



Faculté de médecine

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Xavier STEINMETZ

Né le 15/11/1990 à PONTOISE (95)

TITRE

Le généraliste face à la déontologie : Analyse des motifs de plaintes et décisions disciplinaires à l'encontre des médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement le **02/11/2022** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Philippe PAGANELLI, Médecine Générale, Tours

Directrice de thèse : Professeure Chantal MAURAGE, Pédiatrie, Professeure honoraire, Faculté de Médecine – Tours

RESUME

Le généraliste face à la déontologie : Analyse des motifs de plaintes et décisions disciplinaires à l'encontre des médecins généralistes

Introduction : La déontologie établit la responsabilité du médecin et assoit la confiance avec le malade. En France, l'ordre des médecins veille à l'actualisation et au respect du code de déontologie par sa juridiction disciplinaire. Depuis 2014, les rapports d'activité de celle-ci enregistrent une croissance des plaintes en contexte de pénurie médicale. L'objectif principal de ce travail était d'analyser et tirer les enseignements de ces procédures à l'encontre des médecins généralistes afin de mieux les prévenir.

Matériel et Méthode : Cette étude descriptive incluait les décisions à l'encontre de médecins généralistes jugés par la chambre disciplinaire de première instance du Centre Val de Loire entre le 01/01/2015 et le 31/12/2021. Le critère de jugement principal était le nombre de décisions par motifs de plaintes. Nos critères de jugement secondaires étaient le nombre de décisions par manquements retenus, par sanction prononcée, ainsi qu'en fonction d'un recours en appel.

Résultats : Les motifs de plaintes les plus fréquents concernaient les certificats médicaux (18%), les comportements inappropriés du médecin (17%) et les erreurs et retards diagnostic (14%). Les manquements retenus les plus fréquents sont ceux fait à l'article 32 - qualité des soins (12%), à l'article 33 - qualité diagnostic (11%) et à l'article 3 - respect de la moralité et de la probité (10%) du code de déontologie. Les sanctions prononcées les plus fréquentes sont l'avertissement (23%) et l'interdiction d'exercer (20%). Le recours en appel concernait 14% des affaires jugées, dont 6% aboutissaient à une modification de la décision en première instance.

Conclusion : Les motifs administratifs comme les certificats médicaux restent les plaintes les plus fréquentes devant la chambre disciplinaire, mais depuis 2017 nous constatons l'émergence de plaintes pour des comportements inappropriés de médecin et sur la qualité des soins. Former aux notions élémentaires juridiques et rappeler la déontologie dès les premières années d'exercice pourraient prévenir de l'écueil de la médecine défensive et préserver une relation de soin apaisée.

Mots clés : déontologie, médecine générale, Ordre des Médecins, disciplinaire, sanction

ABSTRACT

The general practitioner faced with deontology: analysis of the grounds for complaints and disciplinary decisions against general practitioners

Introduction: Deontology establishes the doctor's responsibility and builds trust with the patient. In France, the Ordre des Médecins ensures that the deontology's code is updated and respected by its disciplinary jurisdiction. Since 2014, the activity reports of this jurisdiction have recorded an increase in complaints in the context of physician shortages. The main objective of this work was to describe these complaints against general practitioners in order to prevent them.

Material and Method: This descriptive study included decisions against general practitioners judged by the disciplinary chamber of first instance of the region Centre Val de riche Loire between 01/01/2015 and 12/31/2021. The primary endpoint was the number of decisions per grounds for complaint. Our secondaries endpoints were the number of decisions by breaches retained, by sanction pronounced, as well as by appeal of first decision.

Results: The most frequent reasons for complaints were medical certificates (18%), inappropriate attitudes or behaviors of the practitioner (17%) and errors or delays in diagnosis (14%). The most frequent breaches are those made in article 32 quality of care (12%), article 33 diagnostic quality (11%) and article 3 respect for morality and probity (10%) of the code of deontology. The most frequent sanctions imposed are a warning (23%) and a ban on practicing (20%). Appeals concerned 14% of cases and led to a modification of the first instance decision in 6% of cases.

Conclusion: Administrative elements such as medical certificates remain the most frequent reason for complaint, but we have seen the emergence of complaints since 2017 for inappropriate doctor behavior and the quality of care. Training and recalling ethics and deontology in order to take on current medico-legal issues in order to deal with them is crucial to preserving a healthy caregiver relationship with patients.

Keywords: deontology, general medicine, Ordre des Médecins, disciplinary, sanctions

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
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
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
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
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUPT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

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.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrice DIOT, *Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Pneumologue, Doyen de la faculté de Médecine de Tours.*

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de votre considération témoignée à l'égard de ce travail. Veuillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de ma reconnaissance respectueuse et sincère.

A Monsieur le Professeur François MAILLOT, *Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Médecin Interniste, Responsable Universitaire de la formation médicale continue.*

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma gratitude soutenue à l'égard de votre intérêt pour ce travail.

A Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH, *Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Médecin en Epidémiologie, Prévention et Economie de la Santé.*

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir l'assurance de ma profonde reconnaissance pour votre considération.

A Monsieur le Docteur Philippe PAGANELLI, *Médecin Généraliste, Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Indre et Loire.*

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude respectueuse et authentique pour l'intérêt témoigné à ce travail.

A Madame la Professeure Chantal MAURAGE, *Professeure honoraire des Universités en Pédiatre, Assesseure à la Chambre Disciplinaire de Première Instance de la région Centre Val de Loire.*

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail. Je rends ici hommage à vos conseils avisés, votre patience attentive et votre exigence universitaire. Veuillez considérer la reconnaissance soutenue et sincère que je porte à votre égard. Ce travail ne pouvait trouver meilleur socle que vos connaissances et votre expérience.

A Monsieur Frédéric DORLENCOURT, *Président de la Chambre Disciplinaire de Première Instance du Centre Val de Loire et Vice-Président au Tribunal Administratif d'Orléans.*

Merci pour votre considération à l'égard de ce travail et d'avoir approuvé sa réalisation. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance authentique et respectueuse.

A Monsieur le Docteur Patrick PETIT, *Radiologue, Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Centre Val de Loire.*

Merci pour l'intérêt témoigné à cette thèse et votre approbation pour sa réalisation. Veuillez considérer dans ces quelques lignes l'expression de ma gratitude sincère.

A Madame Marie BORDIER, *Greffière de la Chambre Disciplinaire de Première Instance du Centre Val de Loire.*

Merci pour l'intérêt soutenu témoigné à ce travail dès les premières ébauches. Votre accueil attentif et votre expérience des procédures disciplinaires sont une richesse bénéfique à cette réalisation. Veuillez considérer l'expression de ma reconnaissance sincère.

A Madame le Docteur Odile CONTY HENRION, *Médecin Généraliste, Elue au Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins.*

Merci pour votre considération témoignée à l'égard de ce travail.

A Monsieur le Professeur Noël HUTEN, *Professeur honoraire des Universités en Chirurgie Digestive, Elu au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Indre et Loire.*

Merci pour l'intérêt que vous avez témoigné à l'égard de ce travail.

A toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ce travail et qui m'ont témoigné leur intérêt ou leur curiosité, veuillez trouver ici mes remerciements sincères.

A mes enseignants et maitres de stage qui ont fait le choix de former et d'accompagner des étudiants comme moi, mes remerciements et salutations respectueuses leurs sont acquises.

Remerciements notamment à :

Dr GUERIN Mathieu, Dr ROLAND Denis, Dr GALY Régine, Dr SKOWRONSKI Véronique, Dr COLSON Bénédicte, Dr BALLOUCHE Nourddine, Dr FERGON Anne Sophie, Dr BARRY Mammadou Aliou, Dr LOPINOT Eric, Dr BERNEAU Nathalie, Dr GUILLON Paul, Dr TRABUT François, Dr EUVRARD Jean Marc, Dr JACQUIER François, Dr DEGREMONT PONCHON Christine.

Remerciements particuliers aux médecins qui m'ont accordé leur confiance lors de mes premiers remplacements et permis de rester actif dans une période de pandémie de CoVid débutante et en perte de repère :

Dr VEYSSE Isabelle, Dr CHASSAING Caroline, Dr GIVEL PARENT Caroline, Dr CHALONS Bruno, Dr JAULIN Jean Christophe.

Remerciements particuliers également à mes maitres qui, au-delà des connaissances et d'un savoir-faire, m'ont transmis la passion et la nuance nécessaire à l'exercice de ce métier de façon humaine et équilibrée :

Dr VOISIN RUFFIER Marie Anne, Dr LAUVERJAT Florence, Dr MOLIMARD François, Dr DEDIEU ANGLADE Nicolas, Dr CHIROUZE Catherine, Dr THIERY VUILLEMIN Antoine, Dr GAUVAIN Jean Bernard.

A celui qui indirectement n'est pas innocent dans mon choix et reste une source d'inspiration :

Dr BEGEY Stéphane.

Aux Amis rencontrés durant toutes ces années et qui ont été des soutiens précieux dans l'adversité qu'a pût être cet apprentissage :

Les « Besançonnais » : Guillaume et Laura Van der Nium, Maxime WeiBerWolff, Agathe et Lucas dit le gang de Bandol. Le Roy Charly, Edward, Romaing, Marting, Lucas et Yasin, les gars sûrs. Marianne, Cilcé, Thibault, Quentin, Camille et Chloé, Léonore, Alice Peuchère et Bertille, Alix et Baptiste. Pensées particulières à celles qui s'expatrient loin de chez elles : Astrid au pays de la grande Céline, à Erika salvadorienne savoyarde et Andréa el « picomtoise ». Remerciements amicaux aussi à Sarah Padcholin, Nicolas, Cécile et Lucie, Antoine et Jean pour cet enthousiasme inaltérable lors de révisions interminables dans une certaine BU bisontine.

Une pensée émue à ceux qui ont entrepris cette voie et qui, je veux le croire, sont en paix désormais là où ils sont et veillent sur nous : Elise et Julien.

Aux Orléanais à l'optimisme dantesque : 'Gustin et Tillia, Maitre Kénobi, Anaïs et Marc, MC Chiron, Pierre, Caroline et Crespy, le boy's band de la gériatrie.

Pépit' et Kmille, Clémence et Quentin, Maya, Laura, Céline, Margaux, JB, Francky et Sophie, Claire Marie et Damir, Pierre, Mélanie.

Mais aussi Valentin et Citlali, Marc et Mélanie, Benoît et Laura, Frank l'Animal, Giuseppina, Marwen, Romain, Oumou, Caroline, Adrien, Naeem, Aurore et Valérie Anne, Bienvenu, Pablo et Sarah, Paul, Florence.

Aux Géorgiens en cavale : Marion, Geoffrey, Othilie, Charles et JB.

Aux Berruyers maitres du Chill : Jessika, Estelle, Iolanda, Charles, Vincent, Emma, et le grand Mathieu Simon

A Sandra et Alexis : votre amitié m'est précieuse et c'est une rencontre à durée indéterminée qui a de beaux jours devant elle. Merci à vous

A Maitre Stouff' et Aurore : votre absence d'antipathie ne m'est pas dispensable, veuillez retenir qu'il n'y a pas de détachement à votre égard. Merci à vous.

A la vieille garde dont le soutien lutte et ne se rend pas : Corentin et Marie, Pierre Louis, Dômien le noctambule, Aurélien et ses plasmas frits, Simon et Sophie dans la pampa, Maitre Reny. Vous êtes des recours précieux, témoins qu'on ne vit pas pour travailler. Merci à chacun de vous.

A Paul et Tiphaine : Vielen Dank für ihre tolle Freundschaft. Ihre Unterstützung aus dem Elsass klingt für mich etwas nostalgisch.

A Armand et Lucie : merci pour l'amitié que vous me réservez. Nos sujets de conversation devraient pouvoir sensiblement évoluer avec la fin de ce travail.

A Thomas et Jessika : merci pour votre inaltérable et positive amitié. Nos sujets de conversation risquent de sensiblement rester identiques, mais je vous les promets plus apaisés.

A Nicolas et Coralie : l'utilisation répétée du terme 'amitié' dans ces remerciements n'altère en rien le sens profond de la relation que celui-ci désigne. S'il fallait imaginer notre amitié, je choisirai les dolmens ! Un soutien constant, stable, inratable dans le paysage et tout à fait gracieux. Merci à vous d'être présent à mes côtés.

A ma famille dans son ensemble, très soucieuse de savoir si ce travail va aboutir. On n'a jamais été aussi proche de la fin !

A mes belles sœurs : Yasmine et Kahina. Très heureux d'intégrer une grande famille qui compte désormais un docteur de plus. Merci pour votre présence chaleureuse et authentique.

A mes peut être futures belles sœurs : Léa et Alicia. Merci pour votre présence bienveillante et positive. Trouvez ici la garantie de ma gratitude ... et rendez-vous au prochain repas de familles !

A tous mes grands-parents : vigilants éternels et racines de ce que je suis.

A mes frères et sœurs : Marion, Tipo, Pierre et Pauline. Merci pour vos présences bienveillantes depuis « quelques petites années ». C'est du solide !

A mes beaux-parents : Monsieur et Madame CHETOUANE. Dont l'exemple d'ouverture, de dévotion et d'Amour est une source d'inspiration et un repère pour moi. Puissiez-vous trouver dans ces quelques mots tous mes sentiments reconnaissants, sincères et dévoués, ainsi que mes prières pour feu Monsieur CHETOUANE qui nous a quitté cette année.

A mes parents : pour leur inconditionnel soutien, témoin de leur infaillible parentalité. J'ai fait une découverte : les choix à 180° finissent quand même parfois par faire une boucle.

A Sabrina : Merci d'avoir accepté de cheminer ensemble avec moi au quotidien. Trouve ici le témoignage discret de ma reconnaissance pour ta patience, notamment dans cette fin de parcours universitaire, le témoignage complet de celle-ci risque de prendre au moins autant de temps ! Avec tout mon Amour !

Abréviations

AIPP : Atteinte à l'intégrité physique et psychique

AT : Arrêt de travail

CCI : Commission de conciliation et d'indemnisation

CRCI : Commission régionale de conciliation et d'indemnisation

CDPI : Chambre disciplinaire de première instance

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CROM : Conseil régional de l'ordre des médecins

CSP : Code de santé publique

CVdL : Centre Val de Loire

DFT : Déficit fonctionnel temporaire

ECNi : Epreuves classantes nationales informatisées

FM : France métropolitaine

HTAP : Hypertension artérielle pulmonaire

LAS : Licence (non filière santé) avec option Accès Santé

MG : Médecin généraliste

MMSP : Médecin accomplissant une mission de service publique

ONIAM : Organisme national d'indemnisation et de l'assurance maladie

PASS : Parcours Accès Santé Spécifique

Le généraliste face à la déontologie :
Analyse des motifs de plaintes et décisions disciplinaires à l'encontre
des médecins généralistes
Etude descriptive des décisions de la chambre disciplinaire de première instance du Centre
Val de Loire de 2015 à 2021

Table des matières

I.	INTRODUCTION	16
II.	PROPOS LIMINAIRES.....	17
A.	Histoire et évolution moderne de la responsabilité médicale	17
1.	Des premières traces jusqu'au droit moderne.....	17
2.	Législation et jurisprudence fondatrice du droit de la santé actuel	18
B.	Description élémentaire du système judiciaire français	20
1.	Juridictions pénales	20
2.	Juridictions Civiles	20
3.	Juridictions administratives.....	21
4.	Commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI).....	21
5.	Juridictions ordinales.....	21
C.	L'ordre des médecins et le code de déontologie	21
1.	Missions et organisation de l'ordre.....	21
2.	Code de déontologie	23
D.	Parcours d'une plainte devant la juridiction ordinaire	24
1.	Description du parcours d'une plainte.....	24
2.	Décisions et recours	25
3.	Critique publique de ce fonctionnement par la cour des Comptes :	25
E.	Des plaintes croissantes à l'heure d'une pénurie de médecins	26
1.	Evolution actuelle de la démographie médicale et de l'activité juridictionnelle	26
2.	Judiciarisation de la société, une existence nuancée.....	27
3.	Médecine défensive, une crainte onéreuse.....	27
4.	Scandales sanitaires et juridicisation	28
5.	Accès aux connaissances juridiques.....	28
III.	MATERIEL ET METHODE	29
A.	Base de données	29
B.	Méthode.....	29
C.	Catégorisation des motifs de plainte et des manquements.	30
IV.	RESULTATS.....	32
A.	Les motifs de plaintes.....	34
B.	Les manquements sanctionnés	37
C.	Les sanctions prononcées.....	38
D.	Les recours en appel.....	40
V.	DISCUSSION	40
A.	Concernant la méthode.....	40
B.	Concernant les résultats.....	42
C.	Perspectives et axes d'amélioration en déontologie	44
VI.	CONCLUSION	45

Liste des annexes

Annexe 1 : Listes du nombre de décisions de la CDPI du Centre Val de Loire entre 2015 et 2021 contre des spécialités hors MG

Annexe 2 : Nombre de décisions de la CDPI du Centre Val de Loire entre 2015 et 2021 contre des MG hors région Centre

Annexe 3 : Activité des CDPI de 2015 à 2021 et évolution de la démographie médicale d'après les atlas démographiques et rapports d'activité de la juridiction ordinale publiés par le CNOM de 2015 à 2021

Annexe 4 : Evolution du nombre de médecins généralistes en activité, tous modes d'exercice (densité pour 100 000habitants) en région Centre d'après les atlas démographiques publiés par le CNOM entre 2015 et 2021

Annexe 5 : Activité des CDPI en nombre d'affaires traitées, selon les manquements examinés et sanctionnés à l'encontre des médecins toutes spécialités confondues d'après les rapports d'activité de la juridiction ordinale entre 2014 et 2018.

Annexe 6 : Base de données

I. INTRODUCTION

La déontologie est l'ensemble des règles et devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et le public (1). Ces règles et devoirs existent et sont indispensables en médecine comme en témoignent les premières traces de lois spécifiques aux soignants dans des sociétés humaines antiques (2). Elles reflètent le besoin des individus de confier l'art du soin (ou de ce qui s'en approchait le plus) à des semblables qui répondent à ces valeurs. Cette responsabilité, (étymologiquement du latin « responderere » répondre de, être garant, et de « sponsio » promesse solennelle) (3), garantit la relation de soin et l'alliance thérapeutique précieuse à tout médecin. L'évolution moderne de la déontologie en France aboutit à des principes éthiques et humanistes qui se voient ancrés dans la législation et imposés de ce fait aux médecins par le code de la santé publique. Au moment de son inscription à l'ordre, le docteur en médecine s'engage à avoir pris connaissance du code de déontologie et à le respecter, en écho au serment d'Hippocrate symboliquement énoncé à l'issue de sa formation initiale.

Le législateur a confié à l'ordre des médecins un rôle représentatif de ceux-ci devant la population et les instances publiques, ainsi qu'un rôle-disciplinaire (4). Cette juridiction ordinale enregistre depuis plusieurs années un nombre croissant de décisions (5) alors que le nombre de médecins en activité stagne sur le territoire français (6) ou diminue selon les spécialités.

En parallèle les médecins, surtout nouvellement diplômés, estiment partiellement connaître leurs obligations déontologiques et les risques juridiques (7) auxquels il se savent par contre exposés. Cela aboutit à un sentiment de judiciarisation de la médecine et risque d'entraîner en réponse des pratiques défensives.

En 2012, une étude qualitative sur des médecins généralistes lyonnais (8) relevait que le risque médico-légal est perçu quotidiennement dans leur pratique et associé aux notions de risque d'erreur, de réparation et de sanction, notamment dans certaines situations identifiées à risque (urgences, pédiatrie, visites à domicile, journées avec surcharge de travail). Ce risque médico-légal était ressenti avec des affects péjoratifs, moins présents chez ceux qui étaient maîtres de stage.

En 2014, un travail (9) mené en région Rhône Alpes relevait dans les décisions de la CDPI de cette région une incidence notable des plaintes pour motifs administratifs, notamment des certificats médicaux. En 2016, une étude quantitative par auto-questionnaire sur les pratiques de médecine défensive des généralistes installés des Deux Sèvres (10) ne retrouvait pas de prescription excessive déclarée dans la majorité des interrogés, mais rapportait une appréhension et une représentation du nombre de plaintes en augmentation.

En 2017 une étude quantitative par auto-questionnaire auprès des internes de médecine générale de la région Centre (11) retrouvait une perception forte et menaçante du risque de plainte après l'internat. L'impact du risque juridique est donc palpable et devant ce constat nous nous sommes interrogés sur cette croissance des procédures disciplinaires, en allant plus en détails que les résultats disponibles dans les rapports d'activité des CDPI publiés par le CNOM jusqu'en 2018 (5).

La médecine générale étant la spécialité la plus accessible à la population (par son rôle de premier recours) et la plus importante en nombre de praticiens, il paraît pertinent d'étudier le profil des plaintes auxquelles les généralistes sont exposés et les condamnations prononcées, pour comprendre ce phénomène. C'est pourquoi notre étude se propose de décrire et d'analyser les motifs de plaintes et les condamnations ordinales les plus souvent rencontrées par les médecins généralistes à travers les décisions de la CDPI du Centre Val de Loire.

II. PROPOS LIMINAIRES

D'après Demont, la déontologie et le droit de la santé tels que nous les connaissons aujourd'hui sont le fruit d'une relation tumultueuse entre les sociétés humaines et leurs soignants, qui n'ont pas toujours été dotés des connaissances et moyens scientifiques modernes (2). Comprendre les enjeux passés et rappeler les bases actuelles du cadre juridique autour de l'activité des médecins semblent des prérequis utiles pour comprendre les devoirs et attentes vis-à-vis des médecins d'aujourd'hui.

A. Histoire et évolution moderne de la responsabilité médicale

1. Des premières traces jusqu'au droit moderne

Les premiers témoignages dans l'histoire de l'humanité d'un texte régissant le rapport entre soignant et malade sont des dispositions identifiées sur le code d'Hammurabi (haute stèle de plus de 2mètres de basalte, rédigée en écriture cunéiforme en Mésopotamie – Irak actuel) qui a traversé les âges depuis environ -1775 avant JC. Celles-ci stipulaient des sanctions pour les médecins malhabiles et des rémunérations selon les soins apportés (12). L'art de la médecine et ses praticiens, fussent-ils limités dans leurs moyens, étaient déjà autant valorisés que contrôlés par la société.

D'autres civilisations antiques ont laissé des traces similaires qui témoignent de la place des soignants(2). Dans l'Egypte ancienne, on retrouve un système de mutualisation et de transcription des connaissances populaires à visée thérapeutique au sein de temples de divinités associées aux soins. Puis des traces d'accaparement de ce savoir et de l'exercice des soins par les prêtres, intouchables par leur statut d'intermédiaire avec le divin. Au VIème siècle avant notre ère, toujours en Egypte, on retrouve des références à un livre sacré, amalgames de registres thérapeutiques accumulés, qui fait office de référence et auquel doit correspondre la pratique des soignants sous peine de sanction, quel que soit le résultat. Les soins mis en œuvre étaient déjà standardisés alors que les aléas thérapeutiques, dans le résultat associé, sont déjà distingués.

Toutes les civilisations n'apportaient pas le même statut à celui qui exerçait la médecine. En Grèce celle-ci est réservée aux hommes libres, alors qu'à Rome cette tâche est confiée aux esclaves, soumis de par leur statut social et des textes spécifiques aux soins et aux potions comme la Lex Cornelia de Sicariis et Venificis (recueil de dispositions à visée pénale).

Durant le Moyen Age, la médecine tend en dehors du champ de la justice des Hommes, sous influence divine dans les religions monothéistes. Le rang social servant de légitimité, la médecine est réservée aux gens instruits et capables de lire le latin, souvent issus du clergé. L'association entre la religion et le soin, présente depuis l'Antiquité, sacralise le soin et le soignant. Les preuves de condamnation à l'encontre de médecins sont rares et font essentiellement part de la sévérité des sanctions dans l'impéritie des soins à l'égard d'un souverain. Rares sont les témoignages concernant les soins dans la population. Il est difficile d'établir la présence d'une organisation de la responsabilité médicale dans les textes. La mort étant dans l'ordre naturel des choses, l'enseignement de la médecine hors de portée de compréhension de la masse populaire et touchant à la vie mystifiée par l'Eglise, les médecins répondent peu de leurs actes devant les juges.

Au XIVème siècle des textes témoignent d'une volonté royale d'organiser la profession médicale. Celle-ci se pratique sans contact avec le malade, et le médecin intervient à l'aide d'ordonnance, de recommandations. La « basse besogne sanglante » est laissée aux soins du chirurgien barbier, dont la responsabilité est d'autant plus facilement mise en cause qu'il est considéré bien en deçà du médecin tout puissant de son savoir.

Si la Renaissance apporte son lot de progrès dans les connaissances scientifiques, le statut du médecin au regard du droit évolue peu et le traditionalisme des facultés de médecine sous tutelle religieuse entrave l'expansion de certains principes fondateurs de la médecine moderne (système cardiovasculaire, descriptions anatomiques précises, etc.).

A partir du XVI^{ème} siècle, on retrouve des textes qui font état d'une réflexion sur la façon de sanctionner les médecins malhabiles, surtout en cas de décès du patient. La question oscille entre la mise en cause de la responsabilité pénale ou civile. Par ailleurs des recueils de condamnation font état de juges qui s'appuient sur un rapport d'experts désignés pour apprécier la prise en charge d'un médecin ou chercher la présence d'un lien de causalité entre l'intervention du médecin et le décès du patient. Cependant la jurisprudence paraît dans l'ensemble peu sévère envers les praticiens : l'impéritie et le dol ne se présumaient jamais, l'amplitude d'appréciation des juges était variable selon les cas mais marquée par la mortalité relativement élevée dans la population encore à cette époque.

Le XVII^{ème} siècle n'est pas enclin à de grandes évolutions en termes de responsabilité médicale et voit même des textes introduisant l'irresponsabilité des médecins comme le montre un arrêt du Parlement de Paris « Aegrotius debet sibi imputare cur talem elegerit » (le malade doit supporter les désagréments du médecin qu'il a choisi) (13). Cet état de fait est dénoncé par l'opinion publique, comme en témoigne certaines œuvres de Molière, notamment dans la pièce du médecin malgré lui « C'est le métier le meilleur de tous ; la méchante besogne ne retombe jamais sur notre dos, et nous taillons comme il nous plaît sur l'étoffe où nous travaillons. Un cordonnier, en faisant des souliers, ne pourrait gâter un morceau de cuir, sans qu'il n'en paye les pots cassés ; mais ici l'on peut gâter un homme sans qu'il n'en coûte rien » (14).

Il faudra attendre la révolution pour voir disparaître l'irresponsabilité médicale des textes de loi, même si cette théorie persistera encore quelques temps à travers les prises de position de l'Académie de Médecine. Les bases du droit moderne et actuel apparaissent en 1804 avec la promulgation des codes civil et pénal sous le 1^{er} Empire de Napoléon.

2. Législation et jurisprudence fondatrice du droit de la santé actuel

La responsabilité médicale dans le droit moderne apparaît dans la jurisprudence après l'affaire du Dr Hélie (15) en 1825 suite à un accouchement ayant entraîné l'amputation des membres supérieurs du nouveau-né. En soutien du praticien, l'Académie royale de Médecin défendra que la « responsabilité des médecins dans l'exercice consciencieux de leur profession ne saurait être justiciable de la loi » mais le tribunal de Domfront condamnera finalement le médecin au versement d'indemnités pour le jeune patient. L'irresponsabilité médicale est définitivement écartée au regard de la loi.

Cette position de responsabilité civile du médecin se verra renforcée par l'affaire Thouret-Noroy (1835) durant laquelle suite à l'amputation d'un bras au décours d'une saignée, ce médecin sera condamné à verser dommages et intérêts (après pourvoi en cassation) sous l'argumentaire du Procureur général Dupin (15) . La responsabilité délictuelle du médecin est établie.

En 1893 l'affaire du Dr Laporte, où suite à un accouchement dramatique ce médecin sera condamné à une peine d'emprisonnement pour « impéritie notoire et absence d'appel à un confrère plus compétent » par le TGI de Paris et finalement relaxé en cours d'appel. Les suites judiciaires verront la création d'une société d'assurances du corps médical : le Sou médical en 1897 (16). C'est la première mutualisation de moyens des médecins pour répondre en cas de procédure intentée contre l'un d'entre eux.

Une évolution significative est également représentée par l'arrêt Mercier en 1936 (17). Du nom de cette patiente qui a développé une dermite secondaire à un traitement par rayon X sans que le radiologue n'ait appliqué les précautions minimales. Celui-ci sera condamné à verser dommages et intérêts avec un jugement validé par la cour de Cassation qui argumente : « l'obligation de soins

découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ». La transition d'une responsabilité délictuelle à une responsabilité contractuelle, tels que nous la connaissons aujourd'hui, est consacrée. Bien que ce contrat soit tacite, le médecin s'engage à une obligation de moyen et non pas de résultat.

La responsabilité médicale acquiert une dimension éthique à travers la juridiction ordinale dès les premiers statuts du conseil de l'ordre (18). Celui-ci vit le jour pendant la seconde guerre mondiale, sous le régime de Vichy qui adopte la loi du 7 octobre 1940 créant l'ordre des médecins. Cet organe corporatif est l'aboutissement d'une lutte contre le charlatanisme et d'un besoin d'identification formelle des médecins sur le territoire qui remonterait depuis 1845 au Congrès Médical de France. Ses promoteurs étaient les syndicats de médecins qui s'organisaient localement, et volontiers autour des facultés, et le premier projet de loi fût lancé en 1928 par le député Ernest Couteaux. En octobre 1944 une ordonnance du gouvernement provisoire de la République française à Alger dissout l'ordre tels qu'il a existé sous l'occupation allemande de la seconde guerre mondiale. Celui-ci sera rétabli dès le 24/09/1945 dans la forme qui aboutira à ce que nous connaissons ce jour, sur proposition du gouvernement du Général de Gaulle. Le premier code de déontologie (après celui fondateur sous le régime de Vichy) sera publié le 28 juin 1947.

Après la seconde guerre mondiale, les progrès scientifiques et de la médecine bouleversent le champ du possible et accroissent la compétence de chaque spécialité médicale. Les technologies et pratiques innovantes entraînant dans leur sillage des besoins juridiques nouveaux.

En 1997, la cour de cassation valide l'obligation d'information du médecin envers son patient dans les suites de l'affaire Hedreul (19) où un patient a subi une perforation digestive au décours d'une coelioscopie dont il n'avait pas été informé du risque. L'inversion de la preuve de la charge concernant la délivrance de l'information est instaurée pour les risques normalement prévisibles et sera étendue aux risques rares mais graves en 1998.

En 2002 la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin (20) (dite loi Kouchner) apporte une clarification des débats dans un contexte de suspicion grandissante du public à l'égard des autorités sanitaires et des médecins après les scandales sanitaires entre les années 70 à 90. Celle-ci précise un cadre juridique dans la notion d'handicap congénital (avec l'arrêt anti Perruche), renforce le droit des patients à travers l'accès au dossier médical simplifié, améliore la transparence et la déclaration des accidents médicaux, introduit l'obligation de formation continue des professionnels de santé. Mais surtout en termes de responsabilité médicale : introduit l'obligation de souscription à une assurance de responsabilité civile professionnelle pour tous les professionnels de santé, le principe de la responsabilité pour faute, introduit la responsabilité de plein droit des établissements en matière d'infection nosocomiale. Naissent alors les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation présidées par un magistrat dans un but d'équité des indemnisations des accidents médicaux, accompagné de la création de l'office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux pour prendre en charge les préjudices liés aux aléas médicaux.

Fin 2002, la législation dans la lignée de la loi Kouchner (21) apporte : une modification du régime d'indemnisation des infections nosocomiales graves, une dérogation à l'obligation d'assurance pour certains établissements publics de santé en capacité financière d'indemniser eux-mêmes des préjudices graves dans les mêmes conditions que les assureurs, une définition du sinistre et de la réclamation au sens du droit des assurances et une validation des clauses de réclamation.

Différentes grandes lois de santé par la suite viendront moduler le système de soin sans particulièrement modifier le régime juridique de responsabilité médicale tels que nous le connaissons. Nous pouvons citer parmi ces « packages législatifs » :

- la loi du 9 août 2004 (22) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- la loi du 21 juillet 2009 (23) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui créa les Agences régionales de Santé.

- La loi du 29 décembre 2011 (24) sur la sécurité sanitaire du médicament et d'indépendance des décisions en matière de santé,
- la loi du 26 janvier 2016 (25) de modernisation du système de santé avec quelques modifications des droits des malades au niveau de l'amélioration de l'information (sur le coût des soins, la qualification et l'assurance des professionnels), l'extension de l'accès au dossier médical et l'extension du secret médical au champ social et médicosocial ainsi que dans les échanges entre professionnels,
- la loi du 24 juillet 2019 (26) relative à l'organisation et la transformation du système de santé. Cette loi instaure également un cadre élémentaire à la télémédecine.

B. Description élémentaire du système judiciaire français

La responsabilité d'un médecin revêt différentes formes qui ont été construites au cours de l'histoire moderne et ne sont pas regroupées dans un registre de loi unique mais disséminées dans les textes réglementaires en vigueur. Afin de l'appréhender dans son ensemble, il apparaît nécessaire de détailler les juridictions (27) devant lesquelles le médecin peut être amené à répondre dans le cadre de son activité professionnelle.

1. Juridictions pénales

Les juridictions pénales arbitrent les infractions, c'est-à-dire tout agissement violant la loi, dans le but de sanctionner et dissuader des individus mal intentionnés. Selon la gravité de celles-ci (contravention, délit ou crime), l'instance de premier recours sera respectivement le tribunal de police, le tribunal correctionnel ou la cour d'assise. Les sanctions prononcées sont à visées punitives et dissuasives via une amende, un travail d'intérêt général ou l'incarcération. Dans le cadre de l'activité médicale c'est surtout l'atteinte à l'intégrité physique volontaire ou non qui est amenée devant cette juridiction. Le recours en deuxième instance se fait devant une cour d'assise et le pourvoi ultime est la cour de cassation. Ses textes de référence sont le code pénal et le code de procédure pénale.

2. Juridictions Civiles

Les juridictions civiles, juridictions de droit commun, sont compétentes pour arbitrer les litiges entre parties privées. Leurs actions peuvent conduire à des mesures d'indemnisations financières selon les préjudices reconnus. Pour ce faire, la procédure a besoin d'établir une causalité entre le préjudice et la faute d'un tiers. Dans le cas particulier de la mise en jeu de la responsabilité civile d'un médecin on parlera très souvent de responsabilité contractuelle dans la mesure où, depuis l'arrêt Mercier de 1936, il est établi que la relation de soin est un contrat tacite entre le médecin et son patient. En premier recours, différentes instances de juridiction civile peuvent être sollicitées selon le type de litige. Dans le cadre de l'activité médicale nous retiendrons qu'il s'agit du tribunal judiciaire pour les préjudices estimés à plus de 10 000€ ou de complexité particulière et de son tribunal de proximité pour les préjudices de moins de 10 000€. En cas de pourvois, celui-ci se fera devant une chambre civile de la cour d'appel puis devant la cour de cassation en ultime recours. Leurs textes de référence sont le code civil et le code de procédure civile.

3. Juridictions administratives

Les tribunaux administratifs en première instance, les cours administratives d'appel et le conseil d'état sont juges et pourvois des conflits entre particuliers et administrations, notamment hospitalière. Les établissements de soins publics relèvent d'un régime de responsabilité particulier dans le système juridique français, en ceci qu'ils assurent la protection du droit des usagers et tiennent compte des contraintes qui pèsent sur les professionnels qui y travaillent. Ainsi en cas de préjudice subi par un patient lors d'un acte réalisé dans un hôpital public, la responsabilité personnelle du professionnel n'est pas engagée au détriment de celle du service (hors cas où une faute causale est considérée détachable du service, ce qui le cas échéant renvoie le professionnel devant une juridiction civile). Ses textes de référence sont le code de justice administrative et le code de procédure administrative.

4. Commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

Il s'agit d'un acteur intermédiaire dans une démarche de reconnaissance d'un préjudice médical grave et d'indemnisation (procédure relevant de la juridiction civile) ; relativement rapide (à l'échelle des procédures juridiques) et gratuite. Ces commissions sont réparties de façon régionale depuis la loi dite Kouchner de mars 2002 (20). Elles sont indépendantes par leur mode de financement (dotation par le budget de l'assurance maladie) et composées de représentants des usagers, des professionnels de santé, des établissements de santé, des compagnies d'assurances et de l'ONIAM (organisme national d'indemnisation des accidents médicaux) en vue de simplifier l'indemnisation d'accidents médicaux graves et de rendre un avis d'expert devant une situation parfois conflictuelle entre un patient et un médecin ou un établissement de soin. Son champ de compétence concerne les préjudices importants (AIPP > 24%, AT de 6 mois sur 1 an, DFT 50% pendant 6 mois sur 1 an, invalidité empêchant reprise activité professionnelle, handicap acquis). La CCI dispose de 6 mois après avoir été saisi pour rendre un rapport d'expertise médicale. En cas d'aléa thérapeutique c'est l'ONIAM qui prend en charge les indemnités liées au préjudice décrit alors qu'en cas de responsabilité supposée d'un acteur de santé un accord amiable peut être trouvé avec l'assureur de ce dernier ou une procédure civile peut être entamée en l'absence de celui-ci.

5. Juridictions ordinales

Les chambres disciplinaires de première instance, leurs pourvois la chambre disciplinaire nationale et son recours ultime le conseil d'Etat sont compétents pour examiner et juger les manquements déontologiques qu'un plaignant (personne physique ou morale) pourrait alléguer à l'encontre d'un médecin. Cette juridiction ordinale est strictement dédiée et limitée aux médecins. Les condamnations peuvent prendre la forme d'un avertissement, un blâme, une suspension d'exercice ou la radiation disciplinaire de l'ordre des médecins. Son texte de référence est le code de santé publique incluant les 112 articles qui composent le code de déontologie.

C. L'ordre des médecins et le code de déontologie

1. Missions et organisation de l'ordre

a) Missions

L'Ordre des médecins est un organisme de droit privé chargé de missions de service publique à visée corporative, administrative, morale et juridictionnelle dans la représentation et la régulation de la profession médicale (28).

Ses missions découlent de ses attributions dans le code de santé publique qui est la base de sa légitimité. L'Ordre des Médecins assure :

- Le respect du code de déontologie (lui-même inscrit également dans le code de santé publique) à travers des commentaires dans son interprétation, pour en faciliter la compréhension et l'adaptation aux nouvelles pratiques.
- L'organisation de la juridiction ordinaire en cas de manquements aux principes déontologiques.
- Un rôle de vigilance et de maintien de la compétence des médecins inscrits, de l'indépendance professionnelle des membres vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et du respect du droit des patients.
- Un accompagnement des médecins dans leurs activités (aide juridique, conseil à l'installation notamment, commission des contrats) et dans leurs difficultés par un fonds d'entraide.
- Un rôle de conseil des pouvoirs publics. Auprès des ministères, des ARS particulièrement, il rend des avis sur des projets de lois, des décrets en tant qu'expert.

b) Organisation

L'ordre des médecins s'articule selon une subdivision territoriale et administrative, à savoir les conseils départementaux, régionaux et le conseil national de l'ordre des médecins. Chaque niveau comporte un bureau avec au minimum un président, un trésorier et secrétaire général.

Les conseils départementaux (CDOM)

Il existe 104 CDOM (29), composés par environ 1800 conseillers départementaux titulaires et suppléants élus pour 6 ans par suffrage direct exprimé par les médecins inscrits au tableau de l'ordre de chaque département et renouvelés par moitié tous les 3 ans. Leur composition doit respecter la parité et un seuil d'âge maximum de 71ans au moment de l'élection a été instauré.

Le CDOM remplit un rôle administratif, d'information et représentatif à travers ses missions : gestion du tableau de l'Ordre, délivrances des autorisations d'installation et de remplacement, conseil des contrats de travail, contrôle des plaques et mentions professionnelles diffusées, enregistrent les demandes d'entraide, organisent la conciliation en cas de plainte portée à leur connaissance et représentation des médecins auprès des interlocuteurs et pouvoirs publics locaux (élus, représentant de collectivité, etc...).

Les conseils régionaux (CROM)

Au nombre de 16 depuis le 24 mai 2019 (suite à la réforme de fusion des régions), les CROM (30) sont composés par environ 300 titulaires et suppléants élus pour 6 ans par suffrage indirect exprimé par les conseillers départementaux, avec respect de la parité de genre et renouvelés tous les 3 ans. Le CROM assure un rôle représentatif auprès des instances régionales (ARS, conseil régionale, préfet de région), pourvoit aux moyens de la CDPI et a un rôle juridictionnel :

- Par sa formation restreinte : qui peut suspendre les praticiens dont l'état de santé ou l'insuffisance professionnelle rend dangereux l'exercice de la médecine ; statuer en appel sur le recours des médecins en cas de refus d'inscription au tableau de l'ordre par un CDOM de sa région. Un appel peut être formulé devant la formation restreinte du conseil national de l'ordre des médecins.
- Par sa section des assurances sociales : dont la mission est de statuer sur les fautes, abus ou fraudes intéressant l'exercice de la profession à l'initiative de la caisse d'assurance maladie ou par le médecin chef de service de la caisse, à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux.

Les chambres disciplinaires de première instance (CDPI)

Rattachées aux CROM par les moyens mis à sa disposition, elles sont au nombre de 16 depuis mai 2019. Depuis le décret du 25 mars 2007 (31) chaque CDPI (32) est présidée par un magistrat désigné par le Conseil d'Etat au sein du tribunal administratif compétent dans la région. Les CDPI sont composées de 16 membres titulaires et suppléants élus par le CROM parmi les conseillers régionaux actifs au tour interne et parmi les anciens conseillers ordinaires au tour externe. La CDPI siège en formation d'au moins 5 membres. Les CDPI enregistrent et instruisent les plaintes qui leur sont adressées. Leur pourvoi est la chambre disciplinaire nationale et le Conseil d'Etat en ultime recours.

Le conseil national (CNOM)

Instance unique et sommet de la hiérarchie de l'ordre des médecins (33), elle est organisée en quatre sections : éthique et déontologique, exercice professionnel, formation et compétence médicales, santé publique.

Il se compose de 50 membres élus pour 6 ans par suffrage indirect exprimé par les conseillers départementaux, 1 membre désigné par l'académie de médecine et 1 membre nommé par le garde des sceaux.

Le conseil national a pour mission : l'actualisation du code de déontologie, de rendre des avis de nature juridique et dans l'évolution de l'exercice médical, de participer aux questions liées à la formation initiale et au développement continu des médecins, de représenter les médecins dans les instances nationales (ministères, commission parlementaire, ...) et de pourvoir aux moyens de fonctionnement de chambre disciplinaire nationale d'appel.

2. Code de déontologie

Le code de déontologie (34) médicale fût publié pour la première fois en 1941 peu après la création du Conseil Supérieur de l'Ordre des médecins et a été réformé à 6 reprises dont la dernière actuellement en vigueur date du 9 mai 2012. Le code de déontologie est une appellation courante d'une partie du code de santé publique dédiée à l'exercice médical et qui correspond plus exactement aux articles R4127-1 à R4127-112 du Code de Santé publique (35). Ces dispositions sont porteuses de tout l'héritage historique, philosophique, éthique et sociétal que nous avons évoqué précédemment et ont pour ambition de définir l'attitude attendue d'un médecin dans les multiples situations qu'il pourrait être amené à rencontrer dans sa pratique et en dehors de celle-ci. L'esprit de sa rédaction tient compte de nombreux facteurs : la primauté de la personne, la liberté du patient et du médecin, l'indépendance professionnelle et l'esprit de confraternité.

Le code de déontologie est le cadre nécessaire à l'activité médicale telle que l'approuve la Société française. Toute modification de celui-ci a été, et serait, soumise pour approbation à l'administration (ministre de la santé), au conseil d'Etat et au gouvernement avant d'entrer en vigueur par publication au Journal Officiel.

Il s'applique à tous les médecins, à l'exception des médecins des armées qui disposent de règles de déontologie médicale spécifiques (très proche au code de déontologie des médecins civils) eu égard à leur statut particulier (cadre actif du service de santé des armées avec les textes réglementaires afférents). Tous les médecins s'engagent au moment de leur inscription au tableau de l'Ordre des médecins à le respecter. Un exemplaire leur est remis.

Dans la version en vigueur actuellement, les articles sont regroupés en 5 familles : les devoirs généraux des médecins (30 articles), les devoirs envers les patients (24 articles), les rapports des médecins entre eux et avec les autres professionnels de santé (14 articles), l'exercice de la profession (39 articles) et des dispositions diverses (5 articles).

C'est au regard de ces articles que la juridiction ordinaire examine les faits qui lui sont exposés et établit la présence ou non de manquement à la déontologie. L'interprétation de ces dispositions permet de

répondre à des situations innovantes et est accessible sous forme de commentaires au code de déontologie.

D. Parcours d'une plainte devant la juridiction ordinale

1. Description du parcours d'une plainte

L'initiative d'une procédure de plainte devant la juridiction ordinale peut émaner d'un patient, ses ayants droits, d'une association de patients, d'un autre médecin, d'une administration, d'un organisme de service publique ou d'un syndicat.

Cette initiative ne souffre ni délai de prescription, ni de restriction en cas de recours judiciaire parallèle (pénal ou civil en particulier).

La plainte doit être adressée au conseil départemental de l'ordre des médecins auquel est inscrit le praticien mis en cause. En cas d'erreur ou changement d'adresse d'exercice de ce dernier, elle sera transmise au nouveau CDOM concerné. Le président du CDOM accuse réception à l'auteur de la plainte, informe le médecin concerné des allégations à son encontre et propose une conciliation dans un délai de 1 mois en présence des intéressés et d'au moins un membre de la commission de conciliation du CDOM (36).

L'issue de cette médiation peut être une conciliation totale avec extinction de la procédure de fait ; dans tout autre cas on parle de conciliation partielle ou de carence de conciliation (en cas de non présentation d'un des partis). Dans ces deux dernières situations, le CDOM a obligation transmettre la plainte à la CDPI du CROM dans un délai de 3 mois (à partir de la date d'enregistrement au CDOM) accompagnée d'un procès-verbal faisant apparaître les points de désaccord, un avis motivé et s'il s'associe ou non à la plainte. A noter qu'un refus de participer à la conciliation peut être interprété en soi comme un manquement disciplinaire par la suite.

Lorsque la plainte est transmise, celle-ci est enregistrée par le greffe de la CDPI qui dispose de 6 mois pour statuer du dépôt. Le président de la CDPI juge de la recevabilité de la plainte et confie l'affaire à un assesseur rapporteur, lequel recueille les mémoires des partis et procède à toutes les constatations nécessaires pour la manifestation de la vérité. A noter que les partis impliqués dans les affaires sont présentés aux assesseurs avant instruction afin de déclarer d'éventuels conflits d'intérêts qui invalideraient leur impartialité. La composition de la CDPI tient compte des conflits d'intérêt et si ceux-ci restreignent trop le choix des assesseurs, le président peut décider de délocaliser le jugement à une autre CDPI.

La procédure disciplinaire est écrite et contradictoire, c'est-à-dire que la plainte, les mémoires et les pièces jointes sont notifiés dans leur intégralité en copie aux parties à chaque nouvelle déposition d'un des camps. La communication des mémoires s'accompagne d'un délai de réponse fixé par le président dans le respect des règles du code de justice administrative, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'éléments nouveaux apportés à l'affaire. Ce mode d'échange entend éviter de voir de nouveaux éléments être présentés de façon inopinée à l'audience.

Lorsque l'instruction est clôturée, les parties sont convoquées en audience. Celle-ci est publique (sauf décision du président d'office ou après demande d'une des parties) et une place importante est consacrée au débat oral après résumé du rapporteur afin de faire des observations qui insisteront sur les éléments clefs de la procédure écrite. Le médecin mis en cause bénéficie de la parole en dernier. Malgré tout, si des éléments nouveaux sont soulevés durant l'audience sans avoir été présentés auparavant, la chambre peut (au cours du délibéré) décider d'un report pour laisser un temps suffisamment long au praticien pour préparer sa défense.

Une fois le débat terminé, la chambre délibère à huis clos et rend une décision collégiale motivée qui est notifiée aux parties dans un délai de moins de deux mois.

2. Décisions et recours

La chambre se prononce sur la plainte en condamnant les manquements avérés par la procédure, ou en la rejetant si ce n'est pas le cas. Elle peut décider de sanctions relevant des compétences de contrôle de l'ordre des médecins à l'encontre de l'accusé. Il peut s'agir d'un avertissement, d'un blâme, d'une interdiction temporaire ou permanente d'exercer tout ou partie de son exercice assorti éventuellement d'un sursis. La sanction la plus élevée est la radiation disciplinaire du tableau de l'ordre.

A cela, s'ajoute une inéligibilité aux organes de l'ordre (pendant 3 ans en cas d'avertissement ou blâme, définitive sinon dans les autres cas) et éventuellement selon l'appréciation de la chambre à une condamnation à supporter les frais de justice engagés de la partie gagnante aux dépens de la partie perdante.

En cas de plainte abusive ou de citation abusive, le plaignant peut également se voir infliger une amende ou des dommages intérêts, si un préjudice est démontré.

Il existe une voie de recours à cette décision, l'appel. Celui-ci peut être porté dans un délai de 30 jours à 2 mois (selon les circonstances de notification) à compter de la publication de la décision, devant la chambre disciplinaire nationale présidée par un membre du Conseil d'Etat et qui siège auprès du CNOM. Ce recours revêt un caractère suspensif (sauf circonstances particulières) de l'éventuelle sanction prononcée par la CDPI. Un recours ultime à cet appel peut être formulé devant le Conseil d'Etat (36).

3. Critique publique de ce fonctionnement par la cour des Comptes :

En décembre 2019 la cour des Comptes, dans un rapport sur l'Ordre des Médecins, assène un constat critique en estimant notamment que « sa gestion et ses missions administratives et juridictionnelles ne sont pas assurées avec suffisamment de rigueur et impartialité »(37). Ce rapport estime infondé une distinction souvent faite par les CDOM entre doléances et plaintes à l'encontre des médecins. Celle-ci diminuerait considérablement les signalements transmis aux CDPI.

L'Ordre des médecins conteste ce rapport en affirmant que « l'ensemble des plaintes et doléances qualifiables de plaintes donnent bien lieu à instruction » et dénonçant un amalgame (38) de la généralisation faite à partir de « comportements individuels condamnables de quelques élus ordinaires, qui doivent être dénoncés et l'Ordre entend bien s'y attacher ».

La notion de doléance n'apparaît pas dans l'article L4123-2 du CSP qui régit le rôle des commissions de conciliation (39) (seul le terme « plainte » est utilisé). Une doléance se définit selon Colas (40) comme « tout écrit ne stipulant pas expressément le souhait d'un dépôt de plainte » adressé à un CDOM lorsqu'une personne « estime qu'une situation donnée et vécue avec son médecin [...] le nécessite ». La doléance serait perçue moins impressionnante et plus accessible pour le plaignant qui voudrait obtenir reconnaissance de griefs ou exprimer son insatisfaction à l'encontre d'un médecin.

Bien que cette désignation soit contestée par le rapport de la cour des Comptes, les doléances donnent bien lieu, d'après le CNOM, à une démarche d'entente à l'amiable pour permettre au médecin

concerné de s'expliquer sur les griefs reprochés et d'envisager la résolution sans procédure disciplinaire si ces explications suffisent.

Ce débat pointe l'importance de la phase de conciliation qui, si elle est hors sujet de notre d'étude, demeure un mode de règlement des litiges souhaité et encouragé par la loi du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner) pour lutter contre la judiciarisation de la santé.

E. Des plaintes croissantes à l'heure d'une pénurie de médecins

Nous nous proposons de survoler l'évolution récente de la démographie médicale ainsi que les principaux enjeux médico juridiques actuels nécessaires au contexte de ce travail.

1. Evolution actuelle de la démographie médicale et de l'activité juridictionnelle

D'après Wallach (41) la pénurie médicale que nous vivons est en lien avec un contrôle trop restrictif du numerus clausus dès la fin des années 80 en parallèle à un accroissement relatif des besoins de population (nombre peu croissant d'individus, mais vivant plus longtemps en nécessitant des soins plus complexes). Les atlas démographiques du CNOM (42) indiquent (Annexe 3) que le nombre de médecins (toutes spécialités confondues) en activité régulière en France a stagné en passant de 196556 médecins en 2015 à 196100 médecins en 2021 (-0.23%). En détails ce chiffre varie selon les spécialités. Le nombre de médecins généralistes a diminué de -5,02% au niveau national et de façon hétérogène selon les régions.

Le cadre de notre étude est la région Centre Val de Loire, particulièrement marquée avec une diminution de 10.2% entre 2010 et 2020 de la densité des médecins en activité régulière (43) alors que sa population générale reste stable et peu dense. En 2020, l'INSEE (44) classait la région Centre 11^{ème}/13 des régions de France métropolitaine (FM) pour sa densité de population (population générale 12^{ème}/13 et superficie 5^{ème}/13 des régions de FM). En 2019, 57% de la population résidait dans une commune urbaine (45), dont la majorité sur l'axe ligérien qui comprend les métropoles d'Orléans et Tours. Quarante-trois pour cent de la population réside donc en territoire non urbain et le maillage des acteurs de santé peine à assurer l'accès aux soins pour chacun avec une densité médicale faible toutes spécialités confondues (224.7 médecins pour 100 000 habitants, 13^{ème}/13 des régions de FM (43)).

Concernant les médecins généralistes, nous observons une diminution de -11,18% des MG en activité, entre 2015 et 2021 (Annexe 4). Celle-ci est hétérogène entre les départements de la région Centre, car nous observons en Indre et Loire une diminution de -1%, alors que les autres départements accusent des diminutions allant de -13% à -19% sur la même période. Rapportée au bassin de population, la densité de MG sur la région en 2021 (95 MG/100 000 habitants) est très inférieure à la moyenne nationale (120 MG/100 000 habitants).

Concernant l'activité juridictionnelle, d'après les rapports d'activité du CNOM, nous observons sur l'ensemble des CDPI une tendance à la hausse des plaintes enregistrées (+24%) et des affaires jugées (+21%) de 2015 à 2021, toutes spécialités confondues. Ces tendances sont constatées également en région Centre sur la même période.

2. Judiciarisation de la société, une existence nuancée

La hausse des affaires disciplinaires renvoie à la notion de judiciarisation (à distinguer de la juridicisation, cf II.E.4. Scandales sanitaires et juridicisation) définie comme la propension à privilégier le recours aux tribunaux pour trancher des litiges qui pourraient être réglés par d'autres voies (médiation, accord amiable) (46).

Ce paradigme des rapports en société s'est développé dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle et touche l'ensemble des activités humaines. En 1997 Engel et Garapon décrivaient ce phénomène comme une évolution majeure des sociétés démocratiques qui prônent l'individualisme et propulsent le droit et la justice en leur centre (47). Elle est constatée et décrite dans les rapports entre patients et professionnels de santé depuis les années soixante-dix aux Etats Unis (48). La judiciarisation à l'américaine est redoutée par les professionnels de santé et source d'inquiétude dès les années quatre-vingt en France par sa réputation inéluctable dans les sociétés occidentales.

Difficile à mesurer, ce phénomène a pu être évalué en 2012 par une étude de l'Institut droit et santé (49) qui analysait un ensemble de 50 000 décisions (pénales, civiles, ordinaires, administratives) prises entre 1999 et 2009 à l'encontre des médecins. Ces résultats battent en brèche l'idée d'une explosion du nombre de procédures civiles, pénales, administratives ou disciplinaires qui, après une fugace croissance, étaient relativement stable entre 2004 et 2009. Depuis cette étude, la judiciarisation de la médecine est décrite comme une menace fantasmée par la profession médicale mais serait entretenue par l'augmentation progressive des primes d'assurance et un nombre de procédures disciplinaires toujours supérieur aux autres voies de recours. Les conclusions de ce travail laissent entendre que les différences de dispositif d'assurance sociale, de fonctionnement judiciaire et juridique entre nos deux pays tendent à tenir le scénario de la judiciarisation à l'américaine à distance, ainsi que ses dérives assurantielles et économiques (50).

3. Médecine défensive, une crainte onéreuse

En effet, la judiciarisation aux Etats Unis a été identifiée comme un problème de société majeur (48) devant le retentissement indirect des procès contre les médecins sur l'accès et le coût des soins. Devant ce constat, des travaux ont conduit à développer le concept de médecine défensive. Il s'agit de la pratique de la médecine marquée par la préoccupation du médecin à se prémunir du risque judiciaire. La médecine défensive est donc un état d'esprit trahissant une certaine anxiété dans l'exercice d'un médecin et qui incite à prescrire des examens complémentaires dont l'intérêt diagnostic ou thérapeutique paraît discutable mais dont la matérialité sera plus probante en cas de procès par rapport à l'examen clinique. Elle est susceptible d'entraîner également une censure volontaire des pratiques de certains médecins, renonçant à des soins estimés trop à risque d'effet secondaire préjudiciable (impactant ainsi surtout les techniques innovantes). De façon similaire, elle entraîne des conduites d'évitement vis-à-vis de certains patients jugés trop complexe et à risque.

L'ampleur des prescriptions et attitudes décrit comme étant de la médecine défensive est discutée pour plusieurs raisons (47). Les études sur lesquelles cette doctrine a émergé utilisent souvent une méthodologie quantitative par auto questionnaire auprès de médecins sur leurs pratiques estimées révélatrices de la médecine défensive. Cela entraîne une interprétation univoque de ces pratiques considérées a priori comme marqueur de défense. L'absence d'hypothèse alternative à la perception du risque judiciaire, par le médecin, dans l'augmentation de pratiques de médecine défensive, tend à faire apparaître celle-ci comme le principal facteur explicatif. Par ailleurs, l'impact des procès à l'encontre des médecins est souvent présenté sur un versant psychologique qui peut réduire la diversité des réactions du professionnel, alors que des conséquences positives sur la rigueur de tenue des dossiers et l'examen clinique en consultation sont également retrouvées.

Selon Amalberti (51), les solutions identifiées aux Etats Unies comme efficaces contre les pratiques de médecine défensive sont : la formation et la communication sur les risques associés aux examens inutiles, l'excuse précoce au patient en cas d'erreur médicale, les modifications juridiques excluant les excuses comme preuve de culpabilité des médecins. A l'inverse, l'expérience américaine aurait montré le manque d'efficacité des mesures suivantes dans la lutte contre les pratiques de médecine défensive : le non remboursement d'actes, la prescription sur entente préalable de certains examens coûteux et les tentatives juridiques d'atténuer les sanctions pour faute médicale. A termes, avec le recul des dernières décennies, le symptôme probablement le plus préoccupant de la médecine défensive face à la judiciarisation semble être l'altération de la confiance dans la relation médecin-malade de façon durable.

4. Scandales sanitaires et judiciarisation

La représentation d'une judiciarisation excessive des rapports médecins – patients en France intervient dès les années 90 à une époque où l'encadrement juridique de la médecine et la responsabilité des médecins et des autorités sanitaires ont régulièrement pris place dans le débat public lors de scandales très médiatisés.

Dans les années 70, l'affaire du distilbène (52) qui s'est avéré pourvoyeur de malformations génitales et de cancers gynécologiques. L'affaire des hormones de croissance contaminées aux prions qui se révéleront mortels une décennie plus tard (53) (54). L'affaire de l'*Isoméride*®(55), fin des années 80, qui provoquait des HTAP non indiquées dans la notice et verra l'introduction en droit d'une nuance dans le lien de causalité qui n'aura plus besoin d'être direct entre traitement et effet secondaire. L'affaire du sang contaminé au VIH ou à des virus d'hépatites(56) dans les années 80 également, qui verra une contamination massive des hémophiles et la mise en cause de responsabilités politiques. L'affaire du *Médiator*® (57) dans les années 90 et 2000, anorexigène de la même famille que l'*Isoméride*®, largement prescrit hors AMM par des médecins et dont la présentation par les laboratoires Servier fut qualifiée par la justice de tromperie et escroquerie ayant entraîné blessures et homicides involontaires en 2021 (58).

Ces scandales ont eu des conséquences humaines inacceptables et ont décrédibilisé les médecins, le système de soin et de gouvernance. Ils ont cependant permis des avancées dans la sécurité sanitaire, obligation d'information sur la notice des médicaments, création de l'EFS, de l'espace transparence santé sur les déclarations de conflit d'intérêt. Ces progrès s'inscrivent dans un environnement juridique qui n'a fait que croître ces vingt dernières années avec une prolifération des textes réglementaires.

Cette inflation de règles répond au concept de la judiciarisation de la médecine, c'est-à-dire à une formalisation et une extension des règles inscrites dans l'ordre juridique constituant des références disponibles, pratiques et utilisées pour les actions et interactions en vigueur (59). Les indicateurs de l'activité normative publié en 2021 montrent une multiplication par 2.5 du nombre d'articles du CSP, et une tendance systématiquement à la hausse pour tous les codes juridiques (60). Le droit français est en expansion comme la médecine, et tous deux en sont d'autant plus inaccessibles aux profanes.

5. Accès aux connaissances juridiques

A la croissance des textes de droit s'ajoute la production de jurisprudence qui peut avoir un impact décisif dans l'interprétation qu'elle propose. L'exemple le plus parlant dans ce domaine est l'arrêt de la Cour de Cassation du 17 novembre 2000 (61) (dit arrêt Perruche) puis d'un dispositif législatif venant éclaircir ce type de situation et intégré dans la loi du 4 mars 2002 (20). L'enjeu de ce retournement juridique était la reconnaissance et l'indemnisation d'un enfant né handicapé. Le médecin obstétricien

avait été condamné à de lourdes indemnités du fait d'un défaut d'information vis-à-vis des effets prévisibles (pour le fœtus) d'une séroconversion de la mère à la rubéole, dont découlait la possibilité d'une interruption médicale de grossesse. Les implications pour le système d'assurance médicale et juridiques en termes de droit « à naître sans handicap » étaient vertigineuses et ont entraîné une réponse législative écartant une partie du grief qui reposait sur l'idée de « peine de vie handicapée ».

Afin d'appréhender la dimension juridique de son exercice, le médecin reçoit au minimum une formation initiale en droit de la santé. Ce volume d'enseignement théorique (en nombre d'heures) lors des dernières réformes des études médicales (2010 (62) et 2020 (63)) a peu évolué et comprend des modules variables selon les facultés. Il est composé de l'unité d'enseignement 7 (environ 40 heures de cours) consacré à des notions d'éthique et droit, d'histoire, philosophie, psychologie et santé publique durant le premier cycle, ainsi que des modules complémentaires proposés par les facultés. Puis l'enseignement du droit de la santé intègre 19 des 362 items des ECNi abordés durant le second. Enfin le troisième cycle, axé sur le compagnonnage en MG, sensibilise les étudiants de façon très variable à l'application du droit en fonction des maîtres de stage. Certains auteurs considèrent, de longue date, ce bagage insuffisant pour l'exercice des futurs médecins (64) (65).

Actuellement en réforme depuis la rentrée 2020, les études de médecine sont accessibles avec en première année un parcours accès santé spécifique (comparable aux études de médecine avant 2020) ou un parcours de licence (hors filière médicale, possiblement en faculté de droit) avec option accès santé dont l'enjeu explicite est de diversifier le profil des futurs médecins de demain.

De son côté, la justice s'efforce d'être plus abordable aux citoyens en général, au nom du principe d'opposabilité de la loi, traduite par l'adage « nul n'est censé ignorer la loi » avec la loi du 07 octobre 2016 (66) (dite loi open data).

C'est devant le constat d'accroissement des procédures disciplinaires, dans un contexte de pénurie médicale, d'inflation du droit et d'une représentation anxieuse du risque juridique par les médecins, que notre étude propose d'analyser les motifs de plaintes et les décisions de la CDPI du Centre Val de Loire à l'encontre des MG afin de décrire et comprendre ce phénomène pour mieux le prévenir.

III. MATERIEL ET METHODE

A. Base de données

Notre étude respectait un schéma observationnel descriptif avec un recueil de données rétrospectif. La base de données était constituée par l'ensemble des décisions de la CDPI du Centre Val de Loire (CVdL) publiées entre le 01/01/2015 et le 31/12/2021, ainsi que leurs éventuels recours en appel à la CDN sur la même période. Les décisions étaient publiées par affichage après audience et délibération de la chambre disciplinaires. Leur consultation et communication, avec anonymisation des partis, était possible auprès du greffe de la CDPI du Centre Val de Loire (après information et approbation du président de la CDPI et du CROM de la région CVdL) et les décisions de la CDN ont été recueillies sur le site internet de jurisprudence du CNOM.

B. Méthode

Les informations nécessaires à notre étude ont été recueillies entre le 02/05/2022 et le 11/05/2022 après lecture exhaustive des décisions, puis intégrées et analysées dans un tableur informatique avec le logiciel Excel. Nous avons relevé dans chaque décision les éléments suivants : date d'enregistrement

au greffe de la CDPI, date de décision après délibération, spécialité du médecin accusé, nature du plaignant, CDOM ayant transmis la plainte, association du CDOM à la plainte, motifs de plainte, décision de la CDPI, manquements retenus pour justifier la sanction, recours en appel de la décision, initiative du recours et modification de la décision en appel.

La déclaration CNIL n'était pas nécessaire car notre fichier d'étude était complètement anonyme et ne contenait aucune donnée (même en les croisant) permettant de remonter à l'identité des plaignants et des médecins concernés par l'étude.

Nous avons appliqué les critères d'inclusion et d'exclusion suivant :

Critères d'inclusion : les décisions devaient concerner les plaintes transmises à la CDPI par les CDOM de la région Centre Val de Loire (Cher (18), Eure et Loire (28), Indre (36), Indre et Loire (37), Loir et Cher (41) et Loiret (45)) ou par le CNOM. Elles devaient concerner un médecin qualifié en médecine générale (quels que soient leurs modes d'exercice) ou un remplaçant non thésé qualifié en médecine générale avec licence de remplacement. Seules les décisions de la CDN en appel des décisions précédentes étaient incluses.

Critères d'exclusion : les plaintes en cours d'instruction sans décision définitive de la CDPI ou de la CDN, ainsi que les plaintes transmises par un autre département que ceux du CVdL (délocalisation sur décision du CNOM) ou à l'encontre d'un médecin non inscrit comme généraliste.

Notre critère de jugement principal était le nombre de décisions par motif de plaintes à l'encontre des médecins généralistes et nos critères de jugements secondaires étaient : le nombre de décisions par manquements retenus, le nombre de décisions par sanctions prononcées et le nombre de décisions ayant fait l'objet d'un recours.

C. Catégorisation des motifs de plainte et des manquements.

La détermination du motif principal de chaque plainte a été réalisé systématiquement, lorsque la plainte en comprenait plusieurs, par une procédure d'étiquetage expérientiel (inspiré des méthodes d'analyse qualitative par théorie ancrée (67)) des allégations contenues dans les éléments à charge après lecture du rapport des mémoires des partis dans chaque décision.

Pour la catégorisation des motifs principaux des plaintes, nous avons utilisé une classification thématique par regroupement logique. Cette classification a été construite à partir de celle présente dans les rapports d'activité des juridictions du CNOM(5) et de l'étude d'Auberton-Hervé (9).

Les manquements retenus étaient directement extraits des décisions (car explicite dans les décisions). Pour la catégorisation des manquements retenus, nous avons utilisé une classification thématique sur la même méthode et à laquelle nous avons fait correspondre par cohérence thématique les différents articles du code de déontologie utilisés pour justifier les décisions de la CDPI. Cette répartition est également basée sur celle déjà appliquée dans les rapports d'activité des juridictions du CNOM (5).

Catégorisation des motifs de plaintes :

Humain

Attitude ou comportement inapproprié : manque de respect, manque de compassion, violence verbale ou physique, attouchement, viol

Secret : Non-respect du secret médical

Privé : manquements éthiques pour des motifs personnels

Catégorisation des manquements retenus :

Humain

Article 2 Respect de la vie et de la dignité de la personne

Article 3 Principes de moralité et de probité

Article 4 Secret professionnel

Article 6 Libre choix

Article 7 Non-discrimination

Article 14 Information sur des procédés nouveaux

Discrimination : racism, religion, handicap, statut sérologique, âge, couverture sociale, refus de PEC inadapté

Communication / information : défaut d'information, incompréhensions, consentement

Administratif

Certificat : complaisance, faux, anti datation, incomplet, immixtion dans des affaires personnelles/familiales, signalement, attestation

Expertise : déroulement, contenu, conclusion Honoraires

Dossier médical : tenue, contenu, communication

Ordonnance : usage irrégulier, rédaction

Médical

Prise en charge : suivi, prise en charge thérapeutique, manquement à une obligation de moyens, retard à la mise en œuvre d'un traitement

Diagnostic : retard, erreur

Complication d'une prise en charge : chirurgie, injections, ponctions, manipulation

iatrogénie médicamenteuse : traitement inadapté, hors AMM, posologie, interactions, intolérances

Non déplacement : non-assistance à personne en péril

Expérimentation illégale : non respecte des règles de recherche biomédicale

Organisationnel

Résultats d'examens : bilan non contrôlé, retard de transmissions de résultats d'examens

Matériel et locaux : inadapté, vétusté

Domage corporel : chute au cabinet, blessure au cabinet

Temps de consultation : durée de consultation trop courte, consultation annulée

Permanence de soin : Régulation SAMU, défaut participation garde/astreinte

Corporatif

Mode d'exercice : exercice illégal, exercice pendant une période d'interdiction, publicité, manque de professionnalisme, mission de service publique, lieu d'exercice, lieux multiples non autorisés, abus de titre, fraude financière,

Confraternité : diffamation, manque de confraternité, remise en cause de la pratique d'un confrère,

Article 36 Consentement du patient

Article 38 Soins aux mourants-accompagnements

Article 102 Information de la personne examinée

Administratif

Article 24 Avantages injustifiés

Article 28 Certificat de complaisance

Article 29 Fraude et abus de cotation

Article 44 Sévices

Article 51 Immixtion dans les affaires de familles

Article 76 Délivrance de certificat

Article 84 Exercice dans une administration

Médical

Article 8 Liberté de prescription

Article 11 Développement professionnel continu

Article 12 Concours apporté à la protection de la santé

Article 13 Information du public

Article 15 Recherches impliquant la personne humaine

Article 32 Qualité des soins

Article 33 Diagnostic

Article 34 Prescription

Article 35 Information du patient

Article 37 Soulagement des souffrances/non obstination déraisonnable

Article 39 Charlatanisme

Article 40 Risque injustifié

Organisationnel

Article 45 Dossier professionnel ou fiche d'observation, tenu par le médecin

Article 47 Continuité des soins

Article 59 Consultation en urgence

Article 73 Conservation et protection des documents médicaux

Article 77 Permanence de soins – obligations

Article 78 Permanence de soins - modalités

Corporatif

Article 19 Commerce -interdiction

Article 20 Usage du nom et de la qualité de médecin

Article 31 Déconsidération de la profession

Article 56 Confraternité

Article 83 Rédaction d'un contrat

Article 91 Contrat d'association

détournement de patientèle, déconsidération de la profession

Article 95 Respect des obligations déontologiques
Article 109 Engagement du médecin de respecter le code de déontologie
Article 111 Modification d'exercice

Divers

Dettes : autres affaires judiciaires non médicales mais portant atteinte à l'honneur

La catégorie « Divers » n'est présentée que dans les motifs de plaintes et n'apparaît plus dans les catégories de manquement des décisions de la CDPI car recouvre des motifs qui n'ont pas trait spécifiquement à l'activité médicale mais aux agissements du médecin dans sa vie non professionnelle et qui, s'ils sont avérés, tombent sous le joug de la déconsidération professionnelle dans la catégorie « Corporatif » des manquements.

IV. RESULTATS

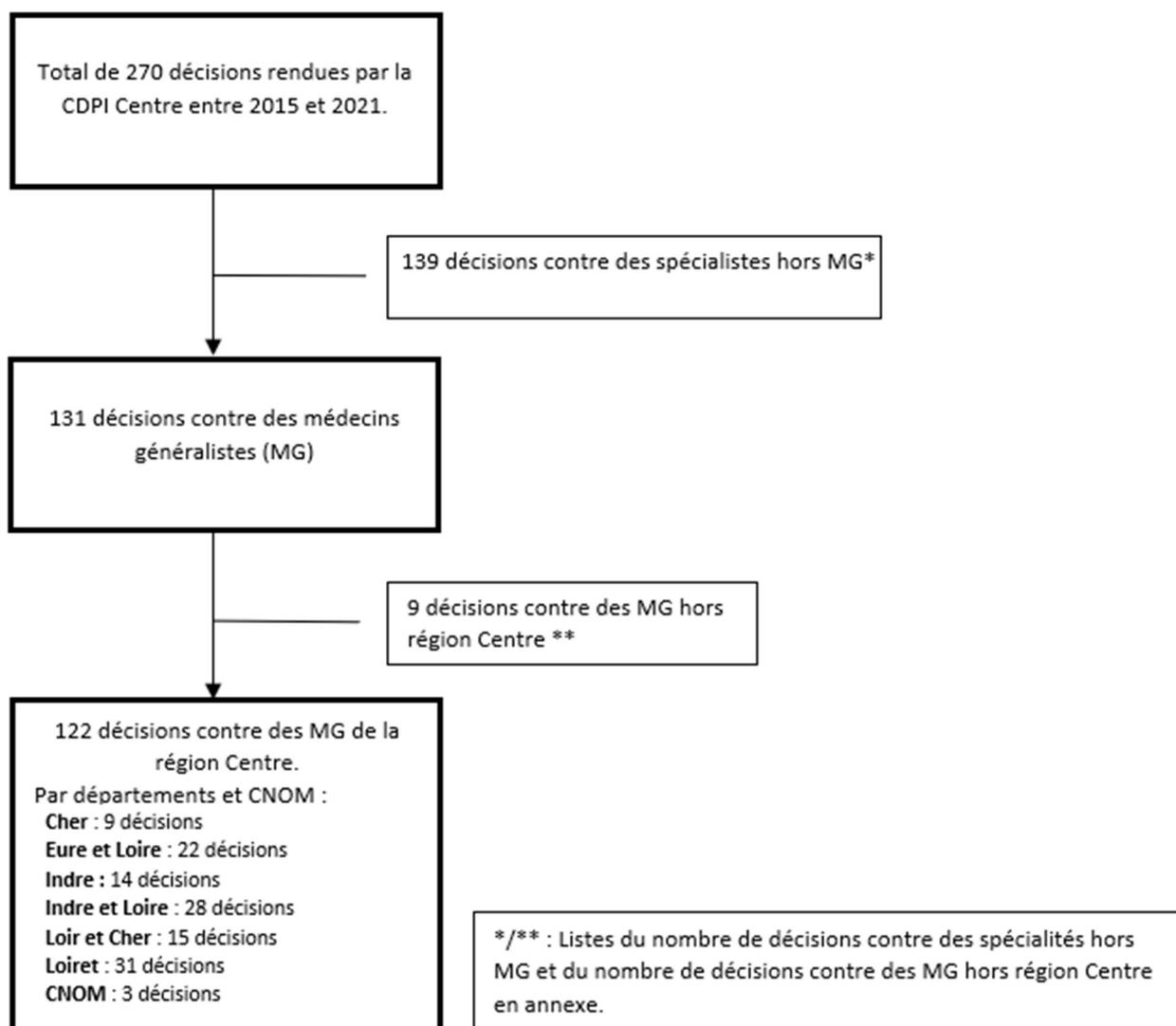
Sur les 270 décisions rendues par la CDPI de la région Centre sur notre période d'étude, 122 concernaient des médecins généralistes répondant aux critères d'inclusions (9 concernaient des généralistes inscrits dans des départements hors de la région Centre) et 139 des médecins d'autres spécialités (figure 1). La répartition chronologique et géographique sont présentées ci-dessous (tableau 1).

Tableau 1 : Origine des plaintes transmises à la CDPI de la région Centre à l'encontre de médecins généralistes

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Cher	0*	3	1	1	1	3	0	0*	9
Eure et Loire	1*	0	5	5	3	5	2	1*	22
Indre	1*	3	0	1	4	1	4	0*	14
Indre et Loire	1*	2	6	5	4	5	4	1*	28
Loir et Cher	1*	1	0	1	0	7	4	1*	15
Loiret	2*	4	7	2	5	6	4	1*	31
CNOM	0*	0	0	2	0	0	0	1*	3
Total	6*	13	19	17	17	27	18	5*	122

*Années 2014 et 2021 partiellement connues (recueil par date de décision)

Figure 1 : Diagramme des flux

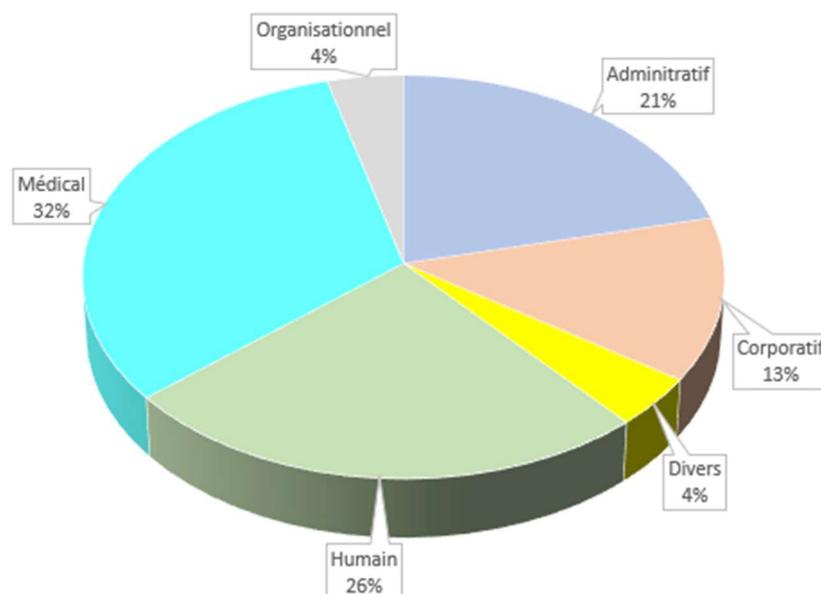


A. Les motifs de plaintes

Tableau 2 : Nombre de décisions par catégorie de motif de plainte

Administratif : 26 (21%)		
18%	Certificat : anti datation	3
	Certificat : complaisance	14
	Certificat : faux	1
	Certificat : immixtion dans des affaires familiales	4
1%	Dossier médical : tenue	1
2%	Expertise : conclusion	2
	Expertise : déroulement	1
Corporatif : 16 (13%)		
7%	Confraternité : manque de confraternité	7
	Confraternité : détournement de patientèle	1
7%	Mode d'exercice : lieux multiples non autorisés	2
	Mode d'exercice : exercice illégal	2
	Mode d'exercice : exercice pendant une période d'interdiction	1
	Mode d'exercice : mission de service publique	2
	Mode d'exercice fraude financière, abuse de titre	1
Divers : 5 (4%)		
4%	Affaires judiciaires non médicales mais portant atteinte à l'honneur	3
	Dettes	2
Humain : 31 (26%)		
2%	Communication / information : défaut d'information	1
	Communication / information : défaut de consentement	1
17%	Attitude ou comportement inapproprié : manque de respect	11
	Attitude ou comportement inapproprié : attouchement	8
	Attitude ou comportement inapproprié : viol	2
3%	Discrimination : racisme,	1
	Discrimination : refus de PEC inadapté	3
1%	Privé : manquements éthiques pour des motifs personnels	1
2%	Secret : Non-respect du secret médical	3
Médical : 39 (32%)		
14%	Diagnostic : retard	11
	Diagnostic : erreur	6
1%	Expérimentation illégale	1
3%	Iatrogénie médicamenteuse : hors AMM	2
	Iatrogénie médicamenteuse : traitement inadapté	2
4%	Non déplacement	2
	Non-assistance à personne en péril	3
10%	Prise en charge : manquement à une obligation de moyens	3
	Prise en charge : prise en charge thérapeutique	3
	Prise en charge : retard à la mise en œuvre d'un traitement	4
	Prise en charge : suivi	2
Organisationnel : 5 (4%)		
4%	Permanence des soins défaut de participation garde/astreinte	5
Total		122

Graphique 1 : Répartition des motifs de plainte par catégories



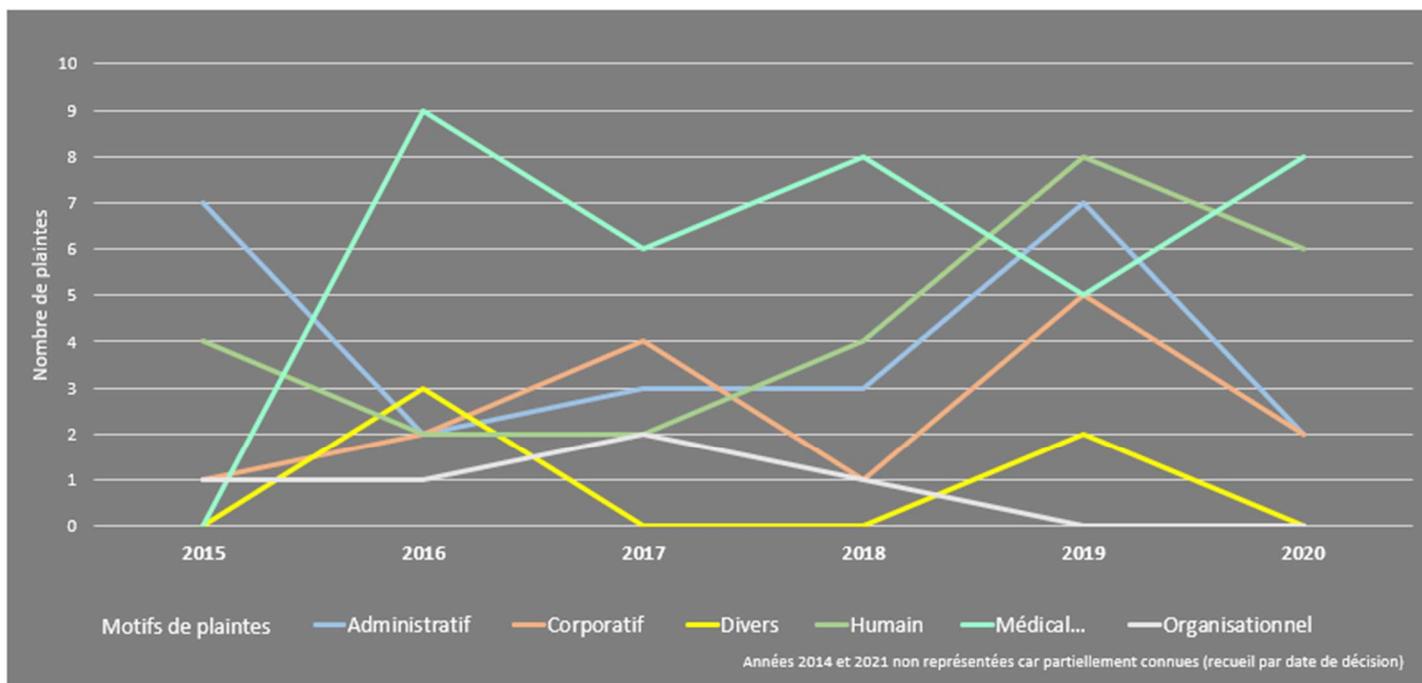
Afin d’apprécier l’évolution chronologique, nous proposons une visualisation des motifs de plainte selon leurs dates d’enregistrement réparties en deux périodes de 3 ans (2015-2017 et 2018-2020) afin d’apprécier les tendances sur des effectifs plus importants dans chaque catégorie de motif de plainte (tableau 3). Les plaintes enregistrées en 2014 et 2021 sont incomplètes compte tenu du mode de recueil des données par date de décision.

Tableau 3 : Evolution dans le temps des catégories de motifs de plainte

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Administratif		← 25%		→	← 19%		→		
Certificat	2*	6	2	2	3	5	2	0*	22
Dossier médical	0*	1	0	0	0	0	0	0*	1
Expertise	0*	0	0	1	0	2	0	0*	3
Corporatif		← 14%		→	← 13%		→		
Confraternité	0*	0	2	1	1	3	1	0*	8
Mode d’exercice	1*	1	0	3	0	2	1	0*	8
Divers		← 6%		→	← 3%		→		
Dettes, affaires non médicales	0*	0	3	0	0	2	0	0*	5
Humain		← 16%		→	← 29%		→		
Communication / information	0*	0	0	0	1	0	0	1*	2
Attitude ou comportement inapproprié	1*	3	2	0	2	7	5	1*	21
Discrimination	1*	0	0	1	1	0	1	0*	4
Privé	0*	1	0	0	0	0	0	0*	1
Secret	0*	0	0	1	0	1	0	1*	3
Médical		← 31%		→	← 34%		→		
Expérimentation illégale	0*	0	0	0	0	0	0	1*	1
Diagnostic	0*	0	3	3	2	4	5	0*	17
Iatrogénie médicamenteuse	0*	0	1	1	0	0	2	0*	4
Non déplacement	0*	0	1	1	2	0	1	0*	5
Prise en charge	1*	0	4	1	4	1	0	1*	12
Organisationnel		← 8%		→	← 2%		→		
Permanence des soins	0*	1	1	2	1	0	0	0*	5
Total	6*	13	19	17	17	27	18	5*	122

*Années 2014 et 2021 partiellement connues (recueil par date de décision)

Graphique 2 : Evolution dans le temps des catégories de motifs de plainte

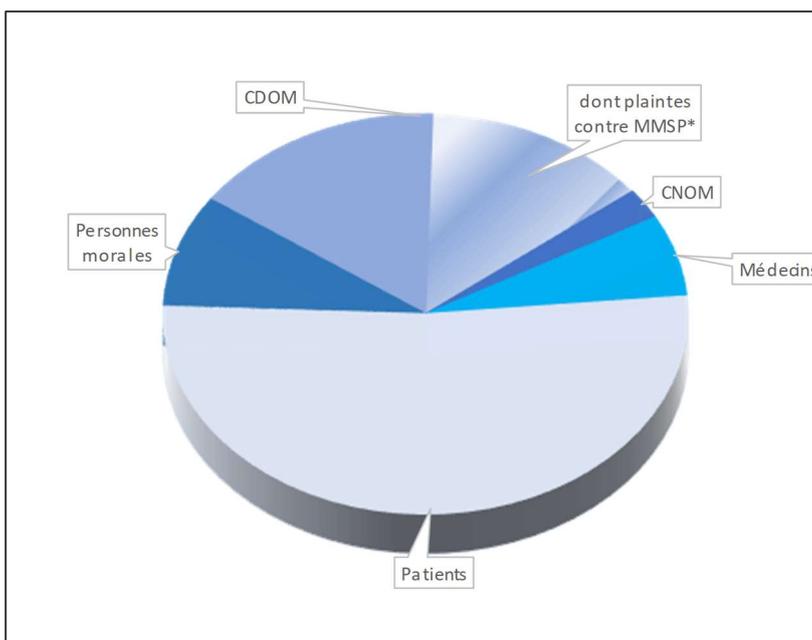


De 2015 à 2017, sur les 49 plaintes concernées, les certificats restent le problème administratif conduisant à quelques mises en cause des MG (15%), suivi des plaintes relatives au diagnostic (11%), puis celles plaintes pour attitude ou comportement inapproprié (9%).

Et de 2018 à 2020, sur les 62 plaintes concernées, nous retrouvons en termes de fréquence les motifs pour attitude ou comportement inapproprié du médecin (22%), les plaintes en rapport avec le diagnostic (18%) et les certificats litigieux (16%).

Les plaignants étaient majoritairement des patients (plus de la moitié des affaires) et l'ordre des médecins en deuxième (figure 4).

Graphique 3 : Nature des plaignants



Plaignants	Nombre de décisions (en %)
CDOM	37 (30%)
dont plaintes contre MMSP*	18 (14%)
CNOM	3 (2%)
Médecins	8 (7%)
Patients	63 (52%)
Personnes morales	11 (9%)
Total	122

*MMSP : Médecins accomplissant une mission de service publique

B. Les manquements sanctionnés

Tableau 4 : Manquements retenus en fonction du temps

Catégories de manquement	Numéro d'article du code de déontologie cité pour qualifier les manquements retenus	Nombre de citations dans les décisions de la CDPI et ← % sur 3ans →							Total (en %)	
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		2021
Médical	8,11,12,13,15,32,33,34,35,37,39,40	2*	← 0	26% 8	→ 4	← 10	36% 9	→ 10	6*	49 (34%)
	8							1		1
	11	1*							1*	1
	12									1
	13	1*				1			1*	3
	15								1*	1
	32			4	1	5	3	4	1*	18 (12%)
	33			3	2	2	4	4	1*	16 (11%)
	34					1				1
	35						2			2
	37				1					1
	39								1*	1
	40			1		1		1		3
Humain	2,3,4,6,7,14,38,102	2*	← 9	28% 3	→ 1	← 5	27% 10	→ 7	2*	39 (27%)
	2		2	1		1	2	2		8 (6%)
	3	1*	3	1	1	2	5	2		15 (10%)
	4		2						1*	3
	6						1			1
	7	1*	2	1		2	1	1		8 (6%)
	14								1*	1
	36						1			1
	38							1		1
	102							1		1
Corporatif	19,20,31,56,83,91,95,109,111	1*	← 1	21% 4	→ 5	← 4	17% 6	→ 4	1*	26 (18%)
	19							1		1
	20								1*	1
	31	1*	1	3		2	3			10 (7%)
	56			1	1	2	3	1		8 (6%)
	83				2					2
	91				1					1
	95							1		1
	109							1		1
	111				1					1
Administratif	24,28,29,36,44,76,79,84	3*	← 2	17% 3	→ 3	← 0	15% 9	→ 3	0*	23 (16%)
	24				1					1
	28	2*	1	2	1		2	2		10 (7%)
	29						1			1
	44						1			1
	76	1*	1	1			4	1		8 (6%)
	79						1			1
	84				1					1
Organisationnel	45,47,59,73,77,78	0*	← 3	8% 0	→ 1	← 3	5% 1	→ 0	0*	8 (6%)
	45		1				1			2
	47					1				1
	59					1				1
	73		1							1
	77		1							1
	78				1	1				2
Total		8*	15	18	14	22	35	24	9*	145 (100%)

* Années 2014 et 2021 partiellement connues (recueil par date de décision)
Les proportions sont indiquées lorsqu'elles sont strictement supérieures à 3%

Afin d'apprécier l'évolution chronologique nous proposons une visualisation des manquements cités selon la date d'enregistrement de la plainte, divisées en deux périodes de 3 ans (2015-2017 et 2018-2020) afin d'augmenter les effectifs et observer les tendances de chaque catégorie de manquements (tableau 4).

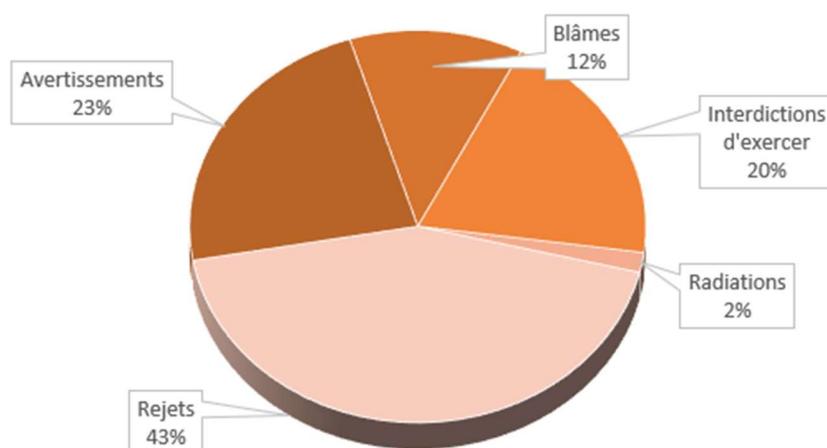
Nous observons que ce sont les manquements en rapport avec la qualité des soins qui sont le plus souvent cités, notamment sur la démarche diagnostic. Sur les 112 articles du code de déontologie, 43

sont utilisés pour catégoriser les manquements imputés aux 69 médecins généralistes reconnus fautifs par la CDPI durant notre période d'étude. Parmi ces 43 articles, 9 représentent 71% des manquements établis sur la période étudiée.

Les plaintes enregistrées en 2014 et 2021 sont incomplètes compte tenu du mode de recueil des données par date de décision.

C. Les sanctions prononcées

Graphique 4 : Répartition des sanctions prononcées



Sanction	Nombre de décisions
Avertissements	28
Blâmes	15
Interdictions d'exercer	24
Radiations	2
Rejets	53

Sur les 122 décisions rendues, moins de la moitié des plaintes sont rejetées (43%), environ un tiers aboutit à un blâme ou un avertissement (35%) et les interdictions d'exercer et radiations représentent le reste des décisions (22%) (graphique 5).

L'interdiction d'exercer a été prononcée sans sursis pour 5 décisions et comprend des durées d'application entre 8 jours et 1 an (médiane 60 jours). Le sursis est partiel pour 16 décisions (médiane 30 jours, minimum 7 jours maximum 8 mois) et total pour 3 décisions.

Tableau 6 : Sanctions en fonction des articles du code de déontologie cités dans les décisions

Catégorie de manquement	Articles du code de déontologie retenus pour justifier les manquements condamnés	Nombre de citations (et %) dans les décisions de la CDPI			
		Avertissements	Blâmes	Interdictions d'exercer	Radiations
Médical	8,11,12,13,15,32,33,34,35,37,39,40	10 (7%)	5 (3,5%)	34 (23%)	0
	8			1	
	11		1		
	12			1	
	13	2		1	
	15			1	
	32	2	2	14 (9%)	
	33	4	2	10 (7%)	
	34			1	
	35	1		1	
	37			1	
	39			1	
	40	1		2	
Humain	2,3,4,6,7,14,36,38,102	10 (7%)	5 (3,5%)	18 (12%)	6 (4%)
	2	2		4	2
	3	3	1	9 (6%)	2
	4	2	1		
	6	1			
	7		3	3	2
	14			1	
	36			1	
	38	1			
	102	1			
Corporatif	19,20,31,56, 83,91,95,109,111	5 (3,5%)	9 (6%)	11 (8%)	1 (1%)
	19			1	
	20			1	
	31		3	6 (4%)	1
	56	3	2	3	
	83	1	1		
	91	1			
	95		1		
	109		1		
	111		1		
Administratif	24,28,29,44,76,79,84	13 (9%)	6 (4%)	4 (3,5%)	0
	24	1			
	28	6 (4%)	3	1	
	29			1	
	44	1			
	76	5 (3,5%)	2	1	
	79			1	
	84		1		
Organisationnel	45,47,59,73,77,78	3 (2%)	2 (1%)	3 (2%)	0
	45		1	1	
	47			1	
	59	1			
	73		1		
	77	1		1	
	78	1			
Total : 145 citations		41 (28%)	27 (19%)	70 (48%)	7 (5%)

Les proportions sont détaillées hors catégories lorsqu'elles sont strictement supérieures à 3 %

Les manquements cités dans les interdictions d'exercer concernent majoritairement les catégories 'Médical' et 'Humain' (74%), et les manquements cités dans les radiations concernent quasi exclusivement des manquements de catégorie humain (tableau 6).

D. Les recours en appel

Tableau 7 : Description des recours en appel des décisions de la CDPI

Catégorisation du motif principal de la plainte en 1ère instance	Nature du plaignant en 1ère instance	Sanction prononcée en 1ère instance	Initiative de l'appel	Modification en appel des décisions		
				non	oui	
Aministratif Expertise : conclusion	Patient	Rejet	Plaignant	1		
Corporatif Confraternité : détournement de patientèle Mode d'exercice : mission de service publique	Médecin CDOM	Interdiction d'exercer Avertissement	Plaignant Accusé	1 1		
Divers Affaires judiciaires non médicales	Patient	Blâme	Plaignant	1		
Humain Attitude ou comportement inapproprié : manque de respect	Médecin	Rejet	Plaignant	1		
Médical	Expérimentation illégale	CNOM	Interdiction d'exercer	1		
	Diagnostic : retard	Patient (x3)	Interdictions d'exercer (x3)		3	
	Diagnostic : erreur	Patients (x2), CDOM	Rejet (x2), Interdiction d'exercer	Plaignant (x2), Accusé	2	1
	Iatrogénie médicamenteuse : hors AMM	CDOM	Avertissement	Plaignant		1
	Non-assistance à personne en péril	Patient	Blâme	Plaignant	1	
	Prise en charge : manquement à une obligation de moyens	Patient	Rejet	Plaignant	1	
	Prise en charge : prise en charge thérapeutique	Patient	Rejet	Plaignant		1
Prise en charge : retard à la mise en œuvre d'un traitement	Patient	Interdiction d'exercer	Accusé		1	
Total : 17 décisions de la CDN	11 patients, 2 Médecins, 4 CDOM/CNOM	7 interdictions d'exercer, 6 rejets, 2 avertissements, 2 blâmes	11 plaignants, 3 accusés, 3 bilatérales	10	7	

Parmi les décisions prises par la CDPI du Centre Val de Loire à l'encontre de MG, 14% ont fait l'objet d'un appel. La décision de la CDN modifiait la décision initiale dans 41% des appels (3 majorations et 4 réductions de sanction). Toutes les décisions modifiées portaient sur des plaintes concernant la qualité des soins en première instance.

V. DISCUSSION

A. Concernant la méthode

Pour la période d'étude, nous avons fait le choix de débiter le recueil à partir de l'année 2015 afin de mesurer l'évolution récente des motifs de plaintes et des sanctions. Un recueil des données antérieures à 2015 aurait peut-être permis d'avoir un meilleur recul sur l'évolution des motifs de plaintes et des sanctions associées. Toutefois, compte tenu d'un travail précédent (9) en région Rhône Alpes qui proposait une description des motifs de plaintes jusqu'en 2014, il nous a paru pertinent de faire cette étude dans la continuité chronologique.

Notre analyse tenait compte de la date à laquelle les plaintes étaient enregistrées à la CDPI. Cela implique, étant donné le recueil de données basé sur les dates de publication des décisions, que nous ne disposons pas de la totalité des plaintes enregistrées en 2014 (celles dont les décisions ont été rendues avant le 01/01/2015) et en 2021 (celles dont les décisions ont été rendues après le 31/12/2021). Cette différence entre date prise en compte pour le recueil de donnée et pour l'analyse était imposée par l'accessibilité limitée aux affaires déjà jugées (celles en cours d'instruction n'ayant, par définition, pas de décision publique exploitable) mais permet de respecter une analyse de l'évolution chronologique des plaintes et des décisions associées.

Par ailleurs, pour interpréter l'évolution des résultats depuis 2020, il est nécessaire de prendre en compte l'impact de la pandémie de Covid 19 avec ses répercussions : confinements successifs avec baisse d'activité globale dans la société et dans les cabinets médicaux, développement de la

télémedecine. La baisse d'activité est probablement un facteur de baisse des plaintes enregistrées en 2020 au niveau national et retrouvée en Centre Val de Loire, mais le nombre d'affaires jugées reste en augmentation compte tenu du fonctionnement de la CDPI par audiences pluri mensuelles et du nombre d'affaires en instance.

Pour le recueil des motifs de plainte, nous pouvons débattre un biais de mesure car ceux-ci étaient obtenus indirectement. En effet nous avons considéré les motifs de plainte à partir des éléments présents dans la décision de la CDPI, qui eux même ont été synthétisés et retranscrits par le rapporteur de la chambre disciplinaire, qui lui-même s'est appuyé sur les mémoires produits par les partis. Idéalement, il eût fallu avoir accès aux plaintes enregistrées par la CDPI, voir par les CDOM, pour apprécier la nature des reproches adressés aux médecins généralistes. Ces données n'ont pas de caractère public et nous étaient inaccessibles. Il nous a donc fallu considérer les motifs tels qu'ils sont présentés dans les décisions rendues publiques.

Ce biais est relatif pour plusieurs raisons. Malgré le caractère indirect, les éléments de plainte présents dans les décisions sont peu, voire pas remaniés dans la procédure. En effet, un certain nombre de plaignants se présentent eux même et rédigent leur plainte et les éléments à charge sans que l'apport d'une assistance juridique n'investisse, et en ce sens modifie, la rédaction de cette plainte. Une grande partie des plaignants (hors CDOM ou CNOM) transmettent leur plainte et se présentent devant la CDPI assisté d'un avocat (ou d'un juriste dans le cas d'instance comme l'ARS ou la CPAM). La compétence de ces derniers peut probablement venir remodeler l'expression de la plainte initiale sur la base des allégations et dans l'intérêt de leur client. Cela n'aboutit pas nécessairement à la reconnaissance et la qualification d'un manquement supplémentaire mais rend plus complexe l'identification des motivations principales de la procédure disciplinaire dans notre méthode. Dans le processus de retranscription du débat contradictoire, il faut tenir compte du travail du rapporteur qui est d'établir un exposé objectif des faits, des pièces du dossier et des actes d'instructions établis(68). Cet exposé n'est en rien supposé modifier la nature de la plainte et reprend quasi systématiquement la forme des plaignants.

Dans l'identification du motif principal de la plainte, nous pouvons discuter un biais également. Notre étude s'inscrivait dans un schéma méthodologique observationnel quantitatif mais a nécessité une interprétation qualitative du ou des motifs présenté(s) dans chaque affaire. Cela implique un choix du motif principal lorsque la plainte en comporte plusieurs, d'où possible biais d'interprétation que nous proposons d'illustrer par un exemple. Un patient porte plainte contre un médecin après une altercation verbale, en rapport avec une erreur diagnostique présumée, suite à la dernière consultation estimée trop courte. La conciliation n'aboutit pas et cette plainte peut faire l'objet d'une catégorisation dans deux registres. Les deux manquements allégués sont le manque de probité lors de la dispute et le manque d'application dans la démarche diagnostique mise en cause. Les facteurs, circonstances et appréciations qui ont conduit cette situation vers une procédure disciplinaire échappent à cet exemple mais seront certainement mis en avant dans les éléments à charge afin d'obtenir reconnaissance des griefs et condamnation du médecin. C'est l'étiquetage de ces éléments qui permettent d'identifier le principal motif de plainte aux yeux du plaignant.

Cependant si notre méthodologie a permis de traiter de façon reproductible toutes les décisions, elle ne garantit pas d'interpréter de façon certaine le motif qui a déclenché dépôt de plainte. Cet élément peut constituer un biais. A l'encontre de cela, nous signalons que la majorité des plaintes ne contenaient qu'un seul motif.

Enfin, il faut noter que quelques plaintes comportaient plus de cinq motifs sans aboutir pour autant à une condamnation. Elles sont évocatrices de plaignants procéduriers mais restent anecdotiques et témoignent peut-être, au-delà d'une plainte pour faute déontologique alléguée, d'un défaut de communication et d'une volonté d'interpeler le médecin.

Concernant la catégorisation des motifs de plaintes et des manquements, nous nous sommes appuyés sur la base de travaux antérieurs (5) (9) en précisant certaines situations (soins sur mineur sans autorisation de soin écrite de l'autorité parentale, expérimentation illégale) afin de réduire l'ambiguïté de ces motifs. Le consensus que cette catégorisation semble dessiner nous permet d'établir des comparaisons entre les résultats obtenus.

B. Concernant les résultats

Nos résultats confirment la place prépondérante des procédures disciplinaires motivées par des certificats médicaux litigieux entre 2015 et 2021, dans la prolongation des résultats sur la période de 2008 à 2014 (9). A ce constat de prime abord, nous pouvons apporter quelques nuances.

Premièrement, les sanctions peu sévères constatées pour les certificats médicaux ne traduisent pas la clémence de la CDPI mais la relativité de la faute déontologique. Les plaintes concernant des certificats sont rejetées dans 32% des cas mais conduisent dans 41% des cas à avertissements et 27% des cas à des blâmes. Ceci ne sous-entend pas que la CDPI soit indulgente particulièrement dans le traitement de ces affaires, mais que la justice répond à un principe de proportionnalité de la faute ; si bien que souvent le caractère non intentionnel du manquement ou le fait qu'il s'agisse d'une primo condamnation indique, dans la jurisprudence existante, que le blâme ou l'avertissement sont des sanctions adaptées.

L'étude antérieure de Flick & Chamagne (69) s'était attachée à analyser les motifs de certificats ayant fait l'objet de plaintes ordinaires et retrouvait dans la majorité des cas une formulation de certificats descriptifs de l'état de santé dont l'interprétation portait préjudice au plaignant (dans des contextes de divorce, garde d'enfant et arrêt de travail notamment).

Aussi compte tenu de leur incidence stable, des conseils de rédaction du conseil de l'ordre (70) et de la HAS(71), des efforts de clarification du ministère de la santé avec la publication d'une circulaire de rationalisation des certificats médicaux en 2011 (72), ou de la sécurité sociale (via les aides à la rédaction en ligne sur Amelipro (73)), il apparaît pertinent de proposer de renforcer l'information au début de la pratique en autonomie (phase d'approfondissement de l'internat, début d'activité libérale) et approfondir la compréhension des difficultés des médecins généralistes face à ces documents. En particulier, rappeler que la rédaction d'un certificat médical descriptif, dont les circonstances sont rapportées par le patient, ne doit pas mettre en cause de façon identifiable une tierce personne (si le médecin ne l'a pas personnellement constaté). Des formulations standardisées telles que « violence physique volontaire de la part d'un tiers », « accident de la voie publique impliquant un autre automobiliste », « violences verbales d'une personne au sein de l'entourage » pourraient être proposées en alternative.

Deuxièmement, l'analyse de l'évolution des décisions dans le temps fait apparaître depuis 2017 l'émergence d'autres motifs en nette croissance comme les procédures en rapport avec des soins médicaux ou des comportements inappropriés allégués aux médecins généralistes. Notamment des allégations de comportements sexistes envers des patientes et des situations de disputes litigieuses au cabinet. On peut s'interroger sur le rôle joué, dans cette croissance, par le mouvement social de défense des droits des femmes et de la libération de la parole contre les violences faites aux femmes. Ce mouvement, existant mondialement depuis 2007, est devenu particulièrement actif dans les pays occidentaux (dont la France) depuis 2017 après l'affaire Weinstein (74). Sans pouvoir apporter de réponse, l'hypothèse que nous formulons, pour expliquer ce constat, est l'existence de comportements répréhensibles déjà présents mais moins souvent signalés et poursuivis. La notion de consentement dans l'examen gynécologique est particulièrement souvent mise en cause dans ces plaintes et interpelle quant à la délivrance d'une information adéquate pour permettre au patient d'exprimer sa volonté et en comprendre le déroulé.

Les plaintes et condamnations pour motifs de soins médicaux mériteraient une exploration plus précise de ces affaires pour analyser et expliquer leur incidence croissante. Nous précisons que notre étude intégrait tous les médecins enregistrés comme généraliste au tableau de l'ordre des médecins, mais que certains d'entre eux ont une activité courante voire exclusive de soins d'urgence en milieu hospitalier ou libéral (SOS médecin) et que ceux-ci sont particulièrement exposés au risque d'erreur médicale (10%) (75).

Ces résultats concernant les motifs de plaintes ne sont pas spécifiques des affaires à l'encontre des généralistes dans la région Centre Val de Loire. Si nous tenons compte des rapports d'activité juridictionnelles détaillés des CDPI jusqu'en 2018, nous assistons déjà à une incidence croissante des motifs de plaintes et de condamnations strictement médicaux (diagnostic, thérapeutique, risques injustifiés, soins) sur l'ensemble des spécialités (Annexe 3).

Les manquements déontologiques en rapport avec la qualité des soins peuvent faire penser que les médecins sont moins attentifs ou scrupuleux vis-à-vis de leurs obligations. Il apparaît important de souligner ici que la faute déontologique dans ce cas n'est pas tant la mauvaise orientation nosologique d'un médecin face à une incertitude diagnostique que l'absence de soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en y consacrant le temps nécessaire et, s'il y a lieu, le recours à un tiers (comme stipulé dans les articles 32 et 33 du code de déontologie). C'est ce type de situation en état d'incertitude qui semble le plus exposé au risque judiciaire et en réponse aux pratiques de médecine défensive.

La pénurie médicale et ses conséquences sur l'accès aux soins peuvent être un élément de réponse (délai de rendez-vous chez un spécialiste ou pour des examens complémentaires) étayé par le nombre d'affaires pour lesquelles un retard diagnostic est au premier plan.

Notre travail met également en évidence que, a contrario, les motifs de plainte les plus souvent rejetés sont les allégations sur les comportements inappropriés (15%), la qualité des diagnostics (13%) et les certificats médicaux (13%). Cela peut s'expliquer par l'incidence de ces motifs devant la CDPI et la difficulté d'établir la matérialité des faits pour le plaignant en matière de comportement des médecins. C'est un enjeu important dans le jugement des violences sexistes car celles-ci restent très souvent verbales et difficiles à retenir s'il n'y a pas de faisceau d'arguments cohérents apportés par les partis plaignants. La CDPI n'ayant pas de pouvoir inquisitoire, elle ne peut que procéder à des constatations via son rapporteur pour établir sa décision. La preuve est à la charge de la partie plaignante. Pour ces raisons, les décisions pour des cas de viols interviennent dans la juridiction disciplinaire souvent en second temps d'une décision pénale, dont l'instruction dispose de compétences plus étendues pour atteindre la vérité. Recourir à la juridiction ordinaire avant une décision pénale pourrait aboutir à une décision disciplinaire de faible sévérité, justifiée avec un défaut d'éléments alors que la véracité de faits graves pourrait arriver secondairement. Cela sans rectification possible car le fonctionnement de la justice, fort du principe de « non bis in idem », empêche légalement une juridiction de juger deux fois un même fait.

En revanche, il ne semble pas pertinent d'attribuer à la pandémie Covid ou au développement rapide de la téléconsultation en 2020 et 2021 les évolutions de motifs de plainte ou de manquements constatés, compte tenu des délais d'instruction et de la chronologie de ces événements. Néanmoins on peut se préparer à ce que cette nouvelle conjoncture soulève des situations inédites au regard de la déontologie.

Concernant les sanctions prononcées, toutes les catégories de motifs de plaintes sont représentées dans les avertissements et les blâmes, avec en premier lieu les plaintes pour motif administratif. Les interdictions d'exercer condamnent dans 49% des cas des manquements sur la qualité des soins, avec des erreurs et retards de diagnostic en particulier. Ceci peut s'expliquer par la gravité des conséquences encourues, par la capacité d'analyse de la chambre disciplinaire (transversalité des spécialités représentées, expérience des différents modes d'exercice à partir des éléments de

dossiers médicaux souvent produit dans les mémoires des parties) et par la jurisprudence ordinaire forte dans ce domaine. Les viols représentent le motif de radiation disciplinaire exclusif dans les décisions incluses dans notre étude.

La description détaillée des manquements en fonction des sanctions peut intéresser des professionnels du droit dans l'appréciation des décisions de la CDPI et comprend pour un médecin généraliste des éléments pragmatiques d'enseignement. Cela permet de déterminer les articles du code de déontologie les plus enfreints et les plus pertinents à cibler comme axe d'amélioration.

Selon leur fréquence de citation, on peut dégager 9 articles du code de déontologie qui représentent 70% des articles cités dans les condamnations des MG. Il s'agit des articles 2 (respect de la vie et de la dignité de la personne), 3 (principes de moralité et de probité), 7 (non-discrimination), 28 (certificat de complaisance), 31 (déconsidération de la profession), 32 (qualité des soins), 33 (qualité diagnostic), 56 (confraternité), 76 (délivrance des certificats). Dans le cadre de la formation continue, proposer une intervention ciblée sur ces 9 articles semble probablement plus efficace que sur l'ensemble du code de déontologie pour des médecins généralistes.

Concernant les recours en appel, nous pouvons comparer le taux d'appel (14%) aux recours en 2020 de la justice pénale(76) (8% d'appel des décisions du tribunal correctionnel et jusqu'à 30% des décisions de cours d'assise) et aux procédures civiles(77) (23% des décisions de tribunaux de grande instance, requalifié en tribunal judiciaire depuis 2018). Le recours en appel concerne majoritairement des plaintes jugées pour des motifs de qualité des soins (71%) en première instance. Ceci peut s'expliquer par la complexité que représente l'appréciation du respect de la déontologie à partir des éléments matériels fournis lors de la procédure et parfois même abondant. L'interprétation de ces éléments est un des enjeux de la plaidoirie orale lors des audiences et sollicite autant les compétences juridiques que médicales de la chambre disciplinaire.

Dans notre étude, lorsqu'un médecin généraliste condamné en première instance fait appel, c'est quasi exclusivement lorsqu'il est condamné par une interdiction d'exercer. Ceci peut s'expliquer par le caractère suspensif de la procédure d'appel.

C. Perspectives et axes d'amélioration en déontologie

Si le spectre de la judiciarisation de la médecine, après l'entrée en vigueur de la loi Kouchner en 2002, relevait plus de l'effet d'annonce que de la réalité constatée d'après Laude (49), il est établi que la CDPI du Centre Val de Loire enregistre une croissance du nombre de dépôts de plaintes alors que le nombre de MG décroît. Cette tendance ne doit pas, selon nous, déboucher sur une relance de l'alerte à la judiciarisation (nous n'observons que la juridiction disciplinaire), mais bien à un effort de vigilance et d'analyse de ce phénomène. Ceci afin d'apporter une réponse aux facteurs actuellement susceptibles de particulièrement mettre en jeu la responsabilité disciplinaire des médecins généralistes. Les tensions d'accès aux soins, le mouvement sociétal en faveur du strict respect du droit des femmes et les productions administratives demandées aux médecins généralistes semblent à ce titre des axes appelant à une amélioration.

Cela semble possible par le renforcement des connaissances en droit du médecin malgré l'abîme qui semble présent entre médecine et justice. D'après BOUGHRIET (65), la lutte contre l'incompréhension dans les rapports entre médecine et justice s'appuie sur : l'intégration d'enseignements juridiques adaptés à l'exercice médical, la promotion de pôle médecine- droit, la promotion des modes alternatifs de résolution des conflits (conciliation par exemple) et de l'usage d'outils pédagogiques autour de l'actualisation des normes juridiques.

Cet apprentissage peut également être un outil pertinent pour la gestion des comportements conflictuels de certains patients (augmentation des violences verbales ou physiques envers les médecins entre 2009 et 2019 d'après l'observatoire de la sécurité des médecins (78)). Le climat de

difficultés d'accès aux soins, source d'insécurité pour les patients, a des conséquences concrètes quotidiennes en médecine générale (refus de suivi pour un nouveau patient, allongement des délais de rendez-vous, difficulté d'accès aux visites à domicile (79)) et peut probablement contribuer à des attitudes ou comportements violents en milieu de soin. Dans ce contexte, bien connaître le droit des patients et ses propres droits peut aider à poser une relation de soin consentie de façon bilatérale.

Cette suggestion pourrait prendre la forme d'une sensibilisation aux enjeux juridiques et déontologiques en incitant les étudiants, durant leur troisième cycle, à aller assister à au moins une audience publique de la CDPI. Une visibilité accrue de l'activité de la CDPI en région Centre via un éventuel site du CROM serait probablement un facteur favorisant.

En complément du compagnonnage lors du 3^{ème} cycle, il paraît pertinent de suggérer des interventions brèves en fin d'internat et début d'activité professionnelle, qui sont les périodes d'autonomisation durant lesquelles le médecin peut se retrouver confronté à des situations inédites d'un point de vue déontologique et nécessiter avis et conseil en la matière. Ces interventions pourraient s'inspirer du format bref de celles proposées par certains organismes de formation, d'une à deux heures avec échanges en groupe, pour promouvoir les bonnes pratiques sur les motifs de plaintes et les manquements les plus fréquents (rédaction et enjeux des certificats médicaux, consentement et réalisation d'examen gynécologique, conseils de gestion de situation litigieuse au cabinet). En dehors des enseignements facultaires, un promoteur de ce message qui nous paraît légitime serait l'ordre des médecins. Cela permettrait aussi de créer et entretenir des liens entre l'ordre et les praticiens nouvellement formés.

Nous nous devons de rappeler que par ses missions et son engagement, l'ordre des médecins est un interlocuteur privilégié pour accompagner et conseiller dans des situations de doute vis-à-vis de la déontologie (en particulier pour éviter une maladresse de rédaction d'un certificat).

VI. CONCLUSION

Nous constatons entre 2015 et 2021 en région Centre Val de Loire, au-delà de la persistance de trop nombreuses plaintes disciplinaires pour des certificats, l'émergence de plaintes pour des comportements litigieux et problèmes diagnostiques qui interpellent.

Des facteurs explicatifs pourraient être des tensions dans l'accès aux soins donnant lieu à des situations où le sens déontologique des professionnels peut être mis à l'épreuve et une exposition accrue de comportements inadaptés partiellement signalés jusqu'à présent. Il nous semble donc essentiel, en réponse, d'inciter à augmenter l'enseignement juridique élémentaire lors de la formation initiale, ainsi qu'en début d'autonomisation et tout au long de la carrière professionnelle.

En France, le système judiciaire et le contexte juridique créés par loi Kouchner n'ont pas conduit à une judiciarisation de la médecine sur le modèle américain. Mais la représentation du risque de poursuite juridique par les médecins reste erronée et, s'ils ne s'arment pas en réaction, peut conduire à des pratiques de médecine défensive non efficiente que ce soit pour l'intérêt du patient ou pour le système de soin.

Bibliographie

1. Larousse É. déontologie - LAROUSSE. [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/d%C3%A9ontologie/185253>
2. Demont L. 4 000 ans de responsabilité pénale médicale. Rev Jurid Ouest. 1999;12(3):361-76.
3. Académie Française. Outil de consultation du dictionnaire de l'Académie Française 9ème édition (de A à Sérénissime) Responsabilité. [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://academie.atilf.fr/9/consulter/RESPONSABILIT%C3%89?options=motExact>
4. Article L4121-2 - Code de la santé publique - Légifrance. [Internet]. [cité 16 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038888201/
5. Rapport d'activité de la juridiction ordinaire 2018 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins [cité 16 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/rapports/rapport-dactivite-juridiction-ordinaire-2018>
6. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas national de la démographie médicale 2022 tome 1. [Internet]. [cité 16 juin 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
7. Lefeuvre H. Les connaissances des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur les mécanismes de réparation et d'indemnisation d'une victime d'un dommage lié aux soins. Rennes. 18 janv 2019;42p.
8. Roland N. Les médecins généralistes et le risque médico-légal. Etude qualitative à partir de 14 entretiens semi dirigés de médecins généralistes. Lyon. 4 déc 2012; 233p
9. Auberton-Hervé D. Analyse des principaux motifs de plaintes ordinaires déposées à l'encontre des médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes ces sept dernières années. Grenoble. 17 déc 2015;75p.
10. Eychenne P. La judiciarisation de la médecine modifie-t-elle les pratiques des médecins généralistes dans le département des Deux-Sèvres ? Poitiers. 15 sept 2016; 63p
11. Calletier M. La perception du risque de poursuites judiciaires par les internes de médecine générale de la région Centre en 2017: quelles craintes pour quelle réalité ? Tours; 2018.
12. Scheil V. La loi de Hammourabi. 1904. [Internet]. [cité 18 sept 2022]; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00766666>
13. H Lemaire J-F. 1696 l'irresponsabilité médicale momentanément consacrée. Histoire des Sciences médicales. 1984. [Internet]. [cité 18 sept 2022].18(1): p41-44. Disponible sur <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1984x018x001/HSMx1984x018x001x0041.pdf>
14. Poquelin J-B. Le médecin malgré lui. Version du texte du 31/07/2022 publiée par Fièvre P. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur https://www.theatre-classique.fr/pages/programmes/edition.php?t=../documents/MOLIERE_MEDECINMAL_GRELUI.xml

15. Barbot J. Aux frontières de l'irresponsabilité médicale. Les médecins en procès au début du xix^e siècle. *Sci Soc Sante*. 24 déc 2018;36(4):65-92.
16. Rhapsodie C. Le groupe MACSF. Histoire du groupe. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/groupe/header-menu/le-groupe-macsf/le-groupe>
17. Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier. *Revue générale du droit*. 1936. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cour-de-cassation-civ-20-mai-1936-mercier/>
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Histoire nationale de l'Ordre des Médecins français. 2019. [Internet]. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/missions>
19. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007037245/>
20. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
21. Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale.
22. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
23. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
24. Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 déc 29, 2011.
25. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
26. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019.
27. Ministère de la justice. Organisation de la Justice. [Internet]. [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/>
28. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Nos missions. [Internet]. [cité le 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/missions>
29. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les conseils départementaux de l'Ordre. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseils-regionaux-departementaux/conseils-departementaux-lordre>
30. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les conseils régionaux de l'Ordre. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseils-regionaux-departementaux/conseils-regionaux-lordre>

31. Décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, [...] et modifiant le code de la santé publique. Légifrance. [Internet]. [cité 16 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000820569/>
32. Article L4132-7 - Code de la santé publique - Légifrance. [Internet]. [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034059049/
33. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'organisation du Conseil national [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/lorganisation-conseil-national>
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le code de déontologie. [Internet]. [cité 16 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
35. Article R4127-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843568/
36. La juridiction ordinale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/juridiction-ordinale>
37. Cour des comptes. Synthèse du rapport public thématique sur l'Ordre des Médecins. Publié décembre 2019. [Internet]. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-12/20191209-synthese-Ordre-des-medecins-2.pdf>
37. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Projet de rapport public thématique portant sur l'Ordre des Médecins. Réponses du Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. [cité 2 juill 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/communiqu/e/ekt63r/cnom_reponses_au_projet_de_rapport_public_thematique_c c.pdf
38. Article L4123-2 - Code de la santé publique - Légifrance. [Internet]. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034058883/2017-02-18
39. Colas T. Incidence des plaintes et des doléances au conseil de l'ordre des médecins de l'Oise en médecine générale de 2010 à 2013. Amiens. 2015;50p.
40. Daniel Wallach. Numerus clausus. Pourquoi la France va manquer de médecins. Springer France. 2011
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale. Les atlas démographiques nationaux. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
42. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2020. Tome 1. [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil->

national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

43. Insee. Régions – Départements – Tableaux de l'économie française. [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277596?sommaire=4318291>
44. Insee. Recensement de la population : 2 573 180 habitants en Centre-Val de Loire en 2019 - Flash Centre-Val de Loire - 48 [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6014127>
45. Larousse É. Dictionnaire de français Larousse - Définitions : judiciaireisation. [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/judiciarisation/45098>
46. Engel L & Garapon A. La montée en puissance de la justice, disqualification ou requalification du politique. Revue Esprit Presse. 1997. [Internet]. [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: <https://esprit.presse.fr/article/laurence-engel-et-antoine-garapon/la-montee-en-puissance-de-la-justice-disqualification-ou-requalification-du-politique-10304>
48. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. Sci Soc Santé. 2006;24(2):5-33.
48. Laude A. La judiciaireisation de la santé. Questions de santé publique- GIS IReSP. 2013
49. Tabuteau D, Rodwin V. Regards croisés sur les systèmes de santé américain et français. Questions de santé publique - GIS IReSP. 2011
49. Amalberti R. Médecine défensive et pertinence des soins. La prévention médicale. 2020. [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/medecin/medecine-defensive-et-pertinence-des-soins>
52. Fillion E, Torny D. Un précédent manqué : le Distilbène® et les perturbateurs endocriniens. Contribution à une sociologie de l'ignorance. Sci Soc Santé. 2016;34(3):47-75.
53. Peckeu L. Physiopathologie des formes infectieuses de maladies à prions humaines: étude des formes iatrogènes secondaires à un traitement par l'hormone de croissance. :218.
52. Procès de l'hormone de croissance : les prévenus mis hors de cause au civil. Franceinfo. 2016. [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/affaires/le-dernier-proces-de-l-hormone-de-croissance-s-acheve-aujourd-hui_1284669.html
54. Perez M. Les crises du médicament. Les Tribunes de la Santé. 2008;20(3):57-66.
55. Sigg. Trois ministres en procès. L'affaire du sang contaminé. Supplément Le Monde. 1999. [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://scholar.lib.vt.edu/InterNews/LeMonde/issues/1999/lm990206-san.pdf>
56. IGAS. Enquête sur le Mediator. 2011. [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article162>

57. Franceinfo. Procès du Mediator : les laboratoires Servier reconnus coupables de « tromperie aggravée » et condamnés à 2,7 millions d’euros d’amende. 2021. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/affaires/affaire-mediator/proces-du-mediator-les-laboratoires-servier-reconnus-coupables-de-tromperie-aggravee-et-condamnes-a-2-7-millions-d-euros-d-amende_4351715.html
58. Péliasse J. Juridicisation n'est pas judiciarisation : usages et réappropriations du droit dans la conflictualité au travail. 2007. [Internet]. [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.afsp.msh-paris.fr/congres2007/ateliers/textes/at15pelisse.pdf>
59. Indicateurs de suivi de l’activité normative. Secrétariat général du gouvernement. 2021. [Internet] [cité 18 sept 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/Media/files/autour-de-la-loi/legislatif-et-reglementaire/statistiques-de-la-norme/indicateurs_2022.pdf.
60. Cour de Cassation, Assemblée plénière, du 17 novembre 2000, 99-13.701. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007041543/>
62. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé.
63. Décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l’accès aux formations de médecine, de pharmacie, d’odontologie et de maïeutique. 2019-1125 nov 4, 2019.
63. Py B. Recherches sur les justifications pénales de l’activité médicale. Université Nancy 2. 1993. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01996279>
64. Boughriet N. Essai sur un paradigme d’alliance constructive entre droit et médecine : L’accès du médecin à la connaissance juridique. Université du Droit et de la Santé - Lille II. 2013. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00844513>
65. Loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique. 2016-1321 oct 7, 2016.
67. Lejeune C. Manuel d’analyse qualitative. De Boeck Supérieur; 2019. 162 p.
66. Article R4126-18 - Code de la santé publique - Légifrance. [Internet]. [cité 18 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039452205?etatTexte=VI GUEUR
69. Flick D, Chamagne É. Identification et analyse des motivations de plaintes ordinales en lien avec des certificats médicaux à l’encontre des médecins généralistes en Rhône-Alpes de 2008 à 2016. 18 déc 2018;132.
68. Conseil National de l’Ordre des Médecins. Rédiger un certificat médical. 2019. [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/rediger-certificat-medical>
69. HAS. Recommandations de bonne pratique. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. 2011. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120337/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-

personne-victime-de-violences-recommandations#:~:text=Selon%20les%20conditions%20de%20l,volontaires%20ou%20blessures%20involontaires%20subies.

70. Circulaire n° DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux. [Internet]. [cité 18 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0056.pdf
71. Ameli.fr. Les avis d'arrêts de travail et les certificats AT/MP évoluent au 7 mai 2022 : ce qu'il faut savoir. [Internet]. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/actualites/les-avis-d-arrets-de-travail-et-les-certificats-atmp-evoluent-au-7-mai-2022-ce-qu-il-faut-savoir>
72. Mme Marlène Schiappa, secrétaire d'Etat à l'égalité entre les femmes et les hommes. Discours sur les violences sexistes et sexuelles. New York le 13 mars 2018. [Internet]. [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/205187-declaration-de-mme-marlene-schiappa-secretaire-detat-legalite-entre>
75. Freund Y, Goulet H, Bokobza J, Ghanem A, Carreira S, Madec D, et al. Factors Associated with Adverse Events Resulting From Medical Errors in the Emergency Department: Two Work Better Than One. *J Emerg Med.* 1 août 2013;45(2):157-62.
74. Ministère de la justice. Activité des juridictions. Références statistiques justice. Année 2020. [Internet]. [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/PARTIE-11_Annuaire_ministere-justice_2019_16x24_converted.pdf
75. Ministère de la justice. Les chiffres clés de la justice 2020. [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres%20Cles%202020.pdf
76. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'observatoire de la sécurité des médecins. 2019. [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/lobservatoire-securite-medecins>
77. Rapport d'information sénatorial. Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses. 2020. [Internet]. [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-2822.html>

ANNEXES

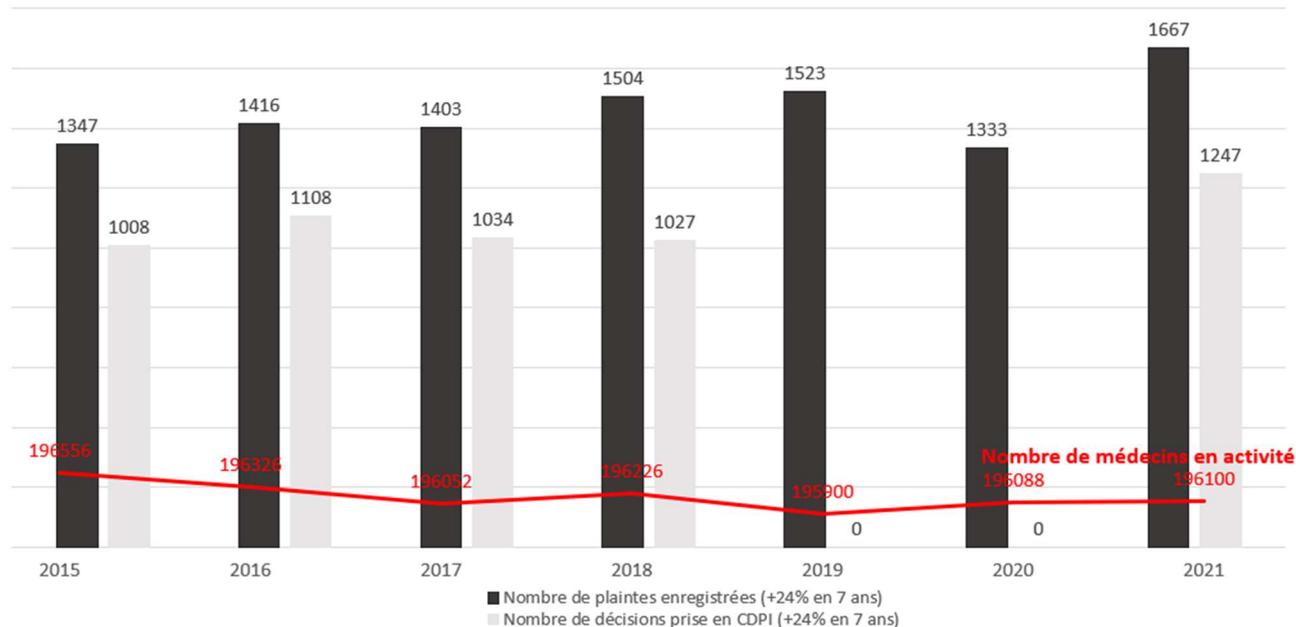
Annexe 1 : Nombre de décisions de la CDPI du Centre Val de Loire entre 2015 et 2021 contre des spécialités hors MG

Anatomo-pathologie	1	Médecine Interne	1
Anesthésie réanimation	9	Médecine nucléaire	2
Cardiologie	10	Néphrologie	1
Chirurgie générale	4	Neurochirurgie	3
Chirurgie orthopédique	6	Neurologie	3
Chirurgie Pédiatrique	1	Ophtalmologie	8
Chirurgie plastique et esthétique	1	ORL	1
Chirurgie urologique	5	Pédiatre	8
Chirurgie viscérale et digestive	5	Pneumologie	1
Dermatologie	3	Psychiatre	18
Gériatrie	1	Radiologie	12
Gynécologie-obstétrique	17	Rhumatologie	1
Hygiéniste	1	Stomatologie	2
Médecin légiste	1	Urgentiste	1
Médecine du travail	12		

Annexe 2 : Nombre de décisions de la CDPI du Centre Val de Loire entre 2015 et 2021 contre des MG hors région Centre

<i>Ille et Vilaine (35)</i>	<i>1</i>
<i>Loire Atlantique (44)</i>	<i>1</i>
<i>Nièvre (58)</i>	<i>1</i>
<i>Pas de Calais (62)</i>	<i>3</i>
<i>Bas Rhin (67)</i>	<i>1</i>
<i>Paris (75)</i>	<i>1</i>
<i>Vosges (88)</i>	<i>1</i>

Annexe 3 : Activité des CDPI de 2015 à 2021 et évolution de la démographie médicale d'après les atlas démographiques et rapports d'activité de la juridiction ordinaire publiés par le CNOM de 2015 à 2021



Années	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Activité de l'ensemble des CDPI :							
Nombre de plaintes enregistrées (+24% en 7 ans)	1347	1416	1403	1504	1523	1333	1667
Nombre de manquements examinés	1518	1601	1665	1902	/	/	/
Nombre de manquements sanctionnés	764	863	907	900	/	/	/
Nombre d'affaires jugées (+21% en 7 ans)	1314	1378	1319	1402	1085	1179	1592
Nombre de décisions prise en CDPI (+24% en 7 ans)	1008	1108	1034	1027	/	/	1247
Nombre d'ordonnances prises	256	267	259	280	/	/	292
Evolution démographie médicale :							
Nbre médecins en activité (-0,23% soit 456 en 7 ans)	196556	196326	196052	196226	195900	196088	196100
Nbre MG en activité (-5,02% soit 4466 en 7 ans)	88912	88022	87275	86932	86169	85203	84446

Annexe 4 : Evolution du nombre de médecins généralistes en activité tous modes d'exercice (densité pour 100 000 habitants) en région Centre d'après les atlas démographiques publiés par le CNOM entre 2015 et 2021

Diminution du nombre de médecins généralistes entre 2015 et 2021 par département en région Centre

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Cher	309 (97)	302 (95)	/ (91)	/ (91)	291 (94)	268 (86)	265 (85)	14%
Eure et Loire	435 (98)	416 (94)	/ (93)	/ (92)	392 (91)	356 (81)	351 (80)	19%
Indre	241 (102)	229 (97)	/ (94)	/ (95)	209 (94)	202 (89)	198 (88)	18%
Indre et Loire	840 (137)	834 (136)	/ (133)	/ (134)	837 (138)	839 (136)	832 (134)	1%
Loir et Cher	382 (111)	363 (106)	/ (104)	/ (102)	346 (104)	338 (99)	327 (96)	14%
Loiret	690 (102)	679 (99)	/ (94)	/ (91)	613 (91)	611 (88)	600 (87)	13%
Total région	2897 (108)	2823 (104)	2746 (101)	2723 (101)	2688 (102)	2614 (96)	2573 (95)	11%

Annexe 5 : Activité des CDPI en nombre d'affaires traitées selon les manquements examinés et sanctionnés à l'encontre des médecins toutes spécialités confondues d'après les rapports d'activité de la juridiction ordinaire entre 2014 et 2018

Manquements déontologiques	2014 examinés	2014 sanctionnés	2015 examinés	2015 sanctionnés	2016 examinés	2016 sanctionnés	2017 examinés	2017 sanctionnés	2018 examinés	2018 sanctionnés
Abus d'actes	4	3	7	6	8	7	12	5	7	7
Actes fictifs	1	0	10	9	12	10	9	8	8	8
Actes non effectués personnellement	2	1	3	2	13	13			2	2
Assistance médicale à la procréation			2	2			1	0		
Cabinet	9	6	13	9	17	12	23	20	16	11
Certificat	225	150	234	152	244	183	223	152	255	160
Collaboration libérale									4	1
Commercialisation de la profession	15	13	19	15	14	11	19	19	13	10
Compérage	13	9	7	5	6	2	7	6	17	6
Comportement avec le patient	130	44	134	57	148	57	151	53	161	58
Comportement du médecin	101	59	96	57	156	98	130	70	150	68
Confraternité	162	85	125	60	173	95	133	71	212	90
Contrat	33	19	20	5	16	11	14	10	43	31
CMU, AME	8	3	8	1	4	3	8	5	9	2
Dettes	18	12	1	1	6	5	6	4	13	7
Diagnostic	76	35	117	37	102	44	120	40	97	38
Dossier médical	37	14	34	11	36	21	31	15	54	19
Drogues-Stupéfiants Exercice	7	6	9	8	6	6	3	2	2	2
Euthanasie /fin de vie			2	1	2	0	5	0	3	0
Exercice	45	26	44	28	28	15	45	38	35	22
Expertise	18	6	17	6	22	4	44	24	42	18
Garde - Permanence des soins	6	6	11	5	8	6	11	4	11	6
Honoraires	30	21	50	28	52	34	40	30	36	18
Immixtion dans les affaires de familles (sauf certificat)	9	4	12	6	12	8	12	9	22	15
Information du patient, libre consentement	42	23	57	26	21	9	81	45	93	40
Inscription questionnaire	8	8	2	1	3	3	3	3		
Libéralités			1	1	1	1			1	0
Libre choix	2	1	3	1	4	1	5	3	6	1
Médecin de contrôle	2	0	6	0	4	0	17	14	13	10
Médecine du travail	13	4	19	8	11	2	18	3	7	0
Médecine foraine									1	0
Nom de médecin / usage	2	2	4	4	3	2	8	7	6	5
Omission de porter secours, refus de visite	1	1	5	1	3	1	5	1	8	3
Ordonnances et papiers professionnels	9	8	10	9	6	4	11	11	5	3
Patientele détournement, plaque et signalisation	12	3	26	12	22	4	16	2	27	1
Plaque et signalisation					8	6	4	4	11	6
Préscriptions médicales (sauf drogues)	28	15	33	13	19	10	22	11	27	15
Publicité	35	33	39	35	27	20	43	38	31	22
Qualifications - titres	16	14	15	11	12	6	4	4	12	6
Recherche biomédicale							1	1	1	1
Redressement, liquidation judiciaire					2	1	1	1	2	1
Refus de soins de la part du praticien	19	4	36	8	23	5	37	9	43	6
Remplacement/Installation	17	12	13	10	20	13	7	6	27	22
Secret professionnel	40	21	54	24	55	22	80	50	50	34
Signalement	2	0	7	1	8	2	9	7	5	1
Thérapeutiques, risque injustifiés, soins	159	63	207	85	260	105	243	100	306	116
Vaccination			6	3	4	1	3	2	8	8
Total :	2014 examinés 1356	2014 sanctionnés 734	2015 examinés 1518	2015 sanctionnés 764	2016 examinés 1601	2016 sanctionnés 863	2017 examinés 1665	2017 sanctionnés 907	2018 examinés 1902	2018 sanctionnés 900

Annexe 6 : Base de données

	Date enregistrement CDPI	Date décision après délibération	Spécialité	Nature du plaignant (patient, médecin, CDOM/CNOM, personne morale)	CDOM ayant transmis la plainte (18 / 28 / 36 / 37 / 41 / 45)	Association du CDOM à la plainte ? (Oui/Non)	Catégorisation de la plainte	Décision de la CDPI (rejet, blâme, avertissement, suspension +/- sursis, interdiction partielle ou totale d'exercice)	Manquements sanctionnés	Appel de la décision (Oui/non)	Initiative du recours en appel (Plaignant/accusé)	Modification de la décision en appel (Oui/Non)
1	02/04/2021	27/12/2021	MG	patient	37	non	Humain <u>Attitude ou comportement inapproprié</u> : manque de respect	rejet	0	non	/	/
2	18/03/2021	27/12/2021	MG	patient	45	non	Humain <u>Communication / information</u> : défaut d'information	rejet	0	non	/	/
3	23/02/2021	09/11/2021	MG	CNOM	CNOM	oui	Médical <u>Expérimentation illégale</u>	interdiction d'exercer 3 mois dont 2 avec sursis	12,13,14,15,20,32,33,39	oui	Plaignant	non
4	08/01/2021	08/10/2021	MG	CDOM	41	oui	Humain <u>Secret</u> : Non-respect du secret médical	avertissement	4	non	/	/
5	04/01/2021	06/09/2021	MG	CDOM	28	oui	Médical <u>Prise en charge</u> : retard à la mise en œuvre d'un traitement	rejet	0	non	/	/
6	30/11/2020	16/07/2021	MG	patient	36	non	Médical <u>Diagnostique</u> : retard	blâme	33	non	/	/
7	24/11/2020	16/07/2021	MG	patient	37	non	Médical <u>Diagnostique</u> : retard	rejet	0	non	/	/
8	03/12/2020	18/06/2021	MG	patient	45	oui	Médical <u>Diagnostique</u> : erreur	blâme	32,33	non	/	/
9	18/11/2020	18/06/2021	MG	patient	37	non	Humain <u>Attitude ou comportement inapproprié</u> : manque de respect	rejet	0	non	/	/
10	26/10/2020	28/05/2021	MG	Personne morale	45	non	Administratif <u>Certificat</u> : complaisance	avertissement	28	non	/	/
11	26/10/2020	11/05/2021	MG	patient	45	oui	Humain <u>Attitude ou comportement inapproprié</u> : attouchement	rejet	0	non	/	/
12	26/10/2020	11/05/2021	MG	patient	45	oui	Humain <u>Attitude ou comportement inapproprié</u> : attouchement	rejet	0	non	/	/
13	14/09/2020	16/04/2021	MG	patient	36	non	Médical <u>Diagnostique</u> : retard	rejet	0	non	/	/
14	09/07/2020	04/03/2021	MG	CDOM	41	oui	Médical <u>Diagnostique</u> : retard	interdiction d'exercer de 1 mois dont 3 semaines avec sursis	2,32,33	non	/	/
15	23/07/2020	04/03/2021	MG	patient	37	oui	Médical <u>l'atrogénie médicamenteuse</u> : traitement inadapté	interdiction d'exercer de 2 semaines dont 1 avec sursis	3,32,33	non	/	/
16	16/10/2020	04/03/2021	MG	patient	36	oui	Humain <u>Discrimination</u> : refus de PEC inadapté	blâme	7	non	/	/
17	06/10/2020	04/03/2021	MG	patient	37	oui	Médical <u>Non déplacement</u>	avertissement	38	non	/	/
18	06/07/2020	18/01/2021	MG	patient	41	oui	Humain <u>Attitude ou comportement inapproprié</u> : manque de respect	avertissement	102	non	/	/
19	24/10/2019	05/01/2021	MG	patient	45	non	Humain <u>Attitude ou comportement inapproprié</u> : attouchement	rejet	0	non	/	/
20	11/06/2020	05/01/2021	MG	médecin	41	oui	Humain <u>Attitude ou comportement inapproprié</u> : manque de respect	interdiction d'exercer de 6 mois dont 4 mois et 2 semaines avec sursis	2,3,56	non	/	/
21	13/01/2020	04/12/2020	MG	patient	41	non	Administratif <u>Certificat</u> : complaisance	avertissement	28,76	non	/	/
22	03/01/2020	16/11/2020	MG	CDOM	36	oui	Corporatif <u>Confraternité</u> : manque de confraternité	rejet	0	non	/	/

23	10/01/2020	16/11/2020	MG	Personne morale	28	non	Corporatif Mode d'exercice : exercice pendant une période d'interdiction	blâme	109/95	non	/	/
24	23/12/2019	16/11/2020	MG	patient	37	oui	Humain Attitude ou comportement inapproprié : attouchement	avertissement	2	non	/	/
25	09/12/2019	02/11/2020	MG	CDOM	41	oui	Humain Attitude ou comportement inapproprié : manque de respect	rejet	0	non	/	/
26	26/11/2019	02/11/2020	MG	patient	41	non	Médical Prise en charge : prise en charge thérapeutique	rejet	0	non	/	/
27	28/11/2019	02/11/2020	MG	médecin	45	non	Corporatif Confraternité : manque de confraternité	rejet	0	non	/	/
28	13/09/2019	16/10/2020	MG	patient	18	oui	Humain Attitude ou comportement inapproprié : attouchement	interdiction d'exercer la médecine de 3 mois dont 1 mois avec sursis	3,31	non	/	/
29	15/10/2019	16/10/2020	MG	CDOM	28	oui	Médical Diagnostique : retard	avertissement	33	non	/	/
30	05/02/2020	16/10/2020	MG	CDOM	28	oui	Médical Iatrogénie médicamenteuse : traitement inadapté	interdiction d'exercer de 8 jours	8,19,32,40	non	/	/
31	24/10/2019	02/10/2020	MG	CDOM	45	oui	Administratif Certificat : faux	blâme	76	non	/	/
32	25/09/2019	02/10/2020	MG	patient	28	non	Administratif Certificat : complaisance	avertissement	28,35	non	/	/
33	21/10/2019	02/10/2020	MG	patient	18	non	Administratif Expertise : déroulement	rejet	0	non	/	/
34	24/09/2019	18/05/2020	MG	patient	41	non	Médical Diagnostique : retard	rejet	0	non	/	/
35	18/07/2019	14/05/2020	MG	CDOM	36	oui	Corporatif Mode d'exercice fraude financière, abuse de titre	interdiction d'exercer de 1 mois	3,29,79	non	/	/
36	17/07/2019	14/05/2020	MG	patient	41	non	Administratif Certificat : immixtion dans des affaires familiales	avertissement	28,44,76	non	/	/
37	04/07/2019	14/05/2020	MG	Personne morale	37	non	Corporatif Mode d'exercice : lieux multiples non autorisés	rejet	0	non	/	/
38	27/05/2019	06/01/2020	MG	patient	37	oui	Humain Attitude ou comportement inapproprié : attouchement	interdiction d'exercer de 3 mois	35,36,3,7,31	non	/	/
39	03/05/2019	06/12/2019	MG	CDOM	28	oui	Humain Secret : Non-respect du secret médical	interdiction d'exercer de 6 mois fermes	56,33,32	non	/	/
40	19/06/2019	06/12/2019	MG	patient	28	oui	Humain Attitude ou comportement inapproprié : manque de respect	avertissement	33,76	non	/	/
41	20/05/2019	06/12/2019	MG	patient	28	oui	Médical Diagnostique : retard	interdiction d'exercer de 2 mois dont 1 mois avec sursis	45,32,33	non	/	/
42	08/04/2019	25/11/2019	MG	médecin	41	oui	Corporatif Confraternité : détournement de patientèle	interdiction d'exercer de 8 jours avec sursis	32	oui	Plaignant	non
43	02/05/2019	25/11/2019	MG	CDOM	41	oui	Humain Attitude ou comportement inapproprié : manque de respect	interdiction d'exercer de 1 an dont 8 mois avec sursis	2,3,31	non	/	/
44	26/04/2019	05/11/2019	MG	patient	37	non	Administratif Expertise : conclusion	rejet	0	non	/	/
45	22/02/2019	21/10/2019	MG	CDOM	45	oui	Administratif Certificat : complaisance	blâme	56	non	/	/
46	17/12/2019	21/10/2019	MG	patient	37	non	Médical Diagnostique : erreur	rejet	0	oui	Plaignant	oui
47	10/09/2018	21/10/2019	MG	CDOM	37	oui	Médical Prise en charge : prise en charge thérapeutique	avertissement	59	non	/	/

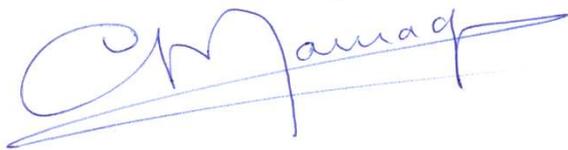
48	08/02/2019	04/10/2019	MG	médecin	18	oui	Corporatif <u>Confraternité</u> : manque de confraternité	avertissement	56	non	/	/
49	18/02/2019	04/10/2019	MG	patient	41	non	Divers affaires judiciaires non médicales mais portant atteinte à	rejet	0	non	/	/
50	25/02/2019	04/10/2019	MG	Personne morale	45	oui	Divers Dettes	avertissement	3	non	/	/
51	25/02/2019	04/10/2019	MG	patient	45	non	Administratif <u>Certificat</u> : immixtion dans des affaires familiales	avertissement	6,76	non	/	/
52	16/11/2018	03/09/2019	MG	CDOM	36	oui	Humain <u>Communication / information</u> : défaut de consentement	rejet	0	non	/	/
53	22/11/2018	21/06/2019	MG	CDOM	18	oui	Humain <u>Attitude ou comportement inapproprié</u> : viol	radiation	7,31,2,3	non	/	/
54	15/10/2018	13/05/2019	MG	patient	45	non	Administratif <u>Certificat</u> : complaisance	rejet	0	non	/	/
55	15/10/2018	13/05/2019	MG	patient	45	non	Médical <u>Diagnostic</u> : erreur	rejet	0	non	/	/
56	29/10/2018	13/05/2019	MG	CDOM	36	oui	Médical <u>Prise en charge</u> : suivi	interdiction d'exercer de 15 jours fermes	34,32	non	/	/
57	25/10/2018	13/05/2019	MG	Personne morale	37	non	Corporatif <u>Confraternité</u> : manque de confraternité	avertissement	13	non	/	/
58	04/06/2018	15/04/2019	MG	patient	45	non	Médical non-assistance à personne en péril	blâme	3,7,32	oui	Plaignant	non
59	10/07/2018	15/04/2019	MG	CDOM	28	oui	Organisationnel <u>Permanence des soins</u> défaut de participation garde/astreinte	interdiction d'exercer de 1 mois dont 3 semaines avec sursis	78,32,47	non	/	/
60	06/08/2018	15/04/2019	MG	CDOM	28	oui	Administratif <u>Certificat</u> : anti datation	avertissement	56	non	/	/
61	04/06/2018	18/03/2019	MG	patient	45	non	Médical <u>Prise en charge</u> : manquement à une obligation de moyens	rejet	0	non	/	/
62	25/06/2018	18/03/2019	MG	patient	37	oui	Médical <u>Prise en charge</u> : retard à la mise en œuvre d'un traitement	avertissement	32,33	non	/	/
63	04/06/2018	18/02/2019	MG	patient	45	non	Humain <u>Discrimination</u> : refus de PEC inadapté	rejet	0	non	/	/
64	06/02/2018	07/12/2018	MG	médecin	36	non	Humain <u>Attitude ou comportement inapproprié</u> : manque de respect	rejet	0	oui	Plaignant	non
65	17/04/2018	07/12/2018	MG	CDOM	36	oui	Médical <u>Diagnostic</u> : retard	avertissement	32,33,40	non	/	/
66	03/04/2018	05/11/2018	MG	patient	37	non	Médical non-assistance à personne en péril	rejet	0	non	/	/
67	02/01/2018	05/11/2018	MG	médecin	28	non	Administratif <u>Certificat</u> : complaisance	blâme	56,31	non	/	/
68	18/10/2017	20/04/2018	MG	CDOM	28	oui	Organisationnel <u>Permanence des soins</u> défaut de participation garde/astreinte	avertissement	78	non	/	/
69	19/10/2017	20/04/2018	MG	CDOM	28	oui	Administratif <u>Certificat</u> : anti datation	avertissement	28,24	non	/	/
70	03/08/2017	14/03/2018	MG	CDOM	37	oui	Médical non-assistance à personne en péril	rejet	0	non	/	/
71	18/10/2017	14/03/2018	MG	CDOM	28	oui	Organisationnel <u>Permanence des soins</u> défaut de participation garde/astreinte	rejet	0	non	/	/
72	07/07/2017	16/02/2018	MG	patient	28	non	Médical <u>Prise en charge</u> : retard à la mise en œuvre d'un traitement	interdiction d'exercer de 1 mois avec sursis	33	oui	Accusé	oui

73	10/04/2017	16/02/2018	MG	patient	37	non	Administratif Expertise : conclusion	rejet	0	oui	Accusé	non
74	17/10/2016	08/01/2018	MG	patient	45	non	Médical Prise en charge : retard à la mise en œuvre d'un traitement	rejet	0	non	/	/
75	15/05/2017	08/01/2018	MG	patient	41	non	Médical Diagnostic : erreur	rejet	0	oui	Plaignant	non
76	24/04/2017	08/12/2017	MG	patient	45	non	Administratif Certificat : complaisance	rejet	0	non	/	/
77	29/05/2017	08/12/2017	MG	patient	28	non	Humain Secret : Non-respect du secret médical	avertissement	3	non	/	/
78	18/05/2017	08/12/2017	MG	CDOM	37	oui	Corporatif Mode d'exercice : mission de service publique	blâme	83,84,111	non	/	/
79	07/04/2017	10/11/2017	MG	CDOM	18	oui	Humain Discrimination : refus de PEC inadapté	rejet	0	non	/	/
80	13/03/2017	06/10/2017	MG	CDOM	36	oui	Médical Diagnostic : erreur	interdiction d'exercer de 1 mois dont 15 jrs avec sursis	32,33,37	oui	Accusé	non
81	05/04/2017	06/10/2017	MG	CDOM	37	oui	Médical Diagnostic : erreur	rejet	0	non	/	/
82	20/03/2017	06/10/2017	MG	CDOM	45	oui	Médical Iatrogénie médicamenteuse : hors AMM	avertissement	56	oui	Plaignant	oui
83	20/02/2017	05/09/2017	MG	médecin	37	non	Corporatif Confraternité : manque de confraternité	avertissement	83,91	non	/	/
84	19/12/2016	06/07/2017	MG	Personne morale	37	non	Divers affaires judiciaires non médicales mais portant atteinte à	rejet	0	non	/	/
85	19/12/2016	06/07/2017	MG	patient	37	non	Divers affaires judiciaires non médicales mais portant atteinte à	blâme	31	oui	Plaignant	non
86	04/01/2017	06/07/2017	MG	CNOM	CNOM		Corporatif Mode d'exercice : exercice illégal	rejet	0	non	/	/
87	25/01/2017	06/07/2017	MG	CNOM	CNOM		Corporatif Mode d'exercice : exercice illégal	rejet	0	non	/	/
88	09/12/2016	09/06/2017	MG	patient	28	non	Médical Diagnostic : retard	interdiction d'exercer de 2 mois dont 1 mois avec sursis	32,33	oui	Accusé et plaignant	oui
89	09/12/2016	09/06/2017	MG	patient	28	non	Médical Diagnostic : retard	interdiction d'exercer de 2 mois dont 1 mois avec sursis	32,33	oui	Accusé et plaignant	oui
90	09/12/2016	09/06/2017	MG	patient	28	non	Médical Diagnostic : retard	interdiction d'exercer de 2 mois dont 1 mois avec sursis	32,33,31	oui	Accusé et plaignant	oui
91	09/12/2016	05/05/2017	MG	patient	18	oui	Médical Prise en charge : suivi	interdiction d'exercer de 3 mois dont 2 mois avec sursis	28,76,32,40	non	/	/
92	25/10/2016	05/05/2017	MG	patient	37	non	Médical Prise en charge : manquement à une obligation de moyens	rejet	0	non	/	/
93	21/11/2016	05/05/2017	MG	CDOM	45	oui	Corporatif Confraternité : manque de confraternité	rejet	0	non	/	/
94	22/09/2016	07/04/2017	MG	CDOM	28	oui	Corporatif Confraternité : manque de confraternité	interdiction d'exercer de 2 mois avec sursis	56	non	/	/
95	12/09/2016	17/03/2017	MG	patient	37	non	Médical Prise en charge : manquement à une obligation de moyens	rejet	0	oui	Plaignant	non
96	15/09/2016	17/03/2017	MG	CDOM	45	oui	Organisationnel Permanence des soins : défaut de participation garde/astreinte	rejet	0	non	/	/
97	18/07/2016	17/02/2017	MG	Personne morale	45	oui	Administratif Certificat : complaisance	blâme	28	non	/	/

98	25/07/2016	17/02/2017	MG	patient	37	non	Médical Non déplacement	rejet	0	non	/	/
99	25/07/2016	17/02/2017	MG	patient	37	oui	Humain Attitude ou comportement inapproprié : attouchement	interdiction d'exercer de 3 mois dont 2 mois avec sursis	3,7,31	non	/	/
100	20/06/2016	08/12/2016	MG	patient	45	non	Humain Attitude ou comportement inapproprié : manque de respect	avertissement	2	non	/	/
101	21/03/2016	08/11/2016	MG	CDOM	45	oui	Médical Iatrogénie médicamenteuse : hors AMM	rejet	0	non	/	/
102	09/07/2015	08/09/2016	MG	patient	41	non	Humain Attitude ou comportement inapproprié : attouchement	interdiction d'exercer de 6 mois dont 5 mois avec sursis	3,31	non	/	/
103	12/02/2016	08/09/2016	MG	médecin	28	non	Divers Dettes	rejet	0	non	/	/
104	20/11/2015	04/07/2016	MG	patient	18	non	Administratif Certificat : complaisance	rejet	0	non	/	/
105	25/01/2016	04/07/2016	MG	Personne morale	45	non	Administratif Certificat : complaisance	rejet	0	non	/	/
106	17/11/2015	31/05/2016	MG	Personne morale	45	non	Administratif Certificat : complaisance	avertissement	28,76	non	/	/
107	13/10/2015	12/04/2016	MG	patient	37	non	Administratif Certificat : complaisance	rejet	0	non	/	/
108	10/08/2015	03/03/2016	MG	Personne morale	45	non	Administratif Certificat : complaisance	rejet	0	non	/	/
109	21/09/2015	03/03/2016	MG	patient	18	non	Administratif Certificat : complaisance	rejet	0	non	/	/
110	21/09/2015	03/03/2016	MG	patient	18	non	Humain Attitude ou comportement inapproprié : manque de respect	rejet	0	non	/	/
111	25/06/2015	26/01/2016	MG	CDOM	45	oui	Administratif Dossier médical : tenue	blâme	4,45,73	non	/	/
112	10/08/2015	07/01/2016	MG	CDOM	45	oui	Humain Attitude ou comportement inapproprié : viol	radiation	2,3,7	non	/	/
113	18/05/2015	20/11/2015	MG	patient	36	non	Administratif Certificat : immixtion dans des affaires familiales	avertissement	4	non	/	/
114	31/05/2015	22/10/2015	MG	CDOM	36	oui	Corporatif Mode d'exercice : mission de service publique	avertissement	77	oui	accusé	non
115	31/05/2015	22/10/2015	MG	CDOM	36	oui	Organisationnel Permanence des soins défaut de participation garde/astreinte	rejet	0	non	/	/
116	23/03/2015	22/10/2015	MG	patient	37	oui	Humain Privé : manquements éthiques pour des motifs personnels	interdiction d'exercer de 3 mois dont 2 mois avec sursis	2,3,7	non	/	/
117	03/10/2014	18/06/2015	MG	patient	36	non	Médical Prise en charge : prise en charge thérapeutique	rejet	0	oui	plaignant	oui
118	01/12/2014	28/04/2015	MG	patient	45	non	Humain Discrimination : racisme,	rejet	0	non	/	/
119	13/11/2014	10/04/2015	MG	patient	28	non	Administratif Certificat : immixtion dans des affaires familiales	Blâme	28,31	non	/	/
120	10/10/2014	10/04/2015	MG	CDOM	45	oui	Corporatif Mode d'exercice : lieux multiples non autorisés	blâme	11,7	non	/	/
121	26/09/2014	15/01/2015	MG	patient	37	non	Humain Attitude ou comportement inapproprié : manque de respect	avertissement	3,13	non	/	/
122	23/07/2014	15/01/2015	MG	Personne morale	41	non	Administratif Certificat : anti datation	blâme	28,76	non	/	/

Vu, le Directeur de Thèse

Ch Maurage

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ch Maurage', with a long horizontal flourish extending to the right.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

D.E.S. de Médecine Générale

Présentée et Soutenue le 02/11/2022

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : STEINMETZ

Prénoms : Xavier, Philippe, Michel, Ange

Date de naissance : 15/11/1990

Nationalité : Française

Lieu de naissance : PONTOISE (95)

Domicile : 126 rue du Cluzel 37000 TOURS

Téléphone : 06 30 54 42 91

Directeur de Thèse : Pr MAURAGE Chantal

Titre de la Thèse : *Le généraliste face à la déontologie : Analyse des motifs de plaintes et décisions disciplinaires à l'encontre des médecins généralistes*

JURY

Président :

Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres :

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Docteur PAGANELLI Philippe, Médecine Générale, Tours

Directeur de thèse : Professeure honoraire, Chantal MAURAGE, Pédiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Avis du Directeur de Thèse
À Tours, le 06/09/2022

Signature



Avis du Directeur de l'U.F.R. Tours
à Tours, le 13.9.22

Signature



STEINMETZ Xavier, Philippe, Michel, Ange

62 pages – 7 tableaux – 1 figure – 4 graphiques – 6 annexes

RESUME

Introduction : La déontologie établit la responsabilité du médecin et assoit la confiance avec le malade. En France, l'ordre des médecins veille à l'actualisation et au respect du code de déontologie par sa juridiction disciplinaire. Depuis 2014, les rapports d'activité de celle-ci enregistrent une croissance des plaintes en contexte de pénurie médicale. L'objectif principal de ce travail était d'analyser et tirer les enseignements de ces procédures à l'encontre des médecins généralistes afin de mieux les prévenir.

Matériel et Méthode : Cette étude descriptive incluait les décisions à l'encontre de médecins généralistes jugés par la chambre disciplinaire de première instance du Centre Val de Loire entre le 01/01/2015 et le 31/12/2021. Le critère de jugement principal était le nombre de décisions par motifs de plaintes. Nos critères de jugement secondaires étaient le nombre de décisions par manquements retenus, par sanction prononcée, ainsi qu'en fonction d'un recours en appel.

Résultats : Les motifs de plaintes les plus fréquents concernaient les certificats médicaux (18%), les comportements inappropriés du médecin (17%) et les erreurs et retards diagnostic (14%). Les manquements retenus les plus fréquents sont ceux fait à l'article 32 - qualité des soins (12%), à l'article 33 - qualité diagnostic (11%) et à l'article 3 - respect de la moralité et de la probité (10%) du code de déontologie. Les sanctions prononcées les plus fréquentes sont l'avertissement (23%) et l'interdiction d'exercer (20%). Le recours en appel concernait 14% des affaires jugées, dont 6% aboutissaient à une modification de la décision en première instance.

Conclusion : Les motifs administratifs comme les certificats médicaux restent les plaintes les plus fréquentes devant la chambre disciplinaire, mais depuis 2017 nous constatons l'émergence de plaintes pour des comportements inappropriés de médecin et sur la qualité des soins. Former aux notions élémentaires juridiques et rappeler la déontologie dès les premières années d'exercice pourraient prévenir de l'écueil de la médecine défensive et préserver une relation de soin apaisée.

Mots clés : déontologie, médecine générale, ordre des médecins, disciplinaire

Jury :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT
Directeur de thèse : Professeure Chantal MAURAGE
Membres du Jury : Professeur François MAILLOT
Professeur Emmanuel RUSCH
Docteur Philippe PAGANELLI

Date de soutenance : 02/11/2022