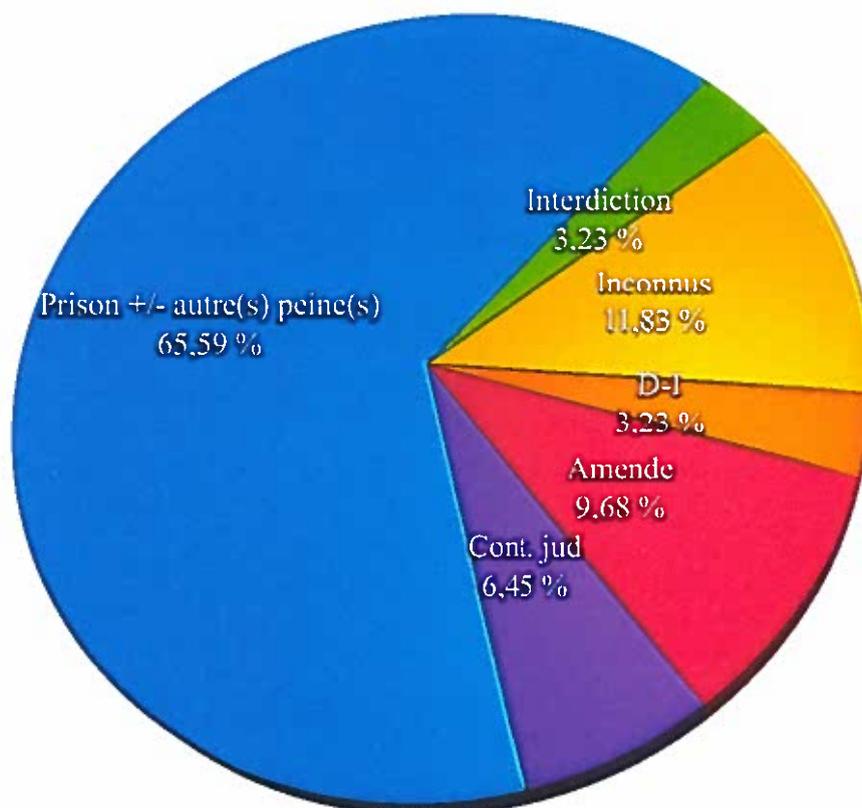
**Schéma 5 : Répartition des motifs des non-condamnations des médecins généralistes**



## b) Résultats spécifiques aux médecins généralistes condamnés<sup>57</sup>

Parmi l'ensemble des médecins condamnés, 65,59% d'entre eux étaient sujet à une peine d'emprisonnement, assortie ou non d'autres peines (tableau 6). Par ailleurs toutes les affaires prononçaient des intérêts civils, autrement dit les Dommages-Intérêts, dont le montant n'était pas connu. Quand une peine de prison n'était pas prononcée, les autres peines se répartissaient comme selon le schéma 6<sup>58</sup> :

**Schéma 6 : Répartitions des différentes peines prononcées à l'encontre des médecins généralistes**



<sup>57</sup> Le panel concernant la durée d'emprisonnement, la durée d'interdiction d'exercer la profession de médecin ou encore le montant des amendes n'avait pas été développés ici, les infractions étant trop disparates. Ces panels sont étudiés en fonction des principales infractions retenues, dans leur chapitre correspondant.

<sup>58</sup> Comprenez Dommages-Intérêts pour D-I ; Interdiction d'exercer la médecine pour Interdiction et Mise sous contrôle Judiciaire pour Cont.Jud.

**Tableau 6 : Répartition des médecins généralistes selon les peines d'emprisonnement**

	Généralistes condamnés à de la prison (N = 61)	Généralistes condamnés à de la prison (en %)
<b>Peine d'emprisonnement</b>	<b>61</b>	<b>100</b>
Prison seule	14	22,95
Prison et Amende	20	32,79
Prison et Interdiction d'exercer	15	24,59
Prison et Amende et Interdiction d'exercer	12	19,67

**c) Résultats spécifiques à l'infraction de non-assistance à personne en péril**

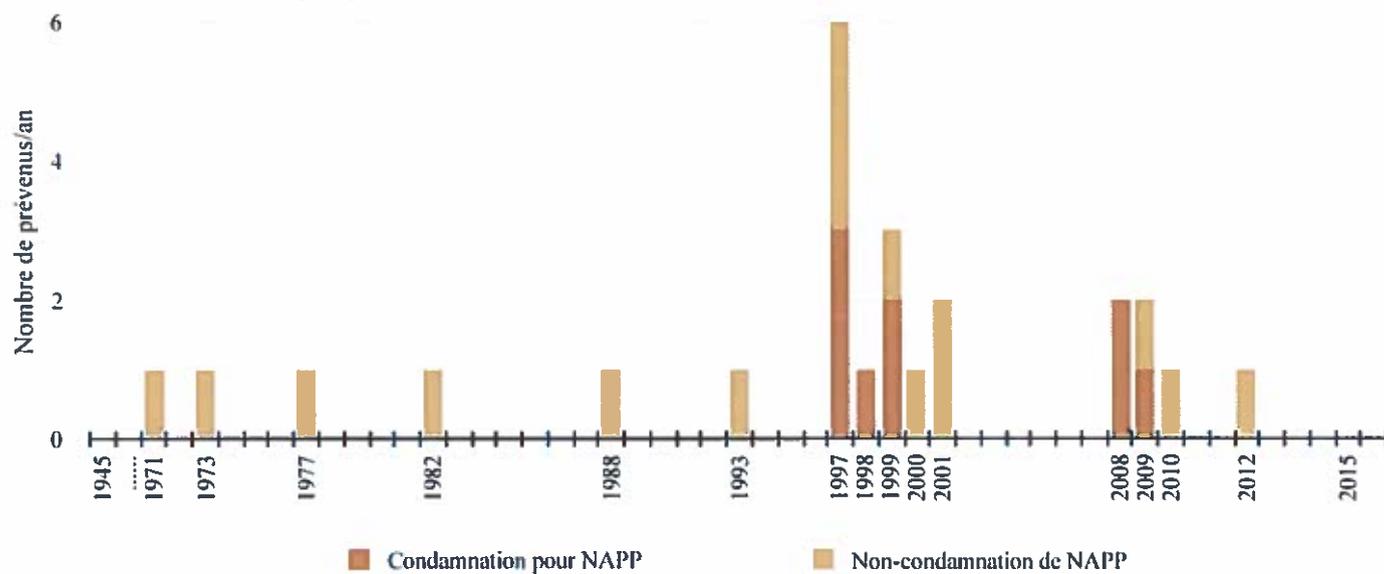
25 cas étaient rapportés s'agissant de la non-assistance à personne en péril, ainsi que 2 arrêts qui associaient un délit *en miroir*, la mise en danger d'autrui. Un arrêt incriminait 2 médecins généralistes. Ces chefs d'accusation représentaient 13,10% de la totalité des chefs d'inculpations et 15,53% des médecins inculpés.

Différents synonymes étaient relevés : «Omission de porter secours», «non-assistance à personne en danger» (la plus connue dans le langage populaire), «défaut d'assistance à personne en danger» et «délaissement d'une personne hors d'état de se protéger». Comme vu dans les résultats généraux, 9 des arrêts recensaient également un autre délit connexe, la majorité étant celui d'homicide involontaire (5 arrêts) ou de blessures involontaires (2 arrêts) et enfin, dans le même arrêt constituant une plainte excessive, l'abus de faiblesse, l'usurpation de titre et la violation du secret professionnel.

Les arrêts s'échelonnaient de 1971 à 2012. Depuis cette date, aucun arrêt de non-assistance n'a été recensé pour les médecins généralistes. Eparses dans le temps, cette incrimination a connu

une importante concentration des affaires entre 1997 et 2001, avec une explosion des cas en 2007 (6 cas). Cette année marquait aussi les premières condamnations pour cette infraction<sup>59</sup>.

**Graphique 3 : Evolution de la non-assistance chez les médecins généralistes**



<sup>59</sup> Pour ce schéma, entendez NAPP pour Non-Assistance à Personne en Péril.

8 médecins avaient été condamnés alors que 17 n'avaient eu aucune sanction<sup>60</sup>. Les résultats sont rapportés dans le tableau 7.

**Tableau 7 : Condamnés et non condamnés pour Non-assistance à personne en péril**

	Non-assistance à personne en péril (N = 25)	Non-assistance à personne en péril (en %)	Total des prévenus (en %)
<b>Condamnés</b>	17	68	10,56
<b>Non condamnés</b>	8	32	4,97

Les sanctions des 8 médecins condamnés se répartissaient comme suit :

- 2 étaient mis sous contrôle judiciaire, ne pouvant dès lors exercer leur profession de médecin généraliste ;
- 3 avaient une peine d'emprisonnement comprise entre 6 et 15 mois, avec sursis ;
- 2 étaient condamnés à 10 et 18 mois d'emprisonnement, également assorti d'un sursis, avec 10 000 et 20 000 francs d'amende (soit environ 1500 et 3000€) ;
- 1 peine n'était pas connue, la Cour de Cassation n'ayant pas rappelée la totalité de l'affaire jugée au fond.

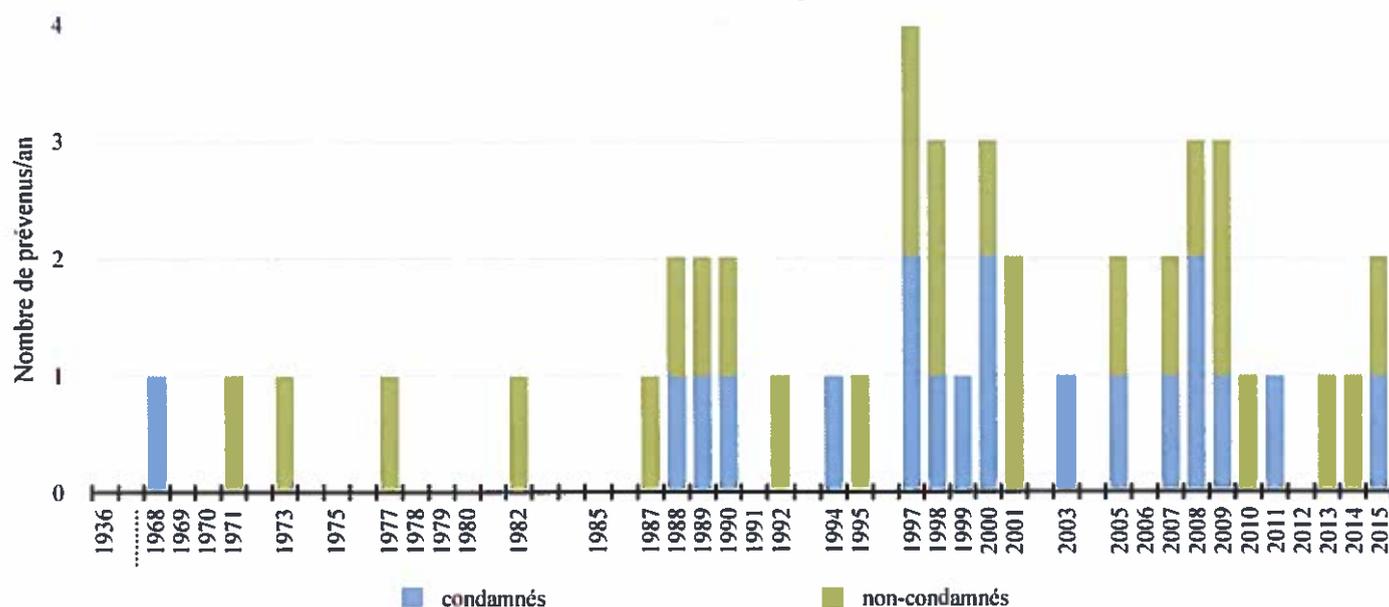
<sup>60</sup> Parmi les 17 arrêts ne prononçant aucune sanction, un arrêt de la Cour d'Appel de Chambéry avait été cassé par la Cour Suprême, invoquant que l'utilité d'une réanimation ne serait être considérée comme étant l'élément de l'infraction. Ce médecin, lors du renvoi devant une autre cour, avait été relaxé.  
Cass. crim., 03 février 1993, n°92-83526, Bull. crim 1993 n°58, p.137.

## d) Résultats spécifiques aux infractions d'homicide et de blessures involontaires

### 1) Évolution des homicides et blessures involontaires commises par les généralistes

Cette infraction était rapportée depuis 1968 à nos jours. Elle était quasi-constante à partir de la fin des années 80', avec un pic en 1997. Le nombre de médecins condamnés était relativement constant et réalisait un plateau de 1988 à 2009, avec une moyenne de 2 cas par an puis diminuait à 1 par an à partir de 2010 (Graphique 4).

**Graphique 4 : Évolution de l'infraction d'homicide et blessures involontaires chez les généralistes, de 1936 à nos jours**



## 2) Résultats concernant les condamnations pour homicides/blessures involontaires

Comme cela a été vu dans les résultats généraux, 45 chefs d'homicides et/ou de blessures involontaires avaient été répertoriés, totalisant 25,58% de l'ensemble des infractions commises par les médecins généralistes. En réalité il existait 46 chefs d'accusation mettant en cause 44 généralistes prévenus soit 27,33% de l'ensemble du contentieux pénal. En effet, un arrêt comprenait la double inculpation d'homicide ET de blessures involontaires<sup>61</sup> et il existait deux arrêts distincts (de 2005 et 2008) pour une seule et même affaire. Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'un arrêt avait requalifié des blessures involontaires en homicide volontaire<sup>62</sup> (Tableau 8).

**Tableau 8 : Condamnés et non-condamnés parmi les homicides et blessures involontaires (en %)**

	Homicide involontaire (N = 37)	Blessures involontaires (N=7)	Total Homicides et blessures involontaires (N = 44)	Total des prévenus (en %)
<b>Condamnés</b>	13 (35,14)	3 (42,86)	16 (36,36)	<b>9,94</b>
<b>Non condamnés</b>	24 (64,86)	4 (57,14)	28 (63,64)	<b>17,39</b>

<sup>61</sup> Cour de Cassation, 08 octobre 1997, n°97-84093, à propos d'un médecin généraliste proposant des médecins parallèles en lieu et place de thérapeutique, notamment dans le domaine de la cancérologie. Par souci de clarté et pour éviter le doublon homicide/blessure dans ce cas précis, l'arrêt avait été classé parmi l'infraction la plus importante, à savoir l'homicide involontaire.

<sup>62</sup> Cass. crim., 15 décembre 2009, n°08-84084 et 08-87817. Les faits avaient été requalifiés par la Cour d'Appel de Rennes. La requalification est même une obligation lorsque les faits ne correspondent pas à l'incrimination. En l'espèce, la patiente victime étant décédée en cours de procédure, l'infraction retenue à l'encontre du médecin ne pouvait dès lors plus être une blessure involontaire, mais avait dû être requalifiée en homicide involontaire. Elle peut être faite par le tribunal correctionnel et même en appel.

En matière pénale, le pouvoir de requalification prend sa source dans les articles 388 et 427 du Code de procédure pénale.

Parmi les homicides involontaires, 64,86% des médecins avaient été déclarés non coupables ; 18 médecins avaient bénéficié d'un non-lieu (soit 72,73% des non condamnés) et 6 étaient relaxés après étude de leurs dossiers en chambre correctionnelle (soit un total de 27,27% parmi les non condamnés) ; 13 médecins étaient déclarés coupables, soit 35,14% des homicides involontaires. Les peines étaient les suivantes :

- 6 médecins étaient condamnés à une peine d'emprisonnement s'échelonnant de 3 à 24 mois, assortie d'un sursis (sauf pour les 24 mois, comprenant seulement 21 mois de sursis et 3 mois de prison ferme). Deux d'entre eux avaient également eu une amende (1500 et 8000€), et un avait également eu une interdiction temporaire de 5 mois d'exercer la médecine ;
- 1 médecin avait été placé sous contrôle judiciaire ;
- 2 médecins avaient eu une amende de 5 000 et 10 000 francs (soit 750 et 1500€) et un autre arrêt ne s'était prononcé que sur les intérêts civils (montant non connu) ;
- 4 arrêts ne mentionnaient pas les peines prononcées. Un d'entre eux avait fait l'objet d'une cassation partielle sur les peines, le médecin prévenu ayant été initialement condamné à une interdiction définitive d'exercer la médecine et à 3 ans de prison dont une avec sursis<sup>63</sup>.

Parmi les 7 médecins accusés de blessures involontaires, 42,85% étaient déclarés non coupables. Parmi les 57,15% dont la culpabilité avait été reconnue, les sentences étaient les suivantes :

- Une amende de 4000 francs (soit 615€ environ) ;
- Une peine d'emprisonnement de 3 mois, avec sursis, assortie d'une amende de 3500 francs (soit 538€) ;
- Une affaire ne s'était prononcée que sur les intérêts civils (montant non connu) ;
- Une affaire ne relevait pas les peines prononcées.

---

<sup>63</sup> Cass. crim., 18 mars 2008, n°07-83666.

### e) Résultats spécifiques à la tromperie : Les fraudes, escroqueries et abus de faiblesse/confiance

Ces infractions constituaient un vaste ensemble d'inculpations de médecins généralistes. Elles concernaient 57 médecins généralistes<sup>64</sup>, soit 35,40% de l'ensemble du contentieux. La majorité était relative à des faux, usage de faux, fraude envers la sécurité sociale ou autre escroquerie impliquant des médecins peu scrupuleux cherchant à obtenir des prestations sociales indues. Peu d'arrêts mettaient en évidence des abus de confiance ou de faiblesse, avec ou sans escroquerie ou faux envers des personnes physiques. Ces infractions relativement différentes les unes des autres avaient volontairement été regroupées ensemble puisqu'elles induisaient une notion de tromperie ou de mise en scène envers un tiers ou un organisme social.

La fraude pouvait être dénommée «fraude à la sécurité sociale», «fausses déclarations pour obtenir des prestations sociales indues» ou «apposition de cotations fausses sur les feuilles de soins» ; le faux pouvait être relevé sous les termes «falsification d'attestations», «fausses attestations», «faux certificats» ou «falsification de documents», «faux en écriture privée», «établissement de faux certificats», «certificat inexact» ou «établissement de certificat faisant état de faits matériellement inexacts».

#### 1) Les autres infractions associées

Dans ce domaine, la quasi-totalité des incriminations reprochées aux médecins généralistes étaient multiples, en dehors de quelques arrêts rapportant des infractions simples (faux OU usage OU escroquerie OU fraude). L'association faux et usage et/ou fraude et/ou escroquerie était la plus fréquente. Cependant d'autres chefs d'accusation supplémentaires avaient été mis en évidence, parmi lesquels :

- Omission d'écriture en comptabilité ou passation d'écriture fictive en comptabilité ;

---

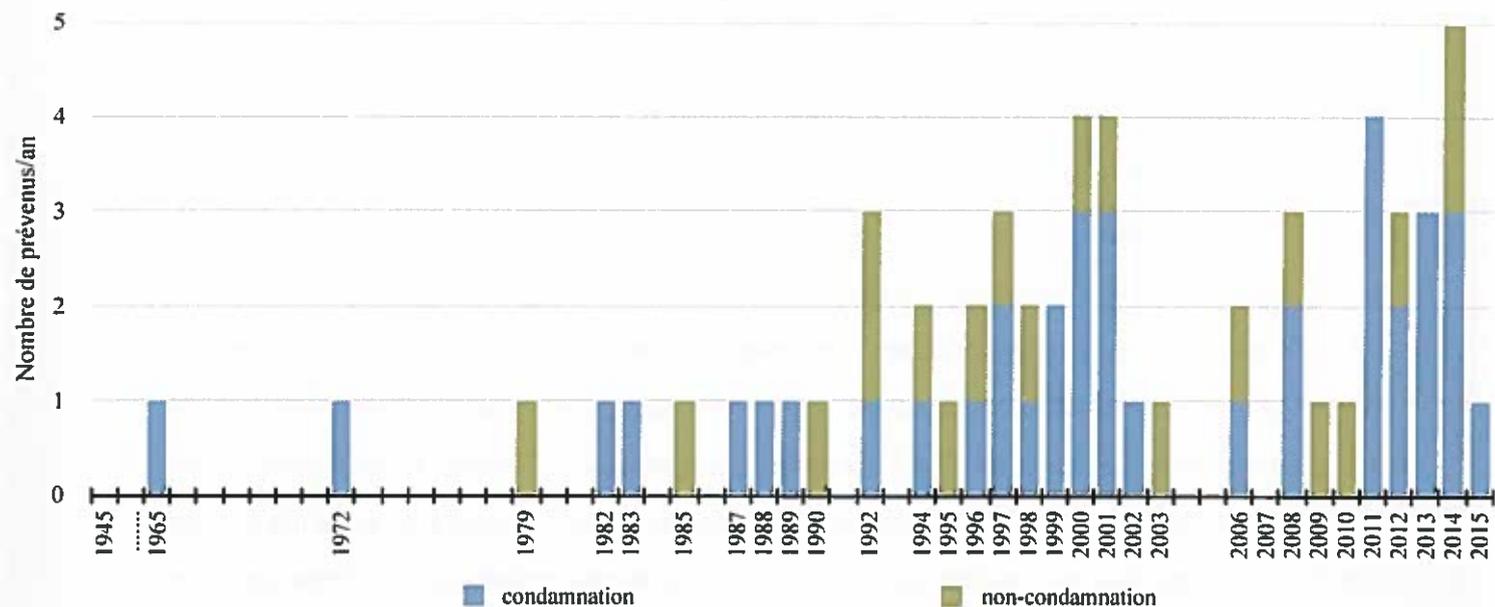
<sup>64</sup> Il existait deux pourvois distincts pour une même affaire: Cass. crim., 04 juin 2009, n°08-85630 et 23 mars 2010, n°09-80673, à propos d'une affaire de certification d'un malade défunt étiqueté Alzheimer et des problèmes de testaments réalisés sous la lucidité dudit défunt. Par ailleurs, un arrêt a condamné deux médecins généralistes (et de médecine sportive) *in solidum* pour escroquerie avec fausses feuilles de soins: Cass. crim., 27 mars 1997, n°96-82015.

- Organisation frauduleuse d'insolvabilité ;
- Vol et/ ou extorsion de signature et de fonds et/ou falsification de chèque ;
- Aide à l'usage de stupéfiants, infractions aux règles sur le commerce ou l'emploi de substances vénéneuses (dans le même arrêt) ;
- Exercice illégal de la médecine ou usurpation de titre ;
- Abus de confiance ou abus de faiblesse ou abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse de personne particulièrement vulnérable ;
- Violences sur personne particulièrement vulnérable ayant entraîné une incapacité de travail d'une durée supérieure à 8 jours ;
- Subordination de témoin et menace d'atteinte à la personne (dans le même arrêt) ;
- Connivence à évasion et recel de faux certificat (dans le même arrêt) ;
- Dénonciation calomnieuse, coups et violences avec préméditation, arrestation illégale et séquestration de personne (dans le même arrêt) ;
- Violation du secret professionnel ou des correspondances ou atteinte à l'intimité de la vie privée ;
- Trois cas particuliers d'escroquerie en bande organisée avaient été rapportés.

## 2) Évolution des escroqueries et autres tromperies des médecins généralistes depuis l'arrêt Mercier

Le premier cas apparut en 1965, soit 20 ans après la naissance de la Sécurité Sociale. Les condamnations étaient régulières depuis les années 1980 jusqu'au milieu des années 1990, avec une moyenne d'un cas par an avant de doubler jusqu'en 2000 et de presque tripler jusqu'à nos jours. Les non-condamnations étaient en revanche relativement stables dans le temps depuis 1990. Il n'était observé aucun contentieux en 2004 et 2005 (Graphique 5).

**Graphique 5 : Evolution des faux, usages, escroquerie et fraudes à la sécurité sociale par les médecins généralistes**



### 3) Résultats spécifiques à l'étude des condamnations pour fraude

Sur 57 prévenus, 37 médecins généralistes (soit 64,91% de l'ensemble de ces infractions) ont été rendus coupables de leurs actions envers des tiers (7 affaires) ou la sécurité sociale (30 affaires dont la condamnation *in solidum* de deux généralistes). Les résultats sont rapportés dans le tableau 5.

Parmi les médecins condamnés les peines encourues étaient les suivantes :

- Condamnation simple : De 12 à 18 mois d'emprisonnement avec sursis (3 cas) ou une amende uniquement, variant de 150 à 3000€ (5 cas) ;
- Double condamnation : 18 peines d'emprisonnement, de 2 à 24 mois avec sursis (sauf deux cas avec un sursis partiel et un an de prison ferme), assortis d'une amende évaluée entre 450€ et 12000€ (13 cas) ou d'une interdiction d'exercer la médecine -

de 1 an, 5 ans et une interdiction définitive - (6 cas, dont 2 escroqueries en bande organisée) ;

- **Triple condamnation** : Une peine d'emprisonnement de 24 à 36 mois, avec sursis, une amende de 2000 francs (300€) à 15000€ et une interdiction temporaire d'exercer la médecine, de 6 mois à 5 ans (4 cas) ;
- Trois arrêts ne relevaient pas les peines prononcées par la Cour d'Appel ;
- Deux médecins avaient été mis sous contrôle judiciaire ;
- Un arrêt ne s'était prononcé que sur les dommages-intérêts (montant inconnu).

18 médecins avaient été déclarés non coupables (soit 31,58% des effectifs). Parmi ces arrêts, 7 étaient des non-lieux, 6 des relaxes et 1 était un refus d'informer. 4 affaires constituaient des plaintes excessives avec des chefs d'accusation surabondants<sup>65</sup> classés en non-lieux (2 cas) ou refus d'informer par le juge d'instruction (2 cas). Enfin, 2 arrêts avaient été cassés par la Cour suprême, estimant que les condamnations initiales n'étaient pas prononcées conformément à la loi (soit 3,50% des arrêts). Un des deux suivait une procédure toujours en cours, l'autre avait été renvoyé devant une Cour d'Appel dont la décision n'avait pas été retrouvée<sup>66</sup> (Tableau 9).

**Tableau 9 : Statut des médecins généralistes inculpés de fraude**

	Fraudes et autres escroqueries (N = 57)	Fraudes et autres escroqueries (en %)	Total des prévenus (en %)
Condamnés	37	64,91	22,98
Non condamnés	18	31,58	11,18
Non connus	2	3,50	1,24

<sup>65</sup> Un arrêt déjà cité comprenant non-assistance à péril, abus de faiblesse, violation de secret professionnel et usurpation de titre, n°10-88818 et aussi :

Cass. crim., 06 septembre 1990, n°89-84105 à propos de faux et usage de faux, dénonciation calomnieuse, coups ou violences volontaires avec préméditation, arrestation illégale et séquestration à personne, une patiente victime d'hospitalisation sans consentement accusait le médecin d'avoir signé son hospitalisation ;

Cass. crim., 25 juin 2003, n°02-86007, à propos de faux et usage de faux, falsification de chèques et usage, escroquerie, atteinte à l'intimité de la vie privée, atteinte au secret professionnel et au secret des correspondances et usage d'attestations inexactes qui concernaient deux médecins en litige pour leur société civile professionnelle ;

Cass. crim., 21 mars 2000, n°99-84557, à propos de faux, vol, subordination de témoin et violation du secret.

<sup>66</sup> Cass. crim., 07 février 2001, n°99-87992 et 14 mai 2014, n°13-82274. Par défaut donc, ces arrêts étant tombés sous le coup d'une Cassation alors qu'une condamnation était prononcée par la Cour d'Appel, ils avaient été classés dans le schéma X parmi les généralistes non-condamnés.

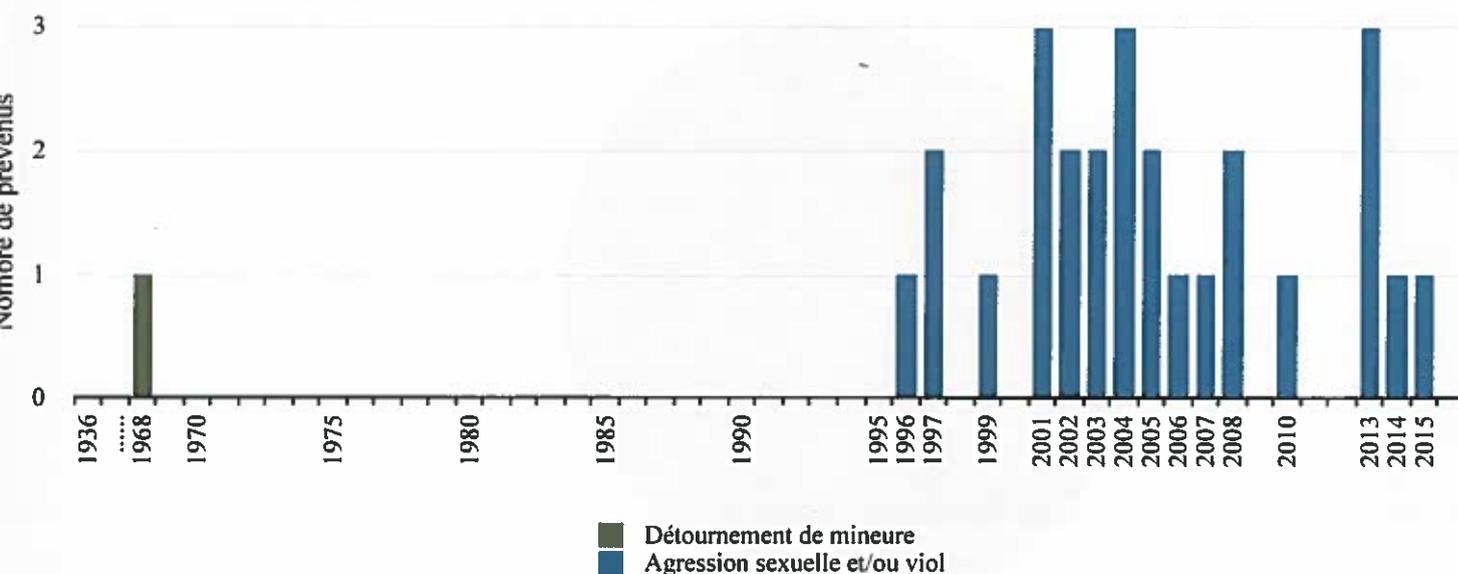
## f) Résultats sur les atteintes sexuelles des médecins généralistes

27 arrêts avaient été rapportés, concernant 26 prévenus<sup>67</sup>, soit 16,15% du contentieux, étalés sur une période de 1968 à 2015. 100% des généralistes prévenus étaient des hommes. 25 avaient été condamnés, le seul non connu fut le premier cas rapporté en 1968. Les victimes étaient des femmes ou des jeunes mineures dans 23 arrêts, soit 88,46% des cas. Dans les trois affaires restantes (soit un total de 11,54% des atteintes sexuelles), il s'agissait de relations avec des hommes, dont un cas ayant été commis sur des jeunes adolescents.

### 1) Evolution annuelle des atteintes sexuelles par les généralistes

Le premier cas qui s'apparentait à l'agression sexuelle datait de 1968 et il fallu attendre 1996 pour voir un continuum stable, quasi-annuel, d'atteinte sexuelle commise par les médecins généralistes, avec une augmentation des affaires au début des années 2000 puis une légère diminution et une stabilisation dans le temps de 2007 à nos jours (en moyenne 1 cas/an) (Graphique 6).

**Graphique 6 : Evolution des agressions sexuelles chez les médecins généralistes**



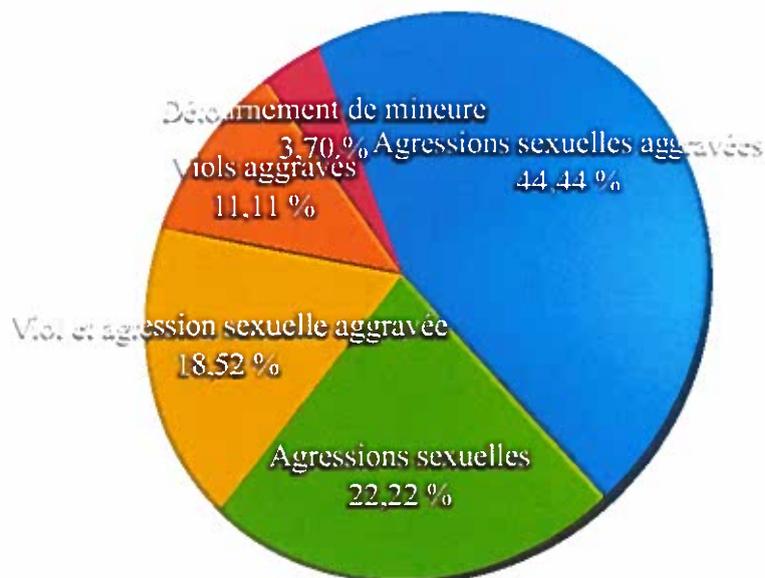
<sup>67</sup> Il existait deux arrêts en 2000 et 2001 pour un seul et même prévenu.

## 2) Répartition des infractions

Les atteintes sexuelles se répartissaient comme suit (schéma 7) :

- 12 cas étaient des agressions sexuelles aggravées (44,44%), c'est-à-dire présentant des circonstances aggravantes : Atteintes sur mineures, personnes vulnérables physiquement et/ou moralement, ou selon la simple prise en considération du statut de médecin avec abus d'autorité conférée par sa fonction. 3 arrêts sur les 12 relevaient plusieurs facteurs aggravants concomitants ;
  - 6 cas étaient des agressions sexuelles «simples» (22,22%) ;
  - 5 cas étaient des agressions sexuelles aggravées avec viol (18,52%). Les circonstances aggravées retrouvées étaient les mêmes ;
  - 3 cas étaient des viols aggravés (circonstances identiques aux agressions sexuelles) soit 11,11% des affaires ;
  - 1 affaire était un détournement de mineure, soit 3,70% de l'ensemble des affaires.

**Schéma 7 : Qualification juridique des infractions d'ordre sexuel par les médecins généralistes**



### 3) Répartition des condamnations

Sur les 25 prévenus condamnés :

- Les amendes variaient de 2000 à 10 000€ ;
- Les peines d'emprisonnement allaient de 6 mois à 15 ans de réclusion criminelle (viol aggravé), les autres étaient assorties d'un sursis voire d'une mise à l'épreuve ;
- 14 cas s'accompagnaient également d'une interdiction d'exercer la profession de médecin : 8 avaient des périodes déterminées allant de 6 mois à 5 ans d'interdiction ; 3 étaient mis sous contrôle judiciaire (donc l'interdiction était d'une durée illimitée jusqu'à la levée du contrôle judiciaire) et 3 étaient sanctionnés d'une interdiction définitive d'exercer la médecine ;
- 3 affaires étaient encore en cours ;
- 5 affaires ne révélaient pas les peines prononcées, comprenant le cas du détournement de mineure de 1968 ;
- Toutes les affaires se prononçaient ultérieurement sur les intérêts civils, c'est à dire les Dommages-Intérêts (non connus) ;

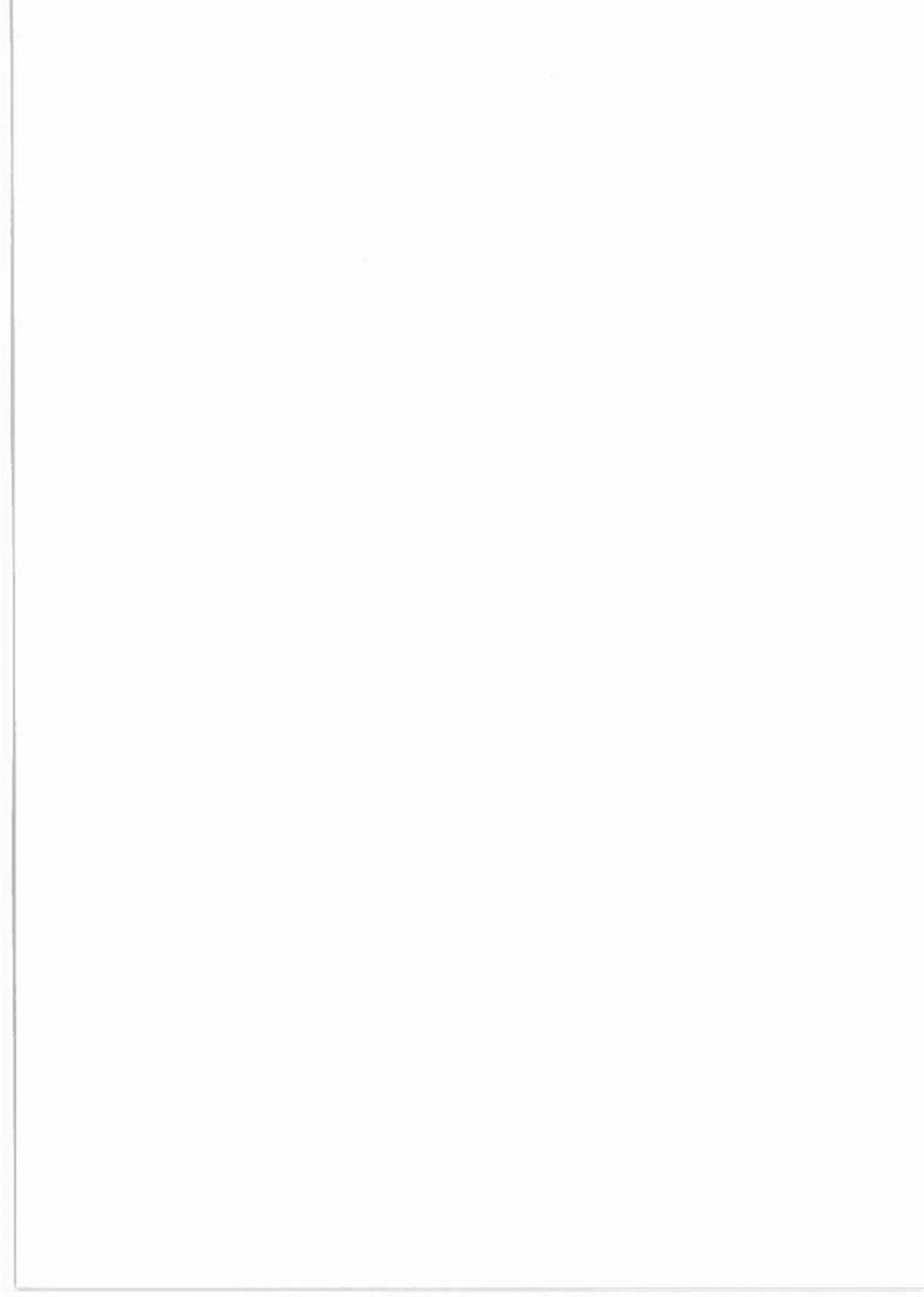
### g) Résultats des autres infractions

D'autres infractions étaient plus anecdotiques et répertoriées comme suit :

- 6 arrêts mentionnaient une violation du secret professionnel, 3 étant des incriminations uniques et 3 autres étant intégrées parmi d'autres infractions multiples déjà citées (parmi usurpation de titre, non-assistance à personne en péril, abus de faiblesse pour le n° 10-88818 déjà évoqué ; le vol, faux, subordination de témoin n°99-84557 et enfin faux et usage de faux, falsification de chèque, atteinte à l'intimité de la vie privée et aux correspondances). Aucun des médecins inculpés pour ce chef n'avait été déclaré coupable de violation du secret médical ;

- 4 infractions au Code de la santé publique, 1 en 1984 (condamnation du médecin mais dont les peines prononcées sont inconnues) et 1 arrêt en 2012 (condamné à une peine de prison et une amende) et 2 arrêts en 2015, toujours en cours de procédure ;
- 4 arrêts mentionnaient une infraction à la législation sur les stupéfiants ou les produits dopants ; tous avaient été condamnés (2 peines d'emprisonnement avec amende et une assortie d'une interdiction d'exercer la médecine, un contrôle judiciaire et une peine non connue) ;
- 4 arrêts relevaient des violences volontaires, dont un arrêt qui mentionnait exclusivement des menaces verbales, voie de fait ou violence avec ordre, avec condamnation mais dont les peines n'étaient pas connues. Les 3 autres étaient concomitants à des arrêts déjà cités (non condamnés).
- 3 arrêts concernaient un avortement illégal et deux complicités d'avortement (antérieurs à la loi Veil) et 1 autre arrêt de 2000 mentionnait la fourniture par le médecin de moyens matériels afin de pratiquer une interruption volontaire de grossesse. Les quatre médecins avaient été déclarés responsables et condamnés tous les deux à respectivement 10 et 18 mois d'emprisonnement avec sursis, 2000 francs (300€) et 10000 francs (1500€) d'amende et une interdiction d'exercer la médecine pendant 3 et 5 ans ;
- 2 affaires relevaient exclusivement un exercice illégal de la pharmacie et 4 autres portaient sur l'exercice illégal de la médecine ou usurpation de titre, associés avec d'autres chefs d'accusation ;
- 2 affaires relevaient du recel, une étant le seul chef d'accusation (condamné à une triple peine de 12 mois de prison avec sursis, 10000€ d'amende et 5 ans d'interdiction d'exercer la médecine), l'autre étant comprise dans usage de faux et recel, avec connivence à évasion (relaxé) ;
- 1 arrêt rapportait une dénonciation calomnieuse seule et une autre dans une série d'infractions (violences volontaires, arrestation illégale et séquestration de personne, faux et usage). Ces deux médecins n'avaient pas été condamnés ;

- 1 arrêt était relatif à l'omission de déférer aux réquisitions de l'autorité publique en refusant de se déplacer pour constater le décès d'autrui (non condamné, avec cassation sans renvoi de l'affaire) ;



# DISCUSSION

## I - LIMITES

Cette étude quantitative, qui entend répertorier les condamnations civiles et pénales des médecins généralistes, souffre de plusieurs limites, dont certaines sont intrinsèques à l'étude et d'autres, extrinsèques.

### A - Le contenu de la Base de données Légifrance et LexisNexis

Si les arrêts des chambres civiles et criminelle de la Cour de Cassation sont mis en ligne en tout ou partie depuis 1969 et de manière intégrale depuis 1988, les arrêts antérieurs, de 1936 à 1969 peuvent souffrir d'un manque d'exhaustivité. Certains ont été trouvés pendant cette période, mais il est impossible de savoir si le site Légifrance les a vraiment tous répertoriés ou si ce sont les cas les plus «importants» de la Cour Suprême. Il *se peut donc* que ces archives internet ne soient pas complètes.

Cette limite potentielle de l'étude échappe malheureusement à tout contrôle après que les webmasters de Légifrance ont répondu, à la suite d'un courriel qui leur a été adressé, que la sélection «*se voulait être exhaustive mais restait à la discrétion de la Cour de Cassation*». Pour régler le problème il eût donc fallu se déplacer Quai de l'Horloge à Paris, demander et obtenir l'autorisation d'accéder aux archives puis chercher parmi tous les arrêts que la Cour avait rendus pendant cette période, afin de ne retenir que les contentieux juridiques en matière médicale. Donc en pratique, cela n'était pas faisable dans le délai imparti, et beaucoup trop fastidieux pour ne récupérer que quelques arrêts supplémentaires. Cet élément est donc une des limites de l'étude. Cependant son impact reste faible compte tenu de la maigre proportion des arrêts de la Cour de Cassation en matière de contentieux tous confondus pendant cette période. Il reste donc fort à penser que les médecins - de surcroît les généralistes - n'ont été que peu inquiétés.

## **B - L'erreur humaine**

Il serait prétentieux d'exclure une erreur humaine dans la sélection des dossiers pénaux et civils. En effet, sur plus de 10 000 arrêts, peut être une poignée concernant des médecins généralistes, aurait pu ne pas être repérée. Cette occurrence a été atténuée : Lorsque certaines années paraissaient avoir un faible effectif de généralistes, elles faisaient systématiquement l'objet d'une nouvelle recherche.

## **C - L'équation booléenne**

Même si elle est construite de manière à être la plus exhaustive possible afin d'exploiter au mieux cette base de données conséquente, elle ne peut avoir la prétention d'être infaillible. En effet, on peut imaginer qu'un dossier juridique impliquant un médecin pour une infraction commise à l'occasion de la pratique de son art ne fasse pas mention des termes «médecin» ou «médecine» ou «docteur», mais simplement «monsieur/madame». Néanmoins, cette hypothèse est très peu probable. La lecture de tous les dossiers montre que les magistrats sont particulièrement attachés à préciser la fonction ou la profession des parties, au même titre que celle des experts ou des témoins en matière répressive. Cette impression est confortée par l'importante diminution du nombre de dossiers après les deux lectures de l'inclusion.

## **D - Le contenu des arrêts de la Cour de Cassation**

C'est, de très loin, la limite la plus importante. Elle résulte de la procédure pénale et civile. En effet, comme il a été vu dans l'Introduction, la Cour de Cassation n'est saisie que par les moyens produits dans le pourvoi. Ce sont donc le plus souvent les moyens de droit litigieux, les aspects juridiques d'un dossier qui sont présentés. Par voie de conséquence, les faits médicaux ne sont pas toujours rappelés, et chaque donnée d'intérêt n'a pas l'assurance d'être renseignée (spécialité, secteur d'activité etc.).

Malgré le recours supplémentaire à la grande base *Juriclasseur* de LexisNexis, destinée aux professionnels du Droit, bon nombre des dossiers ne permettent pas de renseigner la spécialité du médecin, ce qui gêne l'interprétation dans la représentativité des médecins généralistes. Mais surtout, d'un point de vue plus juridique, l'argumentation des juges du fond n'est pas intégralement re-développée (hors dossiers «importants») et cela a donc gêné l'interprétation juridique.

Cette étude est sélective en ce qu'elle ne s'occupe que des contentieux de la Cour de Cassation, qui, pour mémoire, ne juge que le Droit. En corollaire, les chiffres de cette étude ne montrent que les contentieux ayant été jusqu'en dernière instance. Ainsi, tous les procès arrêtés en première instance et en appel n'ont pas été étudiés, ce qui fausse le pourcentage des condamnations des médecins traitants. Cette analyse n'a pas été faite pour les mêmes raisons d'exhaustivité des sites internet professionnels et Légifrance, en terme d'accessibilité des sources qui sont, pour le coup, à l'entière discrétion des Tribunaux de Grande Instance et des Cours d'appel.

Enfin, deux points majeurs :

Explicités dans la méthodologie, les rapports annuels des contentieux juridiques en-matière médicale produits par certaines compagnies d'assurance ont été exclus, comme le veut précisément le sujet de cette étude. Il y a par voie de conséquence un autre biais de sélection des dossiers.

Par ailleurs, pour la partie pénale, il existe en criminologie la notion du «chiffre noir» de la criminalité. Le chiffre noir est l'ensemble des actes criminels commis dans un groupe social donné au cours d'une certaine période : Les statistiques de la criminalité. La différence entre criminalité réelle (ensemble des infractions commises) et criminalité apparente (infractions constatées ou dénoncées) constitue le chiffre noir de la criminalité.

Cette définition s'applique tout à fait à cette étude. Ainsi, une erreur, maladresse, imprudence ou autre faute, pénalement répressible ou attaquant uniquement au civil, n'est et peut ne jamais être portée à la connaissance des magistrats. Sur le plan strictement pénal, un médecin peut se voir opposer un dépôt de plainte d'un patient, mais ce dernier peut ne pas

aboutir. Rappelons que c'est le procureur qui possède la prérogative de l'*opportunité des poursuites*.

Enfin, certains contentieux peuvent faire l'objet d'un règlement à l'amiable, et ne jamais passer devant les tribunaux. En effet la loi du 4 mars 2002 a mis en place un mécanisme destiné à rendre plus aisée, pour les patients, l'indemnisation du dommage : La procédure de règlement à l'amiable. De mise en oeuvre simple, ce mécanisme est d'un accès très étroit, dans la mesure où seuls les dommages les plus graves sont de la compétence des commissions d'indemnisation des accidents médicaux. Par ailleurs il concernerait plutôt les spécialités chirurgicales ou médico-chirurgicales eu égard à la technicité de leurs gestes ou dans la prise en charge initiales de pathologies lourdes ou particulières à risque. Les médecins généralistes font peu de gestes en cabinet, ne disposent pas de «plateau technique» ou ne sont pas soumis à ces prises de risques inhérentes à certaines spécialités. L'exception à cette règle est le contentieux civil qui a existé à l'occasion de l'engagement de la responsabilité *in solidum* de chirurgiens et de médecins généralistes qui apportaient leur concours dans leurs opérations dans les années 70 et 80. Depuis que la Médecine Générale est une spécialité à part entière, ce type de cas a disparu.

## **E - Des données complexes : La répartition des fautes et des infractions**

La difficulté principale du traitement de ces données est la multiplicité des infractions et des prévenus dans une même affaire dans la partie pénale. Différents prévenus pouvant être poursuivis pour des chefs d'accusation différents au sein d'une même affaire. Ces données n'ont pas soulevé de grandes difficultés puisque les co-prévenus n'étaient pas des médecins généralistes hormis quelques affaires.

Concernant le problème posé des infractions multiples, la solution choisie était de toutes les retenir, afin de ne pas perdre de données, mais surtout de ne pas laisser un champ libre à l'interprétation. Néanmoins, en conservant toutes les infractions et en prenant en charge chaque co-prévenu, ce système comporte une limite qu'est l'interprétation de la répartition des

infractions : Les petits pourcentages sont donc parfois artificiellement grossis par certains dossiers.

## **F - Les biais extrinsèques**

Ils sont propres à la démographie médicale. Certains sont évidents : Une profession qui était quasi-exclusivement masculine etc. D'autres nécessitent la connaissance des chiffres de cette démographie, disponible en détail sur le site du Conseil National de L'Ordre des médecins [28]. (Les chiffres sont légèrement différents de ceux de l'Insee, du fait de l'inscription ou non des médecins à l'Ordre des médecins). Ainsi, au 1er janvier 2016, les généralistes représentent 41,18% des médecins français inscrits à l'Ordre, soit 88 886 sur 215 840 médecins toutes spécialités confondues. Avec une certaine surprise, la place par rapport aux autres spécialités qui leur est attribuée tant au pénal qu'au civil découle donc de leurs effectifs conséquents.

## **II - L'ÉVOLUTION DES CONDAMNATIONS CIVILES ET PÉNALES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SELON L'HISTOIRE ET LES MOEURS**

En se fondant sur les résultats, il appert une évolution croissante de la responsabilité des médecins, et plus spécifiquement celle des médecins généralistes. Au fil des décennies le nombre de dossiers n'a cessé de croître. En guise de première remarque, ce résultat est à pondérer avec l'évolution de tous les dossiers soumis à la Cour de Cassation pendant cette période. En effet, cette croissance importante se retrouve dans n'importe quel domaine (Droit de la responsabilité en général, Droit commercial, Droit de la famille etc.). La croissance du contentieux médical n'y fait donc pas figure d'exception. En revanche, il est à noter une absence complète de tout contentieux pénal de 1936 à 1959, tout médecin confondu. Plusieurs hypothèses peuvent être suggérées.

### **A - L'évolution des condamnations civiles et pénales des médecins généralistes au regard du contexte historique**

Les résultats ont montré une absence initiale de condamnations des médecins, de surcroît généralistes, depuis l'arrêt Mercier jusqu'en 1959. Eu égard à la critique déjà faite sur le contenu même de la base de données Légifrance (et de LexisNexis) plusieurs réflexions explicatives peuvent être avancées.

## **1) Un contentieux suivant une évolution croissante normale**

Tout d'abord il convient de se pencher sur le faible nombre de contentieux des médecins avant l'arrêt Mercier. Comme il a été vu en Introduction, l'affaire Hélié de 1825 a sonné le glas de la tranquillité médicale, mais force est de constater que les médecins n'ont été mis en accusation que dans une dizaine de cas dont les arrêts s'étaient sur la centaine d'années qui sépare l'arrêt Hélié de l'arrêt Mercier. Aussi la mise en route du système judiciaire à l'encontre des médecins après 1936 ainsi que la prise de conscience pour les patients de pouvoir obtenir réparation des dommages subis par un acte médical auraient été progressives, n'apparaissant *de facto* que dans les années 60 pour les condamnations pénales et civiles.

## **2) Le contexte politique**

Ce ne serait que parjure de laisser sous silence l'Histoire de la France pendant cette période où justement aucun médecin généraliste n'aurait été condamné. Même si une relation de cause à effet serait tout à fait malvenue, il convient d'avoir un regard posé sur l'agitation qui régnait pendant la seconde guerre mondiale 1939-45. Certes, l'Ordre des médecins vit le jour en 1941. Mais ce que l'Histoire judiciaire retient de ces années sombres aura été l'apparition des Juridictions d'exception pour accroître les procès des groupuscules militaires et paramilitaires (les Résistants), ainsi que les camps de concentration, y compris sur le territoire français [29] où les médecins S.S, certes allemands, avaient participé à la Solution Finale sur la question raciale, plus exactement Juive. Après la guerre et ce pendant des années arriva la haine, les «*coeurs empoisonnés*» comme disait Albert Camus, et la naissance d'une Justice d'épuration à tous les niveaux, partant des règlements de comptes haineux entre citoyens jusqu'aux procès des grands criminels de guerre [30]. Ainsi donc par exemple, au cours d'une décennie de jugements, le vaste «procès des médecins» débutait donc en 1946, où vingt médecins du macabre programme Aktion

T-4<sup>68</sup> furent condamnés pour crime de guerre et crime contre l'Humanité. En parallèle de ces atrocités, les médecins généralistes de l'époque pouvaient ainsi ne pas être inquiétés de quelconques fautes, surtout s'ils avaient apporté courageusement leur concours dans la lutte pour la Liberté.

### **3) Les progrès de la médecine**

La Médecine a connu une Révolution importante notamment à partir de la fin du XIXe siècle [31]. Ce sont les travaux Louis Pasteur, Marie Curie, Alexandre Fleming et bien d'autres qui ont marqué le tournant majeur dans la prise en charge des patients. D'une médecine qui restait laborieuse et relativement contemplative avait progressivement germé l'idée d'une médecine qui puisse guérir tous les maux. Ainsi, et pour ne se limiter qu'aux découvertes après l'arrêt Mercier de 1936, la pénicilline (découverte en 1928) devient un puissant antibiotique en 1938 ; une nouvelle ère dans les vaccinations apparaît dans les années 1950 : Vaccin contre la poliomyélite en 1955, contre la rougeole en 1964, contre la méningite en 1978 etc. ; les neuroleptiques et les antidépresseurs sont découverts respectivement en 1952 et 1957, offrant une resocialisation de masse pour les «internés» ; la chirurgie néoplasique, connue depuis plusieurs siècles et seule thérapie capable de prendre en charge les patients cancéreux, voit arriver à ses côtés l'avènement des premières chimiothérapies dans les années 1940 et la maîtrise des radiations dans les années 1960 ; l'imagerie scanographique et par résonance magnétique arrive dans les années 1970 etc. C'est donc dans la deuxième moitié du XXe siècle que l'idée de guérir tous les patients arrive, avec les premiers ressentis de frustration face à cette douce utopie.

Ainsi pourrait-on expliquer que les premiers contentieux n'apparaissent que dans les années 1960-1970, où le progrès, comme l'optimisme, est tel que l'erreur ou la faute médicale n'ont dans l'esprit des gens pas leur place et doivent donc être réprimandés.

---

<sup>68</sup> Mis en oeuvre officiellement de 1940 à 1941, bien que plusieurs écrits aient montré que les médecins nazis l'avaient employé jusqu'à la fin de la guerre en 1945. Ce programme, initialement destiné à exterminer ou «euthanasier» les malades mentaux ou les infirmes, était le prétexte de l'extermination de la Shoah, et plus généralement encore de toute personne ne répondant pas aux critères de race tels qu'ils étaient définis par Adolf Hitler et les paradigmes médicaux allemands de l'époque.

## **B - L'évolution des condamnations civiles et pénales des médecins généralistes au regard du contexte juridique**

### **1) Une conséquence de l'arrêt Mercier : La charge de la preuve de la faute incombant au patient**

Le tournant décisif après la terrible affaire de Domfront en 1825 et de la double brachiotomie du docteur Hélié fut en 1936, où la relation médecin-patient n'était plus fondée sur une responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle mais sur une responsabilité contractuelle. L'arrêt Mercier a bouleversé la responsabilité médicale, mais l'absence de condamnations qui lui succèdent dans les années suivantes peuvent être expliquées dans le troisième attendu rédigé par la Cour de Cassation : Dès lors qu'est seulement reconnue à la charge du corps médical une simple obligation de moyens pour une faute technique, il appartient au demandeur victime d'amener la preuve de la violation de cette obligation contractuelle. Il s'agit d'une règle de Droit commun, comme le rappelle l'adage «*Actor incumbit probatio*» : La preuve incombe au demandeur. Cette preuve à la charge du patient a longtemps été protectrice pour les médecins. Ce dernier point a maintenu dans la tranquillité des décennies de praticiens du monde médical avant qu'un certain nombre de décisions ne viennent modifier cette situation.

### **2) Les apports progressifs de la Jurisprudence dans la responsabilité médicale : Le consentement et le renversement de la charge de la preuve**

La responsabilité médicale était essentiellement de nature Jurisprudentielle avant d'être incorporée dans des lois, notamment avec la célèbre Loi Kouchner du 4 mars 2002. Ainsi, comme toute Jurisprudence, la responsabilité médicale a mis beaucoup de temps à se mettre en place. L'arrêt Mercier a été un tournant majeur dans la relation médecin-malade et dans la mise en jeu de la responsabilité des médecins, malgré le fait que la charge de la preuve reposât sur les

épaules du patient. Un autre arrêt qui lui était contemporain a également constitué une avancée considérable dans la naissance des droits des malades ; l'arrêt *Teyssier*, rendu le 28 janvier 1942 par la chambre des requêtes de la Cour de Cassation<sup>69</sup> [32]. C'est un arrêt fondateur de l'Ethique médicale en ce qu'il proclamait que le respect de la personne humaine imposait au praticien, avant de réaliser une opération sur son patient, d'obtenir son consentement éclairé par l'information et qu'en violant cette obligation, il commettait une atteinte grave aux droits du malade et manquait à ses devoirs médicaux. En revanche c'était, à l'instar de l'arrêt *Mercier*, au patient de rapporter la preuve qu'il avait été dûment informé. Cette présomption qui pesait sur les patients les dissuader de demander réparation devant le juge en cas de litiges avec un médecin. Elle perdura jusqu'en 1997, avec un renversement de la charge de la preuve avec la Jurisprudence *Hédreul* (cf chapitre le devoir d'information).

### **3) Une conséquence du Droit pénal : Une incrimination dans un texte de loi**

Pour la partie répressive et comme cela a été souligné dans l'Introduction, le Droit pénal obéit à des règles qui peuvent rendre plus délicate une action judiciaire devant un tribunal répressif par rapport au civil, ce qui pourraient expliquer le «retard» d'apparition des premiers pourvois de la chambre criminelle en matière de responsabilité médicale.

Ainsi, il faut systématiquement un texte de loi incriminant une action répréhensible pour pouvoir demander une action répressive, contrairement au Droit civil où toute faute peut faire l'objet d'une demande en réparation (à condition qu'elle soit prouvée, ainsi que le préjudice qui en découle et du lien de causalité qui les unit). Le cas échéant, un refus d'informer ou un non-lieu par le juge d'instruction pourrait être prononcé.

---

<sup>69</sup> Cour de Cassation, ch. des requêtes, 28 janvier 1942, arrêt *Teyssier*, DC 1942. 63 ; Gazette du Palais 1942, I, 177

## **C - L'absence de condamnations civiles et pénales des médecins généralistes au regard du contexte sociologique**

### **1) La confiance des patients dans leur médecin traitant**

Beaucoup d'études, d'interviews, de sondages etc. portent un regard très sombre sur la relation médecin-patient depuis quelques décennies, ce qui pourrait à lui seul être une explication sur l'augmentation croissante du contentieux médical devant les tribunaux. Eu égard aux réflexions déjà évoquées sur la judiciarisation homogène de l'ensemble des secteurs en matière de responsabilité (médical mais aussi bancaire, notarial, commercial, familial, social etc.), cette hypothèse ne semblerait donc pas pertinente à retenir.

Selon Raphaël Hammer [33], il existerait 5 types de confiance qu'un patient peut avoir à l'encontre de son médecin traitant : Une confiance *cléricale* («*c'est lui qui sait et c'est tout*»), une confiance *pragmatique*, corollaire de la première («*je m'en remets à lui mais je participe davantage aux décisions prises*»), une confiance *affinitaire* («*mon médecin a un rôle déterminant, humain, à qui je peux tout dire*»), une confiance *professionnelle* («*médecin paternaliste*») et enfin, une confiance *rationnelle* («*mon médecin a le droit à l'erreur. La guérison n'est jamais acquise*»).

Chacune de ces confiances émanant d'un patient forge la relation qui l'unit à son médecin. Ce pourrait donc être la dernière catégorie de confiance, la confiance rationnelle qui, induisant la notion «d'erreur» et de limites à ces erreurs, pourrait conduire certains patients à engager des poursuites contre leur médecin. Quoiqu'il en soit, selon Hammer, les scandales médicaux relayés par les médias ou l'augmentation du recours aux médecines parallèles ne peut pas permettre de conclure à une quelconque «crise de confiance» des patients avec leurs médecins. Cette idée de crise, alimentée par les médias, ne serait que de la poudre aux yeux et un élément barométrique de plus pour élever des affaires médicales en véritable scandale judiciaire, alors qu'elles n'en ont pas la portée. P. Bizouarn, plus réservé, décrit également que l'existence d'une confiance des patients dans leurs médecins - entendu ici toutes spécialités sans distinction - pourrait s'éroder avec le système de santé actuel [34].

## **2) Quid des années 2007 et 2012/2013 ?**

Il a été curieusement constaté une baisse générale des résultats lors de l'année 2007 et une véritable cassure en 2012-2013, directement en lien avec le faible contentieux des médecins généralistes. Une première hypothèse serait de mettre en avant l'apport bienvenu de la Loi Kouchner du 04 mars 2002, promulguant le patient comme véritable acteur décisionnaire de sa santé [35], mais ce serait illogique que cela ait pu être un facteur protecteur pour les médecins, bien au contraire. Cependant, la Loi Kouchner ayant posé le principe d'une responsabilité pour faute, elle exclut, sauf exception, toute condamnation en l'absence de faute. De plus, la mise en place effective de la procédure de règlement amiable conduit également à réduire le contentieux [35,36]. En revanche, cela n'explique pas que seuls les médecins généralistes soient concernés par cette diminution importante.

Une autre hypothèse pourrait être la promulgation de la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie qui, en sus d'une multitude de propositions pour améliorer la responsabilisation des acteurs de santé et des patients et améliorer l'organisation du système de santé, instituait la nécessité pour les assurés de définir un médecin référent (95% des médecins choisis étaient généralistes) [37,38,39].

Il en résulte que les assurés se sont dans leur quasi-totalité inscrits dans ce nouveau mécanisme, renforçant leur confiance dans leurs médecins. Leur respect des principes du parcours de soins coordonnés s'est, de surcroît, révélé durable. Ainsi, force est de constater qu'entre 2004 année de ladite loi et 2007, 80% des patients assurés avaient un médecin généraliste de référence. Ce pourcentage a augmenté à 89,7% en décembre 2011 [37-39]. Cette réforme de l'assurance maladie et l'importante adhésion qui en découle pourrait expliquer une diminution du contentieux judiciaire chez les médecins généralistes.

Il est opportun de rappeler que la baisse du contentieux concernant les généralistes pendant ces deux périodes pourrait donc être le miroir de ces deux avancées législatives, étant donné qu'il faut environ une dizaine d'années pour qu'un litige civil ou pénal arrive devant la Cour de Cassation.

### **III - LA RESPONSABILITÉ CIVILE DU MÉDECIN**

Lorsqu'un patient estime qu'il a subi un dommage à cause de son médecin traitant, plusieurs possibilités s'offrent à lui pour engager une action en responsabilité. Ainsi, le patient lésé peut demander une réparation d'ordre pécuniaire sous forme de Dommages-intérêts devant les juridictions civiles ou, si la faute du praticien est constitutive d'une infraction en vertu du Code pénal, demander une réparation plus solennelle devant les juridictions répressives. De nos jours, ces actions en responsabilité ne sont pas exclusives.

#### **A - La responsabilité du fait personnel du généraliste**

Le médecin généraliste libéral engage sa propre responsabilité civile du fait de sa propre faute [7-10,21,22,24,36,40,41]. C'est une solution traditionnelle de la Jurisprudence de Droit privé, justifiée par l'indépendance professionnelle du médecin, indépendance affirmée par les règles déontologiques<sup>70</sup>. L'exercice de la médecine est personnel et chaque médecin est responsable de ses actes. Cette règle s'applique également pour les médecins remplaçants<sup>71</sup> thésés et les internes pouvant faire un remplacement<sup>72</sup>.

Ainsi, elle est obligatoire pour toutes les spécialités libérales. Un médecin remplaçant qui commet une faute ne peut se prévaloir de l'assurance responsabilité civile du confrère qu'il remplace<sup>73</sup>. En cas de cessation d'activité avec reprise du cabinet par un autre médecin (sans cession de clientèle), un médecin nouvellement installé ne peut pas voir sa responsabilité engagée pour cause de rupture dans la continuité des soins si les patients ne désiraient pas être

---

<sup>70</sup> Article R-4127-69 du Code de la Santé Publique.

<sup>71</sup> Cass. 1re Civ., 20 juillet 1994, n°92-19947.

<sup>72</sup> Cass. 1re Civ., 16 avril 1991, n°89-19706.

<sup>73</sup> Cass. 1re Civ., 18 juin 2014, n°13-13349.

suivis par lui<sup>74</sup>. Un autre corollaire au principe de responsabilité du fait personnel du généraliste est qu'il est responsable de ses actes et de son matériel<sup>75</sup>. En revanche, une chute d'une patiente au sortir d'un cabinet libéral ne peut engager la responsabilité du médecin<sup>77</sup>.

## **B - Le médecin généraliste et Psychiatrie : Entre responsabilité du fait personnel, défaut de surveillance et certification**

Deux problèmes se sont posés pour le médecin généraliste face aux patients présentant un trouble d'ordre psychiatrique. Le premier n'a plus cours aujourd'hui, s'agissant de la surveillance par les médecins traitants de leur patient même lorsqu'ils intégraient un secteur ouvert ou fermé de psychiatrie. Ces arrêts présentent une question de fond qu'est le risque suicidaire de certains patients. Le second en revanche relève du contentieux de la certification des soins sans consentement et des tentatives de mains-levées par ces patients.

### **1 - Le cas désuet de la double responsabilité généraliste/clinique dans la surveillance des patients hospitalisés**

Sans entrer volontairement dans les détails, il appert que jusqu'au début des années 1990, le médecin traitant qui adressait un patient en psychiatrie en était responsable. Les secteurs ouverts ou fermés de psychiatrie n'avaient qu'une obligation de moyen dans leur surveillance. Le cas

---

<sup>74</sup> Cour de Cassation ch. civile 1, 09 juillet 2015, n°14-18934, à propos d'un nouveau médecin ayant repris un ancien cabinet de médecine libérale et à qui une patiente, qui avait changé de médecin traitant, lui avait reproché un retard de prise en charge à la suite d'un courrier reçu au nom de l'ancien médecin qui la suivait. Ce courrier relevait des anomalies radiographiques dans le dépistage de masse du cancer du sein. N'ayant pas été sollicité comme médecin traitant par cette patiente qui avait décidé de se faire suivre ailleurs, il ne pouvait être tenu pour responsable du retard de prise en charge de cette patiente.

<sup>75</sup> A propos de la bonne stérilisation de matériel médical lors de l'évacuation d'un hématome du quadriceps à la suite d'un claquage : Cass. 1re Civ., 28 février 1984, n°82-15958, Bull. 1984 I n°77.

<sup>76</sup> Egalement responsable le médecin qui n'a pas pris le soin de mettre les aiguilles usagées dans les bacs spécifiques à cet effet, et qui a indirectement provoqué une exposition VIH à un ramasseur d'ordures. Cour de Cassation, ch. civile, ch. civile 2, 02 juin 2005, pourvoi 03-20011, Bull 2005 II n°146, p.131.

<sup>77</sup> Cour de Cassation ch. civile 1, 06 juin 2000, n°98-20249.

échéant, ils engageaient leur responsabilité pour défaut de surveillance [43]. En revanche, si le généraliste estimait que son patient ne nécessitait pas de surveillance particulière (notamment eu égard au risque suicidaire), la clinique n'employait pas les moyens nécessaires. Malgré l'hospitalisation, le patient restait sous la responsabilité du médecin généraliste. Ce dernier était donc responsable de ses patients, et non l'établissement de santé qui les accueillait.

Plusieurs arrêts avaient mis en évidence cette dualité de responsabilité généraliste - psychiatrie où chacun essayait de s'exonérer de ses obligations. A titre d'exemple, il avait été reproché à un médecin généraliste de ne pas bien avoir évalué le risque suicidaire d'un patient qui, à peine arrivé dans l'établissement, sautait de sa fenêtre et tentait de se suicider<sup>78</sup>. Cette décision des juges du fond fut cassée par la Cour Suprême, estimant que la clinique connaissait également le risque suicidaire de ce patient. Cette problématique de surveillance imposée aux établissements psychiatriques se posait également s'agissant des sorties temporaires autorisées de patients [44]. De même avait-il été reproché à un médecin traitant ainsi qu'à la clinique un défaut de surveillance d'un patient qui, au cours d'une sortie autorisée par son généraliste, avait agressé et blessé un tiers<sup>79</sup>. Enfin, avait été déclaré responsable le médecin généraliste du suicide d'un patient dépressif chronique pour lequel il avait augmenté les doses d'antidépresseur tricyclique (Anafranil®) une semaine auparavant, ne l'avait pas réévalué et avait validé sa sortie définitive de psychiatrie<sup>80</sup>. Ces arrêts particuliers n'ont plus été relevés après la fin des années 1980.

Aujourd'hui le médecin généraliste n'est plus responsable de son fait personnel des patients qu'il adresse en hospitalisation psychiatrique. Cette responsabilité et ce contentieux concernent les médecins psychiatres et les établissements, pendant toute la durée de séjour des patients [43].

---

<sup>78</sup> Cass. 1re Civ., 11 décembre 1984, n°83-13904 : «Aux motifs que le médecin devait informer la clinique du danger qu'il pouvait y avoir de laisser à X (...) l'occasion de mettre fin à ses jours (...) et que le maison de santé devait prendre les précautions nécessaires (...)».

Egalement, Cass. 1re Civ., 29 juin 1982, n°81-12040, à propos du rappel de l'obligation de moyen quant à la surveillance d'un patient déclaré par le médecin généraliste comme à faible risque suicidaire, et ne nécessitant pas de surveillance particulière.

<sup>79</sup> Cass. 2e Civ., 07 mai 1981, n°80-10843, à propos d'un partage de responsabilités entre le médecin généraliste qui avait autorisé la sortie temporaire de son patient et de la clinique qui n'avait pas pris les mesures nécessaires à une surveillance optimale.

<sup>80</sup> Cass. 1re Civ., 10 juin 1997, n°95-14848, Bull. 1997 I n°198, p.132, à propos d'un patient dépressif chronique et présentant une anxiété généralisée au long cours dont le médecin traitant, peu satisfait de l'évolution de son malade, avait augmenté les doses d'Anafranil® sans rechercher à l'évaluer à sa sortie une semaine plus tard. Il s'était donné la mort en rentrant chez lui. Dans le même sens, Cass. 1re Civ., 08 juillet 2003, n°01-13751.

## 2 - Les problèmes de certification des hospitalisations sans consentement

Certains pathologies rendent impossible le consentement et conduisent à des mesures contraignantes restreignant les libertés. Certes, cette difficulté d'évaluation du consentement concerne d'abord les médecins psychiatres, premiers sollicités pour certifier un trouble d'ordre psychiatrique nécessitant une hospitalisation sans consentement. Mais force est de constater que les généralistes peuvent être en première ligne, notamment lorsqu'il s'agit de réquisitions faites par les officiers de Police judiciaire ou la Gendarmerie, pour certifier une hospitalisation d'office (nouvellement appelée *hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat*<sup>81</sup>).

La loi Esquirol du 30 juin 1838 sur les *aliénés*<sup>82</sup> s'est appliquée jusqu'à la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et protections des personnes ayant des troubles mentaux. Puis, à l'issue de deux Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC), sont arrivées deux réformes importantes en 2011 et 2013 portant sur les soins sans consentement actuels<sup>83</sup>. Ces certifications peuvent être extrêmement délétères pour les patients qui y sont soumis, étant privatives de liberté. Les modalités de rédaction de tels certificats sont énumérées aux articles L-3211 et suivants du Code de la Santé Publique<sup>84</sup> et sont désormais soumis à plusieurs contrôles, notamment du juge judiciaire. Il existait, même avant la réforme, deux régimes :

---

<sup>81</sup> Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

<sup>82</sup> Loi n°7443 sur les aliénés du 30 juin 1838 dite Esquirol : Socle de la législation en matière de psychiatrie pendant 152 ans. Elle a été profondément modifiée par la Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

<sup>83</sup> QPC du 26 novembre 2010 : A été considéré contraire à la Constitution le dispositif d'hospitalisation non consentie sans intervention systématique du juge. D'où l'apparition de la loi du 5 juillet 2011 sur la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, qui opère un renforcement du rôle du juge et instaure un régime de soins obligatoires alternatifs à l'hospitalisation non consentie pour limiter les ruptures de soins et trouver les soins les plus adaptés au patient. Puis est arrivée la loi 27 septembre 2013 portant sur les modalités de mains-levées par le juge d'hospitalisations non consenties, jugées trop sécuritaires: fin des unités pour malades difficiles (UMD), rétablissement des sorties libres à l'essai et modification des modalités d'intervention du juge (de 15 à 12 jours pour les hospitalisations d'office).

<sup>84</sup> Partie 3 du Code de la Santé Publique, livre II «lutte contre les maladies mentales». L3211-1 et s. sur les modalités des soins psychiatriques. L'article L3211-1 dispose que : «Une personne ne peut, sans son consentement ou le cas échéant de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques sauf dans certaines procédures», à savoir les différents soins sans consentement.

- Le régime de Droit commun, avec des soins consentis: Aujourd'hui ils sont communément appelés Soins Psychiatriques Libres<sup>85</sup> (90% des cas). Ainsi, ne peut être considéré comme responsable d'un internement abusif le médecin généraliste qui avait initialement signé un certificat de soins sans consentement à la demande d'un tiers alors que le patient avait finalement accepté d'être en soins libres. Le certificat litigieux n'avait pas été considéré par les juges comme étant la cause d'une admission en psychiatrie<sup>86</sup> ;

- Enfin, le régime de soins psychiatriques sans consentement (10% des cas) où les personnes sont privées de liberté de décision. Aujourd'hui ces procédures sont très strictes pour assurer la protection des droits de ces personnes : La SPDT ou Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ex-Hospitalisation à la Demande d'un Tiers) et la SPDRE ou Soins psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (ex-Hospitalisation d'Office).

Les arrêts relevés sont antérieurs aux deux réformes majeures de 2011 et 2013. Ainsi, il a été constaté une seule hospitalisation d'office abusive, à propos d'un homme qui ne présentait aucune pathologie d'ordre psychiatrique et qui, lors de la réquisition par les forces de police, «n'aurait» pas été examiné par un médecin. Les juges de la Cour de Cassation avaient ainsi rejeté le pourvoi formé par la Ville d'Aix-en-Provence et le médecin généraliste, les condamnant tous les deux à payer des Dommages-intérêts collatéraux au patient, mais également au frère et à la mère pour le préjudice subi<sup>87</sup>. L'hospitalisation de cette personne n'avait pas été régulière ni sur le fond ni sur la forme. En revanche, avaient été considérés comme circonstanciés les certificats stipulant une menace à l'Ordre Public pour le patient ayant utilisé une arme à feu contre sa famille<sup>88</sup>. Les nouvelles réformes évitent tout risque d'arbitraire et renforcent le droit des patients.

---

<sup>85</sup> La réforme de 2013 a surtout modifié la possibilité de soins libres pour les personnes incarcérées.

<sup>86</sup> Cass. 1re Civ., 19 juillet 1989, n°88-12174.

<sup>87</sup> Cass. 1re Civ., 16 mars 2004, n°01-15538, à propos d'une hospitalisation d'office à la demande du préfet d'une personne ne présentant ni maladie mentale et n'ayant pas été examinée par le médecin signataire du certificat. Les psychiatres l'avaient examinée le lendemain et avaient demandé la levée du placement, qui ne fut autorisé que 6 jours après son hospitalisation.

<sup>88</sup> Cass. 2e Civ., 10 novembre 2005, n°04-18512 et dans le même sens, Cass. 2e Civ., 21 octobre 2004, n°03-16066.

## **C - La responsabilité personnelle du médecin généraliste dans les autres secteurs d'activités**

Certains médecins généralistes ont eu, jusqu'à l'instauration de la Médecine Générale comme spécialité à part entière en 2004, plusieurs casquettes de compétences. Ainsi, un médecin traitant pouvait faire de l'électroradiothérapie pour soigner des verrues plantaires ou un psoriasis, procéder à des actes de chirurgie esthétique ou encore être médecin accoucheur. De nos jours ces différentes formations sont dévolues à leurs spécialités correspondantes (les médecins accoucheurs généralistes n'existent plus, ce sont les gynécologues-obstétriciens) ou après obtention de diplômes spécifiques en sus de la formation de Médecine Générale<sup>89</sup>. Les arrêts rapportés s'échelonnaient majoritairement dans les années 1970-1990 et ce qui explique d'ailleurs le nombre plus important de contentieux chez les généralistes pendant cette période ; il existait également une responsabilité *in solidum* avec d'autres professionnels de spécialités différentes qui correspondrait aussi à cette hausse de litiges. Ainsi, ont été relevées diverses attitudes fautives qui normalement n'existent plus en Médecine Générale :

- Faute (non retenue) lors d'une diathermo-coagulation pour soigner une verrue plantaire<sup>90</sup> (de moins en moins pratiquée chez le généralistes, les thérapeutiques pour soigner les verrues plantaires sont dévolues à la Dermatologie ou à l'esthétique) ;
- Faute lors d'une radiothérapie de psoriasis<sup>91</sup> (relevant de la Dermatologie) ;

---

<sup>89</sup> pour les plus fréquentes sous forme de Diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire (DU ou DIU) ou de Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC).

<sup>90</sup> Cass. 1re Civ., 21 février 1967, pourvoi non référencé, Bull n°74, à propos d'un généraliste (non condamné en l'espèce) qui, à la suite de la thermo-coagulation d'une verrue, provoquait une radionécrose de la voûte plantaire de son patient à qui il avait pourtant demandé s'il existait chez lui des antécédents de radiothérapie, ce dernier ayant répondu par la négative (mensonge du patient).

<sup>91</sup> Cass. 1re Civ., 20 juillet 1994, n°92-19947, à propos d'un médecin généraliste remplaçant qui avait provoqué une importante brûlure du patient à la suite d'un traitement par radiothérapie de son psoriasis unguéal.

- Faute lors d'accouchement difficile avec utilisation litigieuse de forceps<sup>92</sup> ou avec hémorragie de la délivrance non surveillée<sup>93</sup> (désormais exclusif de la Gynécologie-obstétrique) ;
- Faute lors d'une réanimation néonatale<sup>94</sup> (du ressort de la Réanimation pédiatrique) ;
- Faute dans un acte de chirurgie esthétique<sup>95</sup> (aujourd'hui du ressort de la chirurgie réparatrice ou esthétique) ;
- Perforation intestinale lors d'une chirurgie digestive (médecin traitant assistant le chirurgien)<sup>96</sup>.

Un des derniers arrêts relevés est par ailleurs très intéressant puisqu'il a condamné un médecin généraliste ayant pratiqué une liposuction au décours de laquelle la patiente avait présenté, par dissection de l'artère carotide interne droite, une hémiplégie gauche partiellement séquellaire<sup>97</sup>. Au début des années 2000, avant la réforme sur les spécialités médicales, les juges commençaient dès lors à considérer que cet acte de chirurgie nécessitait une compétence et une qualification très particulière que ne présentait, de toute évidence, pas l'omnipraticien. En l'espèce aucune faute n'avait été relevée lors du geste, la dissection carotidienne relevant de

<sup>92</sup> Cass. 1re Civ., 09 juillet 1963, pourvoi non référencé, à propos d'une condamnation *in solidum* d'un obstétricien et d'un généraliste ayant utilisé, dans des conditions douteuses selon l'arrêt, des forceps et ayant provoqué une hémorragie méningée chez le nouveau-né.

<sup>93</sup> Cass. 1re Civ., 25 mai 1971, n°69-14266, Bull. civile I n°171, p.144 : A propos d'un médecin traitant ayant accouché une de ses patientes qui présentait une hémorragie de la délivrance stoppée par la sage-femme ; malgré l'aggravation de l'état de santé de sa patiente, avec reprise de l'hémorragie, le médecin était retourné à son domicile et n'avait procédé à aucune surveillance particulière.

<sup>94</sup> Cass. 1re Civ., 01 juin 1976, n°75-11611, Bull. civile I n°208, p.168, à propos d'un médecin généraliste accoucheur qui n'avait pas personnellement examiné sa patiente qui présentait des spasmes du col utérin (début du travail) et une souffrance foetale. L'enfant était né en état de mort apparente, il avait été réanimé mais gardait de lourdes séquelles psychomotrices.

<sup>95</sup> Cass. 1re Civ., 30 mars 1994, n°92-21175, à propos d'un médecin généraliste ayant réalisé un acte de chirurgie esthétique et ayant commis une faute (non connue dans l'arrêt) que ce dernier attribuait à l'alcoolisation de sa patiente pour s'exonérer.

Par ailleurs, Cass. 1re Civ., 07 février 2006, n°04-17097, à propos d'une liposuction réalisée en 1996 conjointement par un généraliste et un chirurgien esthétique. En l'espèce ils avaient provoqué une infection nosocomiale relevant d'une obligation de sécurité-résultat (cf chapitre correspondant).

Enfin, également pour une liposuction réalisée par un médecin généraliste : Cass. 1re Civ., 05 mai 2004, n°02-10082.

<sup>96</sup> Cass. 1re Civ., 14 février 1973, n°71-11822, Bull. civile I n°55, p.50 : A propos d'une perforation intestinale à la suite d'un fragment d'aiguille laissé dans la paroi musculo-aponévrotique de l'abdomen d'une patiente. Le médecin traitant, qui avait assisté le chirurgien, avait été déclaré seul responsable de la faute du chirurgien d'avoir laissé le fragment d'aiguille dans l'abdomen, au motif qu'il n'avait pas prévenu sa patiente de la situation.

<sup>97</sup> Cass. 1re Civ., 07 février 2006, n°04-17097, déjà cité en note de bas de page 94.

l'accident médical non fautif, mais le médecin fut condamné en revanche en ce qu'il n'était pas compétent pour effectuer une telle opération chirurgicale.

## **D - La responsabilité du généraliste du fait des infections nosocomiales ou des produits défectueux**

L'article L1142-1 du Code de la Santé Publique pose le principe de la responsabilité pour faute, hors le cas où la responsabilité est encourue en raison d'un produit de santé. Cet article vise aussi les infections nosocomiales<sup>98</sup>. Seuls les établissements de santé supportent une responsabilité sans faute en cas d'Incapacité Physique Permanente inférieure à 25%, depuis le 1er janvier 2003. Au-delà, l'indemnisation est prise en charge par la solidarité nationale via l'Office National D'indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM). Quant au médecin, il supporte une responsabilité pour faute [35,36,44].

### **1 - Le médecin généraliste et les infections nosocomiales**

#### **a) Le médecin généraliste responsable des infections nosocomiales contractées dans son cabinet**

Deux arrêts font état d'une relation entre Médecine Générale et infection nosocomiale. Cette association peut paraître curieuse, la première pensée s'imposant dans l'esprit de tous étant que seuls les hôpitaux ou les cliniques, autrement dit les services de médecine et surtout de chirurgie, peuvent faire naître bon gré mal gré une infection nosocomiale. Cependant il n'est pas illogique de rappeler qu'une infection nosocomiale est nécessairement associée à un acte de

---

<sup>98</sup> Seuls seront abordés la responsabilité du médecin généraliste du fait d'une infection nosocomiale ou d'un produit défectueux. S'agissant de l'aléa thérapeutique, seul un arrêt avait relevé l'existence d'un accident imprévisible au cours d'une opération de chirurgie esthétique réalisée conjointement par un chirurgien et un médecin généraliste (Cass., 1re civ., 05 mai 2004, n°02-10082.).

prévention, de diagnostic ou de soin [44] ; il n'est donc pas surprenant de voir qu'elles peuvent exister en Médecine Générale, malgré le peu de gestes « techniques » pratiqués.

### b) Le médecin généraliste responsable même en l'absence de faute : L'obligation de sécurité-résultat en matière civile avant 2002

Initialement la Jurisprudence avait retenu que le médecin - de surcroît le généraliste - n'était tenu qu'à une obligation de moyens en matière nosocomiale c'est-à-dire qu'il fallait prouver une faute d'asepsie pour que sa responsabilité soit engagée. La Cour de Cassation opérait cependant un important revirement de Jurisprudence en 1999, considérant que les professionnels de santé travaillant en libéral ou en établissement privé avaient une obligation de sécurité-résultat<sup>99</sup>. En balayant l'obligation de moyen qui pesait normalement sur le praticien, cette présomption de responsabilité empêchait donc le médecin généraliste de s'exonérer de sa responsabilité en démontrant l'absence de faute. Ce fut le cas d'un généraliste qui contestait une contamination par le virus de l'hépatite C d'un patient à la suite d'un traitement de ses varices<sup>100</sup>. Cet arrêt est d'autant plus intéressant que les juges appliquaient cette solution de 1999 à des faits bien antérieurs, la sclérose litigieuse des varices remontant au début des années 1980. La seule possibilité pour le généraliste de s'exonérer était de prouver la cause étrangère aux caractères imprévisible, irrésistible et extérieure, autrement dit la force majeure ou encore la faute de la victime. En dernier exemple, avaient également été condamnés *in solidum* en 2006, pour des faits remontant à 1996, un médecin généraliste qui avait réalisé conjointement avec un chirurgien esthétique une liposuction sur une patiente ; ces derniers n'avaient pas rapporté la preuve d'une cause étrangère au choc septique présenté par la patiente. Ils ne pouvaient donc pas s'exonérer de leurs responsabilités<sup>101</sup>.

---

<sup>99</sup> Cass. 1re Civ., 29 juin 1999, affaire dite «*Staphylocoque doré*» : La cour va consacrer une obligation de sécurité-résultat tant à la charge des établissements de santé que des médecins libéraux.

<sup>100</sup> Cass. 1re Civ., 11 juin 2009, n°08-16914.

<sup>101</sup> Déjà cité, Cass. 1re Civ., 07 février 2006, n°2006 : « (...) retient uniquement à la charge des établissements de santé une responsabilité de plein droit en cas d'infection nosocomiale (...) M.X (...) et M.Y (...) étaient tenus à l'égard de Mme Z (...) d'une obligation de sécurité de résultat dont ils ne pouvaient se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère (...) ».

### c) L'apport de la loi du 04 mars 2002 : L'abandon de l'obligation de sécurité-résultat

Avec la loi du 4 mars 2002 et jusqu'à ce jour, seuls les établissements de soins supportent une responsabilité sans faute en matière d'infections nosocomiales<sup>102</sup>, les professionnels de santé libéraux, *de facto* les généralistes, n'engagent leur responsabilité que pour faute [35,44]. Cette application vaut également pour l'hypothèse d'une infection contractée après le 05 septembre 2001 jusqu'au 1er janvier 2003 ou une infection contractée après le 1er janvier 2003 où le médecin généraliste libéral engage une responsabilité pour faute<sup>103</sup>. Cette distinction dans les dates ne prévaut que pour les établissements de santé (cf tableau récapitulatif)<sup>104</sup>. Aucun arrêt n'a été rapporté à l'encontre des médecins généralistes depuis ces modifications. En revanche, même si une faute doit être rapportée, la prescription décennale de l'action en responsabilité civile ne commence à courir qu'à compter de la date de consolidation de l'état de santé de la victime, ce qui laisse largement l'opportunité d'attaquer un médecin lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique évolutive (comme une hépatite par exemple) avant qu'elle ne se consolide [35,36,41].

---

<sup>102</sup> pour les actes accomplis à compter du 5 septembre 2001.

<sup>103</sup> Article L1142-1-1 du Code de la Santé Publique.

<sup>104</sup> Il est à rappeler que ces dates ne sont pas arbitraires, le 05 septembre 2001 correspondant à l'application rétroactive de la loi du 04 mars 2002 et le 1er janvier 2003 concernant l'entrée en vigueur de la loi About du 30 décembre 2002, allégeant le fardeau des établissements de santé puisque c'est l'ONIAM qui prend en charge les accidents médicaux au delà de 25% d'incapacité partielle permanente, au titre de la solidarité nationale (article L1142-1-1 du Code de la Santé Publique). Toutefois, l'ONIAM peut exercer un recours subrogatoire contre l'établissement en cas de faute de celui-ci, notamment le manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales. La loi du 30 décembre 2002 n'est pas d'application rétroactive c'est-à-dire qu'elle ne s'applique qu'aux infections contractées après le 1er janvier 2003.

	Etablissements publics	Etablissements privés	Médecin libéral
Infection contractée avant le 5 septembre 2001	Présomption de faute	Obligation de sécurité-résultat Responsabilité sans faute	
Infection contractée entre le 5 septembre 2001 et le 1 <sup>er</sup> janvier 2003	Responsabilité sans faute		Responsabilité pour faute
Infections contractées après le 1 <sup>er</sup> janvier 2003	Si le préjudice est inférieur à 25%, il y a un régime de responsabilité sans faute  Si le préjudice est supérieur à 25%, l'indemnisation est réalisée par l'ONIAM qui exercera un recours contre l'établissement s'il est prouvé une faute de celui-ci		Responsabilité pour faute

#### d) La charge de la preuve d'une infection nosocomiale

Ce sont les règles de Droit commun qui s'appliquent : La preuve du caractère nosocomial d'une infection reste à la charge de celui qui l'invoque, c'est à dire le patient victime. Ce dernier doit établir la réalité de l'infection ainsi que son caractère nosocomial, c'est-à-dire contractée dans un cabinet médical en lien avec les soins pratiqués<sup>105</sup>.

<sup>105</sup> Cass. 1<sup>re</sup> Civ., 27 mars 2001 : Arrêt de principe en la matière, confirmé par la suite, notamment par : Cass. 1<sup>re</sup> Civ., 01 mars 2005: La Cour de Cassation refuse de présumer le lien de causalité entre l'intervention et l'infection. Finalement, le patient doit réellement prouver un lien entre l'infection et les soins réalisés.

Ce fut le cas du deuxième et dernier cas relevé pour la Médecine Générale en matière d'infection nosocomiale, s'agissant toujours d'une injection de produits sclérosant dans le traitement variqueux. Même si les juges ont assoupli le régime de la preuve pour les victimes en déduisant le lien de causalité selon des présomptions «*graves, précises et concordantes*»<sup>106</sup>, en l'espèce le patient victime d'une contamination par le virus de l'hépatite C n'avait pas rapporté suffisamment d'éléments pour établir le lien de causalité entre les injections sclérosantes litigieuses et son affection hépatique. Par ailleurs le respect des règles d'asepsie et de stérilisation avait permis d'exonérer ce généraliste<sup>107</sup>.

De nos jours le traitement des varices ne se fait plus qu'à la condition que le généraliste ait un diplôme supplémentaire d'angéiologie, le classant dès lors dans une autre spécialité médicale. En revanche, le médecin généraliste réalise d'autres actes de prévention, de diagnostic ou de soins susceptibles d'engendrer une infection nosocomiale. Le geste le plus fréquent est la vaccination. Il serait donc logique de penser que le contentieux autour de la vaccination et de l'apparition de pathologies neuro-dégénératives relèvent de l'infection nosocomiale ? Il n'en est rien, et ces litiges qui secouent encore l'opinion publique face à la communauté médicale entrent dans un autre champ tout aussi complexe que les infections nosocomiales : Les produits défectueux. Le médecin généraliste se trouve au milieu d'un conflit, et sa place n'est pas encore clairement définie.

---

<sup>106</sup> Selon l'article 1353 de l'ancien Code civil, qui dispose que : «*Les présomptions qui ne sont point établies par la loi, sont abandonnées aux lumières et à la prudence du magistrat, qui ne doit admettre que des présomptions graves, précises et concordantes, et dans les cas seulement où la loi admet les preuves testimoniales, à moins que l'acte ne soit attaqué pour cause de fraude ou de dol*».

<sup>107</sup> Cass. Ire Civ., 26 mai 2011, n°10-17446, à propos d'injections de produits sclérosants effectués dans les années 1980 par un généraliste dans son cabinet et dont le patient victime d'une contamination par le virus de l'hépatite C n'apportait pas de preuves suffisamment graves, précises et concordantes. En outre les règles d'asepsie et les soins donnés étaient conformes aux règles d'hygiène de l'époque.

## **2 - Le médecin généraliste et les produits défectueux : La complexité des données**

### **a) Les produits défectueux au regard du Droit Européen**

Cette partie est intéressante car force est de constater qu'il existe quelques arrêts relatifs à la mise à disposition de produits par le médecin généraliste à ses patients. Il est fort à penser que cette spécialité médicale n'utilise pas de plateau technique particulier ou pour le moins peu de matériel médical. *De facto* le médecin généraliste mettrait donc peu en jeu sa responsabilité. Même si ces arrêts sont anciens et qu'ils n'entrent pas dans les nouvelles dispositions législatives, il convient de faire un état des lieux sur ce que pourrait être la responsabilité d'un médecin généraliste en matière de produits défectueux ?

Une directive communautaire de juillet 1985, transposée très tardivement par la France en 1998<sup>108</sup>, est relative à la responsabilité des fabricants ou producteurs de produits défectueux[46]. Ce vaste contentieux concerne avant tout les spécialités chirurgicales et les dispositifs médicaux comme les prothèses. Le principe est que la Directive de 1985 (loi de 1998) fait peser une obligation de sécurité-résultat sur le fabricant et le producteur d'un produit défectueux tombant ainsi sous le joug d'une responsabilité sans faute. La France avait mal transposé la Directive Européenne, considérant toute la chaîne de fabrication et de distribution des produits, incluant donc le fournisseur et l'utilisateur des produits, c'est à dire les médecins, et que ces derniers engageaient également leur responsabilité sans faute. Cette Jurisprudence, extrêmement bienveillante à l'égard des patients victimes, était beaucoup plus large que la directive. En 2006, le législateur a dû réviser le Code civil<sup>109</sup>, prévoyant que la responsabilité sans faute pèse uniquement sur le producteur ou le fabricant. La responsabilité sans faute du fournisseur est uniquement *subsidaire* c'est-à-dire ne peut être engagée que lorsque le producteur ou le fabricant

---

<sup>108</sup> Loi n°98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, JORF n°117 du 21 mai 1998 p.7744.

<sup>109</sup> Dans son article 1386-6 du Code civil.

ne sont pas identifiés. Seule une responsabilité pour faute peut donc être engagée à l'encontre des médecins.

Mais, pour compliquer les données, la loi du 4 mars 2002 quant à elle fait peser une responsabilité *sans faute* sur le médecin alors que la loi de 1998 canalise cette responsabilité sur le producteur ou le fabricant identifié. Comment articuler la loi du 4 mars qui contredit la directive transposée ? Il appert, au regard de la Jurisprudence récente que la responsabilité sans faute des professionnels de santé ne peut être que subsidiaire en vertu de la loi de 1998. Si le producteur ou le fabricant est identifié, seule une responsabilité pour faute du professionnel de santé est alors envisageable<sup>110</sup>. L'utilisateur d'un produit comme le médecin généraliste est considéré comme un prestataire de service, et dès lors la loi de 1998 sur la responsabilité des produits défectueux ne s'applique pas. C'est donc le Droit commun privé, c'est à dire une responsabilité *pour faute*, qui s'applique aux médecins libéraux. Ces derniers n'entrent pas dans le champ d'application de la directive. Ainsi, était entièrement responsable le médecin du fait de l'éclatement d'une ampoule médicamenteuse donnée par un visiteur médical ayant blessé un patient alors que ledit généraliste n'avait intenté aucun recours contre le laboratoire producteur du produit<sup>111</sup>. En revanche, la mauvaise utilisation d'une table d'examen ou d'un marche pied ne relève pas de ce contentieux, mais d'une responsabilité du fait des choses (article 1384 du Code civil).

---

<sup>110</sup> En revanche et pour venir compliquer le tableau, une inégalité de traitement apparaît entre établissement public et privé (incluant le système libéral) s'agissant de la mise en jeu de la responsabilité des prestataires de service. En effet, le Conseil d'Etat applique le Droit commun pour les prestataires, étant hors du champ d'application de la directive. Cependant, le Droit commun public - dite Jurisprudence Marzouk - est une responsabilité sans faute, alors que la Cour de Cassation adopte un autre régime de responsabilité fondée sur la faute, des prestataires de services. Aujourd'hui encore ces deux régimes s'appliquent, aucune unification n'a eu lieu devant les deux juridictions.

<sup>111</sup> Cass. 2e Civ., 30 juin 1976, n°75-10247, à propos de l'éclatement d'une ampoule médicamenteuse lors de sa manipulation par le patient et qui était périmée depuis douze ans. Seul le médecin généraliste avait été condamné puisque ce dernier Le médecin généraliste n'avait formulé aucune demande devant les juges du fond contre le laboratoire qui avait fabriqué le produit. Même si cet arrêt est antérieur aux dispositions de 1998, le principe retenue est le même.

## b) Le cas particulier des vaccinations : Le médecin généraliste au milieu du conflit ?

Depuis les années 1970', les peurs autour de la vaccination apparaissent par vague, au gré d'études rapportant quelques cas individuels ayant eu une vaccination litigieuse, ou portant sur des groupes de patients souffrant de troubles neurologiques (autisme, épilepsie, déficience mentale, sclérose en plaque etc.). Ces dossiers ont largement été mis en avant par les campagnes anti-vaccination (qui existe depuis la fin du XIXe siècle), notamment aux Etats-unis et en Grande-Bretagne. Pour finir le tableau, les médias, s'alimentant de l'affect du grand public, n'ont fait que booster les inquiétudes, et ainsi élever les mystères neurologiques de la vaccination au rang de légende urbaine [47-49]<sup>112</sup>. Au final, ce sont, chacune de son côté, presque toutes les vaccinations qui se sont vues affublées de l'apparition d'une maladie neurologique. Pour citer quelques exemples, le vaccin Rougeole Oreillons Rubéole (ROR) a été incriminé dans l'apparition de l'autisme<sup>113</sup>, le vaccin contre la grippe aurait provoqué une augmentation des cas de maladie d'Alzheimer et le vaccin contre la Coqueluche (bactérie *B.pertussis*) aurait déclenché des crises d'épilepsies voire des déficiences mentales chez les enfants vaccinés [47-49].

Ces quelques cas rapportés auraient attribué une causalité directe et certaine entre vaccination et troubles neurologiques divers, mais la communauté scientifique leur avait rapidement reproché leurs nombreux biais inhérents aux études, leurs faibles effectifs ou encore leurs conditions draconiennes d'inclusion. Certains éditoriaux comme le célèbre British Medical Journal (BMJ) étaient même allés jusqu'à considérer qu'il existait de véritables trucages frauduleux des résultats concernant l'étude du lien de causalité entre le vaccin ROR et l'autisme [50]. Il est également à noter que ces associations sont trivialement faciles du fait que les étiopathogénies de ces affections neurologiques graves ne sont pas bien ni complètement élucidées [51-56].

---

<sup>112</sup> Voir par exemple l'émission de la chaîne de télévision américaine CNN «Larry King Live Transcript » du 15 December 2005 où les vaccinations sont estimées dangereuses pour la santé.

<sup>113</sup> Le vaccin ROR (Rougeole Oreillons Rubéole) a été incriminé par être une cause d'autisme : Ce lien de causalité avait été mis en évidence lors de la célèbre affaire Wakefield, dont il avait secondairement été prouvé que les résultats (sur 12 patients !) étaient falsifiés.

### c) La vaccination contre l'hépatite B et les troubles neurologiques supposés

La vaccination actuelle sous les feux de la rampe en France est celle protégeant de l'Hépatite B et qui serait responsable d'affections neurologiques comme le syndrome de Guillain-Barré ou la sclérose en plaque (SEP). Les travaux scientifiques nationaux et internationaux actuels n'objectent aucun lien statistiquement significatif entre la vaccination contre l'hépatite B et la survenue ou l'aggravation d'une sclérose en plaques, ce qui pose la question de la possibilité même de l'indemnisation des patients victimes [57].

Dans un premier temps, l'incertitude scientifique du lien entre vaccination et survenue d'une sclérose en plaques a fait obstacle à toute indemnisation<sup>114</sup>. Dans un second temps, les juridictions judiciaires (et également administratives) se sont affranchies de cette incertitude et accèdent désormais aux demandes des victimes, en adoptant un raisonnement par présomption selon des critères «*précis, graves et concordants*»<sup>115</sup>. Si causalité scientifique et causalité juridique ne sont pas nécessairement concordantes, l'incertitude médicale ne doit pas, selon la Cour de Cassation et le Conseil d'État, être un obstacle à l'indemnisation des victimes.

Les cas de sclérose en plaques qui seraient apparus dans les suites du programme de vaccination de masse contre l'hépatite B, sont à l'origine de demandes d'indemnisation. Ces demandes relèvent d'un régime juridique différent selon que la vaccination a été réalisée de manière obligatoire (responsabilité de l'État ou l'employeur, qui est une responsabilité sans faute<sup>116</sup>) ou recommandée<sup>117</sup> (responsabilité du laboratoire producteur du vaccin). C'est dans ce dernier cas que le médecin généraliste peut se trouver «aspérer» malgré lui dans ce conflit médico-judiciaire. En effet, il a été relevé quelques cas où le patient victime engageait la

---

<sup>114</sup> Ce fut la position initiale prise par la Cour de Cassation, notamment avec l'arrêt de la première chambre civile (Civ. 1<sup>re</sup>) du 23 septembre 2003, n° 01-13.063.

<sup>115</sup> Cour de Cassation, Civ. 1<sup>re</sup>, 5 avr. 2005, pourvoi n° 02-11.947.

<sup>116</sup> La loi du 4 mars 2002 modifiée par la loi du 9 août 2004 a confié à l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des infections nosocomiales) la mission d'assurer la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire.

<sup>117</sup> Les victimes ne peuvent ici invoquer ni la responsabilité sans faute de l'État, ni celle d'un employeur, qu'il soit public ou privé, puisqu'aucun de ces acteurs n'a imposé la vaccination.

responsabilité du laboratoire ayant produit le vaccin (en matière de produits défectueux<sup>118</sup>) et, au passage, le médecin généraliste pour défaut d'information<sup>119</sup> [58].

Il est intéressant de rappeler que la responsabilité du fait des produits défectueux est une responsabilité sans faute dans lequel la Cour de Cassation a rappelé que le médecin généraliste ne pouvait être considéré comme un maillon de la chaîne de production, à savoir un fournisseur du produit. Ainsi, éventuellement seule sa responsabilité peut être engagée pour défaut d'information, mais pas au titre de la responsabilité des produits défectueux<sup>120</sup>.

#### d) De la primauté de la preuve du lien de causalité à la présomption

Les principes de la réparation juridique d'un dommage corporel sont l'existence d'un dommage, d'un fait générateur, et d'un lien de causalité certain et direct entre le fait générateur et le dommage. Longtemps, en matière de vaccination anti-VHB et de sclérose en plaques, les juges n'ont pas fait l'économie de l'équation.

La primauté du lien de causalité scientifique s'est étiolée à partir de 2003, lorsque la chambre sociale de la Cour suprême avait reconnu une sclérose en plaques en accident de travail, présumant ainsi le lien de causalité entre la vaccination contre l'hépatite B et l'apparition des

---

<sup>118</sup> Par la loi du 19 mai 1998, le législateur a transposé dans le Code civil, aux articles 1386-1 et suivants, la directive européenne du 25 juillet 1985 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux. Le producteur est responsable du dommage causé par un défaut de son produit qu'il soit ou non lié par un contrat avec la victime. Un produit est qualifié de défectueux lorsqu'il n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre dans : La présentation du produit, l'usage qui peut en être raisonnablement attendu, et le moment de sa mise en circulation. La victime d'un dommage résultant d'un produit de santé défectueux n'aura donc pas à apporter la preuve d'une faute pour obtenir réparation de son dommage. Néanmoins reste à sa charge la preuve du défaut et celle du lien de causalité entre le défaut et le dommage.

<sup>119</sup> Cass, 1<sup>re</sup> Civ., 22 mai 2008, n° 06-10967, Bull. 2008, I, n° 149 : A propos d'un patient ayant assigné les laboratoires sur le fondement de la responsabilité du fait des produits défectueux et le médecin généraliste pour défaut d'information. La Cour suprême a cassé l'arrêt de la Cour d'Appel et renvoyé l'affaire, estimant qu'elle n'avait « pas recherché si les éléments de preuve constituaient ou non des présomptions graves, précises et concordantes du caractère défectueux du vaccin litigieux (...) ». La Cour de Cassation a rendu son dernier pourvoi le 28 avril 2011 et a débouté le patient de ses demandes en réparation : Cass, 1<sup>re</sup> Civ., 28 avril 2011, n°10-15289.

<sup>120</sup> Issu du même arrêt du 28 avril 2011 : « Qu'on ne peut lui - le médecin - pas lui reprocher en l'espèce de manquement à son obligation d'information en l'absence de risques avérés » [...] « Sa responsabilité - au médecin - ne saurait donc être recherchée par référence applicables aux produits défectueux ; en outre un vaccin ne peut être assimilé à du matériel utilisé par le praticien pour l'exécution d'un acte médical de sorte que le Dr Y (...) ne peut donc non plus répondre d'une obligation de sécurité résultant à l'occasion de la vaccination (...) que l'article 1386-7 du Code civil évoque le « fournisseur » professionnel ce qui n'est pas le cas d'un médecin qui vaccine son patient... ».

symptômes du patient<sup>121</sup>. En 2006<sup>122</sup>, C'est au tour de la deuxième chambre civile de reconnaître une SEP en maladie professionnelle à la suite de l'administration d'un vaccin. Le raisonnement des juges était que la relation était établie dès lors qu'aucune autre cause de déclenchement de la maladie n'avait été décelée. La seule connaissance d'un risque possible a suffi à faire bénéficier le patient d'une indemnisation. Le jeu de la présomption pallie donc l'existence d'une incertitude en lui substituant le critère de la vraisemblance. Le Conseil d'Etat est même allé jusqu'à indemniser au titre de la responsabilité sans faute de l'État l'aggravation à la suite d'une vaccination une SEP antérieurement diagnostiquée<sup>123</sup>. De même la Haute Juridiction Administrative considère qu'une prédisposition génétique dans le cadre d'antécédents familiaux de SEP n'est pas de nature à faire obstacle à une demande en réparation [59-63].

#### e) L'affirmation regrettable de la présomption

Depuis 2008, La Cour de Cassation a confirmé la possibilité pour les juges du fond de retenir un lien de causalité entre vaccination contre l'hépatite B et survenue d'une sclérose en plaques (SEP) malgré l'absence de preuve scientifique de cette relation<sup>124</sup>. Cet arrêt illustre parfaitement l'autonomie de la causalité juridique par rapport à la causalité scientifique. Sous l'appellation de causalité, le Droit ne fait pas référence à une relation existant réellement entre vaccin et SEP, mais pose une règle déterminant les conditions sous lesquelles il considérera, d'après un faisceau d'indices, que la vaccination sera reliée au dommage en vue d'en imposer la réparation à son producteur, comme s'il s'agissait de sa cause [59-63].

---

<sup>121</sup> Cour de Cassation, ch. sociale, 02 avril 2003 : En l'espèce, le veilleur de nuit d'un foyer d'hébergement pour adultes handicapés avait été vacciné en 1993 et 1994 du fait de son activité professionnelle. Les premiers symptômes d'une sclérose en plaques étaient apparus peu de temps après les premières injections ; Egalement, Cass. 2e Civ., 25 mai 2004, n°02-30981, à propos d'un femme agent administratif d'un hôpital qui s'était faite prescrire et vacciner par son médecin traitant le vaccin contre l'hépatite B (recommandé par le médecin du travail). Sa sclérose en plaques, apparue trois ans plus tard, avait été reconnue comme accident de travail même si c'est son médecin référent qui lui avait fait l'injection litigieuse. Pas de responsabilité engagée pour le généraliste.

<sup>122</sup> Cass. 2e Civ., 14 septembre 2006.

<sup>123</sup> Conseil d'Etat, 12 février 2012.

<sup>124</sup> Cour de Cassation, Civ. 1<sup>re</sup>, 22 mai 2008, pourvoi n°s 05-20.317 et 06-10.967 (2 arrêts), Bull 2008, I, n°149.

Ce qui est regrettable c'est que les juges se sont affranchis de l'incertitude médicale au moyen d'un jeu de présomptions qui semble, au regard des différents arrêts, affirmé un lien de causalité plutôt que de faire jouer une véritable présomption. Le seuil de vraisemblance susceptible de faire naître un doute s'amenuise, une simple éventualité devient une affirmation pour les juges, dans une souci constant de bienveillance envers les patients victimes. L'exonération d'une telle responsabilité déguisée devient quasiment impossible. Par ailleurs, d'un point de vue scientifique, c'est d'avantage une affirmation d'un lien de causalité temporel entre une vaccination et l'apparition d'un trouble neurologique plutôt qu'un lien entre la vaccination et les mécanismes immunologiques qu'elles pourraient déclencher [64-74].

Cependant, dans ce climat d'incertitude où causalité juridique l'emporte en France sur les preuves scientifiques qui réfutent tout lien entre vaccination et pathologies neuro-dégénératives, la Cour de Cassation, à la suite d'un arrêt du 12 novembre 2015<sup>125</sup>, a néanmoins renvoyé à la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) une question préjudicielle de l'interprétation de l'article 4 de la directive *Produits défectueux* du 25 juillet 1985 et surtout du mode de preuve en matière de défectuosité d'un vaccin<sup>126</sup>. La Cour de Cassation a décidé de surseoir à statuer et de demander à la CJUE si un tel mode de preuve, fondé sur des faits, *graves, précis et concordants*, n'était pas contraire à la directive sur la responsabilité du fait des produits défectueux. En cas de réponse affirmative, le lien devrait-il alors être apporté par une preuve scientifique ? La CJUE devra dire si les juges du fond français peuvent ou non apprécier souverainement si ce mode de preuve est acceptable pour prouver un lien de causalité entre défaut d'un vaccin et maladie. Cette question soulève donc la réelle prise en compte de la causalité scientifique et la position de la CJUE pourrait faire basculer à nouveau cet houleux contentieux en faveur de l'exigence d'une preuve scientifique.

---

<sup>125</sup> Cour de Cassation, Civ 1ere, 12 novembre 2015, n° 14-18118 : En l'espèce, un homme avait contracté une SEP après qu'il s'était fait vacciner contre l'hépatite B. Il avait assigné le fabricant du vaccin sur le fondement des articles 1386-1 et suivants du Code civil qui transposent la directive européenne 85/374/CEE mettant en place une responsabilité du producteur du produit défectueux.

<sup>126</sup> Selon les dispositions de l'article 267 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne, la Cour de cassation sursoit à statuer afin de s'assurer de la conformité de sa solution avec l'interprétation de la directive par la CJUE. L'article 267 permet aux juridictions des États membres de poser à la CJUE une *question préjudicielle* relative à la compétence de cette dernière, c'est-à-dire concernant l'interprétation des traités, la validité et l'interprétation des actes pris par les institutions, organes ou organismes de l'Union.

En conclusion, les réponses jurisprudentielles apportées en matière d'indemnisation des dommages nés d'une vaccination contre l'hépatite B, obligatoire ou recommandée, démontrent que la causalité scientifique n'emporte pas la causalité juridique [59-63,72,73]. En matière de sécurité sanitaire, tout particulièrement, les situations d'incertitude scientifique ne constituent pas, pour le Droit, un obstacle à l'indemnisation des victimes. En attendant la réponse de la CJUE, cette brèche ouverte sur ce mode de preuve pourrait être un danger pour les médecins généralistes. En effet, ces derniers pourraient se voir, par voie de circonstances, accusés d'un défaut d'information sur les vaccinations. Les arrêts rapportés ayant également incriminé des médecins généralistes ont été cassés ou rejetés par la Cour de Cassation, alimentant une incertitude sur la mise en jeu (ou non) de la responsabilité des généralistes dans les vaccinations. Même s'ils ne sont - pour le moment - pas considérés comme des fournisseurs ou des utilisateurs des vaccins, la Cour suprême n'a pas encore tranché clairement leur sort concernant leur implication dans ces affaires.

## **IV - LA CONDAMNATION DES MÉDECINS : UNE FAIBLE JUDICIARISATION**

Pour qu'il y ait responsabilité pénale du médecin généraliste, il faut nécessairement qu'une faute ait été commise. En Droit pénal, contrairement au Droit civil, il ne peut y avoir de responsabilité sans faute.

Les fautes dégagées de la partie Résultats sont d'une grande diversité pour les médecins généralistes. Même si certains chefs d'inculpation sont relevés de façon très sporadique, dans quelques arrêts, les résultats ont montré un panel presque complet de fautes que le juge peut reprocher à un médecin. Ces fautes doivent faire l'objet d'une distinction entre exercice illicite et licite du médecin traitant incriminé.

### **A - Les incriminations du médecin généraliste liées à un exercice illicite de la médecine**

Les médecins peuvent commettre un délit lorsque leur exercice est illégal. Deux grandes parties peuvent se dégager d'un exercice non autorisé par la loi : L'imposture médicale, l'usurpation d'une profession et la complaisance. Il est intéressant de noter que quelques arrêts ont repris cette dichotomie, même s'ils sont en faible nombre.

#### **1 - L'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie**

L'exercice illégal de la médecine est une imposture médicale toutes les fois que le prévenu, médecin de famille dans notre étude<sup>127</sup>, exerce une activité médicale sans être titulaire des diplômes, certificats ou autres autorisations utiles et nécessaires pour exercer l'activité de médecin généraliste [75]. C'est une infraction d'habitude (deux fois suffisent à caractériser

---

<sup>127</sup> En effet, tous les autres exercices illégaux de la médecine réalisés par des non médecins avaient été exclus.

l'habitude) et non une infraction instantanée (comme un vol par exemple). Il existe plusieurs textes d'incriminations pour l'exercice illégal où il est retrouvé la notion d'usurpation et dont les peines s'élèvent jusqu'à deux ans d'emprisonnement et 30 000€ d'amende<sup>128</sup>.

Sur l'ensemble des années de contentieux répressif répertoriées à l'encontre des médecins, plusieurs arrêts évoquaient l'exercice illégal de la médecine. Il ressort en moyenne un à deux arrêts de la Cour suprême chaque année d'individus prodiguant des soins et s'autorisant pour la plupart le titre de Docteur en médecine (homéopathe, naturopathe, aromatothérapeute, chiropracteur, voire même quelques arrêts classant ces personnes de *rebouteux* ou *guérisseurs*)<sup>129</sup>.

L'infraction d'exercice illégal peut être commise de multiples manières, mais un seul cas a été clairement rapporté : L'exercice d'un médecin pendant une période d'interdiction d'exercer sa profession. Le deuxième et dernier cas ne relevait pas les raisons de l'exercice illégal de la médecine, sa principale infraction était l'escroquerie à la sécurité sociale par utilisation de fausses feuilles de soins<sup>130</sup>.

L'autre hypothèse, non vue, serait un exercice illégal pour le médecin ayant le titre de Docteur en médecine mais non inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

Le cas rapporté inculpait un médecin généraliste, accusé d'exercice illégal de la médecine et de fraudes à la sécurité sociale (autre terme pour parler d'escroquerie)<sup>131</sup>. Ce dernier avait été suspendu à la suite d'une sanction disciplinaire d'interdiction d'exercer pendant une année (les circonstances n'étaient pas connues et n'avaient pas fait l'objet d'un pourvoi antérieur). Peu scrupuleux, il continuait néanmoins son activité en utilisant les feuilles de soins et les ordonnances d'un confrère, et en profitait pour obtenir des prestations sociales indues (fausses feuilles de soins ).

---

<sup>128</sup> L'article L4161-1 du Code de la santé publique prévoit l'exercice illégal de la médecine, l'article L4161-2 prévoit l'exercice illégal de l'art dentaire et l'article L4161-3 prévoit l'exercice illégal de la profession de sage-femme. L'article L4161-6 a prévu explicitement la responsabilité pénale des personnes morales.

<sup>129</sup> S'agissant de ces cas particuliers, il faut rappeler qu'il existe une véritable tolérance pour certaines activités comme l'ostéopathie qui n'étaient pas reconnues comme de réelles professions médicales. Mais la loi de 2002 leur a depuis reconnu ce titre.

<sup>130</sup> Cass. crim., 10 janvier 2012, n° 11-81965.

<sup>131</sup> Cass. crim., 14 mars 2000, n°99-84112.

Il est également intéressant de noter l'existence d'un seul exercice illégal de la pharmacie par un médecin généraliste<sup>132</sup>. Il convient de rappeler que l'exercice de la pharmacie reprend les mêmes principes fondamentaux d'obtention de diplôme que celui de Docteur en médecine, à savoir<sup>133</sup> :

- Offrir toute garantie de moralité judiciaire ;
- Avoir le diplôme français ;
- Etre de nationalité française ;
- Etre inscrit à l'ordre des pharmaciens ;
- Ne présenter aucune infirmité ou état pathologique rendant impossible l'exercice de la profession<sup>134</sup>.

Les pharmaciens possèdent une qualité de «titulaire», couplée à la notion de «licence» de leur officine<sup>135</sup>. Ainsi le pharmacien doit être propriétaire de son officine et exercer personnellement la profession. L'exercice personnel imposé au titulaire d'une officine est une conséquence du monopole pharmaceutique, qui *de facto* n'appartiendra jamais aux médecins. Par ailleurs, il existe une interdiction de cumul, réciproque, qui stipule que l'exploitation d'une officine par un pharmacien est un exercice exclusif, incompatible avec l'exercice d'une autre profession, même si l'intéressé est pourvu des diplômes correspondants<sup>136</sup>. Cette interdiction absolue concerne toutes les professions pharmaceutiques : Les pharmaciens d'officine, les pharmaciens de vente en gros, les répartiteurs et les dépositaires [76]. Cette interdiction vaut également pour les médecins. Ainsi, avait été condamné le médecin qui proposait une gamme de compléments alimentaires, aux vertus soi-disantes exceptionnelles, avec l'aide d'une société de fabrication desdits produits<sup>137</sup>. En revanche, le délit d'exercice illégal de la pharmacie ne saurait

---

<sup>132</sup> Cass. crim., 15 février 2000, n°99-81290.

<sup>133</sup> Conditions évoquées à l'art. L4221-1 du Code de la Santé Publique.

<sup>134</sup> Cette clause particulière connaît quelques exceptions, non détaillées dans cette étude : Voir article R4221-15 du Code de la Santé Publique.

<sup>135</sup> A propos des pharmacies d'officine, l'ensemble des règles qui régissent la qualité de pharmaciens se trouve dans le chapitre relatif à la distribution et aux des détails du médicament, aux articles L5125-1 à -32 du Code de la Santé Publique .

<sup>136</sup> Article L5125-2 du Code de la Santé Publique. Seules les professions d'opticien-lunettiste et audioprothésiste sont tolérées.

<sup>137</sup> Cass. crim., 15 février 2000, n°99-81290, Bull crim 2000 n°66 p.178.

être prononcé à l'encontre d'un médecin fournissant lui-même, à ceux de ses malades qui ne pouvaient se déplacer, les médicaments qu'il leur avait prescrits et qu'il achetait pour leur compte dans une pharmacie de son choix<sup>138</sup>.

## **2 - Le cas particulier de l'avortement illégal avant la loi Veil**

Même si seulement deux arrêts font état de ce cas très particulier<sup>139</sup>, il est intéressant de se pencher sur l'évolution bienvenue des mœurs sur la décision de certaines femmes à ne pas vouloir d'une grossesse, quel que soit le motif de ce refus.

Il est évident que les médecins mis en cause<sup>140</sup> étaient tombés sous le coup de la loi, les arrêts étant antérieurs à la loi Veil. La loi en vigueur était une loi datant de 1920, réprimant les moyens contraceptifs et l'avortement. Dans les années 1950, il appert que près de 800 000 femmes auraient eu recours à un avortement. Ce chiffre statistique pourrait être évidemment faussé et grossier eu égard au propre chiffre noir de l'avortement clandestin. Il est cependant opportun de souligner que ces arrêts s'inscrivaient dans une nette décroissance du nombre de condamnations des avortements clandestins au début des années 1970, les juges ayant anticipé la dépénalisation de l'avortement. Ainsi, les condamnations avaient été divisées par 10 depuis 1943 (politique nataliste et lois répressives particulièrement mises en oeuvre sous le Régime de Vichy), soit 354 condamnations en 1972 contre près de 3900 sous le Régime de Vichy [77].

Egalement, un médecin généraliste avait été condamné pour complicité d'avortement pour avoir aidé une jeune patiente en lui fournissant le nom d'une *faiseuse d'ange*. Cet arrêt fut le dernier, la même année que la promulgation de la Loi Veil sur l'interruption volontaire de

---

<sup>138</sup> Cass. crim., 02 mars 1982, n°81-93390, Bull. crim n°65.

<sup>139</sup> Pour mémoire les médecins en question avaient été condamnés à 8 et 10 mois d'emprisonnement (et ferme pour les 10 mois), 5 000 francs d'amende (800€) et une interdiction temporaire d'exercer la médecine pendant 10 années.

<sup>140</sup> Trois médecins pour deux arrêts, un pourvoi se dirigeant contre deux médecins dans une même affaire, et dont les dispositions mettent en cause un médecin généraliste, la spécialité du deuxième étant soit de la médecine générale, soit de la gynécologie. Eu égard à la terminologie *médecin accoucheur*, il n'a pas été possible de faire la distinction, ledit médecin pouvant autant être gynécologue-obstétricien que médecin généraliste. Il n'était pas rare de voir des médecins généralistes accoucheurs pendant cette période, avant que cette activité ne soit exclusivement dévolue à l'obstétrique.

grossesse<sup>141</sup>. Depuis l'apport de la loi Veil, l'avortement a été dépénalisé, ce qui a permis de faire sortir de la solitude, de l'angoisse ou de la honte des centaines ou milliers de jeunes filles qui ne voulaient pas d'enfant. Aujourd'hui 220 000 femmes réalisent une interruption volontaire de grossesse (IVG) chaque année en France, et ces résultats semblent stables dans le temps. Les cas d'avortements illégaux sont devenus exceptionnels en France et sont évoqués succinctement dans les livres de gynécologie destinés aux étudiants de médecine<sup>142</sup>. Aujourd'hui il existe même un délit d'entrave à l'IVG<sup>143</sup>.

### **3 - La complaisance médicale**

La complaisance médicale en Médecine Générale peut se définir comme toute activité médicale livrée par un médecin de famille sans que ce dernier ne respecte les dispositions prévues par le législateur. Deux grandes hypothèses émergent directement de cette complaisance.

#### **a) L'intervention volontaire de grossesse en dehors des conditions légales (après 1975)**

Constitue un délit puni par la loi le fait d'accepter de pratiquer une IVG pour convenance personnelle au-delà de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse (soit 14 semaines après le 1<sup>er</sup> jour des dernières règles), ou en dehors des protocoles médico-chirurgicaux établis. Un médecin généraliste s'était vu condamné pour avoir réalisé sur une jeune fille une IVG en dehors du cadre légal, en utilisant «à l'ancienne» une sonde urinaire et en injectant des produits abortifs (type prostaglandines, pour provoquer des contractions utérines)<sup>144</sup>. Même si l'arrêt établit clairement

---

<sup>141</sup> Cass. crim., 25 février 1970, n°69-92069, Bull. crim n°75, p.168.  
Voir également Loi Veil n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, portant sur une dépénalisation de l'avortement en France.

<sup>142</sup> Il ne serait plus surprenant de voir cette possibilité aux ECNs. Après la gingivo-stomatite sur dent de sagesse, les Epreuves Nationales Classantes pourraient très bien faire évoquer l'avortement clandestin parmi les diagnostics d'une jeune femme arrivée irrégulièrement en France et présentant des métrorragies d'origine endo-utérine.

<sup>143</sup> Loi Neiertz du 27 janvier 1993.

<sup>144</sup> Cour de Cassation ch. criminelle, 19 septembre 2000, n°99-84325.

que cette action s'était déroulée hors protocoles, il n'y est pas fait mention si cette jeune fille avait ou non dépassé le calendrier légal pour avorter (ce qui reste fort à penser eu égard aux possibilités d'accès à cette pratique même si certaines femmes ont des difficultés financières et une couverture sociale limitée).

#### b) Les ordonnances de complaisance en matière de stupéfiants

Ce paragraphe est un rappel sur les faux et l'escroquerie qui en découle sur les produits stupéfiants. Tous les arrêts cités avaient une pluralité d'incriminations<sup>145</sup>. Les ordonnances de complaisance en matière de stupéfiants obéissent à des règles strictes en matière de prescription (en toute lettre, identification pharmacie, ne pas excéder les délais de délivrances légaux etc.) et peuvent ainsi faire l'objet de poursuites indépendantes, sans nécessairement relever de l'escroquerie ou du simple faux<sup>146</sup>. Il est à noter que le pharmacien qui accepte de livrer des produits, notamment classés produits stupéfiants, peut voir sa responsabilité engagée pour complicité d'usage de faux.

### **B - Les incriminations du médecin généraliste liées à un exercice licite de la Médecine**

Ce chapitre met en avant la responsabilité pénale médicale proprement dite : Dans le cadre d'une activité médicale parfaitement licite, une faute pénale a été commise. Il est nécessaire de distinguer deux cas, retrouvés dans les Résultats, selon la nature de l'infraction reprochée au médecin généraliste ; c'est à dire si l'infraction est une infraction d'action ou une infraction d'omission.

---

<sup>145</sup> Par exemple, Cass. crim., 05 novembre 2013, n°13-85704.

<sup>146</sup> Cass. crim., 06 décembre 1983, non publié au bulletin, à propos d'un généraliste qui dépassait les prescriptions légales de stupéfiants pour un de ses patients.

## **1 - Les incriminations pénales et civiles liées à l'activité du médecin généraliste**

Comme cela a été mentionné en Introduction, il existe un paradoxe dans la pratique médicale : Le plus souvent, c'est volontairement qu'un médecin, quelle que soit sa spécialité, porte atteinte à l'intégrité corporelle de son patient, mais ce n'est qu'exceptionnellement que sa responsabilité est engagée de ce chef, en raison du but que poursuivait l'acte médical. Enfin et rarement, le médecin imprudent ou négligent peut involontairement causer un préjudice corporel à son patient, voire, provoquer son décès.

Avant de se pencher sur le cas d'un médecin généraliste qui aurait été imprudent et causé un préjudice à un patient (blessure ou homicide involontaire), il convient de discuter de l'atteinte volontaire à l'intégrité d'un patient, en l'espèce le fait de lui porter des coups et de provoquer des blessures volontairement, voire, cas exceptionnel, de le tuer.

### **a) L'atteinte volontaire à la vie ou à l'intégrité du patient**

#### **1) Le paradoxe**

Le médecin généraliste ne saurait exercer une médecine efficace sans porter, presque à chaque instant, atteinte volontairement à l'intégrité corporelle des patients : Les faire se déshabiller, poser une main sur un abdomen douloureux, pratiquer un toucher rectal lorsqu'un homme se plaint de dysurie, vacciner un nourrisson ou tout simplement et plus subtilement, prescrire des chimiothérapies au sens premier du terme<sup>147</sup>. Le médecin généraliste échappe à toute répression, dans la mesure où il poursuit un but thérapeutique ou qu'il existe une finalité médicale. Cette action qui le rend irresponsable est justifiée par l'autorisation implicite de la loi,

---

<sup>147</sup> Chimiothérapie (Chimia-thérapeutin) : *Méthode de traitement des maladies par des substances chimiques*. Secondairement, ce terme a été élargi à toutes les spécialités, notamment la psychiatrie et la cancérologie. Actuellement ce terme n'est pratiquement plus utilisé que pour désigner les traitements chimiques anticancéreux. Définition du dictionnaire Larousse.

au sens de l'article 122-4 alinéa 1er du Code pénal<sup>148</sup>. La loi investit tout médecin diligent d'une fonction sanitaire, leur conférant, outre l'exclusivité, la possibilité de porter volontairement atteinte à l'intégrité corporelle de leurs patients dans les conditions légales d'exercice, pour guérir ou soulager les malades [78].

En revanche, ne sera pas admissible au jeu d'un quelconque intérêt médical l'atteinte volontaire à l'intégrité (blessure) ou à la vie d'un patient (par le meurtre). Ce dernier pose donc la question du mobile du médecin de famille, et nécessite d'aborder la question délicate de l'euthanasie.

## 2) L'atteinte volontaire d'un médecin généraliste à l'intégrité d'un patient : Les violences

Cette hypothèse relève du cas d'école, puisque seulement trois arrêts impliquaient des médecins généralistes pour atteinte à l'intégrité de leurs patients (deux expressément pour violences et le troisième pour dénonciation calomnieuse suite à un rapport violent entre un médecin de famille et son patient)<sup>149</sup>.

Le premier est très intéressant puisqu'il y est question de voie de fait. En Droit pénal, la voie de fait est une violence quelconque envers une personne qui ne constitue ni une blessure ni un coup porté physiquement. Par exemple, cela peut être une violence verbale avec menace, une insulte, ou toute tentative échouée d'agression<sup>150</sup>. Enfin, le dernier cas, qui remonte à 1998, incriminait un médecin généraliste dans le cas d'un abus de confiance sur une de ses patientes (voir chapitre abus de confiance). Il existait donc un rapport pécuniaire entre les deux

---

<sup>148</sup> Article 122-4 alinéa 1er du Code pénal : «*N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires*».

<sup>149</sup> A propos de la dénonciation calomnieuse, seul cas répertorié, sur fond de violences volontaires d'un médecin traitant - non condamné - suite à une consultation d'un de ses patients : Cass. crim., 27 octobre 1987, n° 86-90379. L'incrimination de dénonciation calomnieuse n'étant pas le fond du litige et n'apparaissant qu'une seule fois, elle ne fera donc pas l'objet de commentaire particulier.

<sup>150</sup> Cass. crim., 17 novembre 1981, Bull. crim n°304, à propos des conditions d'internement en secteur psychiatrique fermé, dont les compétences relèvent du médecin traitant et du médecin psychiatre.

protagonistes. Le médecin généraliste peu scrupuleux refusait de restituer les sommes empruntées et avait ainsi violenté sa vieille patiente au cours d'une consultation<sup>151</sup>.

### 3) L'homicide volontaire : Le meurtre

En revanche, eu égard au serment prêté par tout médecin au début de sa carrière, et respectant le devoir d'humanisme, l'empathie et la dignité de ses patients, il est difficile d'imaginer qu'il puisse être délibérément et volontairement l'auteur d'un homicide. Pourtant, depuis la naissance de la responsabilité pénale des médecins, il y eut trois histoires meurtrières, dont une réalisée par un médecin généraliste<sup>152</sup> [79].

Etant exceptionnellement rare, le meurtre commis par un médecin fait toujours l'objet d'une médiatisation importante. Il s'agissait de l'affaire du Dr Krombach<sup>153</sup>, cardiologue ayant violé et tué par injection intra-veineuse sa belle-fille de 15 ans, de l'homicide volontaire d'un nouveau-né par une pédiatre<sup>154</sup> et enfin de l'affaire du Dr Muller, médecin généraliste inculpé pour le meurtre de son épouse<sup>155</sup>. Une réflexion se pose pour cette dernière histoire : Jean-Louis Muller était accusé du meurtre de son épouse alors qu'il n'eut de cesse de répéter que sa défunte compagne s'était donné la mort à l'aide d'une arme à feu. Sa qualité de médecin *stricto sensu* pouvait ne pas être prise en compte puisque cet homicide ne relevait pas directement de ses fonctions. En revanche, les juges en ont tout de même tenu compte lorsqu'ils accusèrent le docteur Muller d'avoir maquillé cette scène macabre en suicide. Condamné par deux fois à vingt ans de réclusion criminelle, le docteur Muller fut acquitté en 2013, faute de preuves pouvant faire pencher le procès en faveur du meurtre ou du suicide.

---

<sup>151</sup> Cass. crim., 02 avril 1998, n°97-83771, à propos de violences ayant entraîné une ITT de quatre mois, dans une affaire d'abus de confiance.

<sup>152</sup> Il ne sera évidemment pas évoqué l'affaire du «Docteur Satan», Henri Pétiot ayant arrêté ses études de médecine et exercé illégalement la médecine générale de 1941 à 1942. Il fut condamné à mort par la Cour d'assise de la Seine le 4 avril 1946 pour 27 assassinats.

<sup>153</sup> Cass. crim., 21 septembre 1993, n°93-83067.

<sup>154</sup> Cass. crim., 2 mars 2011, n°10-88530.

<sup>155</sup> A ce propos, un des arrêts concernant l'affaire Jean-Louis Muller : Cass. crim., 24 juillet 2002, n°02-83675, à propos d'une demande de mise en liberté sous contrôle judiciaire.

#### 4) Le débat sur l'euthanasie en France

Le meurtre, régit par l'article 221-1 du Code pénal<sup>156</sup>, est constitué par un acte positif et volontaire ; le mobile et le consentement de la victime sont indifférents. Cette indifférence, majeure dans le raisonnement, amène à s'interroger autour d'un débat passionné mais insoluble qu'est l'euthanasie en France. Même si le mobile d'un médecin est louable comme vouloir abréger les souffrances et respecter la dignité d'un malade et que le consentement du patient est donné, l'euthanasie tombe encore sous le joug de la définition légale du meurtre<sup>157</sup>. L'existence ou non d'un droit de mourir ne sera pas abordé dans cette étude, n'ayant pas fait l'objet de pourvoi en Cassation pour la spécialité de Médecine Générale.

En revanche, un arrêt s'est indirectement penché sur cette question, en confirmant le non-lieu dont un médecin de famille avait bénéficié, alors qu'il avait initialement été inculpé pour homicide involontaire. En effet, ce médecin avait été appelé au chevet d'une de ses patientes atteinte d'un cancer d'évolution irréversible et de pronostic très sombre à très court terme. Dans son agonie, Il lui avait injecté du dolosal® et du primpéran®, respectivement un morphinique et un anti-nauséeux, afin de lui calmer ses douleurs néoplasiques vicieuses. Il l'avait assistée jusqu'à ce qu'elle expirât son dernier souffle. La Cour suprême relevait que *«L'échéance fatale à court terme étant certaine, quand bien même le médicament administré et dont il n'est nullement prouvé qu'il était périmé, ayant pu accéléré le décès, le praticien ne saurait avoir commis aucun faute par négligence en lui faisant une piqûre dont le but était seulement d'atténuer ou d'abréger les souffrances d'une malade atteinte d'un mal inexorable qui avait atteint le stade terminal.»*<sup>158</sup> Cet attendu résume très bien comment doit se conduire un médecin dans l'assistance de ses patients, à savoir lui offrir la convalescence ou lui procurer, comme dirait Louis Pasteur Valery Radot, petit-fils de Louis Pasteur, lorsqu'il n'y a plus d'espérance, une mort douce et paisible.

---

<sup>156</sup> Article 221-1 du Code pénal : *«Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle».*

<sup>157</sup> Et ceci malgré l'avancée considérable et bienvenue qu'ont permis la Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 dite Léonetti, portant réforme sur les soins palliatifs et les fins de vie et la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

<sup>158</sup> Cass. crim., 03 mars 1992, n°91-83067.

Mais le débat sur l'euthanasie, aussi passionnant que passionné, est devenu trop complexe pour qu'il puisse être envisagé simplement, comme en l'espèce [80-82]. Dès lors, il plonge inexorablement dans l'ombre les actions de certains médecins, dont les généralistes. Car d'un point de vue tout à fait objectif sur l'époque actuelle, il est opportun de s'interroger sur la véracité quant à l'absence de telles pratiques en Médecine Générale. Chaque médecin a eu à effleurer ce tabou, cette question qui divise [82,83].

Aujourd'hui, cette question de la *piqûre libératrice*<sup>159</sup> reste un «on» qu'il est impossible de nommer, une idée, un murmure entendu par tout médecin, une matrice non contrôlée dont les opposants jettent l'opprobre sur l'hypothèse de dérives médicales. Peut-être existe-il des affaires n'ayant pas fait l'objet de pourvoi et s'arrêtant en première instance ou en Cour d'Appel ? Ou alors existe-t-il très certainement un chiffre noir qui concernerait le médecin de famille qui, dans le secret de sa conscience, celui du patient et de son entourage, aurait décidé de rendre humblement à ses malades une dignité perdue dans les souffrances de la maladie.

#### b) Le médecin imprudent : Les atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité physique d'un patient

Le nouveau Code pénal de 1994 utilise l'adjectif «involontaire» pour les infractions non-voulues par le médecin généraliste. Il est donc logique que cette terminologie n'apparaisse pas avant cette date.

S'il est vrai que l'infraction n'est pas voulue, il existe cependant souvent une volonté d'agir du médecin de famille. L'imprudence constitue aujourd'hui un contentieux de masse au sein duquel les accidents médicaux sont très faibles<sup>160</sup>. Ce contentieux est celui qui nourrit la peur des médecins et forge l'épée de Damoclès qui fait naître la crainte d'être traîné devant Dame Justice. Et malheureusement, force est de constater que les médias donnent un écho à ses affaires qui se trouvent être sans commune mesure avec leurs portées réelles.

---

<sup>159</sup> Terme utilisé pour la première fois à l'audience de télévision «Réponse à tout», en 1946, avec la présence de Louis Pasteur Valéry Radot.

<sup>160</sup> Par ailleurs, aucun accident médical relevant de la médecine générale n'a été rapporté.

## 1) Les blessures et homicides involontaires au civil et au pénal

Comme le quasi délit civil, les blessures et les homicides involontaires nécessitent trois éléments : Une faute, un préjudice et un lien de causalité [75,84]. Les textes répressifs portant sur les blessures et l'homicide involontaire sont construits et rédigés de la même manière<sup>161</sup>. Les fautes sont multiples. Certains arrêts ont été relevés au civil, d'autres au pénal.

### a) Une faute du médecin généraliste

C'est l'élément le plus important du triptyque, le fait générateur, la faute du médecin est l'élément le plus délicat à apprécier : Il appartient aux parties de prouver la faute. En Droit pénal, il n'existe pas de responsabilité sans faute ou ni de présomption de faute. Ni le Code civil ni le Code pénal ne donnent de définition générale de ce qu'est une faute, mais ils distinguent cependant plusieurs types de fautes. C'est la Doctrine et la Jurisprudence qui ont pallié le mutisme du législateur.

De manière générale, la faute peut se définir comme un défaut de précaution ou comme une conduite blâmable. En somme, le médecin néglige de respecter des règles de prudence nécessaires et de prendre les précautions qu'il aurait dû prendre. Les juges et collègues d'experts médico-chirurgicaux désignés recherchent toujours si le comportement jugé fautif a ou n'a pas été fait selon les règles de l'art et les données acquises de la science. Par exemple, une étude ou un article médical qui considère une prise en charge particulièrement dangereuse ne peuvent pas être invoqués par un patient victime d'un comportement fautif alors que ces révélations scientifiques n'existaient qu'a posteriori de la commission de ladite faute<sup>162</sup>. Egalement n'était pas civilement responsable le généraliste qui avait aggravé un état pathologique antérieur (non connu) d'un patient avec la mise en place d'un traitement pourtant conforme aux données

---

<sup>161</sup> L'article 221-6 du Code pénal prévoit l'homicide par imprudence, l'article 222-19 prévoit les blessures par imprudence. «*le fait de causer, dans les conditions et suivant les distinctions prévues à l'article 121-3 [du Code pénal] par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire*».

<sup>162</sup> Cass. 1re Civ., 03 juin 2015, n°13-26688, à propos d'un médecin à qui il n'a été civilement reproché aucune faute suite à une deuxième injection d'un produit anti-rides chez une patiente. Un article scientifique sorti a posteriori mettait en avant le caractère dangereux de la répétition des injections litigieuses de tel produit dans les mêmes sillons anatomiques.

acquises de la science<sup>163</sup>. Au pénal, la faute étant un des éléments constitutifs de l'homicide (ou la blessure) involontaire, son absence rend caduque cette incrimination<sup>164</sup>. Ainsi, à titre d'exemple, n'avait pas commis de faute pénalement répréhensible le médecin traitant qui avait traité simplement, selon les règles de l'art, un jeune patient pour une blessure de sport violent et dont il ignorait qu'il était porteur d'une mutation du facteur V de Leiden<sup>165</sup>.

Le législateur a fait la distinction entre faute simple et faute grave.

### La faute simple

La faute simple constitue l'élément le plus largement repris par les juges civils et répressifs concernant certains actes des médecins généralistes. La responsabilité s'apprécie *in abstracto*, c'est à dire en comparaison avec le comportement qu'aurait adopté un professionnel agissant normalement. Sous cette appellation de faute simple il existe [7-10,21,24,25,36,75] :

- *L'imprudence* : c'est la méconnaissance des règles de prudence entraînant un risque dangereux. Les juges ont qualifié de faute d'imprudence le fait pour un médecin traitant d'avoir mal interprété les données transmises par le SAMU, celles de la mère de la patiente, et de ne pas s'être déplacé au chevet de l'enfant<sup>166</sup> ;

- *L'inattention* : C'est la légèreté, l'étourderie. Un médecin généraliste avait été attaqué par une famille pour homicide involontaire d'un de leurs membres pour «légèreté» dans la prise en charge et sur son obligation de conseil sur les risques de récurrences d'embolie pulmonaire (il existait auparavant d'autres épisodes)<sup>167</sup> ; également pris en compte comme de la légèreté l'interrogatoire avec manque de sérieux du

---

<sup>163</sup> Cass. 1re Civ., 26 mars 1996, n°94-14267, à propos de l'apparition secondaire d'une surdité bilatérale à la suite d'une antibiothérapie par streptomycine (complication connue, peu fréquente) mais dont il appert que ce choix thérapeutique était conforme à des soins consciencieux et aux données acquises de la science. Dans le même sens, à propos de traitements symptomatiques de la gastro-entérite instaurés selon les recommandations et les données acquises de la science : Cass, civ 1re, 07 mai 2008, n°06-21032.

<sup>164</sup> A titre d'exemple, n'avait pas été condamné le médecin qui, malgré une hésitation sur une épiglottite, avait pris toutes les mesures nécessaires pour faire hospitaliser l'enfant. Le fait pour lui de ne pas s'être déplacé en ambulance avec l'enfant, dont l'état n'évoluait pas depuis plusieurs heures, ne saurait être constitutif d'une faute. Cass. crim., 12 avril 1995, n°94-83518.

<sup>165</sup> Cass. crim., 09 avril 2013, n°12-83030.

<sup>166</sup> Cass. crim., 27 octobre 2015, n°14-86706, à propos d'une invagination intestinale aiguë sur diverticule de Meckel chez une fillette ayant présenté depuis deux jours de violentes douleurs abdominales.

<sup>167</sup> Cass. crim., 23 janvier 2001, n°00-82913: Ils furent déboutés de leur demande.

médecin ne s'étant pas intéressé aux résultats de frottis d'une patiente, ayant ainsi retardé la prise en charge de plusieurs mois<sup>168</sup>.

- La *négligence* : C'est le fait d'omettre de prendre des précautions qui étaient nécessaires. Ainsi, a été considéré avoir commis une faute par négligence le médecin de famille ayant initialement suspecté chez une jeune de ses patientes une hémorragie méningée, mais qui, à la demande du médecin régulateur, n'avait pas fait hospitaliser ladite patiente<sup>169</sup>. Egalement, un médecin généraliste condamné pour imprudence et négligence pour ne pas avoir examiné son patient envoyé en secteur fermé psychiatrique alors qu'il présentait une méningite aiguë purulente à méningocoque<sup>170</sup>. Enfin une négligence existe dès lors que le médecin ne stérilise pas correctement son matériel ou n'utilise pas de l'équipement à usage unique pour évacuer un hématome suite à un claquage (déjà cité) ;

- La *maladresse*, qui peut se définir comme un défaut de dextérité, n'a été rapportée qu'une seule fois pour la Médecine Générale : A été considérée comme une maladresse la mauvaise implantation d'une contraception sous-cutanée (type Implanon®), ne produisant dès lors aucune protection contraceptive (en l'espèce la patiente était tombée enceinte d'un enfant atteint de malformation)<sup>171</sup>.

- Le *manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement*. Cela suppose qu'il existe un texte prévoyant une obligation de prudence et de sécurité et c'est par rapport à cela que le comportement du médecin fautif doit être apprécié. Aucun cas n'a été rapporté.

---

<sup>168</sup> Cass. 1re Civ., 09 octobre 2001, n°00-12285, à propos d'un médecin ne s'étant pas correctement enquis de connaître tous les antécédents médicaux de sa patiente, en procédant à un interrogatoire succinct et dénué de caractère sérieux.

<sup>169</sup> Cass. crim., 02 décembre 2008, n°07-87821

<sup>170</sup> Cass. crim., 15 février 2000, n°98-87984. A noter par ailleurs que la méningite dont il souffrait était probablement responsable d'une décompensation de son état psychiatrique pré-existant.

<sup>171</sup> Cass. 1re Civ., 28 juin 2006, pourvoi non référencé, à propos d'une patiente ayant fait les démarches pour se faire poser un dispositif contraceptif sous-cutané qui, par maladresse du médecin généraliste, n'a pas eu les effets escomptés. Elle est tombée enceinte d'un enfant qui potentiellement pouvait avoir la même pathologie génétique que son père (achondroplasie en l'espèce). Néanmoins elle décida de garder l'enfant et tenta une action en réparation du préjudice après que la confirmation diagnostique en post-partum a été faite.

La Cour a néanmoins rappelé, suite à la loi du 04 mars 2002 dite «Anti-Perruche», que nul enfant ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.

### La faute grave et/ou qualifiée

- La *faute délibérée* présente un point commun avec le manquement à une obligation de sécurité et de prudence imposée par la loi ou le règlement. En effet, ce genre de faute impose un préalable textuel, une loi ou un règlement prévoyant une obligation circonstanciée particulière de sécurité ou de prudence. Il faut que le médecin généraliste ait violé de façon manifestement délibérée l'obligation circonstanciée, ce qui requiert une composante psychologique de grande intensité. Aucun cas n'a été relevé pour les médecins de famille ;

- La *faute caractérisée*. Cette faute est factuelle ; trois éléments sont révélateurs d'une faute caractérisée :

- C'est une faute d'un haut degré de gravité ;
- Cette faute a pour conséquence d'exposer un tiers à un risque mortel ou invalidant ;
- Le médecin est conscient de ce qu'il expose, par son comportement, un risque pour son patient qu'il ne pouvait ignorer. Cette appréciation se fait *in concreto*, c'est à dire au cas par cas.

Trois cas ont relevé des fautes caractérisées (cf justesse sanction civile/pénale).

### Les différents types de fautes en matière médicale

Les *fautes de diagnostic*. Ce sont de loin les plus nombreuses. Il y a faute de diagnostic entraînant la responsabilité du praticien lorsque ce dernier n'a pas pris les précautions nécessaires à l'établissement de son diagnostic. La faute de diagnostic se décompose souvent en plusieurs négligences qui se cumulent. Par exemple, était pénalement responsable du décès de son patient le médecin généraliste qui connaissait ses lourds antécédents d'infections cutanées récidivantes à staphylocoque, et qui a commis une erreur diagnostique sur un énième épisode (déjà cité).

Pourtant l'erreur diagnostique n'est pas nécessairement une faute (civile ou pénale) si bien qu'il faut distinguer les cas. Les juges sont indulgents lorsque « *le diagnostic est difficile à poser, notamment lorsque les symptômes rendent ce diagnostic particulièrement difficile à établir* »<sup>172</sup>.

Comme autre exemple, le cas de l'erreur diagnostique d'hyperthermie maligne où le médecin généraliste n'engageait pas sa responsabilité pénale<sup>173</sup>, les éléments pour constituer la faute n'étant pas présents. Les juges sont pondérés dans leurs jugements et étudient les affaires selon une casuistique draconienne. Ils s'enquière systématiquement de savoir si le médecin, même s'il s'est trompé dans son diagnostic, a commis les diligences normales et pris le temps nécessaire à l'appréciation du diagnostic, même si ce dernier est posé de façon erroné. Ainsi, un médecin n'avait pas été condamné car il avait pris le temps de voir si les thérapeutiques prescrites, à domicile et en urgence, diminuaient les céphalées avec vomissements chez un patient migraineux connu. Au vu de l'examen rassurant, après un certain laps de temps et après refus catégorique du patient de se faire hospitaliser pour bilan, il n'avait pas été reproché au médecin une erreur diagnostique, entre crise migraineuse et hémorragie méningée<sup>174</sup>.

Par ailleurs, un médecin généraliste qui redresse son diagnostic initial erroné et fait transférer en conséquence son patient à l'hôpital ne peut être considéré comme responsable d'une perte de temps alors que le confrère hospitalier n'a pas du tout tenu compte du diagnostic proposé par le médecin traitant<sup>175</sup>. Le corollaire à cette situation est que les juges condamnent plus aisément la persistance dans l'erreur, surtout lorsque le traitement est inefficace ; persister dans l'hypothèse d'un traitement révèle alors une erreur de prise en charge initiale. Ainsi, ne pas avoir

---

<sup>172</sup> Cass, 1re Civ., 31 mai 2007, n°06-12641 : A propos d'un choc septique d'issue fatale dont les symptômes présentés par le patient ne permettait pas de déterminer l'origine. L'arrêt de la Cour d'Appel avait été cassé par la Cour de Cassation, aux motifs que : « *L'origine du choc n'était pas établie (...) le caractère réfractaire du choc n'avait pas non plus d'explications évidentes (...) alors que ne commet pas de faute le médecin qui ne peut poser un diagnostic exact lorsque les symptômes rendent ce diagnostic particulièrement difficile à établir (...)* ».

<sup>173</sup> Cass. crim., 09 janvier 1989, n°88-80248.

<sup>174</sup> Cour de Cassation, ch civile 1, 17 juin 2015, n°14-19725, où la Cour rappelle que l'erreur de diagnostic ne constitue pas en elle-même une faute: « *(...) que ce praticien a pris le soin de proposer une hospitalisation (...) qu'elle a consacré le temps nécessaire à son diagnostic, qu'aucune négligence ne peut être reprochée à Mme Z (...)* ».

<sup>175</sup> Cass. 1re Civ., 28 mai 1991, n°89-14104, à propos d'une erreur diagnostique sur des douleurs thoraciques et d'une fièvre présentés par un patient qui venait de se faire une entorse de la cheville avec déchirure musculaire. Le médecin de famille a fini par évoquer une suspicion d'embolie pulmonaire devant la persistance des symptômes. Ce diagnostic ne fut pas suivi par le médecin pneumologue à son arrivée à l'hôpital qui le traita comme une pneumopathie. Le patient décéda quelques jours plus tard d'une embolie pulmonaire massive. L'arrêt de Cour d'appel considérant une responsabilité *in solidum* du généraliste et du pneumologue fut cassé par les juges suprêmes, estimant que le médecin traitant n'était pas responsable du retard de prise en charge du patient.

évoqué une grossesse extra-utérine en premier lieu suite à une perte des menstruations et ligature des trompes pouvait ne pas être une erreur, mais persister à dire qu'il s'agit d'épisodes de coliques néphrétiques malgré un traitement inefficace est une erreur qui a été condamnée civilement par les magistrats<sup>176</sup>.

*Faute quant au choix du traitement* : Il serait judicieux de penser que l'erreur dans le choix du traitement est un corollaire à l'erreur diagnostique. En effet, un diagnostic erroné initial entraîne nécessairement un mauvais choix dans l'arsenal thérapeutique. Cependant, dans ces fautes retenues par les juges, il faut considérer que l'erreur de thérapeutique est un choix qui n'est pas cohérent avec les recommandations ni les données acquises de la science. Ainsi, avait été condamné le médecin traitant qui avait prescrit des traitements à base de plantes et des antalgiques chez un patient dont le diagnostic de néoplasie de l'épiglotte avait été mis en évidence par un confrère otorhinologue. La persistance du choix médicamenteux plutôt qu'un traitement par radiothérapie avait été sanctionnée par la chambre civile de la Cour de Cassation<sup>177</sup>. En revanche, ne constitue pas une faute dans le choix du traitement le fait d'administrer du Dolosal® (morphinique) à une patiente cancéreuse en phase terminale et qui débutait sa phase agonique<sup>178</sup>. Enfin, d'autres exemples posent enfin le problème du choix entre hospitaliser ou non un patient : Sera fautif le fait de décider de ne pas hospitaliser une patiente qui présente un risque d'hémorragie méningée<sup>179</sup> ou un patient qui s'est enfoncé dans la quasi-totalité du genou une barre métallique<sup>180</sup>.

---

<sup>176</sup> Cass. 1re Civ., 16 octobre 1990, n°88-20446, à propos d'un patiente ayant eu une ligature des trompes qui présentait de violentes douleurs abdominales et d'une aménorrhée ; le médecin avait attribué sa symptomatologie à des coliques néphrétiques, malgré l'inefficacité complète de son traitement.

<sup>177</sup> Cass. 1re Civ., 04 novembre 1964, Bulle 07 novembre 1961 I, n°508, p.401.

<sup>178</sup> Cass. crim., 03 mars 1992, n°91-83067.

<sup>179</sup> Cass. crim., 02 décembre 2008, n°07-87821, à propos d'une femme ayant présenté subitement des céphalées avec vomissements, et dont la mère avait été opérée d'un anévrisme quelques années auparavant. Le médecin traitant s'était laissé convaincre par le médecin régulateur SAMU de ne pas la faire hospitaliser.

<sup>180</sup> Cass. 1re Civ., 07 juillet 1993, n°92-10354, à propos d'un accident de ski pour lequel une personne a reçu une barre métallique lui transperçant la rotule. Amené dans l'heure chez le généraliste, ce dernier a décidé de réaliser des soins locaux (sutures des plaies) sans aucune autre surveillance. Le patient a développé une arthrite septique purulente quelques jours plus tard, nécessitant par la suite sept opérations chirurgicales.

*Les fautes dans l'exécution du traitement.* A titre d'exemple, une faute dans l'exécution d'un traitement avait été prononcée à l'encontre d'un obstétricien et d'un médecin généraliste qui avaient fracturé le crâne d'un nouveau-né lors de l'utilisation de forceps (déjà cité).

## b) Un préjudice

### *Un préjudice certain au pénal*

Le Code pénal précise qu'un préjudice est nécessaire pour l'incrimination pénale<sup>181</sup>. Si le préjudice se révèle en cours de procédure, alors les juges ont l'obligation de modifier l'incrimination en fonction du préjudice nouvellement connu<sup>182</sup>. En revanche, si une condamnation irrévocable a été prononcée, elle met fin à la procédure : Une autorité de la chose jugée a été rendue de telle sorte que, s'il n'est plus possible d'interjeter appel, cette décision est définitive. L'accroissement du préjudice ne peut pas être pris en compte si le procès est fini. En revanche la position de la Cour de Cassation est différente au civil.

### *Un dommage éventuel non réparable : L'hypothèse de la perte de chance au civil*

Le Droit commun nécessite l'existence d'un dommage certain réparable, même futur. Il ne peut pas être éventuel ni hypothétique<sup>183</sup>. Peu favorable aux victimes, surtout dans le domaine médical qui ne connaît pas de système binaire en terme de guérison, la Cour suprême a donc émis l'hypothèse d'une situation intermédiaire entre dommage certain et dommage éventuel non réparable : La notion de perte de chance. Ainsi il existe une perte de chance chaque fois que le dommage a fait disparaître une probabilité qu'un événement positif pour le patient victime se

---

<sup>181</sup> Dans l'article 221-6 du Code pénal, le préjudice consiste dans le décès (homicide) et dans l'article R625-2, le préjudice consiste dans les blessures ayant entraînant une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 3 mois.

<sup>182</sup> Ainsi, un cas avait été requalifié, en cours de la procédure, une blessure involontaire en homicide involontaire avec le décès de la patiente: Cass. crim., 15 décembre 2009, n°08-84084 et 08-87817. Le médecin avait également commis une faute caractérisée dans la prise en charge de sa patiente.

<sup>183</sup> A ce propos, n'avait pas été considéré comme réparable le préjudice d'agrément mis en avant par un patient victime d'une mauvaise prise en charge d'abcès inter-fessier. Ce dernier alléguait pratiquer occasionnellement le VTT. Les juges ont rejeté sa demande, le dommage n'étant qu'hypothétique et non avéré. Cass. 1re Civ., 23 juin 2011, n°10-19374.

réalise, ou une probabilité qu'un événement négatif ne se réalise pas. Pour qu'une situation de perte de chance puisse donner lieu à indemnisation, il faut que, par la faute de médecin responsable du dommage la victime ait perdu «une éventualité favorable» selon la Cour suprême<sup>184</sup>. Il est donc nécessaire, au jeu mathématique des probabilités, que l'événement favorable qui a disparu par la faute du médecin soit doté d'une survenance certaine. Cela va s'en dire que la perte de chance hypothétique, voire négligeable, ne s'indemnise pas<sup>185</sup>. L'indemnisation qui découle de la reconnaissance d'une perte de chance repose sur le fait d'avoir perdu une probabilité de réaliser un gain ou d'avoir perdu une opportunité d'éviter une perte (dans tous les cas d'espèces, la perte de chance s'analyse comme une perte de chance d'éviter une opération, de guérir voire de survivre). En revanche, puisque le dommage n'emporte pas la certitude, seule une partie du préjudice sera ouvert à indemnisation. Pour indemniser ainsi la perte de chance, le juge évalue systématiquement la valeur pour le patient victime qu'aurait représenté la réalisation de «l'éventualité favorable» qui a disparu par la faute médicale<sup>186</sup>. Une fois celle-ci déterminée, le juge applique un pourcentage de cette valeur qui fixera le montant de l'indemnisation<sup>187</sup>. Plus le juge considérera que l'événement positif avait de chance de se réaliser, ou l'événement négatif d'être évité, plus il fixera un pourcentage conséquent<sup>188</sup>. Lorsque les juges raisonnent sur la perte de chance qu'un événement négatif ne se réalise pas ils se réfèrent à la

---

<sup>184</sup> Cass. 1re Civ., 21 novembre 2006, n°05-15.674

<sup>185</sup> Avait ainsi encouru la cassation la Cour d'Appel qui n'avait pas recherché à savoir si le risque d'occlusion intestinale d'une patiente à la suite d'une péritonite gangréneuse aurait été écarté en cas d'appendicectomie simple ou si la faute commise par le médecin traitant (retard de prise en charge) avait seulement fait perdre à sa patiente une chance qu'il ne se réalise pas : Cass. 1re Civ., 23 novembre 2004, n°03-12662.

<sup>186</sup> A titre d'exemple, avait été évaluée à une perte de chance de 80% d'éviter une amputation de la jambe le patient étiqueté sciatique alors qu'il faisait une thrombose extensive ischémique avec nécrose des orteils. Dans cette affaire deux médecins généralistes avaient été mis en cause, le premier avait été mis hors de cause car les pouls étaient présents le jour de l'auscultation, lesdits pouls n'ayant pas été recherchés lors d'une deuxième consultation par son médecin traitant de référence, alors que le patient se serait plaint de pied froid. Cass. 1re Civ., 15 mai 2015, n°14-15552.

<sup>187</sup> A ce propos, une Cour d'Appel avait encouru la Cassation par les juges suprêmes la mauvaise appréciation d'une perte de chance d'avoir évité une amputation à la suite d'une phlébite bleue, exceptionnelle, mal diagnostiquée. Cass. 1re Civ., 08 juillet 1997, n°95-17076, Bull. 1997 I, n°239, p.160.

<sup>188</sup> Par exemple, avait été considérée comme une perte de chance *minime*, le jeune patiente trentenaire qui avait présenté des douleurs thoraciques à la suite d'un effort de musculation. Le médecin généraliste avait diagnostiqué une rhabdomyolyse (même si la symptomatologie est celle d'un infarctus), provoquant un retard de prise en charge. Le collège d'experts, bien que s'étant prononcé sur la faute du médecin dans son erreur diagnostique alors que le patient présentait des signes typiques d'IDM, avait conclu que la perte de chance était minime puisque cette dernière avait des coronaires saines et avait provoqué son IDM sur des spasmes sur coronaire saine, dont les techniques actuelles de désobstruction coronarienne ne sont que partiellement efficaces sur les spasmes. Qu'ainsi le retard de prise en charge n'avait entraîné qu'un préjudice partiel. Cass. 1re Civ., 18 juin 2014, n°13-13349.

notion de perte d'une chance de survie<sup>189</sup>. Cette hypothèse est reconnue très tôt dans le domaine médical, à la fin des années 1960<sup>190</sup>.

### c) Un lien de causalité

Selon l'application de Droit commun, avec le fondamental «une faute, un dommage et un lien de causalité», l'atteinte involontaire à la vie ou à l'intégrité d'un patient n'est punissable que s'il existe une relation de cause à effet entre la faute relevée à l'encontre du médecin traitant et le dommage (ou la perte de chance) constaté.

L'exigence du lien de causalité ressort très nettement des différents textes<sup>191</sup>. Il faut établir un lien de cause à effet entre la faute et le préjudice<sup>192</sup>. Ce préjudice et cette faute doivent être en relation de causalité certaine. En l'absence d'une certitude sur la causalité, aucune condamnation n'est possible. Que la faute soit directement ou indirectement la cause du dommage, il n'en reste pas moins que la Jurisprudence, constante, exige que le lien de causalité soit *certain*<sup>193</sup>. Une probabilité dans le lien de causalité ne suffit pas, il faut toujours une certitude.

A titre d'exemple, un généraliste avait été jugé civilement responsable de l'apparition du syndrome de Lyell à la suite d'un traitement d'une angine par Fanasil® (Antibiotique de la classe des sulfamides - sulfadoxine). Les juges ont considéré que «*la très grande probabilité dont ceux-*

---

<sup>189</sup> Cass. 1re Civ., 14 octobre 2010, n°09-69195, à propos du décès de nature indéterminée d'une patiente souffrant d'une détresse respiratoire aiguë sur grippe maligne, la perte de survie doit être prise en compte : «(...)l'indétermination de la cause du syndrome de détresse respiratoire aiguë ayant entraîné le décès n'était pas de nature à écarter le lien de causalité entre la faute commise par M.Y(...), laquelle avait pour effet de retarder la prise en charge de Claire X(...), et la perte d'une chance de survie pour cette dernière(...)».

Egalement Cass. 1re Civ., 07 juillet 2011, n°10-19766, toujours sur une grippe maligne avec détresse respiratoire aiguë, à propos du retard d'une échéance néanmoins fatale, mais dont les fautes avaient fait perdre une chance de survie avec «une fin de vie meilleure et moins douloureuse».

<sup>190</sup> Cass. 1re Civ., 25 mars 1968, à propos de la première indemnisation pour la perte «d'importantes chances de guérison».

<sup>191</sup> Article 319 du Code pénal et 1382 du Code civil.

<sup>192</sup> A titre d'exemple, Cass. crim., 15 septembre 2015, n°14-84303 ; Par exemple, n'avait également pas été démontré comme ayant un lien de causalité, même indirect, le fait pour un médecin traitant de ne pas se déplacer pour examiner un patient et ne pas avoir changé de sonde urinaire dans les temps impartis (avec une semaine de retard en l'espèce) et le décès du patient de 91 ans suite à une IRA sur obstruction.

<sup>193</sup> Cass. 1re Civ., 07 juin 1988, n°86-13214, à propos de la révélation d'une méningite de part une de ses complications (surdité en l'espèce) dont le médecin généraliste n'a pas été tenu pour responsable, l'enfant examiné à plusieurs reprises n'ayant présenté aucune signe méningé. Les juges du fond ont estimé qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les fautes commises par le généraliste et la perte de chance que l'intéressé avait de ne pas souffrir de surdité post méningite.

*ci (le collège d'experts) faisaient état en ce qui concerne l'existence d'un lien de causalité entre l'absorption de fanasil et l'apparition d'un syndrome de Lyell équivalait à une certitude»<sup>194</sup>.*

Ce fut également le cas d'un arrêt répressif, à propos d'un médecin généraliste initialement condamné pour blessures involontaires qui avait fait une injection de corticoïdes dans la cuisse d'un patient atteint de lymphosarcome, et qui par la suite avait développé une gangrène gazeuse de ladite jambe. Le simple fait d'alléguer que le lymphosarcome provoquait un déficit immunitaire de nature à pouvoir provoquer des réactions comme une gangrène post-injection ne saurait apporter la certitude du lien de causalité entre les corticoïdes et le préjudice<sup>195</sup>. Par ailleurs, s'il existe un concours de circonstances empêchant de pouvoir établir un lien de causalité direct et certain, le juge débouterait le patient. Ce fut le cas de plusieurs infiltrations ayant provoqué une arthrite du genou chez un patient qui assigna les deux médecins responsables : Son généraliste et son rhumatologue. Ne pouvant attribuer la faute ni à l'un ni à l'autre, le juge a estimé que la preuve du lien de causalité n'était pas rapportée<sup>196</sup>.

Cette exigence de la certitude du lien de causalité a pour principale conséquence que la notion de perte de chance de survie ou de guérison n'a jamais vu le jour dans le domaine pénal. Ainsi, lorsqu'il y a une simple perte de chance, la Jurisprudence a tendance à prononcer une relaxe ou un non-lieu. Ainsi, un cas a été rapporté au sujet d'un syndrome de défaillance multi-viscérale sur un choc toxique et infection sévère, avec une imprévisibilité de l'évolution du patient dont la prise en charge lui aurait fait perdre une chance de survie. Le lien de causalité ne

---

<sup>194</sup> Cour de Cassation ch. civile 1, 29 mai 1979, n°77-15708, Bull. ch. civile A, n°156. Le fanasil® est un antibiotique de la classe des sulfamides. Il n'était pas spécialement donné en première intention d'affection ORL mais plutôt sur les voies urinaires et génitales basses. Il a été retiré du marché en 2011 en raison de ses effets indésirables, dont les rashes cutanés et le syndrome de Stevens-Johnsons voire le Lyell n'étaient pas exceptionnels.

<sup>195</sup> Cass. crim., 21 mars 1988, n°87-82892.

<sup>196</sup> Cass. 1re Civ., 23 novembre 2004, n°03-16865.

reposant que sur l'hypothèse d'une perte de chance<sup>197</sup>, les juges suprêmes ont confirmé le non-lieu rendu<sup>198199</sup>.

Le Droit positif a été énormément modifié par une réforme de 2000<sup>200</sup> sur le lien de causalité et sur la causalité directe ou indirecte du dommage, apportant dès lors une certaine justesse dans les fautes civiles et pénales.

### c) La justesse des sanctions civiles et pénales des fautes d'imprudence

Hormis le contentieux civil houleux de la vaccination en France, les arrêts analysés montrent l'absence de décisions injustes de la part de la Justice. Cette remarque peut s'expliquer avec l'évolution de la responsabilité médicale en France, à partir de 2000, avec l'abandon du principe d'identité des fautes civiles et pénales d'imprudence [23-25,36,40].

---

<sup>197</sup> Cass. crim., 25 mars 1998, n°96-85382 : La notion de perte de chance ne saurait être considérée seule comme étant un lien de causalité pour réunir les éléments constitutifs d'homicide involontaire, en l'espèce une occlusion sur bride, avec erreur diagnostique sur épisodes de coliques néphrétiques.

<sup>198</sup> Cass. crim., 21 janvier 2014, n°13-81222.

<sup>199</sup>Également sur l'absence de tout lien de causalité quant à une hypothétique perte de chance de surdité suite à la prise en charge d'une méningite, Cass. crim., 01 décembre 1982. Il y avait eu un retard de prise en charge à la suite d'une erreur de diagnostic posé par le médecin de famille (rougeole contre méningite).

<sup>200</sup> Loi n°2000-647 du 10 juillet 2000 dite Loi Fauchon, tendant à préciser la définition des délits non intentionnels

## 1) Le principe d'identité des fautes civile et pénale d'imprudence

Dans un arrêt du 18 décembre 1912 de la chambre civile de la Cour de Cassation<sup>201</sup>, les juges du Quai de l'Horloge déclaraient solennellement que «*la faute pénale des articles 319 et 320 du Code pénal<sup>202</sup> comprend tous les éléments de la faute civile*», et ceci quelle que soit la nature de la responsabilité encourue, délictuelle ou contractuelle (étant antérieure à l'arrêt Mercier). L'énumération contenue dans les articles précités du Code pénal sur la faute pénale est très étendue, absorbant aussi la négligence et l'imprudence de l'article 1383 de l'ancien Code civil<sup>203</sup>. Cette position jurisprudentielle était vivement critiquée par une large partie de la Doctrine, estimant que la responsabilité pénale et la responsabilité civile avaient des mécanismes et des fonctions fondamentalement différents, et devaient donc relever de conditions de mise en oeuvre différentes.

Ce principe, combiné à celui d'autorité de la chose jugée au pénal sur le civil (cf «*le criminel tient le civil en l'état*»), était à l'origine d'un effet pervers sur la responsabilité civile. En effet, il ressortait de l'association de ces deux principes que le juge pénal, dès lors qu'il niait une faute au pénal, ne pouvait pas l'admettre au civil<sup>204</sup>. Le juge civil était totalement lié par la décision du juge pénal sur cette faute<sup>205</sup>. Le juge répressif, conscient des conséquences de sa décision pénale sur les intérêts civils, pouvait être tenté d'affirmer l'existence d'une faute, nécessairement assortie d'une déclaration de culpabilité, dans le seul but d'accorder par le juge civil une réparation civile aux victimes. Ce système a perduré jusqu'en 2000.

<sup>201</sup> Cour de Cassation, 1ère ch. civile, 18 décembre 1912, Arrêt *Brochet et Deschamps*, S. 1914.1.249, J. Pradel et A. Varinard, *Les grands arrêts du Droit pénal général*, 4e éd., 2003, comm. n° 40, p. 511

<sup>202</sup> Aujourd'hui 222-19 et 222-20 du Code pénal: «*Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.*  
*En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende.*»

<sup>203</sup> Pour mémoire, l'article 1383 est aujourd'hui l'article 1242 du nouveau Code civil et dispose que «*Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.*»

<sup>204</sup> Sauf à considérer deux causes différentes, comme une omission de porter secours (reconnue par le juge pénal) et une perte de chance de survie du patient décédé. Cass. 2e Civ., 14 janvier 1999, n°97-11322.

<sup>205</sup> A titre d'exemple, Cass. 1re Civ., 18 décembre 1990, n°89-19399 : «*(...) la décision de relaxe du praticien au pénal a autorité de chose jugée au civil en ce qu'elle n'a pas admis l'existence des fautes reprochées au médecin qui auraient causé le décès du malade ; qu'ainsi le moyen n'est pas fondé ; par ces motifs, rejette le pourvoi.*»

## 2) L'apport de la loi Fauchon sur les «poussières de fautes»

La loi du 10 juillet 2000 dite «Loi Fauchon» a modifié ce problème et dépénalisé ce que la Doctrine appelait les «poussières de fautes» (les fautes non intentionnelles) [85]. D'une part, l'alinéa 3 de l'article 121-3 du Code pénal<sup>206</sup> introduit un élément d'appréciation *in concreto* : La diligence normale. En effet, l'incrimination de la faute d'imprudence, de négligence ou le manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi doit être établie en fonction de ce que le médecin généraliste n'a pas accompli les «diligences normales» compte tenu de la nature de ses fonctions et de ses compétences. D'autre part, l'alinéa 4 de cet article<sup>207</sup> subordonne la responsabilité pénale des personnes physiques qui n'ont pas causé directement un dommage au fait qu'elles ont, soit violé de façon manifestement *délibérée* une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute *caractérisée* et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer<sup>208</sup>. [86]

En revanche, l'action civile doit être réalisée en premier instance, et non soulevée en cours de procédure<sup>209</sup>.

## 3) La faute pénale comme cause directe du dommage

L'appréciation de la faute se fait selon deux cas : La faute est la cause directe ou indirecte du dommage. Si le lien de causalité entre la faute et le préjudice est direct, la Jurisprudence antérieure à la loi du 10 juillet 2000 reste inchangée. Le Code pénal ne donne pas de définition

---

<sup>206</sup> Article 121-3 alinéa 3 du Code pénal : «*Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.*».

<sup>207</sup> Alinéa 4 du même article : «*Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer.*».

<sup>208</sup> A titre d'exemple, développé plus bas : Cass. crim., 02 décembre 2003, n°02-85254.

<sup>209</sup> Cour de Cassation, 2e ch. civ, 25 octobre 2007, n°06-19524, publié au bulletin.

claire de ce qu'il faut entendre par causalité directe. La chambre criminelle a retenu une causalité directe beaucoup plus large que la définition proposée par le Ministère de la Justice<sup>210</sup> : Il y a causalité directe chaque fois que la négligence constatée a été soit la cause unique du dommage soit lorsqu'elle en a été la cause immédiate soit lorsqu'elle a été la cause déterminante du dommage. Ainsi et à titre d'exemple, a été condamné le médecin généraliste n'ayant pas examiné ses patients et ne leur ayant prescrit aucun examen sanguin/urinaire pour rechercher s'il pouvait exister des signes de surdosage d'héroïne (prise conjointement à la prescription de méthadone). Il en est ressorti le décès de deux patients des suites d'un surdosage, et l'attitude fautive du médecin a été considérée comme étant directement la cause des décès<sup>211</sup>.

#### 4) La faute pénale comme cause indirecte du dommage

C'est dans cette situation où la faute du médecin généraliste a causé, ou contribué à causer, indirectement un dommage à un patient est nécessairement corroborée au caractère *délibéré* ou *caractérisé*. La Jurisprudence antérieure à la loi 2000 rend caduque la responsabilité pénale du médecin traitant si sa faute n'est pas qualifiée [85,86].

Ainsi, a été considérée comme étant caractérisée la faute du médecin généraliste de permanence de soins qui n'avait pas allumé son téléphone mobile et qui n'avait pas de moyen fixe de communication. N'étant pas joignable, il y eut un retard de plusieurs heures dans la prise en charge d'un homme par le SAMU, et dont le décès fut constaté lors de son transport à l'hôpital<sup>212</sup>.

Un médecin généraliste, fut-il réquisitionné par le préfet pour assurer une garde de nuit, qui ne prend pas les dispositions nécessaires pour être joint, commet une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer.

A également été condamné pour faute caractérisée le médecin de famille qui avait prescrit et continué de prescrire deux traitements hormonaux substitutifs chez une patiente en pré-

<sup>210</sup> Le Ministère proposait comme définition qu'il n'y aura causalité directe que lorsque la personne en cause aura soit elle-même frappé ou heurté la victime soit aura initié ou contrôlé le mouvement d'un objet qui aura heurté ou frappé la victime.

<sup>211</sup> Cass. crim., 18 mars 2008, n°07-83666.

<sup>212</sup> Cass. crim., 13 février 2007, n°06-81089, Bull crim 2007 n°43 p. 257.

ménopause (et sans signe fonctionnel climatérique à en lire l'arrêt) qui présentait des micro-calcifications douteuses à la mammographie de dépistage<sup>213</sup>.

Enfin, fut condamné le médecin généraliste qui n'avait délibérément pas réalisé d'électrocardiogramme chez une patiente présentant des douleurs thoraciques au motif qu'elle était connue pour faire des crises de spasmophilie<sup>214</sup>. Ce dernier cas est un exemple qui fait légion et qui est toujours fort délicat à apprécier compte tenu de cette patientèle particulière. Cependant, eu égard au nombre important de spasmophiles fréquentant les urgences et les cabinets libéraux, rien ne dispense les médecins de réaliser, à chacun de leur passage, un électrocardiogramme (ECG). C'est tout de même plus délicat à réaliser en cabinet médical, à première vue car il faut disposer d'une machine à ECG et savoir lire et interpréter correctement les ECG. La mise en place dans certains secteurs de boîtiers ECG immédiatement envoyés dans un hôpital et/ou au SAMU pour être analysés n'est encore pas assez répandu.

#### d) La faute éthique : Le manquement à l'obligation d'information

##### 1- Le lien étroit entre consentement et information

Ce manquement est une faute éthique ou une faute d'humanisme [7-10,22,35,36,40,41]. L'obligation d'information est le corollaire de l'exigence d'un consentement sain et éclairé : Il s'agit d'informer le patient notamment sur son état de santé et les investigations proposées. L'information et le consentement du patient sont deux notions intimement liées [87,88]. Sous peine d'engager sa responsabilité, le médecin qui s'apprête à poser un acte médical doit en effet non seulement informer son patient sur la portée de cet acte et les risques qui y sont liés, mais

---

<sup>213</sup> Cass. crim., 15 décembre 2009, n°08-87817.

<sup>214</sup> Cass. crim., 02 décembre 2003, n°02-85254.

aussi obtenir le consentement libre et éclairé de son patient<sup>215</sup>. L'information du patient constitue donc le préalable nécessaire à l'obtention du consentement éclairé du patient. Ainsi, avaient été condamnés un chirurgien et un médecin traitant d'un défaut d'information concernant un risque de paralysie faciale lors d'une opération ORL. Ce manque d'information n'avait pas permis aux parents du patient de prendre une décision éclairée ni de motiver un refus éventuel<sup>216</sup>. Il en est de même pour le défaut d'information par le médecin traitant et le radiologue sur les risques de paraplégie inhérents à une aortographie qui, connus, auraient emporté un refus de réaliser cet examen<sup>217</sup>.

## 2- La consécration d'un Droit à l'information avec l'arrêt Teyssier

Cette obligation trouve d'abord son origine dans la Déontologie<sup>218</sup> et c'est la Jurisprudence civile qui l'a consacrée en véritable obligation accessoire à l'obligation de soin. L'arrêt fondateur est un arrêt de 1942, l'arrêt *Teyssier* [22,30]. Il est donc logique que cette obligation n'apparaisse pas avant cette date. A l'instar de l'arrêt Mercier, cet arrêt est sûrement un des plus importants dans l'Histoire de la responsabilité médicale, et montre l'importance capitale de la Jurisprudence dans l'élaboration du Droit médical. L'arrêt *Teyssier*, rendu le 28 janvier 1942 par la chambre des requêtes de la Cour de Cassation<sup>219</sup> est un arrêt fondateur de l'Ethique médicale en ce qu'il proclamait que le respect de la personne humaine imposait au praticien, avant de réaliser une

---

<sup>215</sup> Comme l'a rappelé la Cour de Cassation aux termes d'un arrêt du 14 décembre 2001 (qui ne concerne pas la Médecine Générale), l'obligation du médecin d'informer le patient sur l'intervention qu'il préconise s'explique par la nécessité qui s'impose à lui de recueillir son consentement libre et éclairé avant de pratiquer cette intervention. Cass. 1re Civ., 14 décembre 2001, R.G.D.C., 2002, p. 328, obs. C. TROUET, R.G.A.R., 2002, 13494, J.T., 2002, p. 261, obs. C. TROUET, Rev. Dr. Santé, 2001-2002, p. 239, note J.-L. FAGNART.

<sup>216</sup> Cass. 1re Civ., 11 février 1986, n°84-10845, Bull. 1986 I n°24 p.21.

<sup>217</sup> Cass. 1re Civ., 29 mai 1984, n°82-15433, Bull. 1984 I, n°178

<sup>218</sup> A l'article 35 du Code de déontologie, aujourd'hui repris aux articles R4127-35 du Code de la Santé Publique. Par ailleurs, divers textes très éparpillés évoquaient cette obligation d'information et notamment l'article 16-3 du Code civil, ainsi que des textes internationaux tels que l'article 5 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, l'article 3-1 de la Déclaration d'Amsterdam et les articles 3 et 5 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme. Dans un arrêt de la première chambre civile du 9 octobre 2001 les juges suprêmes élèvent même l'obligation d'information au rang de principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.

<sup>219</sup> Cour de Cassation, ch. des requêtes, 28 janvier 1942, arrêt *Teyssier*, DC 1942. 63 ; Gazette du Palais 1942, I, 177.

opération sur son patient, d'obtenir son consentement éclairé par l'information et qu'en violant cette obligation, il commettait une atteinte grave aux droits du malade et manquait à ses devoirs médicaux. En 1930, Monsieur Teyssier, conducteur automobile professionnel, avait été transporté à l'Hôpital Saint André<sup>220</sup> à la suite d'un accident de la circulation. Il présentait plusieurs fractures dont une fut ostéosynthésée par choix du chirurgien. L'intervention eut des suites anormales, conduisant jusqu'à l'amputation de l'avant-bras de Monsieur Teyssier. Jugée inopportune, il reprochait au chirurgien devant les tribunaux que l'intervention avait été réalisée à son insu. La Cour de Cassation déclarait que *« Comme tout chirurgien, le chirurgien d'un service est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération (...) qu'en violant cette obligation imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave aux droits du malade, un manquement à ses devoirs proprement médicaux qui constitue un faute »*.

En revanche et par la suite, il avait longtemps été considéré que de se soumettre à des traitements ou soins faisait présumer l'acceptation du patient, celui-ci ayant été dûment informé<sup>221</sup>. Cette présomption qui pesait sur les patients était à nouveau dissuasive de demander une réparation devant le juge en cas de litiges avec un médecin. Il a donc fallu attendre 1997 pour voir un revirement de Jurisprudence et un renversement de la charge de la preuve incombant au médecin et non plus au patient. De nos jours, le devoir d'information doit désormais, hors cas d'urgence, d'impossibilité, de refus d'être informé, être *« loyal, clair et approprié »* et porter sur l'état du malade, les investigations et les soins proposés<sup>222</sup>. Depuis cette position juridique est constante et n'a jamais cessé de faire resserrer l'état autour du médecin qui voudrait se dégager de son devoir d'informer ses patients. L'obligation d'information est venue contourner les obstacles à la responsabilité pour faute que les patients avaient du mal à prouver, ainsi que le refus de réparer

---

<sup>220</sup> En l'espèce, il fut reconnu que le chirurgien ayant pratiqué l'ostéosynthèse de Monsieur Teyssier avait commis une faute détachable de l'exercice de ses fonctions hospitalières. Il n'est donc pas illogique de constater que cette affaire relevait de la compétence de la Cour de Cassation et non du Conseil d'Etat.

<sup>221</sup> Cour de Cassation, ch. civile, 29 mai 1951, arrêt *Martin/Birot* où la Cour imposait au patient d'apporter la preuve de ce qu'il n'avait pas été informé.

<sup>222</sup> Repris dans l'article 35 du Code de Déontologie médicale de 1995, aujourd'hui R4137-35 du Code de la Santé Publique. Les premiers termes de la qualité de l'information datent d'un arrêt de la Cour de Cassation du 21 février 1961, arrêt *Dame Angamarre* où il fut mentionné que l'information se devait d'être *« simple, approximative, intelligible et loyale »*

l'aléa thérapeutique. C'est la loi de 2002 qui l'a finalement consacrée en définition légale<sup>223</sup>, droit essentiel pour le patient [41,77]. Elle remédiait d'une part à l'éclatement des sources de l'obligation d'information et aux revirements de Jurisprudence d'autre part, générant une insécurité juridique pour les médecins.

### 3- Les limites à l'obligation d'information

Où se termine l'information ?

A l'origine, le médecin n'était pas tenu d'informer le patient des risques exceptionnels d'un acte médical<sup>224</sup>. Il n'était alors tenu d'informer que sur les risques prévisibles. La Cour de cassation a effectué un revirement de Jurisprudence<sup>225</sup>. Depuis la loi de 2002, l'information doit porter sur un large panel de points dans la prise en charge d'un patient : Son état de santé, les différentes investigations, la nature des soins, les actions de prévention ainsi que leur utilité ou leur urgence, les conséquences des différents traitements, les résultats des examens, les choix thérapeutiques (y compris hors Autorisation de Mise sur le Marché - AMM -) et enfin les risques d'infections nosocomiales (depuis 2010) [87-90].

L'information doit être intelligible et simple : Proche d'un devoir de conseil, le médecin doit ajuster son information en fonction de la personnalité du patient. Il est donc à noter, pour certains patients, l'importance pour le médecin de faire un effort de pédagogie.

L'information doit porter sur :

- Les risques fréquents, même bénins, ou graves normalement prévisibles de l'acte médical (c'est à dire susceptibles d'emporter le refus du patient d'accepter la prise en charge, comme l'arrêt déjà cité de la chirurgie ORL sur le risque élevé de paralysie

---

<sup>223</sup> Désormais aux articles L1111-2 et -3 du Code de la Santé Publique, notamment à la suite d'un important arrêt en 1997 qui a posé les bases de l'obligation d'information. Cour de Cassation ch. civile 1, 25 février 1997, arrêt *Hédreul*.

<sup>224</sup> Sauf en matière de chirurgie esthétique.

<sup>225</sup> Cass. 1re Civ., 07 octobre 1998 : Hormis les «cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé», un médecin est tenu de donner au patient une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves d'une opération ou des soins même si ces risques ne sont qu'exceptionnels.

faciale). Une intervention médicale indispensable ne dispense pas de l'obligation d'information ;

- Les risques graves normalement prévisibles : L'information doit porter sur le risque exceptionnel (c'est-à-dire qui se réalise rarement) dès lors que son existence est connue et prévisible<sup>226</sup>. A contrario, cela exclut l'information sur les risques imprévisibles. En conséquence, il n'y a pas d'obligation d'information lorsque le risque exceptionnel est inconnu et lorsque le risque exceptionnel est connu mais imprévisible. Ainsi, une ototoxicité médicamenteuse, bien que grave mais exceptionnelle, ne saurait écarter la responsabilité du généraliste n'ayant pas prévenu sa patiente<sup>227</sup>.

L'information doit porter sur l'état du patient, sur les risques fréquents ou graves même exceptionnels et normalement prévisibles. Tout professionnel de santé diligent doit avoir connaissance des risques. Ainsi avait initialement été condamné pour faute le médecin généraliste qui n'avait pas prévenu son patient des dangers d'administration d'un collyre à base de tétracaïne, lui provoquant des lésions oculaires et une cécité. La Cour de Cassation a cassé cet arrêt aux motifs que même prévenu par un ophtalmologue qui avait prescrit un autre traitement, le patient avait continué à s'instiller la tétracaïne<sup>228</sup>. En revanche, ne saurait être condamné le médecin qui avait initialement délivré une information à une patiente qui se trouvait dans un déni. En l'espèce il s'agissait d'une transmission du VIH à son bébé lors de l'accouchement alors que la patiente n'avait jamais voulu communiquer son statut sérologique aux médecins (dont son médecin traitant)<sup>229</sup>. La Jurisprudence est malgré tout très sévère parce qu'elle fait de cette obligation d'information une obligation rétroactive.

---

<sup>226</sup> Une arthrite septique d'origine nosocomiale connue en rapport avec une infiltration du genou ne dispense pas du devoir d'information du médecin à son patient sur le risque de survenue, au seul motif qu'aucune faute d'asepsie n'était intervenue dans la réalisation de l'acte: Cass. 1re Civ., 08 avril 2010, n°08-21058, Bull. 2010 I n°90

<sup>227</sup> Cass. 1re Civ., 15 juillet 1999, n°97-20160 : « il (le médecin généraliste) n'est pas dispensé de cette information par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement. »

<sup>228</sup> Cass. 1re Civ., 26 octobre 2004, n°02-20241 : « (...) sans caractériser l'existence d'une faute de la victime ayant concouru à la réalisation du dommage, la Cour d'Appel n'a pas donné de base légale à sa décision ; »

<sup>229</sup> Cass. 1re Civ., 20 janvier 2011, n°09-68042 : « (...) que la patiente, parfaitement informée des risques, avait dissimulé son état de santé (...) ».

#### 4 - La sanction du défaut d'information

Lorsque le médecin manque à son obligation, il commet une faute éthique de nature à engager sa responsabilité civile. Depuis l'arrêt *Hédreul* de 1997 il appartient au médecin de prouver qu'il a donné l'information par tout moyen<sup>230</sup>, notamment par des présomptions<sup>231</sup>. En revanche c'est au patient de prouver qu'il existe un préjudice et un lien de causalité entre la faute et le dommage<sup>232</sup> [22,87-89]. La difficulté est que lorsqu'il y a un manquement à l'obligation d'information, on ne peut pas dire qu'il y existe un lien de causalité entre le manquement et le dommage corporel résultant de l'acte médical. Il fut un temps où la Cour de Cassation a pu admettre la réparation intégrale du dommage corporel en cas de manquement à l'obligation d'information lorsqu'il est prouvé que la victime aurait certainement refusé l'acte médical si elle avait été correctement informée<sup>233</sup>. Depuis que la loi de 2002 en a également fait un droit du patient, La Cour suprême

---

<sup>230</sup> Article L1111-2 aliéna du Code de la Santé Publique.

<sup>231</sup> En se fondant sur l'article 1353 de l'ancien Code civil. Par exemple, des échanges réguliers en consultation avec le patient peuvent faire office de preuve.

<sup>232</sup> Cass. 1<sup>re</sup> Civ., n°03-19540 : A propos d'un médecin généraliste n'ayant pas informé sa patiente des risques d'avoir un enfant atteint de trisomie 21 et qui avait refusé de faire réaliser une amniocentèse. La Cour a cependant rejeté le lien de causalité, car le gynécologue qui avait réalisé les échographies avait prévenu les parents à la 18<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée des risques d'avoir pour eux un enfant atteint de trisomie 21. Ils n'avaient cependant pas eu recours à une interruption thérapeutique de grossesse (ITG) : « *Attendu qu'il n'existe pas de lien de causalité entre le défaut d'information imputable à M.Y(...) et le dommage invoqué par les époux X(...)* ».

<sup>233</sup> La discussion de réparer l'intégralité du dommage ou une fraction de celui-ci au titre de la perte de chance est surtout un contentieux dévolu aux spécialités chirurgicales. La nécessité ou non d'une intervention emporte le choix d'un patient de refuser ou non une chirurgie, d'où la discussion sur la théorie de la perte de chance ou de la réparation intégrale : Cela ne sera pas discuté dans cette étude.

affirme que le non-respect du devoir d'information cause, à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice réparable (préjudice moral ou d'impréparation ?<sup>234</sup>) [87,88].

### e) Le délit de risque causé à autrui

Le législateur a pris soin de punir des comportements faisant courir des risques à autrui même si ces risques ne se réalisent pas (Code de la route par exemple). Le principe de la légalité et l'interprétation stricte de la loi pénale font que les textes ne peuvent être appliqués que si les incriminations sont expressément prévues. Le nouveau Code pénal de 1994 a alors introduit, à l'article 223-1, une incrimination générale du risque causé à autrui, avec l'existence d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence. Le délit de risque causé à autrui ne se conçoit qu'en l'existence d'un texte le prévoyant spécifiquement. Cette évolution permet d'englober plus largement certaines situations médicales qui n'auraient pu auparavant être incriminées. Curieusement, cette infraction, véritable brèche d'incrimination, n'a été relevée que deux fois pour les médecins généralistes.

---

<sup>234</sup> Après un arrêt de la première chambre civile du 03 juin 2010, n°09-13591 (note de Arhab-Girardin F., RDSS 2010 p.898), que l'intervention soit médicalement nécessaire ou indispensable ou non, le manquement doit donner lieu à réparation. Quel préjudice doit être réparé dans cette situation ?

- Soit un simple préjudice d'impréparation (Courant doctrinal suivi par M.Penneau) : Cela supposera la réalisation d'un dommage corporel et le patient devra prouver qu'il l'a bien subi. C'est en ce sens que s'est prononcé le Conseil d'Etat (Conseil d'Etat, 10 octobre 2010, n°350426) et la Cour de Cassation (Cass. 1re civ., 23 janvier 2014, n° 12-22123 note de Arhab-Girardin F. RDSS 2014 p.295).

- Soit un préjudice moral caractérisé par la simple violation d'un droit subjectif, l'obligation d'information, (courant suivi par Porchy Simon) : Il sera établi sans avoir à prouver un dommage corporel. La réparation sera accordée indépendamment de tout dommage corporel. Dans ce cas, cela revient à conférer, à la responsabilité civile du médecin, une fonction de peine privée (sanctionner plutôt que réparer) qui peut apparaître comme contestable parce qu'elle reviendrait à accorder une réparation alors même que le patient n'a subi aucun dommage corporel.

Depuis 2014, il est acquis que c'est un préjudice d'impréparation qui est indemnisé. Par ailleurs, le Conseil d'Etat a récemment rendu un arrêt dans lequel il considère que la souffrance morale doit désormais être présumée : Conseil d'Etat, 5e et 4e ch. réun., 16 juin 2016, n°382479. La Cour de Cassation ne s'est pas encore prononcée sur ce point.

## 1) Les éléments constitutifs de l'infraction

### a) La violation manifestement délibérée de l'obligation particulière de sécurité

La violation *manifestement délibérée* de l'obligation particulière de sécurité ou de prudence réside dans l'élément moral, comme une sorte de dol éventuel. En outre, l'article 4-1 du Code de procédure pénale, introduit par la loi Fauchon, dispose que «*l'absence de faute pénale non intentionnelle au sens de l'article 123-1 du Code pénal ne fait pas obstacle à l'exercice d'une action devant les juridictions civiles afin d'obtenir la réparation d'un dommage sur le fondement de l'article 1383 du Code civil si l'existence de la faute civile prévue par cette article est établie*». Cet article dissocie, selon la Cour de Cassation, la faute civile de la faute pénale non intentionnelle<sup>235</sup>. Le délit de risque causé à autrui nécessite toujours une intention délibérée d'agir.

### b) La prise d'un risque particulièrement grave pour autrui

C'est l'élément matériel : Exposer directement un patient à la prise d'un risque et non nécessairement un dommage. Par ailleurs, le risque doit être immédiat et important (décès, blessures ou mutilations...) et ne saurait être pris en compte s'il est anodin. Ainsi, avait été condamné le médecin généraliste qui avait sommairement examiné une patiente prise de violentes douleurs abdominales et de vomissements à la suite d'une double plastie valvulaire (aortique et mitrale). Il avait conclu à une gastro-entérite aiguë. Estimant bien connaître sa patiente, il ne se déplaça pas pour la revoir malgré les nouveaux appels : Elle fut transportée à l'hôpital pour complications post-opératoires en urgence<sup>236</sup> (Probablement pour péricardite, eu égard au drainage effectué en urgence).

---

<sup>235</sup> Cour de Cassation, Chambre civile 2, 16 septembre 2003, 01-16.715, Publié au bulletin, D.2004.721

<sup>236</sup> Cass. crim., 18 mars 2008, n°07-83067, bull. crim. 2008, n°67

### g) Violation du secret professionnel : Le médecin généraliste indiscret

Le médecin qui méconnaît les obligations de respect du secret médical encourt en Droit pénal une peine répressive d'emprisonnement et d'amende<sup>237</sup>. Depuis 2002<sup>238</sup> l'assujettissement au secret professionnel s'applique aux médecins ou chirurgiens ainsi qu'à tous les collaborateurs des professionnels libéraux [91]. Concernant le secret et sa provenance, l'ancien Code pénal, dans son article 378, était trop restrictif, ne faisant appliquer la répression qu'en cas de révélations d'informations provenant d'une simple confiance. Cette restriction existait également en Droit civil : Ainsi, à titre d'exemple, n'avait pas violé le secret professionnel le médecin qui, lors d'une instance en divorce, avait déposé un rapport sur des faits connus en dehors l'exercice de sa profession. Il appert que la constatation des tendances paranoïaques de son patient n'avaient pas été reçues à l'occasion d'une consultation médicale<sup>239</sup>.

Aujourd'hui l'assujettissement au secret professionnel concerne tout ce qui a été confié mais aussi tout ce qui a été vu, entendu ou compris. Pour être dommageables, les informations doivent avoir été révélées lors de l'activité du médecin et la divulgation doit porter atteinte à la personne concernée [91-93].

En Droit civil, l'un des plus grand scandale en matière de violation du secret professionnel fut notamment l'affaire concernant l'ancien Président de la République François Mitterand, dont le médecin traitant, le docteur Gubler, avait publié certaines indiscretions médicales quant à l'état de santé de ce dernier<sup>240</sup> [94]. Le livre litigieux fut retiré quelques jours après sa mise en vente, et de cette violation du secret médical se déduisait alors une dérogation licite à la liberté

---

<sup>237</sup> Article 226-13 du Code pénal : «*La révélation d'une information à caractère secret, par une personne qui en est dépositaire soit par état soit par profession soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende*».

<sup>238</sup> Loi du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale, n°2002-73.

<sup>239</sup> Cass. 2e Civ., 06 décembre 1978, n°77-12573, Bull. civile 2 n°267, p. 205.

<sup>240</sup> Ouvrage du Dr Gubler, *Le grand secret*, Ed. Plon.

d'expression<sup>241</sup>. En 2006, la Cour Européenne des Droits de l'Homme déboutait le docteur Gubler de sa demande de levée de radiation de l'Ordre des médecins<sup>242</sup>.

L'information à caractère secret ne porte pas nécessairement sur l'affection dont le patient est atteint. Le secret s'étend également aux investigations auxquelles procède le professionnel. Il y a violation du secret professionnel même si les révélations n'avaient pas pour but la révélation de l'affection dont le patient était atteint. Il n'existe jamais de secret absolu : Dans certaines circonstances, le secret cède face à certains pouvoirs d'investigations. Ainsi, se voit déchargé de son obligation de secret, le médecin traitant qui émet un avis sur une patiente au juge des tutelles pour que ce dernier organise une protection de ses intérêts civils<sup>243</sup>.

Contre toute attente, seulement trois cas ont été rapportés en Droit pénal sur les médecins généralistes, et aucun n'a été condamné. Trois cas ont été rapportés au civil, le seul condamné étant le Docteur Gubler.

## 1) Les éléments constitutifs de l'infraction

### a) Un acte de révélation

Le législateur ne donne aucune précision à cet égard. De ce fait, la Jurisprudence admet très largement cette révélation, qui peut être verbale ou écrite. Il n'est pas indispensable que le confident indiscret ait cherché à donner à ces révélations une ampleur particulière. Une révélation faite à une personne non-habillée à recevoir l'information constitue une violation du

---

<sup>241</sup> Cass. 1re Civ., 16 juillet 1997, n°96-12762 et 96-12876, Bull. 1997 I n°249, p. 166 et Cass. 1re Civ., 14 décembre 1999, n°97-15756.

<sup>242</sup> Cour Européenne des Droits de l'Homme, *Gubler c. France*, 27 juillet 2006, requête n° 69742/01.

<sup>243</sup> Cass. 1re Civ., 13 janvier 2004, n°01-16823, Bull. 2004 I n°15, p. 12, à propos de la mise en place d'une mesure de protection juridique avant une curatelle, où un médecin généraliste avait rédigé un certificat attestant de l'état de santé psychique de sa patiente. Les juges ont considéré qu'il n'y avait pas de violation du secret professionnel.

secret. D'un point de vue strictement juridique, c'est au moment de la révélation que l'on fixe le point de départ de la prescription (3 ans)<sup>244</sup>.

La révélation doit dévoiler des renseignements précis mais il n'est pas nécessaire que toute l'information soit révélée. Ce fut le cas du premier pourvoi rencontré concernant la violation du secret médical, où un médecin généraliste avait rédigé un certificat médical pour une patiente afin qu'elle puisse s'en servir contre son époux dans une procédure de divorce. En l'espèce le certificat litigieux ne permettait pas de connaître avec certitude l'affection dont le mari souffrait, mais la Cour suprême a estimé que le secret avait été violé. Par ailleurs, il est à souligner cette regrettable attitude du médecin qui, même sans volonté de nuire directement au mari, n'avait pas respecté son Serment d'Hippocrate de ne point révéler les actions qui se déroulent dans l'intimité des foyers<sup>245</sup>.

#### b) Une intention coupable

Le délit de violation du secret professionnel ne peut pas être réalisé par négligence ou imprudence. Pour être répréhensible et en dehors des cas où la loi l'y autorise, le médecin doit avoir pleinement conscience de révéler un secret. En revanche, il est intéressant de noter qu'une volonté de nuire ne fait pas partie des composantes de l'infraction : En effet les praticiens cherchent souvent à se défendre en se fondant sur l'absence d'intention de nuire. Outre la révélation, l'intention de nuire n'est pas nécessaire pour qualifier une violation du secret professionnel<sup>246</sup>. Les arrêts rapportés ne mettaient pas en lumière cette intention frauduleuse.

---

<sup>244</sup> A propos des révélations d'un médecin sur le compte d'un de ses patients dans l'affaire de «La Josacine empoisonnée», la prescription triennale avait bien été effective et ne pouvait faire compromettre ledit médecin. Le pourvoi formé par l'inculpé contre son médecin traitant fut rejeté. Cass. crim., 30 janvier 2001, n°00-81309.

Concernant cette affaire judiciaire de 1994: Émilie Tanay, 9 ans, meurt à la suite de l'ingestion d'un produit cyanuré ajouté dans un flacon de Josacine. Jean-Marc Deperrois qui, de toute évidence, s'est trompé de destinataire, est reconnu coupable d'empoisonnement avec préméditation de la petite Émilie, et condamné à vingt ans de réclusion criminelle en 1997.

<sup>245</sup> «Admis dans les maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe et ma bouche taira les secrets qui me seront confiés», extrait du Serment d'Hippocrate.

<sup>246</sup> Cass. crim., 27 juin 1967, n°66-91446, à propos d'un médecin relaxé au pénal mais pas sur le plan civil pour avoir rédigé un certificat pour une patiente afin qu'elle puisse l'utiliser dans sa procédure de divorce. L'intention de nuire n'est pas constitutive de l'infraction : «*Qu'enfin, le délit prévu et réprimé par ce texte - 378 du Code pénal - est caractérisé, dès lors que la révélation est faite avec connaissance, indépendamment de toute intention de nuire*».

## 2) Les faits justificatifs de la violation du secret professionnel

L'obligation au secret professionnel, établie et sanctionnée par l'article 378 du Code pénal (revisité après 1994 et 2002) pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de certaines professions, s'impose aux médecins, hormis les cas où la loi en dispose autrement : Sous cette seule réserve, elle est générale et absolue et personne ne peut s'en affranchir<sup>247</sup>.

Il existe plusieurs dérogations légales, parmi lesquelles se trouvent les justifications prévues par la loi<sup>248</sup>. Soit la loi enjoint de transgresser le secret (ordre de la loi), soit elle permet de transgresser le secret (permission de la loi) :

- *L'ordre de la loi* : Le Code de la Santé Publique, aux articles L3113-1 et suivants, prévoit que les médecins ont l'obligation de transmettre certaines données individuelles à l'autorité sanitaire<sup>249</sup> ;

- *La permission de la loi* : Le législateur s'en remet à la sagesse du professionnel pour savoir si l'information doit être révélée ou non. L'article 226-14 2° prévoit que le médecin, avec l'accord de la victime, peut porter à la connaissance du procureur de la République les sévices physiques ou psychiques qu'il a constatés et qui laissent penser que la victime a subi des violences. Si la personne était un mineur ou un majeur protégé, son assentiment n'est pas nécessaire ;

- Il existe d'autres faits justificatifs émanant de la Jurisprudence : Le cas de nécessité peut également justifier la violation même si cela n'est pas prévu par la loi.

Il s'agit alors du *secret partagé* (par exemple un médecin généraliste qui donne des informations à un autre médecin).

---

<sup>247</sup> Cass. crim., 05 juin 1985, n°85-90322, à propos des révélations faites par un médecin généraliste sur un de ses patients inculpé de meurtre.

<sup>248</sup> A l'article 226-14 du Code pénal.

<sup>249</sup> Certaines maladies transmissibles exposent à un risque de contamination pour un tiers, comme la méningite à méningocoque par exemple. Par ailleurs, d'autres révélations doivent être portées à la connaissance des autorités administratives, comme les déclarations de naissance (article 56 du Code civil).

*La mise en cause du professionnel concerné* : Si l'honnêteté ou la compétence du professionnel sont mises en cause devant les juridictions, alors l'exercice du droit de la défense va justifier les révélations<sup>250</sup>.

*La protection de la vie d'un tiers* : Le professionnel de santé qui connaît l'état dangereux d'un patient (atteint d'une maladie transmissible et gravissime) peut-il révéler aux proches les informations dont il dispose ? Aucun cas n'a été rapporté en l'espèce, même si cette question soulève de nombreux débats sur les maladies type hépatite ou HIV.

## **C - L'incrimination liée à la passivité du médecin : La non-assistance à personne en péril**

Il est important de comprendre quels étaient les moyens de Droit utilisés par un médecin pour échapper à sa condamnation pour omission, *in fine* connaître les conditions à réunir pour définir la non-assistance à personne en péril. Par ailleurs, Il est logique qu'aucun arrêt ne porte sur un acte d'omission de la part d'un médecin, de surcroît généraliste, entre l'arrêt Mercier de 1936 jusqu'à la fin de la guerre.

### **1 - L'histoire de la non-assistance, délit d'omission**

Le délit de non-assistance à personne en péril, populairement dénommé non assistance à personne en danger, ne date pas de l'époque napoléonienne. C'est au début du XXe siècle, à la suite d'une sombre affaire de séquestration<sup>251</sup>, qu'un débat doctrinal relevait les lacunes répressives sur les privations de soins et d'aides et que naquit la controverse sur l'existence des délits «par commission d'omission». En 1934 un projet avorté de réforme du Code pénal

<sup>250</sup> Cass. crim., 21 mars 2000, n°99-84557, à propos d'un médecin généraliste s'étant défendu de fausses allégations d'un de ses patients et ayant ainsi révélé quelques informations le concernant.

<sup>251</sup> A propos de la célèbre affaire dite de « la séquestrée de Poitiers » : Une femme fut séquestrée par sa mère pendant un quart de siècle avant d'être découverte et libérée par la police en 1901. La mère mourut dans les premiers jours d'incarcération et c'est le frère de la jeune femme qui fut condamné à quinze ans de réclusion criminelle pour *actes de violence* car l'omission, la non-assistance, n'existait pas.

prévoyait la création d'un délit d'omission. En 1941<sup>252</sup>, sous le régime de Vichy, le délit d'omission vit le jour, ainsi que celui de non-dénonciation de crimes et de délits. Dans la triste réalité de cette période, cette disposition n'était pas le gage d'une meilleure justice, mais incitait à la délation de faits de Résistance. Rapidement abrogée, l'infraction de non-assistance fut ré-insérée en 1945<sup>253</sup> dans le Code pénal napoléonien, dans un article 63 qui deviendra, avec le nouveau Code pénal de 1994, l'article 223-6 [95].

La non-assistance à personne en péril est donc un délit puni par la loi<sup>254</sup> et n'est pas une infraction exclusive des médecins. Tout citoyen peut se voir encourir une peine s'il ne porte pas ou ne provoque pas un secours à une personne en détresse. En revanche, lorsque ce délit devient une faute médicale pénale, il est plus sévèrement apprécié par les magistrats du fond. Cette attitude délictueuse, en dehors du cadre médical, est peu poursuivie et encore moins condamnée<sup>255</sup>.

Ce délit est une infraction d'omission, nécessitant une passivité et non une action. Ces infractions d'abstention sont rares dans le Code pénal. La première raison est une question de liberté individuelle. Il est difficile de contraindre une personne à agir et lorsqu'elle ne le fait pas, difficile d'en rapporter la preuve. En revanche, concernant les médecins, les omissions répréhensibles furent assez nombreuses et disparates, et la preuve d'une non assistance pouvait paraître plus aisée à rapporter, l'essence même de la profession étant de porter assistance, fut-elle psychologique, à l'indigent.

---

<sup>252</sup> Loi du 21 octobre 1941.

<sup>253</sup> Ordonnance du 25 juin 1945, réintroduisant à quelques différences près les mêmes dispositions que le projet de 1934. Il est donc logique que cette infraction n'apparaisse pas avant cette date.

<sup>254</sup> Article 223-6 du Code pénal, et plus spécifiquement en l'espèce l'alinéa 2 : «*Sera puni des mêmes peines (alinéa 1, 5 ans d'emprisonnement et de 100 000€ d'amende) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par action personnelle, soit en provoquant un secours*».

<sup>255</sup> D'après les propos recueillis par madame Sonya Faure, journaliste, qui parle de la non-assistance comme d'un véritable casse-tête pénal.

## 2 - Les conditions d'existence du refus d'assistance

La première condition importante est relative au patient en détresse, créancier de soins. En effet, la non-assistance concerne toute personne humaine vivante, soit-elle proche de la mort. Même si cette remarque relève du bon sens, elle trouve tout de même une Jurisprudence intéressante concernant un médecin généraliste qui s'était déplacé à domicile à la suite d'un appel téléphonique d'une épouse paniquée de trouver son mari en état de mort apparente. Le patient avait fait un arrêt cardio-respiratoire et le médecin n'avait fait que constater le décès d'un cadavre encore tiède, sans aucune rigidité cadavérique, alors qu'il aurait dû commencer les manoeuvres de réanimation<sup>256</sup>. Cette arrêt fut néanmoins cassé par la Cour Suprême, l'intention volontaire du défaut d'assistance n'ayant pas été prouvée (cf *supra* sur le défaut d'assistance). L'avocat du médecin relevait ainsi qu'un mort ne pouvait être secouru, et *de facto* il ne pouvait y exister de péril.

La seconde condition relative au patient nécessite qu'il encourt un péril réel. Les magistrats du fond apprécient cet élément sur la casuistique, *in concreto*. Le péril doit menacer la santé, l'intégrité ou la vie de la victime. En revanche, l'origine du péril n'a pas d'importance : Il peut par exemple découler de la faute du médecin dans une prise en charge.

Enfin, le péril doit être immédiat et nécessiter une intervention urgente. A l'inverse, si les soins peuvent attendre, il n'y a pas de péril ni de danger. Ainsi, avait été qualifié «en péril» un patient en maison d'arrêt, aux antécédents d'ulcère gastro-duodéal, ayant présenté un tableau brutal d'abdomen chirurgical à la suite de l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (péritonite sur perforation d'ulcère) ou encore «en péril» un jeune patient ayant présenté des cervicalgies aiguës accompagnées de vomissements en jet incessants et de tâches purpuriques (méningite à méningocoque)<sup>257</sup>. En revanche, l'imminence et la qualification même de péril ont

---

<sup>256</sup> Cass. crim., 03 février 1993, n°92-83526, à propos d'un patient en péril, fut-il proche de la mort : «(...)la possibilité d'une réanimation ne pouvant être exclue, il importait peu que Roger Y(...)puisse d'ores et déjà être considéré comme mort au sens où une ou plusieurs fonctions vitales avaient cessé; qu'ainsi, le délit d'omission de porter secours est caractérisé en tous ses éléments »

<sup>257</sup> Respectivement, Cass. crim., 01 juin 1999, n°98-83101 et Cass. crim., 26 mars 1997, n° 95-81439.

été jugées absentes pour une patiente présentant un état psychologique fragile, accompagné quelques fois d'idées suicidaires non scénarisées<sup>258</sup>.

Par ailleurs, le débiteur de soins, c'est à dire le médecin généraliste, doit avoir connaissance du péril. De cette condition naît la difficulté pour le médecin de n'être qu'un témoin indirect de la menace, et plusieurs cas ont été relevés lorsqu'il s'agissait d'apprécier une situation par téléphone. Même en l'absence de tout péril, il est toujours délicat d'apporter des conseils ou d'apprécier la situation d'un malade par téléphone, et davantage lorsque c'est une personne tiers au patient (une mère, un mari etc.) qui essaye autant que faire se peut de retranscrire les souffrances et symptômes constatés.

Ainsi, a été condamné pour ne pas s'être déplacé au chevet de son malade le médecin traitant qui avait prescrit par téléphone un anti-émétique alors que le jeune homme vomissait en jet et présentait des cervicalgies aiguës. Le médecin ne pouvait pas ne pas avoir connaissance du péril eu égard aux symptômes d'alerte d'une suspicion de méningite.

En revanche, était relaxé le médecin généraliste n'ayant pu se déplacer au chevet d'un enfant qu'en fin de matinée, après un invraisemblable concours de circonstances d'avoir eu à gérer trois urgences dès sa prise de fonction, et qui avait dû choisir par quel patient commencer. Il avait par ailleurs immédiatement fait transférer le jeune garçon à l'hôpital pour diagnostic de péritonite (appendiculaire de surcroît)<sup>259</sup>. En guise de dernier exemple, ne pouvait être condamné le médecin de famille qui connaissait bien sa patiente et le péril encouru. Cette dernière avait exprimé un refus obstiné et agressif de se faire soigner, et n'avait mis en place aucune des thérapeutiques prescrites<sup>260</sup>.

Pour compléter les nombreuses conditions de la non-assistance à personne en péril, il est évident que le péril en lui-même ne doit pas présenter de danger pour le médecin. L'héroïsme n'est pas nécessaire. En revanche, le généraliste doit invoquer un risque réel pour sa personne pour s'excuser de porter secours. Il est donc intéressant de rapporter le cas de ce médecin généraliste qui ne s'était pas déplacé au domicile d'un nourrisson malade en arguant de la neige,

<sup>258</sup> Cass. crim., 04 septembre 2012, n°10-88818.

<sup>259</sup> Cass. crim., 20 janvier 1988, n°86-91520 : « (...) qu'il n'est pas démontré que le prévenu était à même d'avoir conscience du péril imminent que présentait l'état de santé du jeune Bertrand Z (...) »

<sup>260</sup> Cass. crim., 03 janvier 1973, n°71-91820.

alors que les parents avaient, d'eux-mêmes, pris leur véhicule pour transporter leur fils à l'hôpital. L'intempérie ne justifiait pas l'inaction du médecin<sup>261</sup>.

Un autre des moyens de droit relevé par les parties était le défaut d'assistance ; Soit ce défaut d'assistance était que le médecin responsable n'intervenait pas lui-même, soit ce dernier ne pas provoquait de secours. La majorité des cas rapportés reprochait aux médecins de ne pas s'être eux-mêmes déplacés. Ce n'était donc pas le diagnostic erroné posé par téléphone qui était reproché, mais la non-action du médecin : Se déplacer au chevet d'un malade qui souffre.

L'action de se déplacer, d'agir, voilà ce que recherchent les magistrats dans la demande d'assistance d'une personne qui souffre, même s'il existe, par exemple, une erreur diagnostique sur un infarctus du myocarde chez un patient fumeur de 50 ans, pris de douleurs thoraciques et de vomissements (il avait été étiqueté par téléphone Gastro-entérite aiguë)<sup>262</sup>.

Enfin, un médecin traitant avait été relaxé après le constat par les juges que malgré le fait de ne pas s'être déplacé, il avait provoqué un secours en conseillant à l'entourage d'une patiente qui venait de se suicider par arme à feu, de faire intervenir les pompiers et le SAMU<sup>263</sup>. *De facto*, il croyait que la patiente était toujours être en vie.

Enfin, le défaut d'assistance *volontaire*, qui soulignerait une intention frauduleuse pour un médecin de ne pas intervenir, avait aussi été mis en avant par une partie civile. C'était le cas d'un médecin traitant qui avait décidé de transférer son patient dans un établissement de santé en renonçant à toute thérapie agressive, sa pathologie (non citée dans l'arrêt) étant de très sombre pronostic. Les juges avaient considéré qu'un tel renoncement ne reflétait pas une abstention volontaire de secourir son patient<sup>264</sup>. Ce sont les magistrats qui apprécient souverainement l'intention en le déduisant des circonstances d'espèce. En revanche, imposer à des patients atteints de pathologies néoplasiques (en l'espèce, un cancer du sein) un jeûne de trois semaines et

---

<sup>261</sup> Cass. crim., 04 février 1998, n° 96-81425.

<sup>262</sup> Cass. crim., 04 mars 2009, n°08-86465 : «*Qu'il ne lui - le médecin - est pas reproché une erreur de diagnostic, de sorte qu'il importe peu que le Docteur (...) ait posé le diagnostic de gastro-entérite (...) mais ne saurait s'exonérer en alléguant se déplacer rarement à domicile dans sa pratique professionnelle (...)*».

<sup>263</sup> Cass. crim., 20 juin 2001, n°00-85619.

<sup>264</sup> A noter également la relaxe de deux médecins ne s'étant pas déplacés et connaissant les antécédents de leurs malades, les ayant directement fait transporter à l'hôpital (où le premier est décédé) ; Cass. crim., 08 mars 2000, n°99-83384, et Cass. crim., 18 décembre 1997, n°97-80067.

mettre en place des traitements homéopathiques accompagnés de «séances d'harmonisation» dans le but *d'atteindre une vie meilleure après la mort* est constitutif d'un défaut volontaire d'assistance, surtout en procédant à des visites à domicile régulières afin de s'assurer de la bonne prise des granulés et ampoules<sup>265</sup>.

Il est intéressant de noter pour ces deux cas d'espèces très particuliers que les deux médecins responsables avaient été mis sous contrôle judiciaire. Ainsi, ils encouraient une interdiction d'exercer leur profession de médecin, et ce pour une durée indéterminée, tant qu'un tel contrôle persisterait. Ce sont les deux seuls cas de contrôle judiciaire ayant été rapportés, afin de faire cesser de telles pratiques dangereuses<sup>266</sup>.

### **3 - Les perspectives d'avenir**

Parmi l'ensemble des cas inculquant les médecins généralistes d'avoir volontairement omis de porter secours à leurs malades, la Jurisprudence est sévère si tous les éléments constitutifs de l'infraction sont réunis. En revanche, les juges du fond auront plus facilement tendance à rejeter ce chef d'accusation si les éléments sont manquants ou lapidaires. Peu de médecins généralistes ont *in fine* été condamnés pour non-assistance, et le principal élément fâcheux était qu'ils ne s'étaient pas déplacés suite à un appel en détresse. Même les magistrats s'étaient accordés à dire, dans ce cas précis, que l'erreur diagnostique n'était pas d'une grande importance.

Donc, en rappelant le Code de la Santé Publique et surtout la Déontologie médicale, tout médecin ayant connaissance de la souffrance d'un malade doit se déplacer, lui porter secours ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. Parfois, une simple assistance psychologique peut être primordiale et suffisante. Une main serrée à un patient est déjà, malgré tout, une assistance. Ne pas savoir reconnaître, voire faire une erreur d'appréciation sur les maux d'un patient qui souffre peuvent passer en second plan si l'assistance primaire, le *être là*, est en place. Les juges ont été sévères lorsque certains médecins, accusés de non-assistance, pratiquaient des examens

---

<sup>265</sup> A propos de deux cas préconisant une approche «spirituelle» plutôt que des traitements allopathiques de médecine dite traditionnelle : Cass. crim., 06 mai 1997, n° 97-81013 et 08 octobre 1997, n°97-84093.

<sup>266</sup> En dehors des contrôles judiciaires lors des agressions sexuelles.

médicaux sommaires avec un désintéret manifeste. A nouveau, se déplacer et lutter contre la désinvolture est donc essentiel.

## **D - Les autres types d'infractions commises par le médecin généraliste**

### **1 - L'agression sexuelle et le viol chez les médecins généralistes**

Ce chapitre est de loin le plus alertant, le plus choquant et ne peut faire émerger que de l'inquiétude quant aux pratiques dénoncées. Ces agissements, nombreux eu égard aux résultats dégagés, vont purement et directement à l'encontre de tout principe moral sur le respect des personnes en tant que citoyen, et sont particulièrement graves lorsqu'il s'agit d'un médecin [96,97]. Cette position se doit d'être prestigieuse dans l'accomplissement des actes médicaux, dans l'examen minutieux d'une personne parfois entièrement dévêtue, et non être une brèche au voyeurisme ou à quelconque atteinte sexuelle. Enfin, plus spécifiquement, l'inquiétude est à son paroxysme lorsqu'il s'agit d'un médecin traitant qui a suivi des générations entières de famille et qui, dans la plupart des cas présentés, a vu grandir ses victimes. Pour mieux appréhender les décisions des magistrats sur ces sombres affaires, il convient de se remémorer la définition (et son évolution) des infractions d'agression sexuelle et de viol, de tenir compte de leurs composantes afin de pouvoir apprécier la souveraineté des juges sur les moyens de droit utilisés et les sanctions prononcées.

#### **a) L'évolution de la définition de l'agression sexuelle et du viol**

Il n'est pas étonnant de ne voir apparaître les premiers cas d'agressions sexuelles au sens de l'article 222-22 du Code pénal à partir de 1996. C'est cette date qui marque le point de départ des agressions sexuelles, et non le cas rapporté de 1968 apparaissant dans les résultats, car l'élément

matériel nécessaire pour prouver le détournement d'une jeune mineure par son médecin, afin d'avoir des relations sexuelles, n'avait pas été mis en évidence<sup>267</sup>.

La première explication trouve très probablement son origine, comme pour tout acte délictueux ou criminel, dans le chiffre noir de la délinquance sexuelle. Cette hypothèse est corroborée par certaines affaires où force est de constater que les médecins généralistes incriminés n'en étaient pas à leur premier coup d'essai. Plusieurs cas d'espèces relevaient qu'il existait plusieurs victimes et/ou un caractère répétitif sur un(e) seul(e) patient(e)<sup>268</sup>. Ils n'avaient fait l'objet d'aucune poursuite. Un seul médecin avait bénéficié par le passé d'une absence de poursuite avec classement sans suite.

La deuxième explication, plus subtile, émane de la définition même d'agression sexuelle. En effet, avant de procéder à une réforme majeure du Code répressif, entrée en vigueur le 1er mars 1994<sup>269</sup>, l'agression sexuelle était qualifiée d'attentat à la pudeur par le Code pénal napoléonien de 1810. Cette définition faisait référence à un acte physique de nature sexuel, contraire aux bonnes moeurs, et exercé sur le corps déterminé d'une autre personne. Il était intimement lié au concept de majorité sexuelle. Ainsi existait-il l'attentat à la pudeur sans violence, faite sur mineur(e), et l'attentat à la pudeur avec violence, nécessairement sur des personnes majeures. Dans pareil cas il est opportun de souligner que la minorité n'était pas considérée comme une circonstance aggravante mais un élément constitutif du délit. Les articles 331 et 333 de l'ancien Code pénal sont désormais devenues en Droit positif sous les articles 222-22 (agression sexuelle sur personnes majeures) et 227-25 à -27 du nouveau Code pénal (agression sexuelle sur mineurs). Il a donc été relevé plusieurs cas d'attentat à la pudeur, mais dont les auteurs n'étaient pas médecins généralistes. Un cas seulement pouvait être celui d'un

---

<sup>267</sup> Cass. crim., 23 décembre 1968, n°68-92026.

<sup>268</sup> A titre d'exemples, Cass. crim., 12 mars 2003, n°02-85120 et Cass. crim., 26 juin 2002, n°02-82720.

<sup>269</sup> Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du Code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes, entrée en vigueur le 1er mars 1994, Journal Officiel n°169 du 23 juillet 1992, page 9875.

médecin traitant eu égard aux faits mais il a été exclu par carence d'information<sup>270</sup>. Un des cas relevé comme agression sexuelle, en 1996, reprend cette distinction<sup>271</sup>.

L'arrêt unique ne relevant aucune condamnation envers le généraliste est intéressant en ce qu'il se fonde sur le détournement de mineure. En effet, datant de 1968, l'attentat à la pudeur n'avait pu être allégué par les parents de la jeune fille (qui avait plus de 16 ans), les rapports sexuels auraient été soi-disant consentis. La majorité sexuelle de la jeune étant passée mais pas sa majorité civile, les parents décidèrent d'inculper le médecin pour détournement de leur jeune fille mineure. Cependant, la loi pénale étant d'interprétation stricte, les éléments à réunir pour définir le détournement n'étaient pas présents selon la Cour d'Appel : Le médecin ne fut donc pas condamné. L'élément matériel repose sur l'enlèvement du mineur (en l'espèce la jeune fille était restée deux heures en consultation) et l'élément moral l'intention de soustraire l'enfant à sa famille (non prouvé). Ce raisonnement a cependant été cassé et annulé par la Cour de Cassation, et l'affaire a été renvoyée devant une autre Cour d'Appel dont les résultats ne furent pas connus.

Il est également intéressant de porter un regard sur l'origine et l'évolution des dispositions actuelles du viol. En Droit germanique et dans le Droit français de l'Ancien Régime, la loi dictait certaines conduites jugées moralement souhaitables. Le Code pénal Napoléonien de 1810 abandonnait cette confusion mêlant vices, pêchés et actes socialement dangereux mais ne définissait pas pour autant le crime de viol. En revanche, il le réprimait. C'est la Doctrine qui lui était contemporaine qui établit une définition comme « *le fait de connaître charnellement une femme sans la participation de sa volonté* ».

Pour la Jurisprudence, c'était le fait pour un homme d'avoir des relations illégitimes avec une femme contre la volonté de celle-ci, résultant de la violence, contrainte, menace ou surprise. Jusqu'en 1980, seuls les hommes pouvaient être violeurs et les femmes en être les victimes, et seule la pénétration vaginale par un organe sexuel masculin (le pénis) était prise en compte. Les

---

<sup>270</sup> A propos d'une jeune femme enceinte ayant un suivi régulier, il n'a pas été possible de déterminer la qualité précise du médecin, à savoir trancher entre un médecin généraliste et un gynécologue.  
Cass. crim., 30 mars 1994, n° 93-82950. Même si cet arrêt est sorti quelques semaines après la réforme de 1994, elle obéit au principe général fondamental que la loi n'a point d'effet rétroactif, sauf si la sanction pénale avait été plus douce. Les faits incriminés étaient antérieurs à 1994.

<sup>271</sup> Cass. crim., 26 juin 1996, n°95-82812 : « *Etant précisé que l'expression nouvelle d'atteinte sexuelle correspond à celle d'attentat à la pudeur de l'ancien Code pénal, et que la peine de 10 ans d'emprisonnement reste la même lorsque les faits ont été commis avec surprise.* »

autres actes de pénétration (avec objets ou viol d'un homme) tombaient sous le coup des atteintes à la pudeur avec violence. La nouvelle définition du viol introduite par l'article 222-23 du Code Pénal est plus large. Elle ne distingue plus le sexe de l'agent ni de la victime. Cette indifférence des sexes, bienvenue, s'applique également pour l'agression sexuelle<sup>272</sup>. Il n'est donc pas surprenant de voir que les arrêts impliquant des patients hommes n'apparaissent pas avant cette date. Ainsi, ont été déclarés coupables d'agression sexuelle et de viol sur des patients hommes le médecin généraliste ayant eu des rapports sexuels avec des jeunes mineurs, le médecin généraliste spécialisé dans la sexologie qui avait pratiqué sur son patient une masturbation jusqu'à éjaculation et le médecin traitant ayant pratiqué plusieurs fellations et sodomie chez un homme<sup>273</sup>.

Aujourd'hui, constitue une agression sexuelle *«toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise»*<sup>274</sup>. L'agression sexuelle est un délit. Une telle infraction délictueuse nécessite un contact entre une patiente et un médecin généraliste. Evidemment il serait maladroit voire grossier de penser que toute atteinte corporelle au cours d'un examen, même gynécologique, puisse être *de facto* une agression sexuelle. L'agression sexuelle ne comprend pas la pénétration, qui sera alors qualifiée de viol : *«Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace, ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle»*<sup>275</sup>. Le viol est un crime. Il est opportun de souligner que la tentative de viol est donc toujours punissable<sup>276</sup>. En revanche, le mobile et l'intention de jouissance sexuelle ne sont pas exigés par ces définitions.

---

<sup>272</sup> Par ailleurs, la dernière confusion était relative à l'homosexualité, réprimée jusqu'à la loi du 23 décembre 1980.

<sup>273</sup> Cass. crim., 09 juillet 2003, n°03-82179 et 12 mai 2004, n°03-87326

<sup>274</sup> Art. 222-22 du Code pénal.

<sup>275</sup> Art. 222-23 du Code pénal.

<sup>276</sup> A propos d'un médecin généraliste ayant violé et tenté de violer à nouveau sa femme de ménage au cabinet, tous les deux étant dans l'exercice de leurs fonctions respectives : Cass. crim., 07 août 2013, n°13-83612.

## b) Les éléments constitutifs de l'agression sexuelle et du viol

### L'élément matériel de l'agression sexuelle et du viol

L'agression sexuelle par un médecin généraliste n'est guère différente de celle d'un agresseur non médecin : caresses, attouchements sur les zones du périnée, palpations suggestives des seins, cuisses etc. Ces faits amènent l'élément matériel de l'infraction : Ce sont des faits de nature sexuelle, dans une consultation qui se veut être totalement bienfaisante et neutre.

L'infraction est constituée quand l'acte sexuel a été accompli par le médecin généraliste coupable sur la patiente-victime contrainte. Ainsi une caresse du pubis, un toucher rectal accompagné d'un toucher vaginal dans le cadre d'une cystite est une agression sexuelle<sup>277</sup>. Au cours d'une visite à domicile, faire retirer le pantalon d'une jeune fille et de pratiquer sur elle un toucher vaginal pour examiner un bras endolori par quelque pratique sportive est constitutif d'agression sexuelle.<sup>278</sup>

L'infraction est également pourvue de son élément matériel lorsqu'un médecin de famille examine et procède à des massages masturbatoires dans le cadre d'une grippe, d'une chute de vélo<sup>279</sup> ou d'un renouvellement d'agrément d'assistance maternelle.

Concernant le viol, le crime n'est caractérisé que si le médecin généraliste réalise un «*acte de pénétration sexuelle sur la personne victime*». Ainsi, une fellation est un viol dès lors qu'il y a eu pénétration de la verge dans la bouche d'un(e) patient(e). Il existe cependant une exception, qui est vivement critiquable. En l'espèce, trois patientes auraient été obligées par leur médecin traitant d'introduire dans leur bouche un objet de forme phallique, avec préservatif, et d'effectuer des mouvements de va-et-vient, mimant très clairement un acte fictif de fellation. Et ce caractère mimétique, fictif, a valu cassation en 2007<sup>280</sup>. Les Juges suprêmes ont considéré que pour être constitutive d'un viol, la fellation doit impliquer une pénétration par l'organe sexuel masculin de l'auteur et non par un objet le représentant. Ainsi, la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation

---

<sup>277</sup> Cass. crim., 19 janvier 2005, n°04-84140.

<sup>278</sup> Cass. crim., 30 janvier 2008, n° 07-84408.

<sup>279</sup> Cass. crim., 12 mai 2004, n° 03-87326.

<sup>280</sup> Cour de Cassation, 21 février 2007, n° 06-89543.

a jugé qu'encourt la censure l'arrêt qui renvoie devant la cour d'assises sous l'accusation de viols aggravés, un médecin généraliste qui, agissant dans un contexte sexuel et animé par la volonté d'accomplir un acte sexuel, a contraint ces trois jeunes patientes à introduire dans leur bouche un objet de forme phallique.

La critique majeure qu'il appert de souligner est l'injustice frappante qui entache ce cas d'espèce, car si l'orifice en cause (la bouche) n'est pas un orifice sexuel par nature, l'objet introduit l'était nécessairement par destination, clairement sexuelle. De même, la fellation pratiquée sur la victime n'est pas un viol puisque la victime n'est pas le sujet d'une pénétration. Il y a seulement dans ce cas, agression sexuelle. Cette Cassation fait remonter le concept important en Droit positif que la *loi pénale est d'interprétation stricte*. La fellation étant définie comme une pénétration par un organe sexuel masculin, il n'est pas possible de l'étendre à un objet représentant un phallus. Ainsi, seule la qualification d'agression sexuelle a été retenue, le seul contexte sexuel étant insuffisant pour la qualification de viol. En revanche, tel qu'il est disposé dans la loi définissant le viol, l'acte de pénétration vaginale ou anale, lui, peut être réalisé à l'aide d'objets quelconques.

Cet arrêt de 2007 n'a encore jamais connu de revirement de Jurisprudence, mais il est optimiste de penser que ce changement arrivera, ne serait-ce par souci d'une justice plus favorable aux patient(e)s victimes de tels agissements délictuels, et même criminels.

#### L'élément moral de l'agression sexuelle et du viol

Le viol ou l'agression sexuelle ne sont constitués que dans la mesure où le médecin a été conscient d'imposer à son/sa patient(e) des rapports ou des attouchements non désirés par lui/elle. Ces sont des infractions intentionnelles.

L'intention coupable peut ne pas exister si le médecin coupable de l'acte a agi en estimant, par exemple, que la résistance de la victime n'avait aucun caractère sérieux ou n'excluait pas son consentement. Beaucoup de médecins mettaient en avant cette hypothèse devant les juges du fond, que la relation était toute somme consentie. Puis ils relevaient d'autres moyens de Droit devant la Cour Suprême, telle que la non constitution de l'infraction par manque de l'élément moral ou matériel. Eu égard à toutes les histoires, fussent-elles empreintes de déclarations parfois

incertaines de la part des patient(e)s, les juges de la Cour de Cassation estimaient que les juges du fond avaient souverainement et correctement apprécié ses éléments. Ainsi, le médecin crapuleux essayant d'invoquer la méprise sur l'absence de consentement n'emportait guère la satisfaction du juge.

Tous les éléments moraux furent déduits de l'élément matériel qui ne faisait aucun doute. La preuve de l'élément matériel détermine l'élément moral. En l'espèce, tous les médecins généralistes avaient une intention malveillante en imposant des rapports non désirés à leurs patient(e)s, sous prétexte d'un examen médical.

Quant à la défense des médecins sur un potentiel jeu de séduction de patientes, ces dernières étaient systématiquement vues et entendues par un médecin psychiatre et un(e) psychologue. Seul un cas rapporte l'hypothèse d'une séduction d'une jeune patiente, mais elle n'a jamais été prouvée formellement d'une part, et les agissements du médecin avaient largement dépassé les avances de la jeune fille. Aucun cas d'hystérie n'a été également relevé. Quant à l'hypothèse de l'érotomanie, aucun cas n'a été rapporté, cette affection psychiatrique étant particulièrement exceptionnelle. Les experts sollicités étaient très clairs dans les arrêts énoncés, aucun(e) patient(e) ne présentait de poursuite amoureuse optimiste ou haineuse ni d'hallucination ou délire d'interprétation [98].

#### L'absence de consentement par violence, contrainte, menace ou surprise

Il est une règle pour toute relation sexuelle qu'apprécient les magistrats, qui se trouvent être des tiers pour juger la qualité délictuelle ou non d'un jeu amoureux : Le consentement à une relation sexuelle est toujours présumé. La définition actuelle des agressions sexuelles (et du viol) implique une présomption de consentement des femmes (et des hommes) à l'acte sexuel. Fort heureusement cette présomption tombe lorsque la patiente-victime prouve qu'une telle relation n'a pas relevé du désir partagé ou de l'amour, mais a été commis par violence, contrainte, surprise ou menace. Ces éléments relèvent de la sage appréciation des magistrats du fond au regard des éléments qui leur sont fournis.

La contrainte physique est le fait d'exercer des pressions corporelles. Elle se confond avec la violence. La contrainte morale consiste à menacer. Dans ce cas, elle recouvre la menace. La

Cour de Cassation a précisé que la contrainte doit s'apprécier de manière concrète en fonction de la capacité de résistance de la victime<sup>281</sup>. La question de savoir si la femme a opposé une résistance suffisante est du domaine des juges du fait.

La violence désigne les pressions physiques exercées sur une patiente pour obtenir d'elle le comportement sexuel que souhaite le médecin généraliste. La violence physique est la plus facile à démontrer : Un examen soigneux et délicat permet de relever des traces de prises dans certaines zones privilégiées (seins, face interne des bras ou des cuisses). Il donne lieu à la rédaction d'un certificat médical initial descriptif des lésions. Un cas a relevé chez une patiente des ecchymoses des deux seins.

Les violences morales sont souvent une forme de contrainte. Ainsi, a été considérée comme une contrainte morale la détresse et le trouble paralysant quand le médecin généraliste avait empoigné sa patiente<sup>282</sup>.

La surprise consiste à obtenir des faveurs sexuelles en trompant le/la patient(e), ou quand la victime est sédaturée. Cette notion est de loin l'argument le plus retenu et relève de la logique : Les médecins peu scrupuleux qui avançaient la réalisation d'un acte médical comme élément protecteur a servi à faire naître la notion de surprise pour les patient(e)s. Effectivement, les magistrats en déduisaient qu'une consultation médicale avec un examen au décours, qu'il soit gynécologique ou non, déterminait le caractère de surprise.

La surprise était encore plus flagrante lorsque le vice du médecin l'incitait à séduire sa patiente<sup>283</sup>, au motif de calmer un état d'agitation avec hypertension.

La menace quant à elle est une agression psychologique, qui se confond avec la contrainte morale. Il n'y a pas eu de cas de menace parmi les agressions sexuelles des généralistes.

---

<sup>281</sup> Cass. crim., 8 juin 1994, Bull criminel n°226.

<sup>282</sup> Cass. crim., 17 mars 2004, n° 03-85515. En l'espèce les juges du fond relevaient «*sinon la violence ou du moins la contrainte*».

<sup>283</sup> Cass. crim., 15 mai 2013, n° 12-82692, à propos de l'injection d'un sédatif (non connu en l'espèce) avant de pratiquer une pénétration sexuelle chez une jeune fille, et Cass. crim., 27 octobre 2004, n° 04-81237, avec l'injection de valium et calcibronat. Ce traitement était autrefois utilisé dans les services d'urgences pour quelques cas très particuliers de spasmophilie ou de tétanie. Quoiqu'il en soit une telle pratique n'avait pas lieu d'avoir cours dans un cabinet de médecine libérale, sur une patiente qui de toute évidence n'était pas agitée ou spasmophile.

## c) Le régime juridique de l'agression sexuelle et du viol

### 1) Les circonstances aggravantes

Pour le viol et l'agression sexuelle, il existe quatre catégories de circonstances aggravantes<sup>284</sup>. Deux d'entre elles ont été prises en compte par les juges dans les cas présentés. La quasi-totalité des affaires ont été marquées au fer rouge d'une circonstance aggravante. Les circonstances aggravantes d'exécution comme l'usage d'une arme ou la torture par exemple, et la circonstance provoquant une mutilation, une infirmité ou la mort d'un(e) patient(e) n'ont pas été rapportés.

- Circonstances aggravantes tenant aux patient(e)s : L'âge et la vulnérabilité résultant d'un état pré-existant aux faits de la victime. Ainsi, des attouchements sur patientes mineures ont été relevés<sup>285</sup> et la vulnérabilité des patient(s) étaient d'interprétation large (de la dépression simple, angoisse, au handicap sévère avec déficience mentale)<sup>286</sup> ;
- Circonstances aggravantes tenant aux médecins généralistes : En effet, l'autorité légale que confère la loi aux médecins qui en abusent ainsi, est avec la vulnérabilité des victimes, la circonstance aggravante la plus fréquente. La quasi-totalité des cas la rapporte.

En revanche, un même fait ne peut être considéré comme une circonstance aggravante s'il a déjà été envisagé à titre d'élément constitutif de l'infraction. Ce moyen de défense était fréquemment mis en avant par le médecin dans les pourvois, ainsi que le principe de présomption d'innocence. A titre d'exemple, dans l'arrêt de 1996 (note de bas de page 258), l'avocat du médecin arguait que la minorité était un élément constitutif de l'infraction d'attentat à la pudeur et

---

<sup>284</sup> A quelques exceptions juridiques près, les circonstances aggravantes du viol sont les mêmes pour les agressions sexuelles. Ces exceptions n'apparaissent pas dans les affaires litigieuses, elles ne font donc pas l'objet d'une discussion.

<sup>285</sup> Cass. crim., 26 juin 1996, n°95-82812.

<sup>286</sup> Cass. crim., 20 janvier 2010, n°09-87468, à propos d'une jeune femme souffrant d'un handicap psychomoteur altérant considérablement ses fonctions cognitives, qui avait consulté son médecin généraliste pour un problème ne relevant pas de la gynécologie et dont les propos rapportés à sa famille et aux gendarmes n'ont jamais changé. Les experts avaient déclaré que la patiente, asexuée eu égard à sa déficience mentale, n'était pas en mesure d'inventer une telle histoire sordide.

non une circonstance aggravante. Même si les faits étaient antérieurs à 1994, c'est à dire avant les nouvelles dispositions législatives, les juges du fond avaient alors déterminé que le médecin généraliste abusait de l'autorité que lui conféraient ses fonctions, et le condamnait pour agressions sexuelles aggravées au regard du nouveau Code pénal. Dans un arrêt, la circonstance aggravante de la «particulière vulnérabilité» d'une patiente n'avait pas être prise en compte par les juges : Le viol n'avait pu être commis par le médecin traitant qu'après avoir fait absorber un puissant sédatif qui avait anéanti sa volonté. Les juges ont alors relevé l'abus d'autorité eu égard aux fonctions même de ce médecin.

Les circonstances aggravantes ont pour effet de remonter les sanctions d'un degré dans l'échelon des peines correctionnelles. Par exemple, l'agression sexuelle commise sur une victime ordinaire est un délit puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000€ d'amende, celle sur une personne vulnérable de sept ans et de 100 000€ d'amende. La prescription de l'action publique pour le viol est de dix ans contre trois pour l'agression sexuelle.

## 2) L'appréciation de la présomption d'innocence aux cas d'espèce

Quelques médecins se targuaient de la présomption d'innocence face aux délits ou crimes qu'on leur imputait. La présomption d'innocence signifie que le médecin généraliste, même suspecté de la commission d'agression sexuelle ou de viol, ne peut être considéré comme coupable avant d'en avoir été jugé comme tel par un tribunal. A leur décharge, même le médecin pourvu d'une malveillance flagrante était en droit de relever ce principe fondamental du système judiciaire français. Il est inscrit dans de multiples textes, tant français qu'internationaux, qui le promeuvent comme un Droit de l'Homme<sup>287</sup>.

Malgré le fait qu'il est plus difficile de désagréger un préjugé qu'un atome pour Albert Einstein, les magistrats se fondaient sur l'absence de consentement des patient(e)s victimes pour écarter la présomption d'innocence que prônaient certains médecins. Il était donc aisé de faire s'évanouir cet argument grotesque dans de tels cas d'espèces. Pour corroborer ces arguments, il

---

<sup>287</sup> Article 9 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789: «*Tout homme étant présumé innocent jusqu'à ce qu'il ait été déclaré coupable*», l'art. 11 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 de l'ONU, ou encore l'article 9-1 du Code civil etc.

faut souligner la justesse élégante des propos de Maître Takhedmit, avocat spécialisé en Droit pénal: «*La présomption d'innocence, comme la liberté, ne se présume pas, elle se conquiert*».

### 3) Les sanctions prononcées

Que ce soit pour une agression sexuelle ou un viol, la quasi-totalité des cas rapportés à l'encontre des médecins généralistes présentait une sanction privative de liberté, allant de quelques mois à 15 ans de réclusion criminelle.

A noter que la règle pour le viol aggravé est une peine maximale de 20 ans de réclusion criminelle, contre 10 ans pour un viol «simple»<sup>288</sup>, et 5 ans pour une agression sexuelle. Ces peines peuvent être assorties d'une amende pouvant aller jusqu'à 100 000€. Le montant relève de l'appréciation souveraine des juges et n'appelle pas de remarque particulière.

En revanche, les médecins généralistes agresseurs ou violeurs encourent différentes peines complémentaires, dont la plus importante est l'interdiction d'exercer leur activité professionnelle<sup>289</sup>. Et c'est sur cette peine complémentaire que l'on peut s'interroger, l'appréciation des juges étant parfois trop indulgente. Ainsi, ont été rapportées des interdictions de quelques mois à quelques années (2, 3, 4 ou 5 ans). Seulement trois arrêts ont prononcé une interdiction définitive d'exercer, notamment pour le médecin ayant sédaté sa jeune patiente.

Eu égard à la qualité même de médecin et compte tenu des faits dont ils ont tous été reconnus coupables, il serait intéressant de s'interroger s'ils n'ont pas trahi définitivement le Serment d'Hippocrate qu'ils ont prêté. Par ailleurs, du caractère répétitif ou de la pluralité des patient(e)s victimes souligné dans plusieurs arrêts devraient découler une interdiction définitive d'exercer la profession de médecin. Etant aussi médecin en écrivant cette thèse, il appert que ce ne serait que justice de déchoir de tels individus du titre de Docteur en Médecine, titre dont ils ne sont plus dignes. Autant est-il possible de discuter une interdiction d'exercer lorsqu'il s'agit de malversations crapuleuses avec les fraudes aux organismes sociaux, autant le sujet devrait être

---

<sup>288</sup> Respectivement article 222-24 et 222-23 du nouveau Code pénal.

<sup>289</sup> Voir encore une interdiction de droits civiques, civils et de famille, affichage et diffusion de la décision. Art. 222-44 et s. du Code pénal. On peut également signaler une peine complémentaire assortie d'un suivi socio-judiciaire (art. 222-48-1 du Code Pénal) qui n'était pas relevé dans ces cas d'espèces.

clos lorsqu'il s'agit de porter atteinte à l'intégrité corporelle d'un(e) patient(e) qui se met à nue, corps et âme.

Par ailleurs, il n'est pas utopique de penser que ces infractions pourraient diminuer considérablement dans les années à venir, du fait de l'important changement démographique des médecins (annexe 2). Ainsi, depuis une décennie, la féminisation est de plus en plus prépondérante, pouvant même atteindre jusqu'à 75% des effectifs des jeunes étudiants en Médecine dans certaines facultés. Cette réflexion n'est qu'une hypothèse puisque les différentes études ou sources scientifiques et juridiques ne mettent pas en avant de statistiques fiables sur le pourcentage de femmes auteurs de violences sexuelles.

## **2 - Les contentieux spécifiques de la Sécurité Sociale**

Il existe plusieurs contentieux spécifiques de la Sécurité Sociale :

- Le contentieux de l'expertise médicale ;
- Le contentieux technique ;
- Le contentieux du contrôle technique qui, relevant en premier recours de la compétence des assurances sociales du conseil régional, fait partie du contentieux disciplinaire des professions de la santé. Selon l'article L 145-1 du Code de la Sécurité Sociale, ce contentieux a pour objet les «*fautes, les abus, les fraudes ou tout autre fait intéressant l'exercice de la profession*» au regard des règles d'assurance-maladie. Dans la pratique il concerne la répression des dépassements d'honoraires injustifiés, des attestations de complaisance, des actes fictifs ou des abus de prescription. En règle, il est déclenché par les organismes de sécurité sociale ou le médecin conseil. Il est connu des sections des assurances sociales des conseils régionaux de discipline des Ordres professionnels intéressés. En secteur public le dernier recours est envisageable devant le Conseil d'État et devant la Cour de Cassation pour les professions libérales [99,100].

Les faits punissables «*fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession*» doivent avoir été commis à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux. La

majorité du contentieux relève de médecins ne désirant pas directement s'affranchir du paiement de leur cotisations diverses (à l'Ordre de Médecins, URSSAF<sup>290</sup> etc.). La plupart des condamnations sont donc déclarées au civil, avec le remboursement des sommes indues et/ou le versement de prestations d'intérêts civils aux organismes lésés. En revanche, il existe des affaires où les médecins n'ont pas payé leurs diverses cotisations sociales en fraudant les organismes sociaux. C'est alors dans ce dernier cas qu'une action pénale peut être intentée et aboutir si les preuves d'une fraude ou d'une escroquerie sont rapportées. Quelles que soient les critiques qu'il est possible d'opposer au lourd système de cotisations actuel, force est de constater que tous les arrêts, et *a fortiori* sur le plan pénal, étaient teintés d'une tendance franche et non dissimulée des généralistes à la mauvaise foi.

Ces arrêts sont intéressants car eu égard aux autres spécialités (certains médecins libéraux - cardiologues, rhumatologues etc. - élaboraient des fausses attestations sociales) la Médecine Générale est la spécialité la plus incriminée, tant au civil qu'au pénal. Il serait presque possible de dire que cette catégorie de comportements fautifs est quasiment exclusive de la Médecine Générale, du fait du nombre considérable d'actes qui sont réalisés chaque jour et du nombre très important de médecins généralistes sur le territoire par rapport aux autres spécialités libérales.

#### a) L'action disciplinaire et civile dans le recouvrement des cotisations et problèmes de cotations d'actes

Ce chapitre est rédigé d'un point de vue pénal, mais il ne faut pas oublier que les actions civile et disciplinaire peuvent s'ajouter à la répression judiciaire. Par ailleurs, si aucun texte répressif ne peut être avancé, alors seules les actions disciplinaire et civile seront déclenchées. Ces deux possibilités ne sont pas exclusives l'une de l'autre<sup>291</sup>.

---

<sup>290</sup> URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.

<sup>291</sup> Cass. 1re Civ., 14 novembre 1979, n°78-13847, Bull. civ. I n°283, à propos de non règlement des cotisations de l'Ordre des médecins par un généraliste : «*Attendu qu'une action en recouvrement peut coexister avec une action disciplinaire (...)*», au regard de l'article 427 du Code de la Santé Publique.

Ainsi, il a fréquemment été rapporté au civil le non-paiement de cotisations obligatoires fixées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins<sup>292</sup> ou celles à verser aux organismes sociaux comme l'URSSAF ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, sans déclenchement d'action pénale. Il est à souligner que le versement des cotisations à l'Ordre des médecins est obligatoire. En revanche, les cotisations type URSSAF ne sont dévolues qu'aux médecins exerçant à titre libéral ou dans le cadre de leur activité privée lorsqu'ils travaillent dans un service public hospitalier<sup>293</sup>.

Par ailleurs, bon nombre d'arrêts (civils et répressifs) se sont penchés sur le problème, parfois épineux, de la nomenclature des actes qu'un médecin généraliste peut mettre en oeuvre. En effet, dans la gestion des remboursements, les caisses font une application quotidienne de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)[103]. Depuis la Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, la Médecine Générale est devenue une spécialité à part entière<sup>294</sup>, au même titre que la Cardiologie, l'Orthopédie etc. De fait, la revendication des généralistes de se voir appliquer la nomenclature des spécialistes était louable. La Cour de Cassation a mis définitivement un terme aux querelles concernant les cotations en 2010<sup>295</sup>. Il a rappelé que cette situation ne s'applique qu'aux médecins ayant un exercice libéral [103]. Ainsi, ne saurait se prévaloir de la majoration Urgence (côtée M ou K14) le médecin ayant une activité mixte (libérale et salariée) lorsque ce dernier travaille au sein de la clinique qui l'emploie, même pour des consultations de Médecine Générale en week-end<sup>296</sup>.

Parfois, les juges relèvent que certaines cotations d'actes sont extrêmement litigieuses : Est-ce une cotation erronée ou une fraude<sup>297</sup>? Par ailleurs, une caisse doit suivre une procédure stricte<sup>298</sup> pour se prévaloir du remboursement de sommes indues. Elle ne peut seulement exiger

---

<sup>292</sup> Article 410 du Code de la Santé Publique.

<sup>293</sup> Cour de Cassation, Assemblée plénière, 15 février 1985, n°83-10954, Bull 1985 A.P. n°1 p. 1 et Cour de Cassation, Assemblée plénière, 07 novembre 1986, n°85-15962, Bull 1986 A.P. n°12 p. 21.

<sup>294</sup> Entrée en vigueur après les Epreuves Nationales Classantes de 2004.

<sup>295</sup> Cass. 2e Civ., 08 avril 2010, *CPAM de la Drome c. Prats*, n°09-13772.

<sup>296</sup> Cass. 2e Civ., 21 juin 2005, n°04-30245 et Cass. 2e Civ., 12 février 2015, n°14-11926.

<sup>297</sup> Cass. 2e Civ., 07 mai 2015, n°14-14871, à propos d'une cotation Majoration Urgence (M) réalisée systématiquement par un médecin généraliste, dont l'indu à la Sécurité Sociale s'élevait à 16 700€.

<sup>298</sup> Rappelé à l'article L 133-4 du Code de la Sécurité Sociale.

de tels remboursements uniquement sur «*l'inobservation des règles de la tarification, voire de la facturation*»<sup>299</sup>.

### b) Les falsifications des médecins généralistes : Les mensonges médicaux et administratifs

Le faux, *falsum*, est une qualification générique qui désigne toute manœuvre ou procédé employé par un individu pour en tromper un autre. Sous sa forme primitive, le faux est donc essentiellement un mensonge ; pour le médecin généraliste, c'est affirmer un fait - médical ou d'ordre administratif - qu'il sait être contraire à la vérité, accompagné ou non de manœuvres destinées à corroborer cette affirmation. En lui-même, le fait de mentir n'est pas punissable. La Loi laisse à chacun le soin de se prémunir contre l'erreur. Cependant la règle Déontologique et l'Ordre Moral condamne le mensonge, aussi le législateur peut-il l'incriminer. Toutefois il ne saurait réprimer toutes les formes de mensonges que peut réaliser un médecin sans distinction.

De l'infraction de faux réalisée par un médecin généraliste découle pléthore d'incriminations pénales : Vol, fraude, abus de confiance, escroquerie etc.

Dans la législation répressive, les procédés de faux peuvent être groupés en trois catégories distinctes, suivant que le mensonge est commis :

- Par écrits : Ce sont les faux en écritures, sous ces diverses formes et variétés<sup>300</sup> ;
- Par actions : L'escroquerie<sup>301</sup> qui suppose des manoeuvres dolosives extérieures, une mise en scène ayant pour but d'inspirer une confiance mal fondée ; l'usurpation de fonction etc. ;
- Par paroles : Le faux témoignage, le faux serment<sup>302</sup>.

<sup>299</sup> Cass. 2e Civ., 28 mai 2015, n°14-15546, à propos d'un médecin ayant un indu litigieux de 60 000€ et qui refusait de délivrer les dossiers médicaux de ses patients pour que la caisse puisse vérifier la bonne application de la cotation des actes.

<sup>300</sup> Art. 145 à 165 du Code pénal.

<sup>301</sup> Art. 405 du Code pénal.

<sup>302</sup> Aucun cas n'a rapporté de faux témoignages ou de fausses déclarations sous serment pour des médecins généralistes. Ces mensonges par *paroles* ne seront donc pas étudiés. Le faux témoignage et le faux serment occupent depuis le Code Napoléonien de 1810 une place bien éloignée de celle du faux en écritures, mais ils ne feront pas l'objet d'un développement particulier.

### 1) L'infraction de faux<sup>303</sup>

Le classement de cette infraction est riche d'enseignements [101]. En Droit Romain, le faux englobait toutes formes : Faux monnayage, faux en écriture, faux témoignage etc. Dans le Droit de l'Ancien Régime, le faux reprenait cette généralisation, mais excluait les faux en écriture, infraction indépendante. Pour le reste, il y avait faux lorsqu'il existait «*toute action faite pour détruire, altérer, ou obscurcir la vérité, au préjudice de quelqu'un et dans le dessein de le tromper*» .

Depuis 1810, le faux est placé parmi les infractions contre la Nation, l'Etat et la paix publique, dans le titre IV du Code pénal intitulé «*des atteintes à la confiance publique*». C'est ainsi que le Code pénal français traite, en quatre paragraphes la fausse monnaie, la contrefaçon, le faux en écriture publique ou authentique, et le faux en écriture privée. Le législateur a donc restreint cette qualification de faux à l'altération ou à la falsification de certains instruments de preuve, dans lesquels la *Fides Publica* (la confiance publique) est une nécessité sociale. Le délit ainsi caractérisé peut être qualifié de délit contre la foi publique.

Il serait fort à penser qu'un «simple» faux certificat médical, une feuille de soins falsifiée ou une fausse déclaration de maladie élaborée soigneusement par un médecin pour un patient (ou pour lui-même récupérer des honoraires par exemple) n'entâche en rien la confiance publique, et qu'élever ainsi cette infraction en délit contre la Nation manquerait sincèrement de modestie.

Il faut cependant comprendre cette notion un peu comme un aphorisme hippocratique. Cette qualification répressive convient bien au faux médicaux du médecin généraliste car l'essence de toute falsification d'écriture est d'ébranler la foi attribuée aux écrits destinés à servir de preuve dans un intérêt public (se prévaloir d'une prise en charge adaptée, ou encore de percevoir des honoraires remboursés par la sécurité sociale...).

Qu'il s'agisse d'un faux document ou d'un faux certificat, dont les éléments constitutifs et la répression sont différentes, il faut comprendre le faux comme une altération frauduleuse de la vérité dans certains actes qui ont, par essence, un effet juridique.

---

<sup>303</sup> Art. 441-1 et suivants du Code pénal.

Les cinq éléments constitutifs du faux sont les suivants :

- *Un document* : Le faux est la falsification d'un écrit manuscrit, dactylographié ou imprimé ;
- *Valant titre* : Le faux est répréhensible si le document a une valeur juridique, s'il a pour objet ou pour effet de prouver un droit. En l'espèce, tout document émanant d'un médecin a par essence une valeur juridique s'il comprend la mention «*pour faire valoir ce que de droit*» ;
- *Contenant une altération de la vérité* : C'est l'élément matériel de la vérité, qui était au coeur des débats entre médecins condamnés et parties civiles. Dans les cas concernant les médecins généralistes, elle a revêtu plusieurs formes, matérielle d'une part : Une fausse signature ou la contrefaçon d'écriture par imitation etc. ou intellectuelle d'autre part : La supposition de personnes (c'est à dire l'affirmation fausse qu'une personne était présente au cours de la consultation) et la fausse constatation de faits comme étant vrais. Le faux intellectuel est purement un mensonge crée de toutes pièces, ou une omission de parler de certains faits ;
- *Causant un préjudice* : Cette notion est prise au sens large. Le préjudice peut être actuel, éventuel ou possible. Concernant le trouble à l'Ordre social, il est évident qu'un faux en acte authentique ou en écriture de comptabilité pour ne pas payer certaines sommes indues à la Sécurité Sociale cause un préjudice à la société<sup>304</sup>. Le préjudice se déduit ici du faux en lui-même. Lorsque le préjudice ne résulte pas de la nature de l'acte, le préjudice doit être prouvé. C'est le cas pour les écrits simples ou les lettres missives<sup>305</sup>;
- *Avec une intention coupable* : L'exigence d'une intention coupable frauduleuse est nécessaire. Le faux n'est établi que s'il existe une conscience du médecin généraliste à altérer la vérité. En règle cette intention coupable n'était pas difficile à mettre en avant dans tous les arrêts rapportés. Tous les médecins avaient une intention frauduleuse

---

<sup>304</sup> Cass. crim., 11 janvier 2001, n°00-80350, à propos pour deux médecins généralistes qui n'avaient déclaré aucun revenus, ni délivré aucune comptabilité obligatoire pendant quelques années. De même, Cass. crim., 11 juillet 1988, n°86-94478.

<sup>305</sup> Cass. crim., 25 juin 2003, n°02-86007, à propos d'un médecin n'ayant pas pu prouvé que sa consoeur lui avait causé un préjudice sur une lettre simple qu'il dénonçait être un faux.

manifeste, doublée d'une incroyable mauvaise foi pour certains. Par exemple, ne déclarer strictement aucun revenu ou rédiger un certificat d'altération des capacités d'une personne en vue d'une hospitalisation sans consentement d'une patiente qui n'a jamais été vue relèvent d'une intention frauduleuse probante et d'un mépris de toutes règles Déontologiques (dixit la Cour Suprême, cf note de bas de page 292). En revanche, n'avait pas été condamné pour faux le médecin généraliste qui attestait d'une altération patente des facultés cognitives d'un de ses patients, dont le certificat était daté du jour de la demande de l'épouse «affolée» par le comportement de son mari, alors que le médecin avait procédé quelques jours plus tôt à deux visites à domicile. La mention «*certifie avoir examiné Monsieur X (...)*» sans faire aucune référence à la date de consultation ne peut être estampillée de faux<sup>306</sup>.

Il convient de faire la distinction entre faux document et faux certificat. Si elle peut paraître sans aucune utilité, la multitude des actes falsifiés est importante pour un médecin, même si l'inculpation pour faux est quant à elle générique.

## 2) La distinction Faux document et Faux certificat

### a) Les faux documents

Le Code répressif distingue deux type de faux<sup>307</sup> documents, tous les deux rapportés dans les cas concernant les médecins généralistes. Il existe les faux ordinaires et certains faux particuliers, plus rares.

Le faux ordinaire est le successeur de l'ancien faux en écriture privée. Cette appellation ancienne et élégante a encore été trouvée dans certains arrêts récents. Le faux document peut être tout type de document impliquant des intérêts privés. Par exemple, un médecin généraliste avait ainsi été condamné pour avoir établi un faux contrat de travail à l'encontre d'un ancien collègue

<sup>306</sup> Cass. crim., 03 décembre 2008, n° 08-82704.

<sup>307</sup> L'article 441-1 du Code pénal donne la définition suivante du faux : «*Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques*».

salarié kinésithérapeute<sup>308</sup>. Le faux ordinaire et l'usage de faux (cf supra) sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45.000€ d'amende.

Les faux particuliers sont punis par des peines plus fortes que celle du faux ordinaire. Les faux particuliers concernent les faux dans un document administratif et les faux dans une écriture publique ou authentique. Le *faux dans un document administratif* est puni de cinq ans d'emprisonnement et 75.000€ d'amende<sup>309</sup>, le double est attribué au faux dans une écriture publique ou authentique. Il s'agit principalement des fausses feuilles de soins, afin de percevoir frauduleusement des honoraires indus.

#### *Le faux dans un document administratif*

L'élément propre à cette infraction dont la peine est prévue par l'article 441-2 est le fait que le document soit délivré par une autorité administrative. Les fausses feuilles de soins peuvent être considérées comme des faux documents délivrés par les caisses primaires d'assurance maladie. Ce type de faux, ainsi que son usage, sont punis de 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende.

#### *Document administratif procuré frauduleusement à autrui*

Une infraction dérivée constituant un délit aggravé est le fait de procurer frauduleusement l'un de ces documents à autrui<sup>310</sup>, par exemple un médecin généraliste qui fournit un arrêt de travail à une personne qu'il n'a jamais vue ni examinée. Le fait de procurer frauduleusement à autrui un document délivré par une administration publique aux fins de constater un droit, une identité ou une qualité ou d'accorder une autorisation est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000€ d'amende.

Un médecin généraliste avait été condamné pour avoir délivré des faux arrêts de travail et prolongations d'arrêts de travail à des patients qu'il ne connaissait pas, afin que ces derniers bénéficiassent des indemnités journalières. Il n'avait pas été condamné pour faux mais

<sup>308</sup> Cass. crim., 10 mars 1999, n°97-85883, à propos de l'établissement d'un faux contrat de travail, avec une fausse signature de l'intéressé et de fausses clauses de non concurrence ayant causé un préjudice à un masseur-kinésithérapeute.

<sup>309</sup> Article 441-2 du Code pénal.

<sup>310</sup> Art. 441-5 du Code pénal.

escroquerie en bande organisée, n'étant qu'un des maillons d'une vaste chaîne de travaux clandestins (faux contrats de travail, fausses fiches de paye et faux arrêts de travail)<sup>311</sup>. L'inculpation d'escroquerie est punie plus lourdement que le faux, et davantage avec la circonstance aggravante qu'est la bande organisée.

### Faux en écriture publique<sup>312</sup>

Les écritures publiques sont des écritures gouvernementales, des jugements, des sentences arbitrales, des assignations, des actes d'appel ou de pourvoi en cassation, etc. Les écritures authentiques représentent tous les actes dressés par les officiers publics (notaires, huissiers, commissaires priseurs etc.). Un médecin avait été condamné pour faux en écriture publique (et privée en l'espèce), pour avoir utilisé un faux estampillé du Conseil de l'Ordre des Médecins. Il établissait cette fausse pièce pour faire pression sur ses patients afin qu'ils ne témoignassent pas contre lui<sup>313</sup>.

### b) Les faux certificats<sup>314</sup>

Il existe deux types de faux certificats : L'établissement ou l'usage de faux certificats et la délivrance de faux certificats par corruption.

### L'établissement ou l'usage de faux certificats

Le Code réprime d'un an d'emprisonnement et de 15.000€ d'amende le fait d'établir ou de falsifier une attestation ou un certificat médical faisant état de faits matériellement inexacts, et

---

<sup>311</sup> Cass. crim., 10 avril 2013, n°12-81418.

<sup>312</sup>Article 441-4 du Code pénal ; le faux commis en écriture publique est puni de dix ans d'emprisonnement et de 150 000€ d'amende. L'usage du faux est puni des mêmes peines. Les peines sont portées à quinze ans de réclusion criminelle et à 250 000€ d'amende lorsque le faux ou l'usage de faux est commis par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public agissant dans l'exercice de ses fonctions ou de sa mission.

<sup>313</sup> Cass. crim., 29 juin 1994, n°93-84675 le faux emporta également un usage par le médecin généraliste, ainsi qu'une subordination de témoin et de menace d'atteinte à la personne.

<sup>314</sup> Art 441-7 à 449 du Code pénal, qui distinguent l'établissement ou l'usage de faux certificat et d'autre part la délivrance de faux certificat par corruption.

enfin d'user d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. C'est la catégorie de faux certificats qui fut la plus employée par les médecins généralistes.

#### *La délivrance de faux certificats par corruption*

La corruption active ou passive d'un médecin généraliste s'analyse lorsque ce dernier, dans l'exercice de ses fonctions, établit un certificat ou une attestation. Il y a corruption active lorsque le médecin agissant dans l'exercice de sa profession, sollicite ou accepte, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages quelconques pour établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts. Ce cas n'a pas été rapporté, même si un cas s'apparentait à de la corruption.

Ainsi, toute sollicitation ou toute acceptation à une sollicitation est répréhensible. Elle est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30.000€ d'amende. La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 100.000€ d'amende lorsque la personne visée aux deux premiers alinéas exerce une profession médicale ou de santé et que l'attestation faisant état de faits inexacts dissimule ou certifie faussement l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause d'un décès.

Quelques cas ont été rapportés mais aucune condamnation n'a été prononcée (les éléments constitutifs du faux n'ayant pas été prouvés). En outre, un médecin avait bénéficié d'un non-lieu après que les magistrats avaient déterminé que le certificat attestant des capacités mentales non altérées d'un de ses patients n'était pas un faux, puisqu'il n'avait pas en sa possession tous les éléments pour prouver l'existence d'une maladie d'Alzheimer (notamment Imagerie par Résonance Magnétique IRM et scanner en l'espèce).

Les cas rapportés sur l'établissement de faux certificats, dont un est clairement par corruption, ne sont pas si nombreux. Une partie de la Doctrine, soutenue par le Professeur Jean Pradel, s'interroge encore beaucoup sur la faible répression des faux certificats médicaux. La Jurisprudence est assez maigre et les poursuites ne sont pas toutes entreprises. Ces propos sont

cependant à pondérer avec les arrêts déjà cités en exemple, dont un marque au fer rouge un médecin de famille de l'interdiction définitive d'exercer la médecine<sup>315</sup>.

Quelle que soit la forme que peut revêtir un faux certificat, le médecin généraliste falsificateur peut causer de graves préjudices. Trois cas de figures ont été rapportés, tous étant particulièrement préjudiciables :

- Faux certificat d'hospitalisation d'un patient sans consentement ;
- faux en matière de vaccination ;
- Faux certificat de récurrence de cancer et tentative d'évasion : Ce dernier, qui relèverait davantage du cas d'école, impliquait également une connivence à évasion par un médecin généraliste pénitencier ayant établi un faux certificat de récurrence de cancer chez un patient détenu afin d'organiser sa sortie prématurée de prison<sup>316</sup>.

Les deux premiers cas soulèvent en revanche l'atteinte importante aux libertés individuelles et relancent évidemment le gigantesque contentieux qui court toujours sur l'hypothétique association entre vaccination et pathologies neuro-dégénératives. Ainsi, s'agissant du premier cas, avait été condamné le médecin généraliste sans scrupule qui, pour rendre service à un ami - l'infraction de corruption n'ayant pas été prouvée car aucun don, offre ni aucune promesse n'avait été retrouvé - rédigea un certificat médical d'hospitalisation d'office attestant d'une fausse maladie à l'encontre de l'épouse dudit ami, sans l'avoir vue ni examinée. Cette attitude du médecin avait été qualifiée par la Cour Suprême de «*mépris total des règles Déontologiques*», signant alors une mauvaise foi manifeste pour réunir les éléments constitutifs du faux, le mari malveillant en ayant fait usage<sup>317</sup>.

Enfin, le deuxième cas révèle une pratique inquiétante : L'établissement par un médecin - ici généraliste - de faux certificats de vaccination. Dans le cas d'espèce, un médecin généraliste avait été condamné pour avoir délivrer des faux certificats attestant de la vaccination régulière d'un enfant qui avait dû être hospitalisé pour des symptômes non décrits dans l'arrêt de

---

<sup>315</sup> Cass., crim., 20 juin 2000, n°99-85177 : à propos de fausses déclarations de vaccination (DTP) inscrites dans un carnet de santé.

<sup>316</sup> Cass. crim., 21 février 1985, n° 84-91867 : Il y avait 5 médecins inculpés dans cette affaire dont l'un d'entre eux était médecin généraliste.

<sup>317</sup> Cass. crim., 02 mars 1992, n° 91-83946, il s'agissait d'une condamnation *in solidum* avec le mari. Egalement Cass. crim., 19 février 1991, n°89-12150.

Cassation. La prise de sang avait mis en évidence l'absence totale d'anticorps antitétanique, de surcroît l'absence de toute vaccination antitétanique, qui est pourtant la seule obligatoire en France<sup>318</sup>. La condamnation du médecin généraliste était unanime et c'est le seul cas rapporté dans les faux ayant une interdiction définitive d'exercer la profession de médecin<sup>319</sup>.

Cette histoire n'est pas sans rappeler celle qui s'est tristement déroulée à l'hôpital pour enfants de Clocheville de Tours en 2015, où un jeune garçon avait contracté le tétanos suite à une plaie souillée de germes telluriques et ne possédait curieusement aucun anticorps circulant anti-tétanique eu égard à son carnet de vaccination dûment rempli (avec les numéros de lot des vaccins, les rappels et les photocopies de certificats attestant la régularité du suivi vaccinal selon le calendrier vaccinal). Il appert dans cette triste réalité que les agissements de ce médecin - à Tours - étaient connus, ayant déjà fait l'objet de quelques avertissements au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, et que, de bouche à oreille à qui voulait bien l'entendre, il se murmurait qu'un pédiatre établissait des faux pour rassurer les parents qui refusaient de vacciner leur progéniture malgré l'obligation de la vaccination. Il est actuellement suspendu.

### c) De la distinction entre falsification et usage

Puisque le délit de faux est caractérisé du moment même où la falsification est perpétrée, l'usage de ce faux constitue un acte distinct qui peut être réprimé de manière autonome. L'usage de faux désigne le fait pour un médecin d'utiliser en toute connaissance de cause un écrit falsifié dans le but de faire illusion et d'obtenir les mêmes résultats que ceux à quoi donne droit le document original. L'usage de faux est un délit pénal<sup>320</sup>. Si les deux crimes de faux et usage de faux sont commis par le même médecin, ce dernier devra néanmoins n'être condamné qu'à une seule peine principale : La plus lourde. L'usage de faux peut prendre de nombreuses formes. Parmi les faux les plus courants en pratique peuvent notamment être cités les faux avis

---

<sup>318</sup> le Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite ou DTP est le seul vaccin obligatoire en France. Il peut être couplé avec l'hépatite B, la Coqueluche (*Borderella pertussis*) et l'Hémophilus influenzae de type b. Les deux principales marques commercialisées sont l'*Infanrixhexa*® l'*Hexyon*®.

<sup>319</sup> Cass., crim., 20 juin 2000, n°99-85177.

<sup>320</sup> Egalement aux articles 441-1 et suivants du Code pénal.

d'imposition<sup>321</sup> ou les faux certificats médicaux. Dans le premier cas c'est le médecin faussaire qui use du faux, dans les autres ce sont les patients qui en bénéficient.

Il est utile de souligner ainsi «une certaine bravoure» du médecin faussaire ; en effet, celui qui fabrique un faux certificat ou une fausse feuille de soins manifeste, par cet acte, qu'il est un malfaiteur aussi dangereux qu'habile, capable de ne reculer devant aucun moyen pour récupérer des indues. Car fabriquer un tel écrit en vue de l'utiliser, implique, de la part du faussaire, une audace criminelle égale sinon supérieure à celui qui n'en ferait qu'un seul usage. Mais cette audace vire au grotesque lorsqu'il s'agit pour un médecin de faire facturer 3000 visites par an à une patiente qu'il ne voyait qu'une fois par mois, également assorties d'une centaine d'actes fictifs de petites chirurgies<sup>322</sup>. Dans ce système, le faux et l'usage du faux sont deux délits distincts, en ce sens, que celui qui fait sciemment usage de la chose falsifiée est punissable, quoiqu'il ne soit pas l'auteur de la falsification, et que, à l'inverse, le falsificateur est puni, quoiqu'il n'ait pas fait usage de la chose falsifiée. Aucun des médecins condamnés pour de telles infractions n'avaient été condamnés pour usage seulement, ils étaient toujours inculpés pour faux (avec ou sans usage derrière).

Pour autant, le médecin faussaire qui fait usage d'une fausse déclaration de revenus, même s'il a à son actif deux chefs d'inculpation, ne peut être jugé que pour une d'entre elle : La plus lourde. Cette situation est un bon exemple de la théorie du non-cumul des peines qui figure dans le Droit pénal français. Même si le faux et l'usage sont deux actes isolés qui constituent un délit complet, il n'en demeure pas moins qu'ils seront rapprochés et réunis lorsqu'ils seront l'oeuvre d'un même médecin généraliste dans l'exécution d'un même projet criminel<sup>323</sup>.

---

<sup>321</sup> Cour de cassation ch. criminelle, 11 janvier 2001, n° 00-80350, à propos d'un médecin généraliste qui n'avait ostensiblement jamais déclaré ses revenus d'exercice de médecine libérale.

<sup>322</sup> Cass. crim., 10 janvier 2012, n°11-81965.

<sup>323</sup>En droit français, le faux et l'usage de faux forment bien deux crimes distincts : ils ont des éléments constitutifs différents et sont d'ailleurs incriminés par des dispositions spéciales : Le faux, par les articles 145, 146, 147 et 150, et l'usage de faux, par les articles 148 et 151 du Code pénal.

#### d) Les délits connexes : L'escroquerie et l'abus de confiance

Les différentes espèces de faux ne sont, à vrai dire, que les actes préparatoires d'un autre délit, ordinairement du vol, de l'abus de confiance ou de l'escroquerie [99-102,104].

##### a) L'escroquerie

En France, une escroquerie est une fausse présentation, une tromperie d'une personne (ou d'une offre), souvent appuyée par des techniques de persuasion, et destinée à soutirer des avantages indus, notamment pécuniaires. L'escroquerie est un délit sanctionné par le Droit pénal<sup>324</sup>.

En l'espèce, l'escroquerie a été le fait, par l'abus de la qualité de médecin généraliste, et par l'emploi de manoeuvres frauduleuses (la production de fausses déclarations et fausses feuilles de soins) de tromper la sécurité sociale et de la déterminer, à son préjudice, à remettre des fonds pécuniaires indus<sup>325</sup> (remboursement fictif de notes d'honoraires, fausses cotations dans la nomenclature officielle des actes médicaux etc.). L'escroquerie avait également été rapportée sur le fait qu'un médecin récupérait, par actes fictifs et sans voir les patients, la part du tiers payant.

Ainsi il a été constaté que la majorité des faux établis à l'encontre de la Sécurité Sociale étaient incriminés sous le terme d'escroquerie, pour la simple raison que les peines sont plus lourdes que celles du faux et usage de faux. Toutes les fausses déclarations en termes de feuilles de soins ou de déclarations de revenus ont été considérées comme de l'escroquerie, au même titre que certaines prescriptions médicamenteuses qui n'avaient pas lieu d'exister, ou alors en quantités anormalement élevées (voir chapitre Ordonnances de complaisance sur les stupéfiants).

Un cas est cependant intéressant : Un médecin généraliste falsifiait des ordonnances à sa patientèle d'origine vietnamienne pour leur permettre de se procurer des médicaments de premier secours, tels que des anti-douleurs, anti-inflammatoires et antibiotiques, afin de les envoyer dans leur pays d'origine. Même si le mobile du médecin généraliste est louable avec cette façon

---

<sup>324</sup> Article 313-1 du Code pénal, l'escroquerie est un délit sanctionnée jusqu'à trois ans d'emprisonnement et 375 000€ d'amende.

<sup>325</sup> A titre d'exemple, Cass. crim., 23 septembre 2008, n°08-85369, Bull crim n°194.

particulière de secourir l'indigent, l'escroquerie à la Sécurité Sociale n'en demeure pas moins présente. En Droit répressif français, à l'instar pour une personne de ne pouvoir se faire justice à elle-même, le concept de Robin des Bois n'existe pas. En l'espèce, ce médecin généraliste fut condamné<sup>326</sup>.

L'élément intentionnel du médecin escroc était toujours déduit de l'élément matériel : Toutes les escroqueries étaient ostensiblement frauduleuses, pour essayer de s'affranchir au maximum de payer impôts et autres cotisations. Il faut souligner une certaine audace chez quelques médecins généralistes condamnés pour fraude et escroquerie à la Sécurité Sociale. Les moyens de Droit mis en avant étaient divers et quelques fois farfelus ; à titre d'exemple, un médecin avait mis en avant la Convention Européenne des Droits de l'Homme pour s'exonérer de son obligation de payer ses cotisations URSSAF, arguant de «*convictions personnelles allant à l'encontre de celles de l'organisme cité*»<sup>327</sup>. Certains médecins s'arrangeaient même pour organiser frauduleusement leur insolvabilité et diminuer ainsi leur patrimoine en cas de saisie judiciaire<sup>328</sup>.

Enfin, quelques cas ont montré de l'escroquerie chez certains médecins généralistes à l'encontre de quelques patients. Une mise en scène était toujours nécessaire, comme ce généraliste qui avait persuadé sa patiente de la réalité de plusieurs crédits imaginaires qu'elle l'avait donc aidé à rembourser<sup>329</sup>.

#### b) L'abus de confiance

Le deuxième corollaire au faux et usage est l'abus de confiance<sup>330</sup>. Les cas d'abus de confiance ont tous été réalisés sur des patients, et étaient parfois identifiés dans une infraction

---

<sup>326</sup> Cass. crim., 23 mars 2011, n°10-82121.

<sup>327</sup> Certains de ces motifs avaient également été relevés dans certains arrêts civils comme l'arrêt de la Cour de Cassation, 29 février 1984, ch. civile 1, n°83-10203, Bull 1984 n°84, à propos d'un médecin qui considérait que ses convictions le mettaient en désaccord avec l'obligation de payer les cotisations de l'Ordre des Médecins, comme une entrave à la libre manifestation de sa conscience selon l'article 9 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et 18 du Pacte International de New-York.

<sup>328</sup> Cass. crim., 20 février 2002, n°01-85612 et Cass. crim., 10 janvier 2012, n°11-81965.

<sup>329</sup> Cass. crim., 30 mai 1972, n°71-90260, Bull crim n°178, p. 453.

<sup>330</sup> Article 314-1 du Code pénal, puni des mêmes peines que l'escroquerie.

plus large d'escroquerie à la Sécurité Sociale. Contrairement à l'escroquerie qui trouve son essence dans une tromperie, l'abus de confiance gravite autour d'un détournement de biens (de fonds, de valeurs ou biens quelconques) remis pour une personne qui avait accepté à charge de les rendre ou d'en faire un usage déterminé.

L'élément matériel du détournement est donc essentiel. Dans la majorité des cas, il s'agissait pour les médecins généralistes de se procurer la carte vitale de certains patients, avec leur accord initial. En somme, le médecin généraliste se devait de restituer la carte vitale confiée et d'en faire un usage déterminé, mais tous les prévenus condamnés les avaient gardées pour créer des actes fictifs et donc provoquer une escroquerie à la Sécurité Sociale<sup>331</sup>. La remise de la carte confiée était donc volontaire : Sinon c'eut été du vol<sup>332</sup> (remise involontaire) ou une extorsion<sup>333</sup> (remise sous contrainte), et non un abus de confiance. L'usage abusif de mauvaise foi de la chose confiée, c'est à dire la carte vitale, non conforme à l'usage auquel était destinée la remise, constituait donc l'élément matériel du détournement. Certains mêmes utilisaient directement les chèquiers de leurs patients en les falsifiant<sup>334</sup>. L'élément intentionnel résultait de l'utilisation frauduleuse des droits de patients, pour se faire rémunérer des honoraires indus.

#### c) La vulnérabilité des patients, circonstance aggravante ou délit d'abus de faiblesse

Quelques patients étaient qualifiés par les enquêtes de personnes vulnérables, circonstance aggravante pour le médecin. Ce dernier s'était parfois même vu incriminé d'abus de faiblesse. Ces abus étaient facilement identifiables eu égard aux patients eux-mêmes, âgés voire très âgés, ou déments. Quelques cas ont alors montré que le médecin de famille avide de bonnes

---

<sup>331</sup> Cass. crim., 08 janvier 2014, n° 13-80047, à propos d'une vaste escroquerie à la Sécurité Sociale par un médecin généraliste qui conservait la plupart des cartes vitales de sa patientèle âgée.

<sup>332</sup> Cass. crim., 18 janvier 2011, n°10-82447 et 04 mars 2014, n°13-82344 sur l'abus de faiblesse de personnes âgées (dont une démente) et vol.

<sup>333</sup> Cass. crim., 26 septembre 2001, n°00-84548, à propos du seul cas d'extorsion par un médecin généraliste relevé, ce dernier ayant utilisé son «ascendant» de médecin de famille sur une des ses patientes présentant une altération majeure de son état général, et se trouvant intellectuellement totalement démunie.

<sup>334</sup> Cass. crim., 18 janvier 2011, n°10-82447, à propos d'un médecin généraliste qui avait volé, utilisé le chéquier d'un patient qualifié de vulnérable (personne âgée) et abusé de sa confiance.

transactions (mobilières ou immobilières) exploitait l'état d'ignorance ou la vulnérabilité psychique ou psychologique d'un de ses patients pour l'amener à prendre des engagements dont il était incapable de voir l'importance<sup>335</sup>.

Comme le soulignait le Professeur Louis Portes, l'acte médical est «*une confiance qui rejoint librement une conscience*». Cependant, la frontière entre confiance et dépendance se révèle parfois poreuse. Sur le plan répressif, la vulnérabilité de certains patients arrivés à l'automne de leur vie peut faire naître la notion pénale d'abus de faiblesse (cf infra).

Sur le plan civil, est soulevé le délicat problème du médecin généraliste bienveillant à l'égard de son patient qui l'a ainsi désigné comme testamentaire. Ces conséquences collatérales nées de la confiance et de l'intimité que peuvent partager les médecins avec leurs patients ont été encadrées par le législateur.

### **3 - La confiance du patient envers son médecin généraliste : Le cas litigieux des testaments**

La relation médicale peut parfois être le terrain propice à l'abus d'une situation de faiblesse du malade. C'est notamment le cas lorsque le patient fait face à sa dernière maladie. Présument à cette occasion l'extrême vulnérabilité d'un malade, le législateur lui interdit de gratifier les personnes lui ayant prodigué les derniers soins. Cette double incapacité, de disposer pour le mourant et de recevoir pour le médecin repose donc sur la crainte d'une captation des biens du malade en fin de vie. Exclusivement civils, peu de cas ont été relevés<sup>336</sup> et aucun médecin n'a été sanctionné par la chambre civile de la Cour de Cassation ; en effet cette présomption de comportement fautif pesant sur le professionnel de santé semble cependant pouvoir être renversée lorsque ce dernier se présente non comme un médecin mais davantage comme un ami

---

<sup>335</sup> A titre d'exemple, Cass. crim. 12 janvier 2000, n°99-81057, Bull crim 2000 n°15 p. 33, à propos d'un médecin généraliste ayant profité de l'altération de l'état général d'un de ses patients âgés pour réaliser une opération financière intéressante, sur la vente d'un bien immobilier.

<sup>336</sup> Le faible effectif peut également s'expliquer du fait que cette prérogative de pouvoir qualifier une relation médecin-patient litigieuse dans le partage testamentaire relève aussi de la section disciplinaire de l'Ordre des Médecins, en se fondant sur les articles du Code de la Santé Publique.

du malade<sup>337</sup>. Par ailleurs, l'assistance apportée par un médecin à un(e) malade, tant en raison des liens affectifs les réunissant que sa propre compétence professionnelle, ne constitue pas un traitement médical au sens de l'article 909 du Code civil. La Cour suprême en a déduit que ce médecin ne pouvait être frappé de l'incapacité de recevoir<sup>338</sup>.

Afin de limiter les risques d'utilisation par le médecin de son influence sur son patient pour obtenir un avantage posthume ou la promesse de certaines dispositions testamentaires en sa faveur, le Code civil<sup>339</sup> et le Code de Déontologie Médicale<sup>340</sup> ont limité les possibilités pour un médecin de recevoir des dons de ses patients. Cependant il ne faut pas s'y méprendre; certes le législateur entend protéger le patient ou ses ayants droit de toutes formes de transactions onéreuses, mandats ou donations déguisés, mais la préoccupation est également de préserver l'intégrité de la profession médicale.

La Jurisprudence réalise une véritable casuistique sur la nature des rapports entre un patient et un médecin, ainsi que le temps écoulé entre les soins et la donation. Ainsi, la Cour de Cassation a refusé de prononcer l'annulation de plusieurs contrats d'assurance-vie souscrits par un patient décédé d'une hémorragie digestive au profit de son médecin traitant. En effet il n'était pas démontré que le généraliste avait soigné ce patient pour la maladie dont il est décédé, ni que les contrats avaient été souscrits après la survenue de cette dernière maladie<sup>341</sup>. Par ailleurs les

---

<sup>337</sup> Cass. 1re Civ., 13 avril 1988, n°86-17318, à propos d'un médecin ayant reçu par leg universel les biens mobiliers d'un homme qui était un ami de la famille. Ce n'est pas le fait que ce médecin ait demandé une hospitalisation en urgence qui témoigne de la relation «médecin traitant-patient».

Cet arrêt a été confirmé par un arrêt du 15 janvier 2014, s'agissant d'une autre profession (para)médicale que celle de médecin généraliste. C'est notamment à l'appui de «*liens affectifs anciens et profonds*» existants entre le disposant et le gratifié que l'arrêt du 15 janvier 2014 évince, de manière inattendue, l'incapacité de jouissance prévue à l'article 909 du Code civil. Voir aussi, Risques et prévention n°6, au sujet des testaments, décembre 2010.

<sup>338</sup> Cass. 1re Civ., 04 décembre 1985, n°84-15883, Bull. 1985 n°337 p. 303.

<sup>339</sup> Article 909 du Code civil : «*Les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de celle-ci. (...) Sont exceptées : 1° Les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ; 2° Les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers. Les mêmes règles seront observées à l'égard du ministre du culte* ».

<sup>340</sup> Aujourd'hui intégré dans le Code de la Santé Publique aux articles R. 4127-1 à R. 4127-112, notamment l'article R. 4127-52 dudit Code : «*Le médecin qui aura traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée ne pourra profiter des dispositions entre vifs et testamentaires faites par celle-ci en sa faveur pendant le cours de cette maladie que dans les cas prévus par la loi. Il ne doit pas davantage abuser de son influence pour obtenir un mandat ou contracter à titre onéreux dans des conditions qui lui seraient anormalement favorables*».

<sup>341</sup> Cass. 1re Civ., 01 juillet 2003, n°00-15786.

magistrats vérifient toujours si le patient défunt était toujours en pleine possession de ses moyens, sous entendu s'il ne présentait aucune forme de démence ou d'altération psychique qui aurait pu entachée son document olographe. Egalement, ne saurait constituée pour les juges un vice de consentement par modification psychique la prescription médicale d'opiacés par un médecin traitant à sa patiente, cette dernière lui ayant consenti la vente de biens mobiliers et immobiliers<sup>342</sup>.

D'une manière générale, il est recommandé aux médecins de tenter de dissuader leurs patients de leur faire des dons, à l'exception de présents sans aucune valeur pécuniaire, symboles de leur reconnaissance (carte de remerciement par exemple). Dans le cas où des dispositions testamentaires en leur faveur sont découvertes après le décès, il paraît sage d'y renoncer pour ne pas léser les héritiers naturels [91,92]. Le Code de Déontologie Médicale, aujourd'hui fondu dans le Code de la Santé Publique, rappelle « *qu'au-delà du cas d'espèce de la dernière maladie, c'est une attitude générale de prudence qui s'impose au médecin en la matière. Il ne doit en aucune circonstance pouvoir être suspecté d'avoir profité de son statut professionnel et de l'influence qui en découle pour tirer un avantage matériel quelconque de la part de son malade* ».

---

<sup>342</sup> Cass. 1re Civ., 07 janvier 1982, n°80-14227.

## **E - Les infractions anecdotiques**

Les infractions suivantes sont qualifiées d'anecdotiques car elles sont d'une part peu nombreuses d'autre part relèvent de situations extrêmement particulières ou de plaintes abusives.

### **1 - Le refus d'obtempérer à une réquisition et le débat sur le règlement d'un constat de décès**

Le refus d'obtempérer à une réquisition est, selon le Code pénal, constitutif d'une amende<sup>343</sup>. Il existe un arrêt unique relevant ce cas d'espèce. Déferer à une réquisition est donc une obligation, les seules dérogations possibles étant soit la force majeure<sup>344</sup>, soit l'incompétence technique. Le médecin n'avait pas été condamné en l'espèce alors qu'il avait refusé de se déplacer pour constater un décès<sup>345</sup>. Cette affaire soulève un intéressant débat éthique sur le paiement des certificats de décès, qui, pour l'heure, n'est pas rémunéré par les caisses du fait de considérations purement déontologiques. Cependant, il est opportun de noter que la Cour de Cassation a tranché cette question qui divise même farouchement le corps médical, en stipulant que *«l'examen clinique, fut-il conclu par une constatation de décès, constitue bien un acte médical tel que défini par la nomenclature générale des actes professionnels, ouvrant droit à prise en charge par l'organisme social»*<sup>346</sup>. Quelle que soit la conviction de chaque praticien sur cette pratique, cette décision permet d'être claire pour tout ceux qui désireraient se faire rémunérer cet acte sans pour autant être inconvenant vis à vis du défunt.

---

<sup>343</sup> codifiée par l'article R. 642-1 du Code pénal et L 4163-7 alinéa du Code de la santé Publique. Il s'agit d'une amende de seconde classe. *«Est puni de 3750 euros d'amende le fait (...) pour un médecin, de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique».*

<sup>344</sup> Entendu par maladie, inaptitude, obligation d'aller donner des soins urgents ailleurs.

<sup>345</sup> Cass. crim., 01 avril 1987, n°86-92507, Bull. crim. 1987 n°155 p. 419.

<sup>346</sup> Cass. 2e Civ., 16 juin 2011, n°10-19116, avec la cassation sans renvoi d'une décision en faveur d'une caisse de ne pas rémunérer l'examen clinique d'un médecin généraliste venu constater un décès.

## **2 - La séquestration illégale ou l'hospitalisation irrégulière d'une personne en raison de troubles mentaux**

L'arrestation, l'enlèvement et la séquestration sont des crimes punis de vingt ans de réclusion criminelle<sup>347</sup>. En réalité, ce chef d'accusation est quasiment fictif puisque la majorité des cas rapportés sont des plaintes abusives, ou tout du moins excessives. Le contexte était toujours celui d'une hospitalisation sans consentement. Les différentes modalités de soin et d'hospitalisation en milieu psychiatrique sont très codifiées. Ainsi les mains-levées pour erreur sur le fond ou dans la forme sont rares<sup>348</sup>. Un médecin était condamné pour faux dans l'internement d'une patiente qu'il n'avait pas connu (voir chapitre faux et usage, n°89-12150). Au civil, et comme énoncé avant, une hospitalisation d'office complètement irrégulière sur le fond et dans sa forme avait été rapportée, condamnant *de facto* le médecin généraliste ayant signé le certificat litigieux.

## **3 - La dénonciation calomnieuse**

Ce délit relève également de l'anecdote puisqu'il n'a été rapporté que deux fois, toujours dans le cadre de plaintes excessives aux motifs surabondants. La dénonciation est définie comme tout moyen dirigé contre une personne d'un fait que l'auteur sait totalement ou partiellement inexact<sup>349</sup>.

## **4 - Le recel**

Le Code pénal définit le recel comme le fait de dissimuler, de détenir ou de transmettre une chose, ou de faire office d'intermédiaire afin de la transmettre, en sachant que cette chose provient d'un crime ou d'un délit. Deux cas ont été rapportés, dont une condamnation *in solidum*

---

<sup>347</sup> Article 224-1 du Code pénal : «*Le fait, sans ordre des autorités constituées et hors les cas prévus par la loi, d'arrêter, d'enlever, de détenir ou de séquestrer une personne, est puni de vingt ans de réclusion criminelle*».

<sup>348</sup> Art. 3211-1 et suivants du Code de la santé Publique, modifiés par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

<sup>349</sup> Sanctionné par 5 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende, c'est un délit défini par l'article 226- 10 du Code pénal.

d'un médecin et de son épouse pour recel de prise illégale d'intérêts: En l'espèce, le médecin généraliste faisait jouer sa double compétence de maire de commune et de médecin pour frauder l'administration fiscale<sup>350</sup>.

## **5 - Les infractions au Code de la Santé Publique**

Ces infractions particulières revêtent un caractère général en matière de protection collective (de l'espèce et du corps humains, de l'embryon etc.). Quelques cas, en infraction simple, ont été rapportés s'agissant d'utilisation de produits dérivés à un usage animal ou exclusivement hospitalier par des médecins généralistes à leurs cabinets. Ainsi, des préparations magistrales douteuses, l'utilisation d'hormones thyroïdiennes importées de Belgique ou de toxique botulique dans le cadre d'une activité de lipostructure ont été relevés<sup>351</sup>. Dans un autre arrêt, l'infraction au Code de la Santé publique se confondait avec une infraction aux règlements sur le commerce ou l'emploi de substances vénéneuses (du subutex® en l'espèce)<sup>352</sup>.

## **F - Vers une judiciarisation de la médecine?**

Qu'elles soient au civil ou au pénal, les proportions de généralistes condamnés sont à peu près équivalentes (52,50% de condamnés civilement et 57,77% au pénal). Alors que tout comportement peut être considéré comme fautif au regard du Droit civil, il faut nécessairement un texte de loi pour réprimander un acte délictueux ou criminel. Il n'y a donc pas à craindre une juridiction plus qu'une autre pour un médecin généraliste, même s'il existe un nombre d'arrêts plus important au pénal. Certains auteurs sont réservés, comme le magistrat Thomas Cassuto, estimant que le contentieux pénal ne cessera jamais de croître dans les années à venir, les demandes des « patients-usagers » étant toujours de plus en plus forte [105]. Cependant ce

<sup>350</sup> Cass. crim., 09 avril 2015, n°14-81912.

<sup>351</sup> Cass. crim., 15 mai 1984, n°84-90252, Bull. crim 1984 n°178 ; Cass. crim., 24 mars 2015, n°14-81924 et 15 décembre 2015, n°15-81503.

<sup>352</sup> Cass. crim., 18 décembre 2012, n°11-89064, à propos d'un généraliste qui prescrivait du subutex® (produit stupéfiant substitutif de l'héroïne) à deux patients qui se livraient à un trafic de stupéfiants.

contentieux reste néanmoins très marginal : Une vingtaine de contentieux par an sur plus de 400 millions d'actes médicaux réalisés chaque année en France. Par ailleurs cette peur de la judiciarisation est également à pondérer grandement, comme cela a déjà été abordé, avec l'explosion de l'ensemble des contentieux en matière de responsabilité depuis quelques décennies. Il convient également de revenir sur la mise en place d'un point de vue pratique des condamnations ou non des médecins ; un non-lieu, un refus d'informer sont autant de mesures qui suggèrent que le médecin n'aura pas à faire face à la Justice *stricto sensu*. Quant à la prononciation par les juges d'une peine d'emprisonnement avec sursis, cela signifie que les médecins condamnés à cette mesure n'iront jamais *stricto sensu* en prison contrairement à de la prison ferme).

Enfin il est opportun de remettre cette «intrusion» judiciaire dans le contexte des études médicales telles qu'elles sont faites en France, et de l'importance fondamentale des formations proposées par les universités au cours de l'internat.

## **1 - L'importance du non-lieu ou du refus d'informer**

Parmi les 52 dossiers de non-condamnation des médecins généralistes, il est opportun de souligner la large part des décisions rendues par le juge d'instruction au travers d'ordonnance de non-lieu ou de son refus d'informer (62,75%, soit 32 affaires). Les autres médecins relaxés ont quant à eux fait l'objet d'une enquête plus poussée, mais dont la matérialité des faits ou la culpabilité du prévenu n'ont pas été rapportées.

On nomme donc non-lieu l'abandon d'une action judiciaire en cours de procédure, par le juge d'instruction, qui survient lorsque les éléments rassemblés par l'enquête ne justifient pas une action plus avant<sup>353</sup>. Par ailleurs, un juge d'instruction rend une ordonnance de refus d'informer lorsque, dès l'instant où il est saisi, il lui apparaît que les faits dénoncés ne sauraient à l'évidence permettre l'ouverture d'une information<sup>354</sup>. Il en est ainsi, par exemple, quand les faits sont

---

<sup>353</sup> En France, le non-lieu en procédure pénale est posé par les articles 177 et suivants du Code de procédure pénale : «*Si le juge d'instruction estime que les faits ne constituent ni crime, ni délit, ni contravention, ou si l'auteur est resté inconnu, ou s'il n'existe pas de charges suffisantes contre la personne mise en examen, il déclare, par une ordonnance, qu'il n'y a lieu à suivre.*»

<sup>354</sup> Article 86 du Code de procédure pénale.

prescrits, couverts par une amnistie, ou, comme tous les cas d'espèces, manifestement étrangers à toute qualification pénale. L'ordonnance de refus d'informer se distingue de l'ordonnance de non-lieu : La première intervient immédiatement après l'acte de saisine, tandis que la seconde est prise à la suite d'investigations qui se sont révélées négatives ou si la plainte n'est pas suffisamment justifiée ou motivée. Ces décisions, qui restent à la discrétion du juge d'instruction, revêtent une grande importance puisqu'elle suggèrent l'idée que les médecins qui en bénéficient ne passeront jamais devant un tribunal, l'affaire s'arrêtant avant.

Parmi tous les non-lieux, il est intéressant de se pencher sur un texte de procédure pénale qui a été jugé inconstitutionnel lors d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité (ou QPC)<sup>355</sup> soumise au Conseil Constitutionnel<sup>356</sup>. En effet, l'article 575 du Code de procédure pénale<sup>357</sup> prévoit qu'en principe, la partie civile (le patient victime donc) ne peut se pourvoir en Cassation contre un arrêt de la chambre de l'instruction en l'absence de pourvoi du ministère public. Le principe est que l'action civile étant liée à l'action publique, la première ne peut survivre à la seconde alors que l'arrêt de non-lieu a pour conséquence de l'éteindre. Seules quelques conditions très restrictives pouvaient être avancées pour se pourvoir en Cassation, essentiellement sur des enjeux procéduraux. Ainsi, parmi les arrêts confirmant les non-lieux rendus par les juges d'instruction, plus de la moitié étaient déclarés irrecevables, les victimes n'ayant pu répondre aux motifs soulevés par l'article 575 du Code de procédure pénale pour qu'ils puissent se pourvoir en Cassation. En 2010 cet article a été déclaré inconstitutionnel selon le principe de l'égalité devant la Justice. Saluée par la majorité de la Doctrine, dont certains

---

<sup>355</sup> La question prioritaire de constitutionnalité (QPC) est un droit reconnu par la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 entrée en vigueur le 1er mars 2010. Il permet à tout justiciable de contester, devant le juge en charge de son litige, la constitutionnalité d'une disposition législative applicable à son affaire parce qu'elle porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit.

<sup>356</sup> Décision 2010-15/23 du 23 juillet 2010 du Conseil Constitutionnel, suite à une QPC, et déclarant non conforme à la Constitution l'article 575 du Code de procédure pénale.

<sup>357</sup> Article 575 du Code de procédure pénale, dont les exceptions sont très restrictives : «*La partie civile ne peut se pourvoir en cassation contre les arrêts de la chambre de l'instruction que s'il y a pourvoi du ministère public.*

*Toutefois, son seul pourvoi est recevable dans les cas suivants :*

1° *Lorsque l'arrêt de la chambre de l'instruction a dit n'y avoir lieu à informer ;*

2° *Lorsque l'arrêt a déclaré l'irrecevabilité de l'action de la partie civile ;*

3° *Lorsque l'arrêt a admis une exception mettant fin à l'action publique ;*

4° *Lorsque l'arrêt a, d'office ou sur déclinatoire des parties, prononcé l'incompétence de la juridiction saisie ;*

5° *Lorsque l'arrêt a omis de statuer sur un chef de mise en examen ;*

6° *Lorsque l'arrêt ne satisfait pas, en la forme, aux conditions essentielles de son existence légale ;*

7° *En matière d'atteintes aux droits individuels telles que définies aux articles 224-1 à 224-5 et 432-4 à 432-6 du Code pénal».*

parlaient même de «*nettoyage judiciaire au Kärcher*»<sup>358</sup>, cette décision des juges de la rue de Montpensier est sans doute d'une des plus grandes avancées du Droit des victimes de ces dix dernières années. Depuis 2010, tous les non-lieux furent rejetés par la Cour de Cassation.

## **2 - Le sursis prononcé à toutes les peines de prison**

Il est intéressant de rappeler que le sursis est une mesure probatoire qui sert d'alternative à des peines d'emprisonnement ou d'amende fermes. Lors d'un jugement, un condamné peut voir sa peine assortie d'un sursis. Cette peine, à condition qu'il n'y ait pas de nouvel acte délictuel ou criminel au cours du délai fixé par les juges, ne sera pas mise à exécution. Ainsi, le sursis constitue une peine dissuasive qui tend à prévenir la récidive. En réalité, les médecins n'ont donc pas été en prison. Les seuls cas où le sursis représentait seulement la moitié de la peine d'emprisonnement ont été rapportés dans les agressions sexuelles. Lorsque la peine de prison est uniquement sous forme d'un sursis, une mise à l'épreuve était prononcée (à savoir pour le généraliste l'obligation de strictement respecter certaines mesures pendant la période de sursis)<sup>359</sup>.

## **3 - Les études médicales et les priorités en matière de formation**

Il a été clairement vu, tant au sein des dossiers civils que de ceux relevant du juge répressif, que la majorité des contentieux soulevait une certaine notion d'urgence, ou des pathologies urgentes et graves pour lesquels les médecins généralistes passaient à côté. Il n'est pas judicieux de revenir sur la désinvolture ou le manque de diligence de certains médecins, mais il conviendrait de se pencher sur les recommandations de santé à suivre. En dehors de quelques pathologies exceptionnelles relevées (à titre d'exemples, l'hyperthermie maligne, la vestibulite secondaire à la prise d'aminoside etc.), les médecins auraient ils perdu de vue les

---

<sup>358</sup> Propos recueillis de Maître Eolas, Pénaliste.

<sup>359</sup> Article 132-40 du Code pénal : «*La juridiction qui prononce un emprisonnement peut (...) ordonner qu'il sera sursis à son exécution, la personne physique condamnée étant placée sous le régime de la mise à l'épreuve*».

recommandations à suivre en cas de céphalées brutales ou de métrorragies chez une femme? Cette hypothèse ne s'applique pas à tous les généralistes incriminés dans cette étude. Un des premiers problèmes qu'il est intéressant de souligner est le système sur lequel l'apprentissage des études médicales repose. La Médecine est une discipline extrêmement vaste, où les enseignements, de qualité, sont abordés dans les différentes spécialités. Les étudiants en médecine apprennent la séméiologie, les pathologies, même rares évidemment si elles sont gravissimes, mais force est de constater que toutes les informations importantes sont noyées dans une course à la réussite d'un examen final de dernière année d'externat qui masque toutes les bonnes prises en charges que devraient avoir tous ces jeunes médecins. Ainsi l'exception devient la règle, et la prise en charge de l'urgence (très trivialement, douleur thoracique = ECG par exemple) se noie dans un marasme de connaissances inutiles. Et «par inutilité» il sera convenu d'apprécier ce terme avant l'internat : En effet chaque interne au sein de sa propre spécialité doit s'enquérir des prises en charges particulières ou les exceptions inhérentes à sa spécialité et qui ne sont pas opportunes d'apprendre dans les études médicales secondaires. Ainsi, pourquoi un étudiant se souvient-il en premier lieu du mixome de l'oreillette avant d'évoquer une fibrillation atriale dans un trouble du rythme ? Pourquoi se souvient-il également du «Syndrome Epaule-main» dans les complications de l'infarctus du myocarde, de la sclérose hippocampique dans les épilepsies chroniques ou du traitement de l'hyperhomocystéinémie ? Malgré la priorité faite par certains professeurs de lutter contre ces pensées galvaudées issues directement du système même du concours national classant, ces exemples restent légion. A côté de cela et si le raisonnement est poussé à son paroxysme, s'effacera le bon sens de la recherche d'une insuffisance rénale ou d'une fracture chez un grand-père resté au sol toute une nuit sur son carrelage (voire même lui prendre la température !).

Revenir aux fondamentaux, savoir dénicher l'urgence médicale, s'attarder sur la clinique, examiner les patients pendant les stages hospitaliers, écouter et, peut être d'un point de vue peu modeste, placer les jeunes étudiants comme des généralistes au sens strict du terme serait sûrement plus salutaire dans les pratiques futures et dans une possible diminution du contentieux judiciaire à venir. Peu d'entre eux perdraient de vue ces fils rouges importants à faire ressortir dans les consultations épineuses. Par ailleurs, peut-être que la méconnaissance des pathologies

rare, de leurs exceptionnelles complications ou encore de certaines interactions médicamenteuses, n'est pas nécessairement blâmable si tout a été mis en oeuvre pour bien prendre en charge le patient. Et ce postulat a d'ores et déjà bien été compris des juges, bien avant le médecin lui-même. Ouvrir un livre (ou le Vidal) ne devrait pas être une honte, même pendant une consultation. Ceci amène un dernier point important : Les cours pendant l'internat, les diverses formations proposées par les différents Départements Universitaires de chaque spécialité sont un excellent recadrage de ces fondamentaux perdus. Même si la formation personnelle doit rester un enjeu majeur tout au long de la vie professionnelle d'un médecin, il serait intéressant pour tout médecin de poursuivre ces formations proposées par les Départements Universitaires, même après la fin de l'internat, ces petites piqûres de rappel étant indispensable dans une pratique en perpétuel changement<sup>360</sup>.

#### **4 - Les principaux arrêts à retenir**

280 dossiers ont été étudiés et quelques dossiers méritent une attention très particulière. Il ne s'agit pas de fustiger les admonestations médicales les plus grotesques mais de soulever des points majeurs de la Médecine, et de leurs conséquences en matière judiciaire. Ainsi, 5 arrêts ont eu des conséquences médico-judiciaires importantes. Cela ne correspond pas à une judiciarisation de la Médecine, mais à une analyse des juges sur certains points médicaux. Cette analyse a été la bienvenue. Par ailleurs, d'un point de vue strictement judiciaire, ces arrêts (sauf un) n'ont pas fait Jurisprudence. D'une vision purement médicale, ils mériteraient d'être érigés tels quels, en quelque sorte comme une *Jurisprudence médico-juridique*. Ainsi :

- L'arrêt de la chambre criminelle de la Cour de Cassation du 3 mars 1992 rejetant une omission de porter secours par un médecin qui avait prescrit des morphiniques à une patiente dont le pronostic à très court terme était sombre. Pour les juges, point d'omission de porter secours d'une part, les éléments de l'infraction n'étant pas rapportés, et une délicate analyse sur les soins de personnes en fin de vie. Cet arrêt

---

<sup>360</sup> Comme le proposent les Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG) ou associations de médecins généralistes.

est important eu égard à toutes les interrogations épineuses soulevées à l'heure actuelle en France sur l'euthanasie et la fin de vie. Certes la loi Léonetti du 22 avril 2005 et la loi du 2 février 2016 ont été des avancées majeures, mais force est de constater que l'analyse juridique faite par la Cour Suprême était bien antérieure. Cet arrêt pourrait être «classique» en 2016 mais son avant-gardisme médical et juridique, présent dès le début des années 1990, mérite d'être salué ;

- Le seul arrêt ayant fait Jurisprudence et qui a soulevé de nombreuses interrogations sur la position adoptée par la Cour de Cassation le 21 février 2007 est le suivant : S'agissant du comportement d'un médecin généraliste qui avait fait mimer un acte de fellation par un objet phallique à trois de ses patientes. N'étant pas directement *l'organe masculin* imposé dans la bouche des jeunes filles, il ne s'agissait donc pas d'un viol au sens pénal de la loi. Très controversé, cet arrêt n'a pas encore été remis en cause. Cette position des juges suprêmes mériteraient d'être renversée en considérant que l'acte de pénétration sexuel tel qu'il est stipulé par la loi peut inclure l'orifice buccal. Après tout un objet quel qu'il soit introduit dans un vagin ou le rectum peut être constitutif d'un viol. *Stricto sensu* l'orifice anal n'est pas un organe sexuel (dans le sens d'une reproduction sexuelle classique), aussi la bouche devrait être incluse dans cette définition malgré le fait qu'il ne s'agit pas d'un orifice sexuel. Egalement, l'acte de fellation autre que celui exécuté par un pénis devrait être qualifiée de viol, ne serait-ce par la destination même de l'acte qui fut clairement à connotation sexuelle ;
- Un arrêt est particulièrement intéressant tant sur le plan juridique que médical : Celui où malheureusement un jeune patient pris de céphalées et de vomissements en jet la veille de ses épreuves de baccalauréat, décédait le lendemain soir d'une méningite à méningocoque à la suite d'un retard considérable de prise en charge. Cet arrêt rendu par la chambre criminelle de la Cour de Cassation le 26 mars 1997 rassemble tous les éléments d'un cumul de mauvaises prises en charges et touche tous les niveaux : Les deux médecins généralistes libéraux ainsi que les deux internes du service hospitalier, condamnés pénalement et civilement pour fautes détachables du service (ces fautes

relèvent donc de la compétence du juge judiciaire et non du juge administratif). Tous les éléments constitutifs du délit de non-assistance à personne en péril étaient réunis à l'encontre du premier médecin, qui ne se déplaçait pas et qui persistait à donner à deux reprises des conseils par téléphone. Il est également fort à rappeler que le second médecin, qui avait envoyé le jeune homme pour suspicion de méningite, n'avait pas été condamné alors qu'il se devait pourtant de faire une injection de Céphalosporine en intra-musculaire ou en intra-veineux en voyant le tableau «céphalées-vomissements-fièvre-tâches purpuriques». Il n'a cependant pas été inquiété par la Justice, cette dernière estimant que dans toute la chaîne médicale déployée, il avait tout de même *provoquer* un secours en envoyant le patient à l'hôpital et en rédigeant un courrier à l'attention du service de médecine après avoir prévenu les urgences par téléphone de l'arrivée du patient. Quant aux internes, cet arrêt a bien montré qu'ils ne possédaient pas un statut qui les exemptât de toute responsabilité. Le premier avait été condamné pour ne pas avoir examiné le patient dès son arrivée aux urgences et pour l'avoir directement envoyé en médecine (cette attitude était clairement marquée par le fait qu'il ne voulait pas appliquer la procédure à mettre en place lorsqu'une suspicion de méningite à méningocoque arrive dans un service ; pour l'avoir personnellement mise en oeuvre, il est vrai que c'est particulièrement lourd et contraignant, mais obligatoire et nécessaire). La seconde interne avait été condamnée car elle n'eut même pas pris la peine d'ouvrir le courrier qui lui était destiné, et avait attendu la fin de la journée pour voir ce patient avec son chef de service : Cette attente avait été fatale au malade. Cet arrêt résume donc à lui seul l'attitude des juges face à la Médecine : Le fait de ne pas assister un patient est condamnable, alors que l'erreur diagnostique (ou l'erreur de traitement pour le second médecin) ne l'est pas nécessairement si tout a été mis en place pour provoquer un secours ou une prise en charge. Enfin, les juges rappellent que les internes sont responsables civilement et pénalement dans la prise en charge de leurs malades ;

- Les deux derniers arrêts particulièrement intéressants concernent les deux cas de grippe maligne<sup>361</sup>. Les médecins mis en cause avaient tous été condamnés (faute et manquements successifs pour l'un, et perte de chance de survie pour l'autre). Ces arrêts sont importants car ils mettent en exergue un manque de communication entre les médecins et les familles des patients décédés. Quelles que soient les fautes ou perte de chance retenues, il ne convient pas de porter un regard médical sur la qualité de la prise en charge de ces patients. En revanche, il est opportun de savoir si les médecins avaient bien informé les familles des complications gravissimes de la grippe maligne, dont le taux de mortalité est extrêmement élevée. La grippe maligne correspond à une dissémination du virus lui-même. Rare mais souvent mortelle, il crée un oedème pulmonaire lésionnel avec détresse respiratoire aiguë, quelques jours après l'apparition d'une grippe banale. Malgré l'assistance respiratoire (leurs absences avaient été reprochées en pointiller dans les arrêts), l'évolution est souvent fatale, avec apparition d'un tableau d'hypoxémie réfractaire. En cas de survie, les séquelles pulmonaires sont une fibrose sévère. Peut-être que si les médecins avaient davantage discuté avec les familles, en leur exposant calmement et à plusieurs reprises le pronostic sombre de cette maladie, ils n'auraient peut-être pas été inquiétés par ces familles qui semblaient désireuses de réponses.

---

<sup>361</sup> Cass, Ire civ., 14 octobre 2010, n° 09-69195 et Cass, Ire civ., 07 juillet 2011, n° 10-19766.

## CONCLUSION

La question *Pourquoi ces médecins généralistes ont-ils agi ainsi* ou *pourquoi en sont-ils arrivés là* ne voulait pas être abordée. Il ne s'agissait pas de porter un regard médical sur les actions de nos confrères pour deux raisons : La première est que personne ne peut savoir qu'elle aurait été notre réaction dans une situation similaire. Par ailleurs, ce qui ressortait des arrêts n'était pas nécessairement un tableau exhaustif de l'ensemble des données sur le déroulement des affaires. La seconde raison est qu'il est toujours plus aisé de prendre du recul et de redresser un diagnostic lors d'un second passage, avec de nouveaux yeux. Ce qui était intéressant d'étudier, c'était le *comment*. *Comment ces situations médicales sont-elles arrivées devant le juge judiciaire ?* La question du *comment* nécessitait de s'intéresser à l'application juridique des textes de lois sur ces situations médicales épineuses. Cependant, force est de constater qu'un regard médical a été posé : En effet, certaines situations mettaient en avant une désinvolture manifeste, une mauvaise foi sans pareil ou encore un comportement outrancier du médecin généraliste. Il n'était donc pas illogique, étant médecin moi-même, que je porte un regard plus incisif sur mes confrères condamnés, et donc de me demander *Pourquoi* avaient-ils agi ainsi ? Ma réponse après cette étude a été de me dire qu'il s'agit davantage de comportements humains qui entâchent la qualité de médecin plutôt que le savoir et le statut du médecin lui-même. Sur ce point, il n'existe pas de judiciarisation de la médecine, seulement une volonté des magistrats de punir des comportements condamnables à bien des égards. En dehors de ces cas, il appert que le risque de poursuites en matière médicale est faible mais lorsqu'il se réalise, il laisse derrière lui des séquelles humaines considérables, même en l'absence de toute condamnation. Ces séquelles ne sont pas essentiellement pécuniaires (l'assurance prenant en charge la partie patrimoniale). Elles sont morales, une véritable tâche indélébile qui s'imprègne dans la conscience d'un Homme et d'un médecin. Porter le poids d'un chef d'inculpation comme un homicide involontaire, fut il accompagné d'une relaxe ou d'un non-lieu, peut détruire à bas bruit tout médecin ayant vertueusement pratiqué son art.

Cependant, cette étude a montré une règle importante : Penser mener une carrière médicale en ayant nécessairement un passage devant Dame Justice est une erreur (entendons une procédure complète et dont les motifs des plaignants seraient déclarés recevables). Un médecin qui s'interdit de déroger aux données acquises de la science ou de violer le Code pénal, qui exerce son métier dans les règles de l'art et qui respecte son patient n'a pas à craindre une poursuite ni civile ni pénale. Cette hypothèse est d'autant plus juste depuis la loi Fauchon où un «bon médecin» dans sa conception déontologique, ayant une aversion à violer la loi et les bonnes pratiques, n'a pratiquement aucun risque de subir une condamnation au cours de sa carrière. Cependant cette pratique vertueuse de l'art de la médecine n'a aucune influence sur la probabilité d'être un jour accusé d'une faute ou d'avoir commis une infraction. Cela contribue à générer une première crainte pour le médecin vis à vis du système judiciaire. En effet pourrait se poser la question pour tout médecin : «*Et si je m'étais trompé?*».

Sous une blouse blanche, il existe avant tout un Homme, avec «*ses passions, ses faiblesses et ses imprudences* ». Au regard des différentes affaires civiles et pénales lues et analysées dans cette étude, c'est davantage la qualité morale d'un Homme qui amène à réflexion plutôt que celle de médecin proprement dit. Au civil, c'est le manque de diligence et la négligence flagrante qui sont vilipendées par les magistrats. Au pénal, bon nombre d'affaires sont *in fine* des malversations crapuleuses, une délinquance que toute personne citoyenne pourrait faire si elle désirait violer la loi. Ainsi, ces fautes peuvent se transposer à toute profession ; elles ne sont pas exclusives de la médecine, mais leurs conséquences peuvent être très délétères, voire létales. Il appert également que les forfaitures aux règles Déontologiques sont peu nombreuses : Peu de médecins ont dérogé au secret médical, au devoir d'information ou aux règles de l'art par exemple. Ce qui dessert donc le médecin généraliste, c'est justement sa qualité d'être médecin. Les juges sanctionnent plus durement qu'un citoyen lambda le médecin qui ne s'est justement pas comporté «en bon médecin-bon père de famille» selon la Déontologie médicale. Ce statut devient une circonstance aggravante, propulsant les sanctions judiciaires vers une Justice plus juste mais pas obligatoirement plus ferme. Là est la crainte, si tout médecin déroge aux règles qui ont fait de lui un médecin. Mais cette crainte devrait s'évanouir eu égard à la probabilité pour un médecin de se voir un jour inculpé. Il convient également de pondérer ce propos lorsque l'on

porte un regard posé sur l'explosion française de tous les contentieux, sur toutes les responsabilités. De nos jours, les procéduriers, loups blancs adeptes de la monomanie des fustigations, sont partout. Cette poudre aux yeux d'une judiciarisation de la médecine, cette épée de Damoclès de se voir jeter à plat ventre devant un tribunal persiste encore de nos jours en France, à raison d'une part avec l'avancée considérable sur les droits des patients et le droit à l'indemnisation d'un préjudice médical subi et à tort d'autre part avec la sur-médiatisation souvent toxique des scandales médicaux.

Alors, *«tâcher de ne pas se faire prendre»* ? Non.

Rester citoyen et médecin, un médecin curieux, qui s'intéresse, qui ne cessera jamais de se former, de modifier ses pratiques selon l'avancée des nouvelles règles de l'art, d'écouter, de faire preuve de justesse et d'empathie. Les aphorismes hippocratiques sont peut-être des vérités éternelles abstraites, mais elles forgent chaque médecin, chacun d'entre nous qui aurait décidé de les apprécier souverainement dans le secret de sa conscience. La peur et les craintes d'être injustement traîné devant un tribunal peuvent tranquillement s'effacer au regard des résultats de cette étude, si chaque médecin reste dans la droite ligne de la Déontologie pour laquelle il a prêté serment.

# **ANNEXES**

### Annexe 1: Contentieux recueilli sur les médecins généralistes

Numéro du Dossier	Date	Chambre Saisie Civ/Grim	N° de pourvoi	Responsabilité <i>In Solidum</i> Oui/Non	Condamnation Oui/Non
1	09 octobre 2001	civile 1	00-12285	oui(2)	oui
2	01 juillet 2003	civile 1	00-15786	non	non
3	22 janvier 2002	civile 1	00-16944	oui(2)	non
4	11 janvier 2001	criminelle	00-80350	oui (2)	oui
5	30 janvier 2001	criminelle	00-81309	non	non
6	23 janvier 2001	criminelle	00-82913	non	non/irrecevabilité
7	24 janvier 2001	criminelle	00-83603	non	oui
8	26 septembre 2001	criminelle	00-84548	oui(2)	oui
9	20 juin 2001	criminelle	00-85619	non	non
10	25 avril 2001	criminelle	00-87303	non	non/irrecevabilité
11	08 juillet 2003	civile 1	01-13751	non	non
12	16 mars 2004	civile 1	01-15553	oui(2)	oui
13	13 janvier 2004	civile 1	01-16823	non	non
14	31 octobre 2001	criminelle	01-80948	non	oui
15	26 juin 2001	criminelle	01-83209	non	oui
16	20 février 2002	criminelle	01-85612	non	oui
17	02 février 2002	civile 2	01-99840	non	oui
18	05 mai 2004	civile 1	02-10082	oui(2)	oui
19	04 janvier 2005	civile 1	02-18102	oui(3)	non
20	26 octobre 2004	civile 1	02-20241	non	non
21	27 janvier 2004	civile 2	02-30650	non	oui
22	16 décembre 2003	civile 2	02-30651	non	oui/cassation
23	25 mai 2004	civile 2	02-30981	non	non
24	26 juin 2002	criminelle	02-82720	non	oui
25	26 juin 2002 et 27 novembre 2001	criminelle	02-82720 et 01-86169	non	oui
26	28 juin 2006	civile 1	non référencé	non	non
27	24 juillet 2002	criminelle	02-83675	non	oui
28	12 mars 2003	criminelle	02-85120	non	oui
29	02 décembre 2003	criminelle	02-85254	non	oui
30	25 juin 2003	criminelle	02-86007	non	non
31	23 novembre 2004(1)	civile 1	03-12662	non	non/cassation
32	21 octobre 2004	civile 2	03-16066	non	non

Numéro du Dossier	Date	Chambre Saisie Civ/Crim	N° de pourvoi	Responsabilité In Solidum Oui/Non	Condamnation Oui/Non
33	23 novembre 2004(2)	civile 1	03-16865	oui(2)	non
34	02 juin 2005	civile 2	03-20011	non	oui
35	9 juillet 2003	criminelle	03-82179	non	oui
36	17 mars 2004	criminelle	03-85515	non	oui
37	12 mai 2004	criminelle	03-87326	non	oui
38	07 février 2006	civile 1	04-17097	oui(2)	oui
39	10 novembre 2005	civile 2	04-18512	non	non
40	21 juin 2005(2)	civile 2	04-30244	non	oui
41	21 juin 2005(1)	civile 2	04-30245	non	oui
42	27 octobre 2004	criminelle	04-81237	non	oui
43	16 mars 2005	criminelle	04-83975	non	oui
44	19 janvier 2005	criminelle	04-84140	non	oui
45	19 avril 2005	criminelle	04-86149	non	non
46	08 février 2006	criminelle	05-83603	non	oui
47	08 juin 2006	criminelle	05-83852	non	oui
48	25 avril 2006	criminelle	05-86859	non	non
49	13 février 2007	criminelle	06-81089	non	oui
50	21 février 2007	criminelle	06-89543	non	oui/cassation
51	07 février 2008	civile 2	07-10374	non	non/cassation
52	16 octobre 2007	criminelle	07-80066	oui(2)	non
53	18 mars 2008(1)	criminelle	07-83067	non	non
54	18 mars 2008(2)	criminelle	07-83666	non	oui
55	04 mars 2008	criminelle	07-84157	oui(2)	oui
56	30 janvier 2008	criminelle	07-84408	non	oui
57	22 janvier 2008	criminelle	07-86816	non	non/irrecevabilité
58	12 mars 2008	criminelle	07-86948	non	oui
59	02 décembre 2008 et 08 février 2005	criminelle	07-87821 et 04-85577	non	oui
60	09 juillet 1963	civile 1	non référencé	oui(2)	oui
61	09 juillet 2009	civile 1	08-12457	oui(2)	non
62	25 juin 2009	civile 1	08-12781	non	oui/cassation
63	11 juin 2009	civile 1	08-16914	non	oui
64	28 janvier 2010	civile 1	08-20755	oui(3)	oui
65	08 avril 2010	civile 1	08-21058	non	oui/cassation
66	27 mars 2008	criminelle	08-80250	oui (2)	oui

Numéro du Dossier	Date	Chambre Saisie Civ/Crim	N° de pourvoi	Responsabilité In Solidum Oui/Non	Condamnation Oui/Non
67	03 décembre 2008	criminelle	08-82704	non	non
68	15 décembre 2009	criminelle	08-84084 et 08-87817	oui(2)	oui
69	03 juin 2009	criminelle	08-84134	non	non
70	21 janvier 2009	criminelle	08-84266	non	non/irrecevabilité
71	23 septembre 2008	criminelle	08-85369	non	oui
72	04 mars 2009	criminelle	08-86465	non	oui
73	08 avril 2010	civile 2	09-13772	non	oui
74	06 mai 2010	civile 1	09-66947	non	non
75	20 janvier 2011	civile 1	09-68042	oui(2)	non
76	02 octobre 1990	criminelle	90-80356	non	oui
77	16 novembre 1982	criminelle	non référencé	non	oui
78	21 février 1967	civile 1	non référencé	non	non
79	23 février 1983	civile 2	non référencé	non	oui
80	14 octobre 2010(1)	civile 1	09-68471	oui(2)	oui
81	14 octobre 2010(2)	civile 1	09-69195	non	oui/cassation
82	04 juin 2009 et 23 mars 2010	criminelle	09-80673 et 08-85630	non	non
83	07 juillet 1964	civile 1	non référencé	oui(2)	non
84	14 avril 2010	criminelle	09-85139	non	non/irrecevabilité
85	18 mai 2010	criminelle	09-86541	non	non/irrecevabilité
86	20 janvier 2010	criminelle	09-87468	non	oui
87	28 avril 2011	civile 1	10-15289	non	non
88	26 mai 2011	civile 1	10-17446	non	non
89	16 juin 2011	civile 2	10-19116	non	non
90	23 juin 2011	civile 1	10-19374	non	non
91	07 juillet 2011	civile 1	10-19766	oui(3)	oui
92	23 mars 2011	criminelle	10-82121	non	oui
93	18 janvier 2011	criminelle	10-82447	non	oui
94	04 septembre 2012	criminelle	10-88818	non	non
95	05 octobre 2011 (2)	criminelle	11-80324	oui (2)	oui
96	18 octobre 2011	criminelle	11-81955	non	oui
97	10 janvier 2012	criminelle	11-81965	non	oui
98	05 octobre 2011(1)	criminelle	11-83021	oui (2)	non connue/ Cassation
99	27 juin 2012	criminelle	11-85778	non	oui

<b>Numéro du Dossier</b>	<b>Date</b>	<b>Chambre Saisie Civ/Grim</b>	<b>N° de pourvoi</b>	<b>Responsabilité In Solidum Oui/Non</b>	<b>Condamnation Oui/Non</b>
100	12 décembre 2012	criminelle	11-89064	non	oui
101	10 avril 2013	criminelle	12-81418	non	oui
102	15 mai 2013	criminelle	12-82692	non	oui
103	05 juin 2013	criminelle	12-82862	oui (2)	oui
104	09 avril 2013	criminelle	12-83030	non	non
105	20 mars 2013	criminelle	12-85206	non	oui
106	18 juin 2004	civile 1	13-13349	non	oui/cassation
107	03 juin 2015	civile 1	13-26688	oui(2)	non
108	08 janvier 2014	criminelle	13-80047	non	oui
109	21 janvier 2014	criminelle	13-81222	non	non
110	14 mai 2014 (1)	criminelle	13-82274	non	oui
111	04 mars 2014	criminelle	13-82344	non	oui
112	7 août 2013	criminelle	13-83612	non	oui
113	14 mai 2014 (2)	criminelle	13-85063	non	non
114	05 novembre 2013	criminelle	13-85704	non	oui
115	03 septembre 2014	criminelle	13-85757	non	oui
116	04 février 2015	civile 1	14-10337	non	non connue/ cassation
119	12 février 2015	civile 2	14-11926	non	oui
120	15 mai 2015(1)	civile 1	14-13151	non	oui/cassation
121	07 mai 2015	civile 2	14-14871	non	oui
122	28 mai 2015	civile 2	14-15546	non	non
123	15 mai 2015(2)	civile 1	14-15552	oui(2)	oui
124	09 juillet 2015	civile 1	14-18934	non	non
125	17 juin 2015	civile 1	14-19725	non	non
126	10 mars 2015	criminelle	14-81595	non	oui
127	13 mai 2015	criminelle	14-81803	non	oui
128	09 avril 2015	criminelle	14-81912	oui(2)	oui
129	24 mars 2015	criminelle	14-81924	non	non connue/ Cassation
130	28 octobre 2015	criminelle	14-83546	non	oui
131	15 septembre 2015	criminelle	14-84303	non	non
132	27 octobre 2015	criminelle	14-86706	non	oui
133	15 décembre 2015	criminelle	15-81503	non	non connue/ Cassation
134	17 novembre 1965	criminelle	65-90301	non	oui
135	27 juin 1967	criminelle	66-91446	non	non

Numéro du Dossier	Date	Chambre Saisie Civ/Grim	N° de pourvoi	Responsabilité In Solldum Oui/Non	Gondamnation Oui/Non
136	20 juin 1968	criminelle	67-93071	non	oui
137	23 décembre 1968	criminelle	68-92026	non	non
138	25 mai 1971	civile 1	69-14266	non	oui
139	25 février 1970	criminelle	69-92069	non	oui
140	06 janvier 1971	civile 1	70-10650	non	oui
141	09 mars 1971	criminelle	70-91917	oui(2)	non
142	14 février 1973	civile 1	71-11822	oui(2)	oui
143	30 mai 1972	criminelle	71-90260	non	oui
144	03 janvier 1973	criminelle	71-91820	non	non/irrecevabilité
145	27 avril 1982	criminelle	non référencé	non	non/irrecevabilité
146	30 octobre 1962	civile 1	non référencé	non	oui
147	09 novembre 1972	criminelle	72-90303	oui(2)	oui
148	30 juin 1976	civile 2	75-10247	non	oui
149	01 juin 1976	civile 1	75-11611	non	oui
150	11 octobre 1977	criminelle	76-93409	non	non
151	17 octobre 1978	civile 1	77-11396	oui(2)	non
152	06 décembre 1978	civile 2	77-12573	non	non
153	29 mai 1979	civile 1	77-15708	non	oui
154	06 février 1979	criminelle	77-93281	non	non
155	14 novembre 1979	civile 1	78-13847	non	oui/cassation
156	08 juillet 1980	civile 1	79-12962	non	oui
157	11 octobre 1983	criminelle	non référencé	non	oui
158	15 octobre 1980	civile 1	79-13516	non	non/cassation
159	07 mai 1981	civile 2	80-10843	oui(2)	non
160	07 janvier 1982	civile 1	80-14227	non	non
161	17 novembre 1981	criminelle	80-94310	oui(3)	oui
162	29 juin 1982	civile 1	81-12040	oui(2)	non
163	02 mars 1982	criminelle	81-93390	non	non connue/ Cassation
164	29 mai 1984	civile 1	82-15433	oui(2)	oui
165	28 février 1984	civile 1	82-15958	non	oui
166	29 février 1984	civile 1	83-10203	non	oui/cassation
167	11 décembre 1984	civile 1	83-13904	oui(2)	non/cassation
168	09 octobre 1985	civile 1	83-16984	non	non/cassation
169	11 février 1986	civile 1	84-10845	oui(2)	oui
170	08 avril 1986	civile 1	84-11443	oui(3)	oui

Numéro du Dossier	Date	Chambre Saisie Civ/Grim	N° de pourvoi	Responsabilité In Solidum Oui/Non	Condamnation Oui/Non
171	12 novembre 1985	civile 1	84-12759	non	oui/cassation
172	04 juin 1985	civile 1	84-13436	non	oui/cassation
173	04 décembre 1985	civile 1	84-15883	non	non
174	15 mai 1984	criminelle	84-90252	non	oui
175	21 février 1985	criminelle	84-91867	oui (5)	oui
176	28 avril 1987(1)	civile 1	85-15117	non	non/cassation
177	28 avril 1987(2)	civile 1	85-15765	non	oui
178	07 novembre 1986	Assemblée plénière	85-15962	non	oui
179	05 juin 1985	criminelle	85-90322	non	non
180	29 juin 1987	criminelle	85-93004	non	oui
181	01 juin 1987	criminelle	85-96103	non	non
182	08 décembre 1987	civile 1	86-10764	oui(2)	oui
183	07 juin 1988 et 27 janvier 1993	civile 1	86-13214 et 91-16072	non	oui
184	06 décembre 1983	criminelle	non référencé	non	oui
185	13 avril 1988	civile 1	86-17318	non	non
186	31 mai 1988	civile 1	86-19104	non	non
187	27 octobre 1987	criminelle	86-90379	non	non
188	20 janvier 1988	criminelle	86-91520	non	non
189	01 avril 1987	criminelle	86-92507	non	non
190	11 juillet 1988	criminelle	86-94478	non	oui
191	20 juillet 1988	civile 1	87-12373	non	oui
192	10 janvier 1990	civile 1	87-17091	oui(3)	non
193	31 mai 1989	civile 1	87-20161	non	oui
195	01 mars 1988	criminelle	87-82479	non	oui
196	21 mars 1988	criminelle	87-82892	non	non
197	19 juillet 1989	civile 1	88-12174	non	non
198	15 novembre 1989	civile 1	88-12702	non	oui
199	06 décembre 1989	civile 1	88-13974	non	oui
200	13 décembre 1989	civile 1	88-17459	non	oui
201	16 octobre 1990	civile 1	88-20446	non	oui
202	09 janvier 1989	criminelle	88-80248	non	non/irrecevabilité
203	22 mars 1989	criminelle	88-82673	non	oui
204	11 janvier 1990	criminelle	88-84501	non	non
205	19 février 1991	criminelle	89-12150	non	oui

Numéro du Dossier	Date	Chambre Saisie Civ/Crim	N° de pourvoi	Responsabilité In Solidum Oui/Non	Condamnation Oui/Non
206	28 mai 1991	civile I	89-14104	oui(2)	non
207	15 janvier 1991	civile I	89-14647	non	oui
208	02 décembre 1992	civile I	89-16778	non	non/cassation
209	18 décembre 1990	civile I	89-19399	non	non
210	16 avril 1991	civile I	89-19706	non	oui
211	25 mars 1991	civile I	89-20556	oui(2)	non
212	27 juin 1989	criminelle	89-81653	non	non
213	06 septembre 1990	criminelle	89-84105	non	non
214	04 juin 1991	civile I	90-10311	non	non
215	16 juillet 1991	civile I	90-14645	oui(3)	oui
216	25 février 1992	criminelle	90-86894	non	non
217	03 mars 1992	criminelle	91-83067	non	non/irrecevabilité
218	02 mars 1992	criminelle	91-83946	non	oui
219	05 octobre 1992	criminelle	91-83975	oui (2)	non
220	07 juillet 1993	civile I	92-10354	non	oui
221	20 juillet 1994	civile I	92-19947	non	oui
222	30 mars 1994	civile I	92-21175	non	oui
223	03 février 1993	criminelle	92-83526	non	non connue/ Cassation
224	21 mars 1995	civile I	93-12768	non	oui
225	03 novembre 1994	criminelle	93-83832	non	oui
226	29 juin 1994	criminelle	93-84675	non	oui
227	26 mars 1996	civile I	94-14267	non	non
228	01 octobre 1996	civile I	94-18230	non	non
229	26 mars 1997 (2)	criminelle	94-80239	oui(2)	non
230	30 novembre 1994	criminelle	94-80410	non	non
231	12 avril 1995	criminelle	94-83518	non	non
232	04 septembre 1995	criminelle	94-84269	non	non
233	29 avril 1996	criminelle	94-85790	non	non
234	10 juin 1997	civile I	95-14848	non	oui
235	08 juillet 1997(2)	civile I	95-17076	non	oui
236	08 juillet 1997(1)	civile I	95-20586	oui(2)	non
237	25 novembre 1997	civile I	95-21785	non	oui
238	26 mars 1997 (1)	criminelle	95-81439	oui(2)	oui
239	26 juin 1996	criminelle	95-82812	non	oui
240	16 juillet 1997	civile I	96-12762	non	oui

Numéro du Dossier	Date	Chambre Saisie Civ/Grim	N° de pourvoi	Responsabilité <i>In Solidum</i> Oui/Non	Condamnation Oui/Non
241	04 février 1998	criminelle	96-81425	non	oui
242	27 mars 1997	criminelle	96-82015	oui(2)	oui
243	23 juillet 1996	criminelle	96-82238	non	oui
244	13 février 1997	criminelle	96-83525	non	non
245	09 avril 1997	criminelle	96-84331	non	oui
246	25 mars 1998	criminelle	96-85382	oui(3)	non
247	02 octobre 1997	criminelle	96-85615	non	non/irrecevabilité
248	14 janvier 1999	civile 2	97-11322	non	oui/cassation
249	14 décembre 1999	civile 1	97-15756	non	oui
250	15 juillet 1999	civile 1	97-20160	non	oui
251	04 novembre 1964	civile 1	non référencé	non	oui
252	06 mai 1997	criminelle	97-81013	non	oui
253	27 mai 1997	criminelle	97-81371	non	oui
254	10 février 1998	criminelle	97-82796	non	oui
255	02 avril 1998	criminelle	97-83771	non	oui
256	08 octobre 1997	criminelle	97-84093	non	oui
257	21 octobre 1998	criminelle	97-84919	non	non/irrecevabilité
258	10 mars 1999	criminelle	97-85883	non	oui
259	06 juin 2000	civile 1	98-20249	non	non
260	10 novembre 1998	criminelle	98-80807	non	oui
261	23 février 1999	criminelle	98-81032	non	oui
262	01 juin 1999	criminelle	98-83101	oui (2)	oui
263	17 février 1999	criminelle	98-83174	non	oui
264	14 septembre 1999	criminelle	98-86388	non	non/irrecevabilité
265	15 février 2000	criminelle	98-87984	non	oui
266	27 mars 2001	civile 1	99-15444	non	non
267	19 juin 2001	civile 1	99-19203	non	non/cassation
269	12 janvier 2000	criminelle	99-81057	non	oui
270	07 décembre 1999	criminelle	99-81201	non	oui
271	15 février 2000	criminelle	99-81290	oui(3)	oui
272	08 mars 2000	criminelle	99-83384	non	non/irrecevabilité
273	14 mars 2000	criminelle	99-84112	non	oui
274	19 septembre 2000	criminelle	99-84325	non	oui
275	21 mars 2000	criminelle	99-84557	non	non
276	05 septembre 2000	criminelle	99-84859	non	oui
277	01 février 2000	criminelle	99-85140	non	non/irrecevabilité

<b>Numéro du Dossier</b>	<b>Date</b>	<b>Chambre Saisie Civ/Crim</b>	<b>N° de pourvoi</b>	<b>Responsabilité In Solidum Oui/Non</b>	<b>Condamnation Oui/Non</b>
278	20 juin 2000	criminelle	99-85177	non	oui
279	07 février 2001	criminelle	99-87992	non	non connue/ Cassation
280	01 décembre 1982	criminelle	non référencé	non	non
281	07 mai 2008	civile I	06-21032	non	non
282	22 mai 2008	civile I	06-10967	oui (2)	non connue/ Cassation
283	05 novembre 2008	civile I	07-18947	non	non
284	13 novembre 2008	civile I	07-18008	non	oui
285	31 mai 2007	civile I	06-12641	non	non connue/ Cassation
286	04 janvier 2005	civile I	03-19540	non	non/cassation

## Annexe 2 : Tableau de la démographie médicale de 2012 à 2016, Insee 2016

Médecins suivant le statut et la spécialité en 2016										
	2012		2013		2014		2015		2016	
	Nombre de médecins	Part des femmes (en %)	Nombre de médecins	Part des femmes (en %)	Nombre de médecins	Part des femmes (en %)	Nombre de médecins	Part des femmes (en %)	Nombre de médecins	Part des femmes (en %)
<b>Omnipraticiens</b>	<b>101 898</b>	<b>40,9</b>	<b>101 803</b>	<b>41,6</b>	<b>102 324</b>	<b>42,5</b>	<b>102 485</b>	<b>43,5</b>	<b>102 299</b>	<b>44,4</b>
<b>Spécialistes</b>	<b>114 866</b>	<b>41,6</b>	<b>116 493</b>	<b>42,2</b>	<b>118 150</b>	<b>42,8</b>	<b>118 665</b>	<b>43,4</b>	<b>121 272</b>	<b>44,0</b>
Spécialités médicales	65 257	43,5	66 288	44,1	67 177	44,9	68 101	45,5	69 172	46,1
Spécialités chirurgicales	24 991	24,5	25 433	25,3	25 827	26,1	26 279	26,9	26 709	27,7
Biologie médicale	2 836	50,6	2 825	50,8	2 900	51,2	2 934	51,2	2 975	51,8
Psychiatrie	14 401	47,5	14 619	48,0	14 877	48,6	15 048	49,3	15 171	50,1
Médecine du travail	5 736	70,5	5 666	70,6	5 696	70,4	5 605	70,2	5 524	70,1
Santé publique	1 645	59,3	1 662	59,5	1 673	59,5	1 698	59,6	1 721	59,4
<b>Total des médecins</b>	<b>216 762</b>	<b>41,2</b>	<b>218 296</b>	<b>41,9</b>	<b>220 474</b>	<b>42,7</b>	<b>222 150</b>	<b>43,5</b>	<b>223 571</b>	<b>44,2</b>

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Terré F. Introduction générale au droit. 9<sup>ème</sup> éd. Paris: Dalloz, 2012.
- [2] Bonnard J. Introduction au droit. 2<sup>ème</sup> éd. Paris: Ellipses; 1998. (Universités Droit).
- [3] Bonnechere M. Introduction au droit. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: La découverte, 1994. (Repères).
- [4] Carbonnier J. Droit civil, tome 1, Introduction. 26<sup>ème</sup> éd. Paris: PUF, 1999. (Thémis).
- [5] Truchet D. Le droit public. 3<sup>ème</sup> éd. Paris: PUF, 2014. (« Que sais-je? »).
- [6] Cornu G. Droit civil, Introduction, Les personnes, Les biens. 8<sup>ème</sup> éd. Paris: Domat Droit privé, 1997. (Montchrestien).
- [7] Mémeteau G. Cours de droit médical. 5<sup>ème</sup> éd. Paris: LEH Edition, 2016. (Les études hospitalières).
- [8] Binet JR. Cours de droit médical. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Edition 2010, 2010. (Montchrestien).
- [9] Elshoud S. L'essentiel du droit de la santé et du droit médical. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Ellipses, 2010. (Fiches).
- [10] Gibert S. Guide de responsabilité médicale et hospitalière. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Berger-Levrault, 2011. (Les indispensables).
- [11] Scarano JP. Institutions juridictionnelles. 10<sup>ème</sup> éd. Paris: Ellipses, 2010. (Universités Droit).
- [12] Leca AP. La Médecine égyptienne au temps des pharaons. 3<sup>ème</sup> éd. Paris: Dacosta, 1992.
- [13] Sicard D, Vigarello G. Aux origines de la médecine. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Fayard, 2011.
- [14] Careghi JC. La responsabilité médicale au crible de l'histoire. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: CDSA, 2007. (Les cahiers de droit de la santé).
- [15] Montaigne M. Les Essais en français moderne. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Gallimard, 2009. (Quarto).
- [16] Pascal B. Les Pensées. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Flammarion, 2004. (GF).
- [17] Homère. Iliade. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Gallimard, 2013. (Folio Classique).

[18] Portes L. Du consentement à l'acte médical. In: Portes L, Masson et PUF. A la recherche d'une éthique médicale. Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques; 1950 jan 30; Paris, France. Paris: Masson et PUF; 1955. p. 163.

[19] Stofft H. Une présentation d'une épaule négligée en 1825. In: BIU santé Paris. Communication à la société française d'Histoire de la Médecine; 1984 oct 20; Paris, France. Paris: BIU santé; 1984. p. 1-12.

[20] Trébuchet A. Jurisprudence de la médecine. In: BIU santé Paris. Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France; 1834; Paris, France. Paris: JB Baillière; 2003. p. 193-207.

[21] Biclet P, Jonas C, Sevestre B. Aspects juridiques de la pratique médicale. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Doin, 2004.( Conduites).

[22] Vialla F, Reynier M, Martinet E. Les grandes décisions du droit médical. 2<sup>ème</sup> éd. Paris: LGDJ, 2014. (Les grandes décisions).

[23] Doucet JP. Dictionnaire de droit criminel. Le droit criminel [en ligne]. Octobre 2002, [mise à jour le 15/10/16]. Disponibilité sur Internet : <<http://ledroitcriminel.free.fr/>>

[24] Penneau J. La responsabilité du médecin. 3<sup>ème</sup> éd. Paris: Dalloz, 2004. (Connaissance du droit).

[25] Kolb P. Cours de Droit pénal général. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: LGDJ, 2015. (Amphi LMD).

[26] Secrétariat général du gouvernement. (page consultée le 01/05/16). Service de la diffusion du droit par l'internet, [en ligne]. <http://www.legifrance.fr/>

[27] Relx Group. (page consultée le 01/05/16). Jurisclasseur, [en ligne]. <http://www.lexisnexis.fr/>

[28] Linkbynet. (page consultée le 12/08/16). Conseil national de l'ordre des médecins, [en ligne]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/>

[29] Christophe F. Une petite fille privilégiée. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Pocket, 2001. (Littérature).

[30] Truche P, Salas D. La Justice de l'épuration. A la fin de la seconde guerre mondiale. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Editions de la Documentation Française, 2008. (Histoire de la Justice).

[31] Craft N, Cartron L. Le petit livre des grandes découvertes médicales. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Dunod, 2009.

- [32] Hoerni B, Bouscharain JP. Arrêt Teyssier de la Cour de Cassation, 28 janvier 1942, quelques remarques sur une décision «oubliée». Histoire des sciences médicales [en ligne]. 2001, t.35, n °3, [consulté le 12/08/16]. Disponibilité sur internet: <<http://www.biusante.parisdescartes.fr/>>
- [33] Hammer R. La confiance en son médecin. PrimaryCare. 2006;6(18):337-339.
- [34] Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. Éthique & Santé. 2008 sep;5(3):165-172.
- [35] Laude A, Tabuteau D. Les droits des malades. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: PUF, 2016. (« Que sais-je? »).
- [36] Dorsner-Dolivet A. La responsabilité du médecin. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Economica, 2006. (pratique du droit).
- [37] Palier B. La réforme des systèmes de santé. 7<sup>ème</sup> éd. Paris: PUF, 2015. (« Que sais-je? »).
- [38] C. Swan. La médecine et le droit. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Ellébore Editions, 2008. (Santé-Vérité).
- [39] Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, Paris: La Cour des comptes; février 2013. Rapport public annuel 2013.
- [40] Hocquet-Berg S. L'incidence de la forme d'exercice sur la responsabilité médicale. Paris: Dalloz , 2014. (RDSS;3)
- [41] Hocquet-Berg S, Py B. La responsabilité du médecin. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: HDF Editions, 2006. (Droit professionnel).
- [42] Castelletta A. Responsabilité médicale : droit des malades. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Dalloz-Sirey, 2004. (Dalloz référence).
- [43] Mémeteau G. Clinique psychiatrique. Obligation de surveillance et de sécurité. Paris: Dalloz 1991 (RDSS;2).
- [44] Alfandari E, Mémeteau G.. Clinique psychiatrique. Dommage mortel causé par un malade autorisé à sortir. Responsabilité pour manque de suivi. Paris: Dalloz 1993. (RDSS;3).
- [45] Jousset N, Rougé-Maillart C. Indemnisation : Infections nosocomiales en médecine de ville : inéquité pour les victimes. Médecine et Droit. 2012 Aug;2012(115):121-5.
- [46] GRERCA. La responsabilité du fait des produits défectueux, tome 45. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: IRJS Editions, 2013. (Bibliothèque de l'Institut de recherche juridique de la Sorbonne André Tunc).
- [47] Freed GL, Katz SL, Clark SJ. Safety of Vaccinations : Miss America, the Media, and Public Health. JAMA. 1996 dec 18;276(23):1869-72.

[48] Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, et al. Ileal lymphoid nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. [retracted] *Lancet*. 1998 Feb 28;351:637-41.

[49] Gasparini R, Panatto D, Amicizia D et al. The « urban myth » of the association between neurological disorders and vaccinations. *J Prev Med Hyg*, mar 2015;56(1):E1-E8.

[50] Deer B. How the case against the MMR vaccine was fixed. *BMJ*. 2011 Jan 6;342:5347.

[51] Committee to Review Adverse effects of vaccines: evidence and causality. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press; 2011 Aug 25.

[52] Duclos P, Ward BJ. Measles vaccines: a review of adverse events. *Drug safety*. 1998 Dec; 19(6):435-54.

[53] Ascherio A, Zhang S, Hernan MA, et al. Hepatitis B vaccination and the risk of multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2001 Feb 1;344(5):327-32.

[54] Ray P, Hayward J, Michelson D, et al. Encephalopathy after whole-cell pertussis or measles vaccination: lack of evidence for a causal association in a retrospective case-control study. *Pediatr Infect Dis J*. 2006 Sep;25(9):768-73.

[55] Makela A, Nuorti JP, Peltola H. Neurologic disorders after measles- mumps-rubella vaccination. *Pediatrics*. 2002 Nov;110(5):957-63.

[56] Herroelen L, Keyser J, Ebinger G. Central-nervous-system demyelination after immunisation with recombinant hepatitis B vaccine. *Lancet*. 1991 nov;338(8776):1174-5.

[57] Borghetti JS. Dalloz. Qu'est-ce qu'un vaccin défectueux ? *Recueil Dalloz*. 2012;42(3): 2853-59.

[58] Laude A, Tabuteau D. Information et produits de santé, quelles perspectives?. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: PUF, 2006. (Droit et santé).

[59] Maury F. Victimes du VHB (vaccin contre l'hépatite B) : faut-il attendre une certitude scientifique pour les indemniser ?. *Medecine et Droit*. 2004 Nov-Dec;2004(69):125-32.

[60] Guilhem J. La réception juridique de l'incertitude médicale. *Medecine et Droit*. 2009 Dec; 2009(98):131-7.

[61] Gallmeister I. Sclérose en plaques et vaccin contre l'hépatite B: lien de causalité. Paris: Dalloz, 2010. (Dalloz Actualité;3).

- [62] Rade C. Causalité juridique et causalité scientifique: de la distinction à la dialectique. Paris: Dalloz, 2012. (Recueil Dalloz;2).
- [63] Borghetti JS. Contentieux de la vaccination contre l'hépatite B : quand l'incertitude juridique se dispute à l'incertitude scientifique. Paris: Dalloz, 2013. (Recueil Dalloz;34).
- [64] Touzé E, Fourrier A, Alpérovitch A, et al. Association between hepatitis B vaccine and multiple sclerosis: a case-control study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 1999;8:140-1.
- [65] Hernan MA, Jick SS, Olek MJ, et al. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis. A prospective study. *Neurology*. 2004 Sep 14;63(5):838-42.
- [66] Confavreux C. Vaccination contre l'hépatite B et scléroses en plaques. *Presse Med*. 2005;34:1205-08.
- [67] Mikaeloff Y, Suissa S, Vallée L, et al. First episode of acute CNS inflammatory demyelination in childhood: pronostic factors for multiple sclerosis and disability. *J Pediatr*. 2004 Feb;144(2):246-52.
- [68] Touzé E, Gout O, Verdier-Taillefer MH, et al. Premier épisode de démyélinisation du système nerveux central et vaccination contre l'hépatite B. *Rev Neurol*. 2000;156:242-46.
- [69] Mikaeloff Y, Caricade G, Suissa S, et al. Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory demyelination in childhood. *Neurology*. 2009 Mar 10;72(10):873-80.
- [70] Confavreux C, Suissa S, Saddier P, et al. Vaccines in multiple sclerosis Study Group. Vaccination and the risk of relapse in multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2001 Feb 1;344:319-26.
- [71] Mislawski R. Droit et médicament : Vaccin contre l'hépatite B et sclérose en plaques : retour sur la causalité. *Médecine & Droit*. 2010 May-Jun;2010(102):105-09.
- [72] Schütze T, Bouvet R, Le Gueut M. Vaccination hépatite B et sclérose en plaques : de l'incertitude médicale à l'indemnisation des victimes. *Revue Neurologique*. 2014 aug-sep; 170(8):520-26.
- [73] Rouyère A. Variations jurisprudentielles à propos du lien de causalité entre vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques. Paris: Dalloz, 2008. (RFDA;5).
- [74] Jourdain P. Responsabilité des fabricants de vaccin contre l'hépatite B : y aurait-il du nouveau?. Paris: Dalloz, 2013. (RTDCiv;625).
- [75] Lévassieur G. Cours de Droit pénal spécial. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Cours de Droit, 1967. (Les cours de droit).

- [76] Duneau M. L'exercice officinal. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Moniteur des pharmacies, 2012. (Guide pratique).
- [77] Wieviorka O, Le Gac J, Ollivier AL et al. La France en chiffres de 1870 à nos jours. Perrin. 2015;262(2):28-29.
- [78] Hennion-Jacquet P. Le paradigme de la nécessité médicale. Paris: Dalloz, 2007. (RDSS; 1038).
- [79] Massu G. L'enquête Petiot, la plus grande affaire criminelle du siècle. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Fayard, 1959.
- [80] Collectif Eska. Euthanasie et responsabilité médicale. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Eska, 2006. (Revue de l'institut de criminologie de Paris).
- [81] Pédrot P. Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Ellipses, 2006. (Dictionnaires de Droit).
- [82] Lelievre N. La fin de vie face au droit. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Guide d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, 2009.
- [83] Ogien R. La vie, la mort, l'Etat. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Grasset et Fasquelle, 2009. (Mondes vécus).
- [84] Mistretta P. De l'homicide involontaire ou des limites d'une incrimination en matière médicale. Paris: Dalloz, 2000. (Recueil Dalloz;889).
- [85] Hennion-Jacquet P. La responsabilité pénale du praticien : pénalisation ou dépenalisation de la faute médicale? Paris: Dalloz, 2015. (RDSS;1).
- [86] Lalande J, Renaud C, Rougé-Maillart C et al. Droit pénal : La faute médicale caractérisée en droit pénal français est-elle liée à des qualifications d'intensité et de gravité? Medecine et Droit. 2016 Jan-Feb; 2016(136):14-18.
- [87] Henry P, De Cocqueau B. L'information et le consentement du patient : les nouvelles balises. Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement. Bruxelles-Paris: LGDJ, 2008.
- [88] Rougé-Maillart C, Sousset N, Penneau M. Influence de la loi du 4 mars 2002 sur la jurisprudence récente en matière d'information du patient. Médecine et droit. 2006 mar-apr; 2006(77):64-70.

[89] Bacache M. Le défaut d'information sur les risques de l'intervention : quelles sanctions? Paris: Dalloz, 2008. (Recueil Dalloz;1908).

[90] Arhab-Girardin F. Devoir d'information, prescription hors AMM, absence de consentement éclairé, dignité de la personne humaine, intégrité du corps humain, préjudice. Paris: Dalloz 2012. (RDSS;757).

[91] Ghica-Lemarchand C. La responsabilité pénale de la violation du secret professionnel. Paris: Dalloz, 2015. (RDSS;419).

[92] Malicier D, Feuglet P, Devèze F. Le secret médical. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Eska, 2004.

[93] Boudjemaï M. Secret et discrétion professionnels. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Editions ASH, 2015. (ASH professionnels).

[94] Delprat L. Du secret médical au secret d'État... ou la justification d'une violation du secret médical par la protection de la liberté d'expression. Médecine & Droit. 2006 Jan-Feb;2006(76): 1-10.

[95] Moreillon L. L'infraction par omission. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Droz, 1993. (Comparativa).

[96] Dyer C. GP in jail for child rape is struck off. BMJ. 2014 Nov 10;349:6720.

[97] Dyer C. Women who accused GP of sexual molestation may have colluded against him. BMJ. 2012 Apr 10;344:2624

[98] Gatian de Clérambault G. Les délires passionnels. Érotomanie, Revendication, Jalousie. Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale [en ligne]. 1921, [mise à jour 28/10/06]. Disponibilité sur internet: <<http://www.psychanalyse-paris.com/>>

[99] Chauchard JP, Kerbouc'h JY, Willmann C. Droit de la sécurité sociale. 7<sup>ème</sup> éd. Paris: LGDJ, 2015. (Manuel).

[100] Grandguillot D. L'essentiel du droit de la Sécurité sociale 2016. 15<sup>ème</sup> éd. Paris: Gualino, 2016. (Les carrés).

[101] Garraud R. Notions générales sur le faux et l'usage de faux, Tome IV. In: Garraud R. Traité de droit pénal. 3<sup>ème</sup> éd. Paris: Dalloz sirey; 1922.

[102] Salomon R. La fraude pénale en droit de la sécurité sociale. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Economica, 2013.

[103] Tauran T. Cotation d'actes médicaux, distinction médecins Généralistes spécialités. Paris: Dalloz 2010. (RDSS;566).

[104] Vitu A. Les éléments constitutifs du délit d'escroquerie, Tome II. In: Merle R, Vitu A. Traité de droit pénal spécial. 1<sup>ère</sup> éd. Paris: Edition Cujas, 1982.

[105] Cassuto T. Réflexions sur la pratique de la responsabilité médicale en matière pénale. Paris: Dalloz, 2009. (AJ Pénal;337).

**Avis favorable de la Commission des Thèses  
du Département de Médecine Générale  
en date du**

**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
de la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## RÉSUMÉ

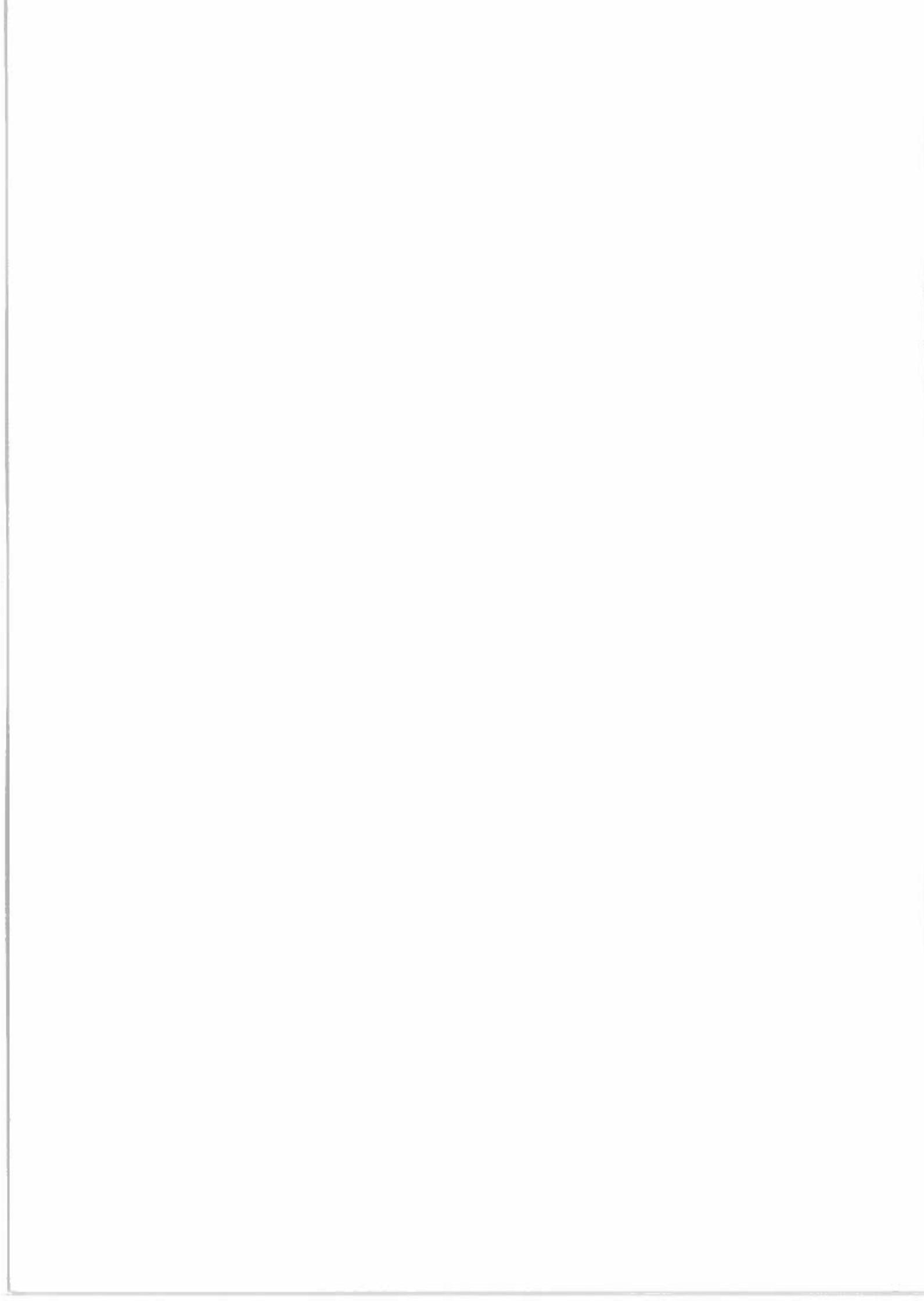
**Objectif** : Mettre en évidence l'évolution du nombre de procédures pénales et civiles dirigées contre les médecins généralistes en France, de 1936 à 2015. Secondairement, il s'agit de présenter et d'analyser les différentes caractéristiques des décisions judiciaires à l'encontre des généralistes.

**Matériel et Méthode** : Tous les arrêts de la Cour de Cassation en matière de contentieux médical ont été étudiés de 1936 à 2015, à partir de la base de données Légifrance.

**Résultats** : 1391 arrêts concernaient du contentieux civil ou pénal entre un patient et un ou plusieurs médecins. 280 arrêts concernaient les médecins généralistes, soit 20,13% du contentieux total. 119 arrêts émanaient des chambres civiles de la Cour de Cassation : 51,68% étaient relatifs à des fautes techniques, 19,16% à une faute éthique, 13,33% étaient des fautes de tarifications aux organismes sociaux, 8,33% relevaient un accident médical ou un aléa thérapeutique et 7,50% étaient des fautes "autres ou non connues". Parmi les 161 arrêts répressifs, 28,58% étaient relatifs aux fraudes ; 22,96% étaient un homicide et/ou une blessure involontaire, 13,27% étaient des agressions sexuelles, 12,24% étaient relatifs à une non-assistance à personne en péril et d'autres infractions "anecdotiques" s'échelonnaient entre 0,51% et 4,08%.

**Conclusion** : Le contentieux médical à l'encontre des médecins généralistes suit une croissance normale, comme tous les autres contentieux de la responsabilité. Au civil, les principales condamnations sont relatives à des fautes d'imprudence ou de négligence, alors que les juges répressifs condamnent davantage des comportements crapuleux, humains, plutôt que la qualité même de médecin. La peur d'une judiciarisation de la médecine poussée à son paroxysme par les scandales sanitaires et l'influence des médias peut s'effacer raisonnablement au regard des résultats de cette étude.

**Mots-clés** : Médecins généralistes, arrêts, condamnations, Cour de Cassation, civile, pénale, fautes



## MOREAU Emilie

241 pages - 9 tableaux - 7 schémas - 6 graphiques - 3 images - 2 annexes

### Résumé :

**Objectif :** Mettre en évidence l'évolution du nombre de procédures pénales et civiles dirigées contre les médecins généralistes en France, de 1936 à 2015. Secondairement, il s'agit de présenter et d'analyser les différentes caractéristiques des décisions judiciaires à l'encontre des généralistes.

**Matériel et Méthode :** Tous les arrêts de la Cour de Cassation en matière de contentieux médical ont été étudiés de 1936 à 2015, à partir de la base de données Légifrance.

**Résultats :** 1391 arrêts concernaient du contentieux civil ou pénal entre un patient et un ou plusieurs médecins. 280 arrêts concernaient les médecins généralistes, soit 20,13% du contentieux total. 119 arrêts émanaient des chambres civiles de la Cour de Cassation : 51,68% étaient relatifs à des fautes techniques, 19,16% à une faute éthique, 13,33% étaient des fautes de tarifications aux organismes sociaux, 8,33% relevaient un accident médical ou un aléa thérapeutique et 7,50% étaient des fautes "autres ou non connues". Parmi les 161 arrêts répressifs, 28,58% étaient relatifs aux fraudes ; 22,96% étaient un homicide et/ou une blessure involontaire, 13,27% étaient des agressions sexuelles, 12,24% étaient relatifs à une non-assistance à personne en péril et d'autres infractions "anecdotiques" s'échelonnaient entre 0,51% et 4,08%.

**Conclusion :** Le contentieux médical à l'encontre des médecins généralistes suit une croissance normale, comme tous les autres contentieux de la responsabilité. Au civil, les principales condamnations sont relatives à des fautes d'imprudence ou de négligence, alors que les juges répressifs condamnent davantage des comportements crapuleux, humains, plutôt que la qualité même de médecin. La peur d'une judiciarisation de la médecine poussée à son paroxysme par les scandales sanitaires et l'influence des médias peut s'effacer raisonnablement au regard des résultats de cette étude.

**Mots clés :** Médecins généralistes, arrêts, condamnations, Cour de Cassation, civile, pénale, fautes

### Jury :

**Président :** Madame la Professeure Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

**Membres :** Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale, Médecine d'urgence, PU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Monsieur le Professeur Dominique SIRINELLI, Radiologie et Imagerie médicale, PU-PH, Faculté de Médecine - Tours

**Madame Farida ARHAB-GIRARDIN, Maître de Conférences Droit privé et sciences criminelles. Centre de recherche en Droit privé. Faculté de Droit - Tours**

**Date de la soutenance :** Le 07 décembre 2016

