



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2013

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

La responsabilité judiciaire du médecin généraliste
Analyse des jurisprudences sur une période de 10 ans

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 2013

au Pôle Formation de la Faculté

Par *Philippe RUIZ*

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Madame le Docteur Ariane LEROYER

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jocelyn POLLARD

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	8
II.	GENERALITES	10
A.	La Responsabilité médicale	10
1.	Définition	10
2.	La responsabilité pénale	10
3.	La responsabilité déontologique	11
4.	La responsabilité civile	12
5.	La responsabilité administrative	13
B.	La jurisprudence	14
1.	Définition	14
2.	Intérêt de la jurisprudence	14
C.	La Loi du 4 mars 2002, loi de référence en droit médical	16
III.	ETUDE	17
A.	Matériels et Méthode	17
B.	Résultats	19
1.	Les juridictions concernées	19
2.	Les décisions	22
3.	Les motifs des procès	24
4.	Les motifs des décisions défavorables au médecin	25
5.	Les motifs des décisions favorables au médecin	27
6.	Evolution chronologique sur 10 ans	28
IV.	DISCUSSION	29
A.	Etude globale	29
1.	Motifs des décisions défavorables au médecin	29
2.	Motifs des décisions favorables au médecin	33
B.	Principes en droit médical	37
V.	CONCLUSION	39
VI.	BIBLIOGRAPHIE	40

I. INTRODUCTION

La notion de responsabilité médicale existe depuis l'Antiquité. Les premières allusions remontent à 1750 avant Jésus Christ, à Babylone, dans le Verset 218 du Code d'Hammourabi. Il est écrit que si un médecin, en utilisant une lancette de bronze, cause la mort ou la perte d'un œil de son patient, peut lui-même se faire couper la main.

En Egypte, en 500 avant Jésus Christ, si le soignant donnait des soins conformes au livre et que le patient décédait on ne pouvait rien lui reprocher. En revanche, s'il ne se conformait pas à ces textes, alors il encourait une peine de mort.

En Grèce, à la même période, la responsabilité et les bonnes pratiques sont évoquées dans le serment d'Hippocrate.

En France, au moyen âge, il y avait deux points de vue différents. D'un côté la médecine cléricale exercée par le clergé où tout est une question de religion : si le patient meurt alors c'est que Dieu en a décidé ainsi. D'un autre côté, si le patient choisissait son médecin et que celui-ci lui causait un préjudice alors c'était la faute du patient, car il aurait dû choisir un autre médecin.

Puis dans le Code Civil de 1804 et dans la première version du Code Pénal en 1810 la responsabilité du médecin est introduite.

La première jurisprudence médicale connue fut l'affaire Thouret Noroy contre Guigne le 18 juin 1835. Dans cette affaire, un médecin avait pratiqué une saignée chez un patient. Malheureusement une tuméfaction est apparue, probablement liée à une surinfection, ce qui a entraîné une amputation. La responsabilité mise en cause était alors une responsabilité délictuelle.

En 1936 l'arrêt Mercier approfondit le principe de responsabilité médicale. Les soins doivent être « *conscientieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science* ». La responsabilité du médecin est devenue contractuelle sauf exceptions. On considère désormais que le patient est lié au médecin par un contrat.

En 1970, une vague de protestation remet en cause le fait que les médecins soient peu condamnés.

En 1984, à Poitiers, se déroule l'affaire Berneron où est mise en cause la responsabilité d'un anesthésiste dans le décès d'une jeune femme. Au vu des progrès de la science, il y a une nette tendance à attendre des résultats dans tous les domaines y compris en médecine et on commence à s'intéresser à l'indemnisation des victimes.

En 2000, l'affaire Perruche, du nom d'un enfant né avec un handicap lié à la rubéole contractée par la mère durant sa grossesse, défraie les chroniques judiciaires. La famille a attaqué les médecins pour ne pas avoir diagnostiqué l'anomalie à temps.

La Cour de Cassation, dans un arrêt du 8 novembre 2000 ¹ indique que « *la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient* ». Il y a alors la nécessité d'une faute prouvée en lien avec le préjudice.

Le 4 mars 2002, la loi Kouchner met en place les derniers jalons de la responsabilité médicale. Elle précise que nul ne peut prétendre d'un préjudice du seul fait de sa naissance. Elle précise aussi, pour le médecin libéral, dans l'article L1142-1 du code de santé publique que le médecin ne peut être condamné que s'il y a une faute, un préjudice et un lien de causalité entre les deux. Cependant la faute n'est pas définie et laisse une grande liberté d'interprétation au magistrat.

L'intérêt de ce travail est d'étudier les procès mettant en cause les médecins généralistes dans l'exercice de leur profession en matière de responsabilité judiciaire. Cette étude porte sur 52 jurisprudences publiées du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2010 sur le site Légifrance.fr.

Dans un premier temps seront présentées des généralités sur le sujet, exposant et expliquant les différents types de responsabilité médicale, de même que les procédures lors des plaintes et les jurisprudences. Dans un deuxième temps sera présentée l'étude proprement dite ; et pour en terminer, la discussion au cours de laquelle les décisions de justice seront commentés dans le but d'améliorer les connaissances des médecins dans le domaine juridique.

II. GENERALITES

A. La Responsabilité médicale

1. Définition

La responsabilité médicale est une notion juridique concernant les obligations des médecins et du personnel soignant et qui entraîne d'éventuelles sanctions en cas de non respect de ces obligations. Il existe 4 types de responsabilité médicale. Deux d'entre elles ont pour but de sanctionner le coupable: la responsabilité pénale et la responsabilité déontologique. Les deux autres ont pour but le dédommagement de la victime: la responsabilité civile et la responsabilité administrative.

2. La responsabilité pénale

La responsabilité pénale d'un médecin est engagée lors de la violation d'un texte de loi prévoyant une sanction pénale en cas d'infraction à la législation. Il s'agit d'une infraction au Code pénal. Dans ce cadre, le médecin peut être poursuivi par exemple pour non respect du secret professionnel, rédaction de faux certificats, non assistance à personne en danger, coups et blessures involontaires, homicide involontaire.

La procédure pénale peut être initiée de deux façons différentes: par le dépôt de plainte d'une victime ou par le Procureur de la République directement s'il a connaissance d'une infraction au Code pénal.

Le Procureur de la République s'il est au courant d'une infraction au Code pénal peut en effet déclencher les poursuites, et ce même en l'absence de plainte de la victime. Il peut être mis au courant d'une infraction pénale notamment par un témoin ou par le dépôt d'une « *main courante* » dans un commissariat. Même si les poursuites émanent du Procureur de la République la victime pourra se constituer partie civile et ainsi obtenir des dommages et intérêts pour réparer le préjudice qu'elle a subi.

Une victime peut débiter une action pénale en portant plainte. Le dépôt de plainte est l'acte par lequel une personne informe le Procureur de la République directement ou par l'intermédiaire des services de police ou de gendarmerie d'une infraction dont elle déclare être victime. En droit médical c'est le plus souvent la victime qui initie la procédure pénale.

Le Procureur de la République bénéficie de l'opportunité des poursuites pénales. Il peut par exemple classer sans suite un dossier. Les motifs de classement sans suite ne sont pas précisés par la loi mais ont souvent lieu quand l'infraction est prescrite (en principe la prescription en France est de dix ans pour les crimes, trois ans pour les délits et un an pour les contraventions) ou quand il manque des éléments probants dans le dossier (c'est-à-dire des éléments permettant de statuer sur la culpabilité d'une personne). S'il n'y a pas de classement

sans suite l'affaire va soit être envoyée directement à une audience soit être instruite par un juge d'instruction dont le rôle est de recueillir tous les éléments de preuve à charge et à décharge. Une fois l'instruction terminée le juge d'instruction peut soit rendre une ordonnance de non lieu s'il estime que les charges sont insuffisantes, soit renvoyer le prévenu devant une juridiction de jugement. Il existe différentes juridictions de jugement selon la nature de l'infraction commise :

- Le tribunal de police est compétent pour juger les contraventions et les sanctions sont des amendes.
- Le tribunal correctionnel est compétent pour juger les délits. Par exemple est considérée comme un délit la non-assistance à personne en danger. Les sanctions sont des peines d'amende et des peines d'emprisonnement. Il s'agit de la juridiction compétente dans la plupart des cas en matière de responsabilité médicale pénale.
- Les crimes sont jugés devant la Cour d'assises comme par exemple l'homicide volontaire. Les sanctions sont des peines de réclusion criminelle pouvant aller jusqu'à la perpétuité.

Une fois la délibération effectuée, les juges rendent leur décision. La décision s'appelle un jugement si elle est rendue par le tribunal de police ou le tribunal correctionnel. La décision se nomme un arrêt si elle est rendue par une cour d'assises. Les décisions de justice peuvent faire l'objet d'un appel. En appel le procès recommence tant sur le fond que sur la forme. Après le procès en appel il peut y avoir un pourvoi en cassation. La Cour de cassation regarde uniquement si les règles de droit ont été respectées.

3. La responsabilité déontologique

La responsabilité déontologique ou disciplinaire peut être engagée en cas de non respect des règles professionnelles. Il incombe à l'Ordre des Médecins de la faire respecter (article L382 du code de santé publique). Les fautes sont évaluées d'après le Code de déontologie médicale et sur les « *principes de moralité, de probité, de dévouement exigés par l'exercice de l'art médical* ». Elle concerne tous les médecins inscrits à l'Ordre ou exerçant en France. La faute disciplinaire est totalement indépendante des fautes civiles ou pénales.

Un patient souhaitant intenter une action disciplinaire contre un médecin dépose une plainte auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins dont le rôle est uniquement d'organiser une médiation. Si celle-ci n'aboutit pas, la plainte sera transmise au Conseil Régional qui aura pour mission de juger les faits. L'appel est également possible auprès du Conseil National et le pourvoi en cassation se fait au Conseil d'Etat.

4. La responsabilité civile

a) *Procédure civile*

Si une victime désire obtenir des dommages et intérêts sans forcément qu'une faute pénale ait été commise elle doit emprunter la voie civile.

Pour que le juge condamne au civil il est nécessaire que trois éléments cumulatifs soient présents : une faute, un dommage et un lien de causalité entre la faute et le dommage.

En matière de responsabilité médicale, la faute peut consister en un mauvais geste médical, en une thérapeutique inadaptée, en une erreur de diagnostic, en l'absence de déplacement du médecin, en une insuffisance de suivi, à un problème de cotation d'acte... Les dommages peuvent être très variés. Il peut s'agir d'un dommage de type patrimonial, c'est-à-dire évaluable en argent ou de type extra-patrimonial, c'est-à-dire subjectif, sans valeur pécuniaire.

En France il existe trois juridictions civiles différentes selon le montant réclamé par le demandeur :

- Le tribunal de proximité qui est compétent lorsque la demande est inférieure à 4000 euros.
- Le tribunal d'Instance compétent si la demande est comprise entre 4000 et 10 000 euros.
- Le tribunal de Grande Instance compétent pour les demandes supérieures à 10 000 euros.

Devant le juge de proximité et devant le tribunal d'Instance la représentation par avocat est facultative alors qu'elle est obligatoire devant le tribunal de Grande Instance. Pour saisir ces juridictions le demandeur peut soit appeler à comparaître le défendeur au moyen d'une assignation soit rédiger une déclaration au greffe du tribunal. Les débats sont contradictoires, c'est-à-dire que chaque partie peut exprimer son point de vue. Une fois l'audience terminée l'affaire est mise en délibéré ce qui peut prendre quelques jours ou plusieurs mois selon la complexité du litige. Un jugement est ensuite rendu comprenant un rappel des faits, la solution et les motivations du juge qui l'ont conduit à rendre cette décision. Pour être valable un jugement doit en effet impérativement être motivé. Si une partie n'est pas satisfaite du jugement rendu elle peut interjeter appel. L'appel n'est ouvert que si le litige porte sur une somme supérieure à 4000 euros. Le délai pour interjeter appel est de un mois à compter de la signification ou de la notification de la décision de justice. L'appel s'effectue devant la Cour d'Appel. Il existe une Cour d'Appel par département. Il existe également la possibilité de former un pourvoi en cassation devant la Cour de cassation. Il existe une seule cour de cassation qui se trouve à Paris. Pour effectuer un pourvoi en cassation tout citoyen bénéficie d'un délai de deux mois à compter de la dernière décision de justice rendue.

b) La réparation du préjudice

Quand un médecin est condamné à verser une somme d'argent il peut s'agir soit d'une amende soit de dommages et intérêts. L'amende est une somme qui revient aux pouvoirs publics. Elle a vocation à réparer le préjudice subi par la société. Les dommages et intérêts sont à verser à la victime pour réparer le préjudice qu'elle a subi.

Les dommages et intérêts ne sont pas fixés aléatoirement par la justice. Ils doivent correspondre aux préjudices réellement subis par la victime. Les dommages et intérêts doivent être chiffrés par la victime. Il faut signaler que si une victime ne demande pas de dommages et intérêts les juges ne peuvent pas lui en octroyer. De plus les dommages et intérêts doivent être détaillés pour chaque préjudice subi. Auparavant, les avocats des victimes qualifiaient de façon très variée les préjudices subis par leurs clients. Les pouvoirs publics ont souhaité uniformiser la manière de qualifier les différents préjudices que ce soit par les juristes ou les experts. Un groupe de travail a créé une nomenclature regroupant les différents postes de préjudice. Cette nomenclature est appelée dans la pratique « *nomenclature Dintilhac* » en référence au nom du Président du groupe de travail. Elle recense tous les préjudices pouvant être indemnisés par la justice, non seulement pour la victime directe mais aussi pour les victimes indirectes, également appelées victimes par ricochet, par exemple le conjoint ou les enfants. Ces préjudices sont soit patrimoniaux, c'est-à-dire évaluables en argent, soit extra-patrimoniaux, c'est-à-dire en dehors du patrimoine et non susceptibles d'une évaluation pécuniaire.

5. La responsabilité administrative

La responsabilité administrative est différente des autres responsabilités médicales dans le sens où elle concerne uniquement les médecins hospitaliers travaillant dans le secteur public. Dans ce cas, le médecin fait partie du service public et le patient est considéré comme un usager du service public. C'est alors l'établissement public concerné qui est mis en cause et qui est responsable indemnitaires de ses agents. Il faut cependant savoir que tous les actes faits par un médecin hospitalier ne seront pas systématiquement couverts par la responsabilité administrative notamment en cas de faute dite détachable du service, c'est-à-dire d'une particulière gravité.

B. La Jurisprudence

1. Définition

Le terme jurisprudence provient du latin *jus, juris*, qui signifie droit, autorité, et du latin *prudentia* qui signifie le savoir, la science, la connaissance.

La jurisprudence est l'ensemble des décisions habituellement rendues par les différents tribunaux relativement à un problème juridique donné et qui permettent d'en déduire des principes de droit. La jurisprudence reflète la façon dont les tribunaux interprètent le droit et les lois. Elle constitue l'une des sources du droit et est une référence pour d'autres jugements.

Les tribunaux ne pouvant se substituer au pouvoir législatif ou à celui de l'autorité administrative pour définir une règle obligatoire, la jurisprudence permet, dans un cas non couvert par la loi ou lorsque celle-ci est imprécise, à un tribunal de s'appuyer sur une décision prise dans un cas similaire par une juridiction supérieure (Cour d'Appel, Cour de Cassation, Conseil d'Etat, Conseil Constitutionnel, éventuellement par une juridiction européenne ou internationale). L'un des rôles de la Cour de Cassation par exemple est d'uniformiser la jurisprudence afin d'éviter la disparité des jugements sur un sujet donné et de limiter les recours en cassation.

2. Intérêt

Montesquieu, dans son ouvrage *De l'esprit des lois* publié en 1748, décrit trois pouvoirs : le pouvoir législatif, le pouvoir exécutif et le pouvoir judiciaire. Le pouvoir législatif est le pouvoir de voter les lois. Il est, en France, détenu par les parlementaires c'est-à-dire par les députés et les sénateurs. Le pouvoir exécutif est le pouvoir de faire appliquer les lois votées par le Parlement. Il est confié au gouvernement composé de l'ensemble des ministres. Le pouvoir judiciaire consiste à contrôler l'application de la loi et à en sanctionner son non-respect. Ce pouvoir est détenu par les magistrats.

Montesquieu explique dans son ouvrage que le juge doit seulement être la « *bouche de la loi* » et appliquer purement et simplement la loi. La jurisprudence était pour lui la simple application stricte de la règle de droit. La jurisprudence n'a dans sa pensée aucune portée créatrice de droit. Le juge est alors simplement un homme dont le métier consiste à faire appliquer la loi générale à un litige particulier. Cette conception datant du XVIII^{ème} siècle apparaît aujourd'hui dépassée.

En effet, aujourd'hui, la jurisprudence est une véritable norme de droit, une véritable source juridique. Quand la loi n'est pas claire ou est peu précise, le juge doit, par sa jurisprudence, expliciter la règle de droit. Il ne peut en effet refuser de trancher un litige au prétexte que la loi est peu claire ou incomplète. L'article 4 du Code Civil dispose que « *le juge qui refusera de juger, sous prétexte du silence, de l'obscurité ou de l'insuffisance de la*

loi, pourra être poursuivi comme coupable de déni de justice ». Cet article n'a pas été modifié depuis la création du Code Civil en 1804. Le juge est par conséquent parfois amené à intervenir pour trancher une lacune ou un vide juridique. Par exemple l'article 1382 du Code Civil explique que « *tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ». L'article n'explique pas ce qu'est une faute. C'est par conséquent au juge de définir si les faits constituent une faute. Par ailleurs, même quand la loi est claire et précise, elle laisse place à l'interprétation du juge.

Le phénomène actuel d'inflation législative renforce l'intérêt de la jurisprudence. Quand une nouvelle norme entre en vigueur, il est toujours intéressant de savoir comment les juges vont l'interpréter. La jurisprudence est également intéressante car elle permet de connaître la réaction du monde judiciaire à un moment précis. Certaines lois sont parfois fort anciennes (on trouve en effet dans le Code Civil et le Code Pénal des lois datant du XIX^{ème} siècle). La jurisprudence permet donc, par l'interprétation du juge de la règle de droit, d'adapter les lois dans un contexte socio-culturel donné.

En matière pénale, en vertu de l'article 111-4 du Code pénal « *la loi pénale est d'interprétation stricte.* ». Le juge a par conséquent peu de marges de manœuvre. C'est pourquoi peu de procès pénaux vont jusqu'à la Cour de cassation. En revanche, en droit civil la loi n'est pas d'interprétation stricte. Le magistrat a donc une marge de manœuvre beaucoup plus large. La jurisprudence civile est par conséquent extrêmement abondante. Comme nous le verrons, cela ressort bien dans cette étude car le nombre d'arrêts rendus par la chambre criminelle de la Cour de cassation est largement inférieur aux nombres d'arrêts rendus sur la même période par les chambres civiles de cette même juridiction. Il est d'ailleurs particulièrement frappant qu'à la Cour de cassation il existe une seule chambre pour les affaires pénales (la chambre criminelle) et plusieurs chambres pour les affaires civiles.

C. La Loi du 4 mars 2002, loi de référence en droit médical

La loi du 4 mars 2002, appelée loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a créé notamment un système d'indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux que ce soit en cas de faute ou d'aléa thérapeutique. Elle met en place aussi l'obligation d'être assuré pour les médecins (articles L1142-2 du code de santé publique et L251-1 du code des assurances).

Indirectement la loi oblige également certaines assurances à assurer les professions libérales. En effet, il existe un bureau central de tarification qui peut être saisi par un professionnel ne réussissant pas à se faire assurer et ce, après deux refus. Le bureau aura pour but de définir la prime pour faire assurer le professionnel. Ce bureau possède l'autorité nécessaire pour obliger une assurance à assurer le professionnel pour cette prime mais seulement s'il s'agit d'une assurance qui a déjà refusé d'assurer ce professionnel.

La loi Kouchner a aussi introduit la notion d'indemnité au titre de la solidarité nationale selon certains critères :

- Cela concerne uniquement les soins dispensés à partir du 5 septembre 2001.
- Il faut que ce soit un accident médical, une affection iatrogène ou nosocomiale.
- L'origine doit être un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.
- Il faut que les conséquences de cet acte soient anormales au regard de l'état de santé du malade.
- Il faut que le dommage ait un certain degré de gravité.

Il a donc été prévu dans l'article L1142-22 du code de santé publique la création de l'O.N.I.A.M. (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) qui est financé essentiellement par l'Assurance Maladie et permet une solution de recours au cas où l'assurance n'assure pas ou si la couverture de l'assurance est épuisée.

Pour simplifier la prise en charge des accidents médicaux, il existe des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (C.R.C.I.) qui sont gérées par l'O.N.I.A.M. Les membres sont nommés par arrêté préfectoral, comprenant des représentants des assurances, des patients et des professionnels de santé ainsi que des membres de l'O.N.I.A.M.

Pour rendre leur décision, ces C.R.C.I. se basent sur les conclusions d'un médecin expert chargé d'établir si le dommage est le fait d'une faute médicale ou d'un aléa thérapeutique.

III. ETUDE

A. Matériels et Méthode

1. But de l'étude

Le but de l'étude est d'analyser les jurisprudences en matière de responsabilité judiciaire concernant des médecins généralistes durant la période s'écoulant du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2010, soit une durée de dix ans.

La responsabilité judiciaire d'un médecin comprend la responsabilité médicale pénale et la responsabilité médicale civile. Ainsi les responsabilités disciplinaire et administrative ont été écartées de l'étude.

2. Recueil des données

La base de données Légifrance est le site web officiel du Gouvernement français pour la diffusion des textes législatifs et réglementaires et des décisions de justice des cours suprêmes de droit français. Légifrance est donc un service public de diffusion du droit par l'internet (SPDDI) qui met à disposition des données juridiques accessibles gratuitement à l'ensemble des usagers, professionnels du droit ou non. Il est le site de référence du droit français avec la plus value d'une information juridique officielle et fiable. Ce site internet met à disposition les données essentielles des normes juridiques et de la jurisprudence française. C'est également le portail d'entrée vers l'ensemble des sites officiels comportant des données juridiques. Créé en 1998, le site Légifrance a été amélioré à plusieurs reprises (2002 et 2008) pour une utilisation plus simple et plus complète.

La jurisprudence judiciaire correspond aux décisions de la Cour de cassation, des juridictions d'appel (Cour d'appel) et des juridictions du premier degré (Tribunal de Grande instance, Tribunal d'Instance, tribunal Correctionnel). Il est important de signaler que sur le site Légifrance, toutes les jurisprudences de la Cour de Cassation sont publiées alors que seulement quelques jurisprudences émanant de Cour d'Appel qui sont estimées intéressantes par les membres de la Cour de Cassation sont publiées. Ce qui explique que la majorité des jurisprudences émane de la Cour de Cassation. Cette étude n'a donc pas pour vocation d'être exhaustive mais un panorama des décisions de justice les plus intéressantes en matière de responsabilité judiciaire des médecins généralistes.

Nous avons donc recherché dans cette base de données, en mars 2011, les jurisprudences judiciaires sur la période s'écoulant du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2010 et en utilisant les mots clés *médecin généraliste* et *patient*.

Le mot clé *patient* a été ajouté au mot clé *médecin généraliste* afin d'éviter les cas où le médecin était mis en cause dans un autre domaine que sa pratique professionnelle (par exemple un divorce).

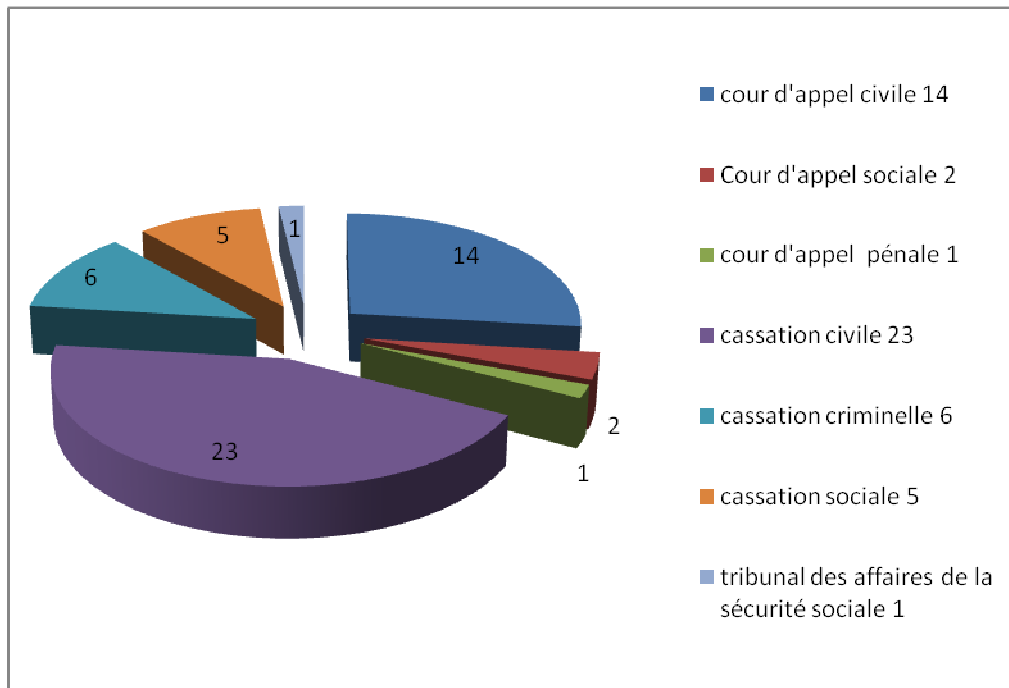
Nous avons ainsi obtenu 87 décisions de justice incluant 53 décisions émanant de la Cour de Cassation, 33 décisions émanant de Cour d'Appel et 1 décision émanant d'un Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Sur ces 87 résultats, nous avons exclu les décisions où le médecin généraliste était plaignant et conservé uniquement les cas où le médecin était accusé (22 décisions). Nous avons également exclu les cas où le médecin généraliste était poursuivi en tant qu'homme (par exemple agression sexuelle) et non par rapport à une erreur dans sa pratique professionnelle (13 décisions).

Au total, cette étude comporte donc 52 décisions de justice émanant de la jurisprudence en matière de responsabilité judiciaire des médecins généralistes sur une période de dix ans, soit du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2010.

B. Résultats

1. Les juridictions concernées



52 décisions de justice ont donc été obtenues avec la base de données Légifrance.

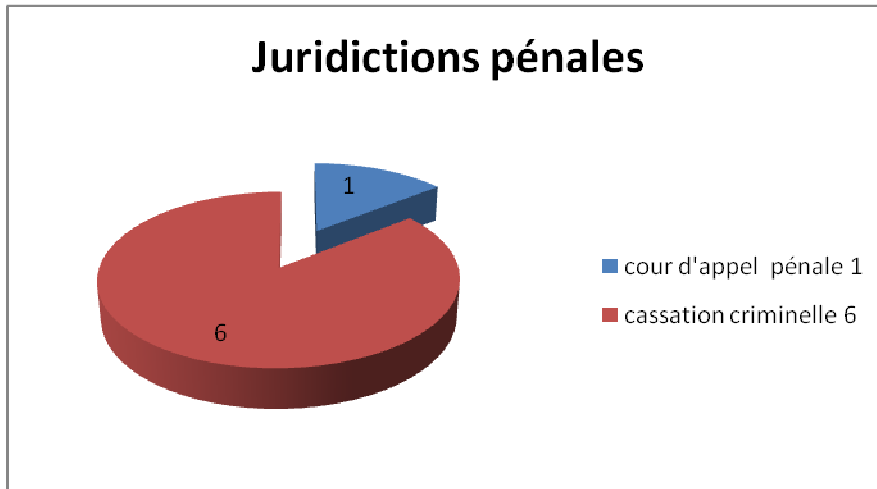
Parmi ces 52 décisions de justice, 34 ont été rendues par la Cour de Cassation. Il s'agit de la plus haute juridiction française. Sa décision s'impose à tous. La seule manière de contester une décision de la Cour de Cassation est d'intenter une action en justice devant une juridiction internationale comme la Cour européenne des droits de l'homme. Mais cela est extrêmement rare.

Devant la Cour de Cassation il existe plusieurs chambres. Sur les 34 décisions de justice rendues par la Cour de Cassation, 23 l'ont été par une chambre civile, 6 par la chambre criminelle et 5 par la chambre sociale. La répartition entre les différentes chambres dépend de la nature de l'affaire. Ainsi, quand l'affaire relevait du domaine pénal, c'est la chambre criminelle qui a rendu la décision. Quand la victime réclamait une condamnation civile par le biais de dommages et intérêts, l'arrêt a été rendu par une chambre civile de la Cour de Cassation. Enfin les décisions rendues par la chambre sociale concernaient des problèmes relatifs au droit du travail au sens large.

Parmi les 52 décisions de justice, 17 ont été rendues par une Cour d'Appel.

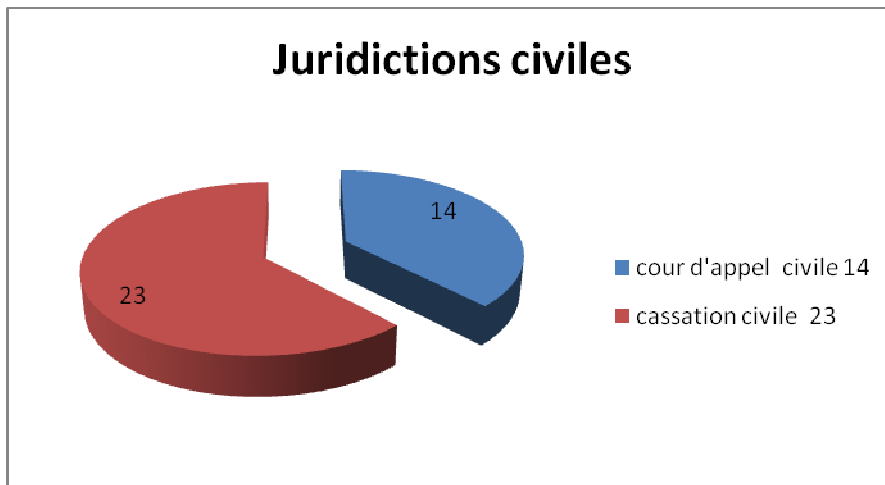
Une décision a été rendue par le Tribunal des affaires de la Sécurité sociale de Moulins.

a) *Les procès devant les juridictions pénales*



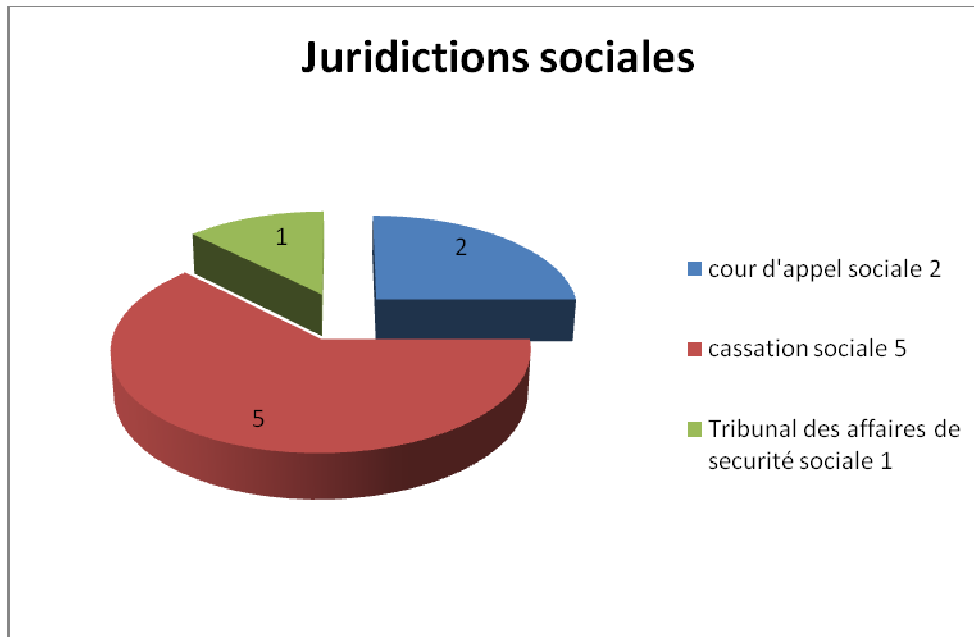
On remarque que sur la période étudiée la grande majorité des jurisprudences pénales émanent de la chambre criminelle de la Cour de Cassation. En effet on retrouve 6 jurisprudences de la Cour de Cassation²⁻⁷ contre une seule de la Cour d'Appel⁸.

b) *Les procès devant les juridictions civiles*



Encore une fois la majorité des jurisprudences civiles proviennent des chambres civiles de la Cour de Cassation. En effet on retrouve 23 jurisprudences de la Cour de Cassation⁹⁻³¹ et 14 de la Cour d'Appel³²⁻⁴⁵.

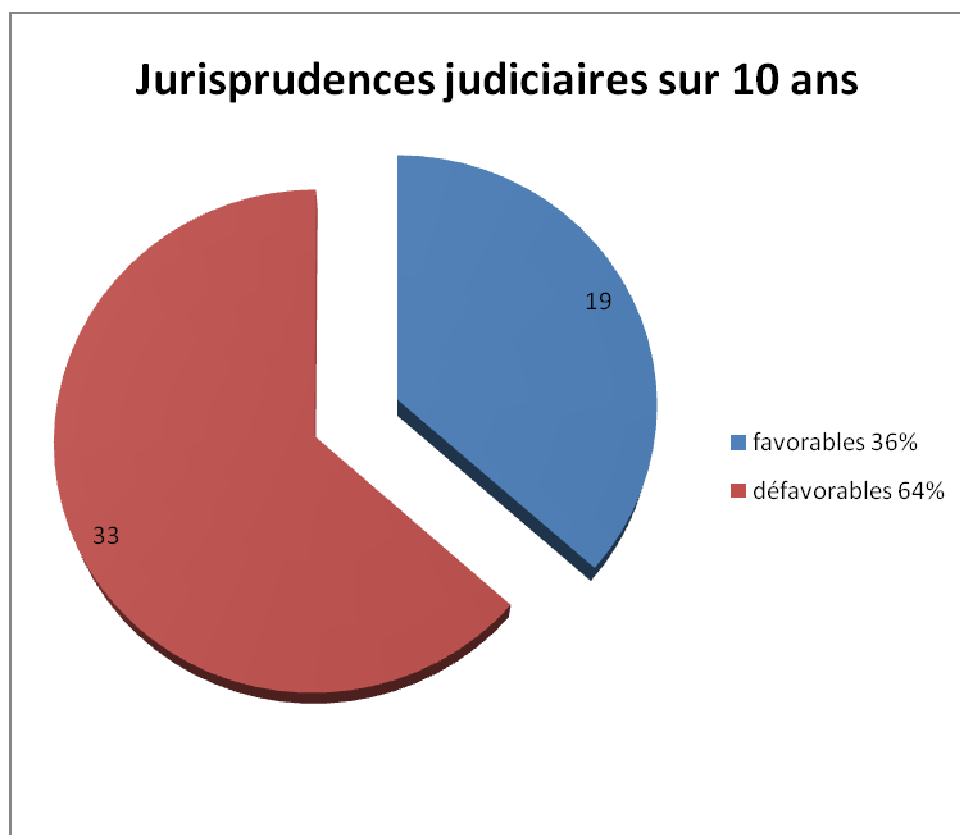
c) *Les procès devant les juridictions sociales*



La majorité des jurisprudences sociales proviennent également de la Cour de Cassation ; en effet on retrouve 5 jurisprudences de la chambre sociale de la Cour de Cassation ⁴⁶⁻⁵⁰, 2 de Cour d'Appel ^{51, 52} et une seule provenant d'une juridiction de premier degré, c'est-à-dire d'un tribunal des affaires de la Sécurité Sociale ⁵³.

Ce graphique est ici à titre informatif, mais rentre le cadre de la jurisprudence civile. En effet, les juridictions sociales sont spécialisées dans les affaires opposant un médecin à la sécurité sociale et sont une sous-section des juridictions civiles.

2. Les décisions

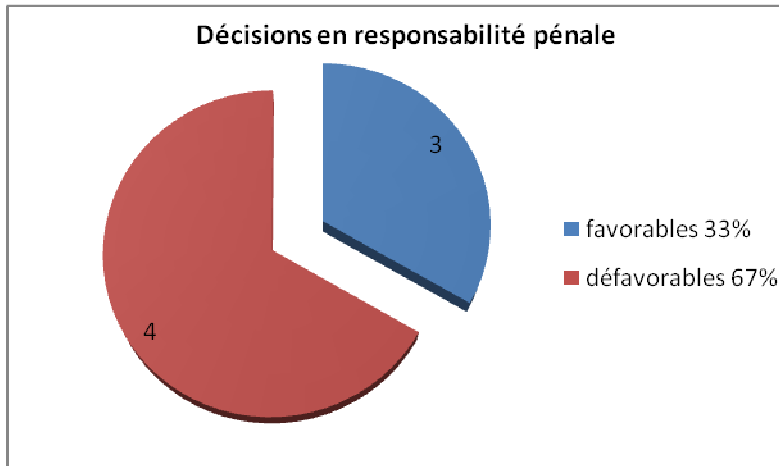


Afin de simplifier l'étude des jugements rendus dans les différentes juridictions, nous séparons les décisions de justice en deux catégories : celles favorables au médecin d'une part et celles défavorables au médecin d'autre part.

On peut donc remarquer que, sur l'ensemble des jugements étudiés sur une période de dix ans, les décisions de justice sont en majeure partie défavorables au médecin.

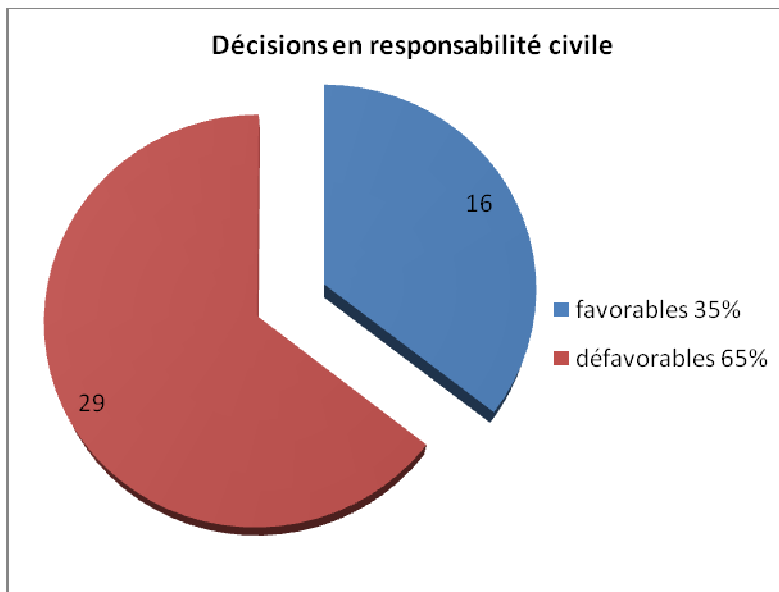
En effet, dans 33 jurisprudences soit 64 % des cas, le médecin est tenu comme responsable et dans seulement 19 jurisprudences soit 36% des cas, il obtient gain de cause.

a) Les juridictions pénales



En responsabilité pénale on retrouve une majorité d'avis défavorables au médecin dans 4 cas sur 7.

b) Les juridictions civiles



De même on retrouve sensiblement la même proportion d'avis défavorables en matière de responsabilité civile avec 16 décisions favorables soit 35% des cas contre 29 décisions défavorables au médecin soit 65% des cas.

3. Les motifs des procès

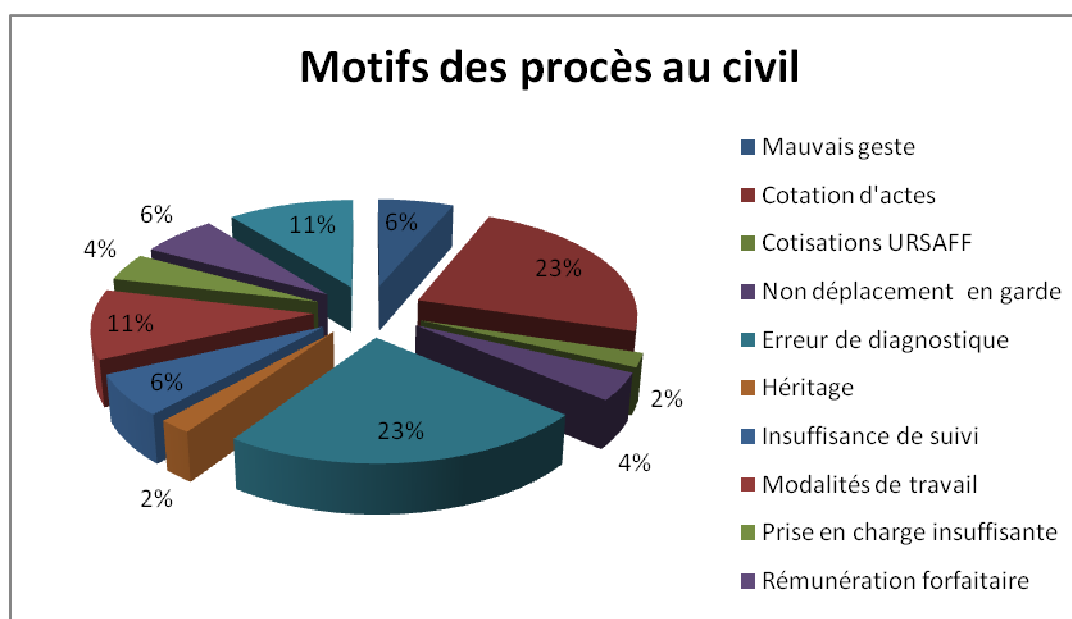
a) Les juridictions pénales

Seuls deux motifs de procès reviennent régulièrement au pénal dans le cadre de la responsabilité pénale du médecin généraliste.

Il y a les homicides involontaires d'une part en vertu de l'article 221-6 du code pénal (on retrouve également les agressions sexuelles qui sont exclus de ce travail dans le sens où ils concernent la poursuite de l'homme et de ses déviances et non de la pratique de la médecine générale).

D'autre part, on retrouve la non assistance à personne en danger (comme lors des non déplacements au domicile du patient) en vertu de l'article 223-6 du code pénal.

b) Les motifs des procès au civil

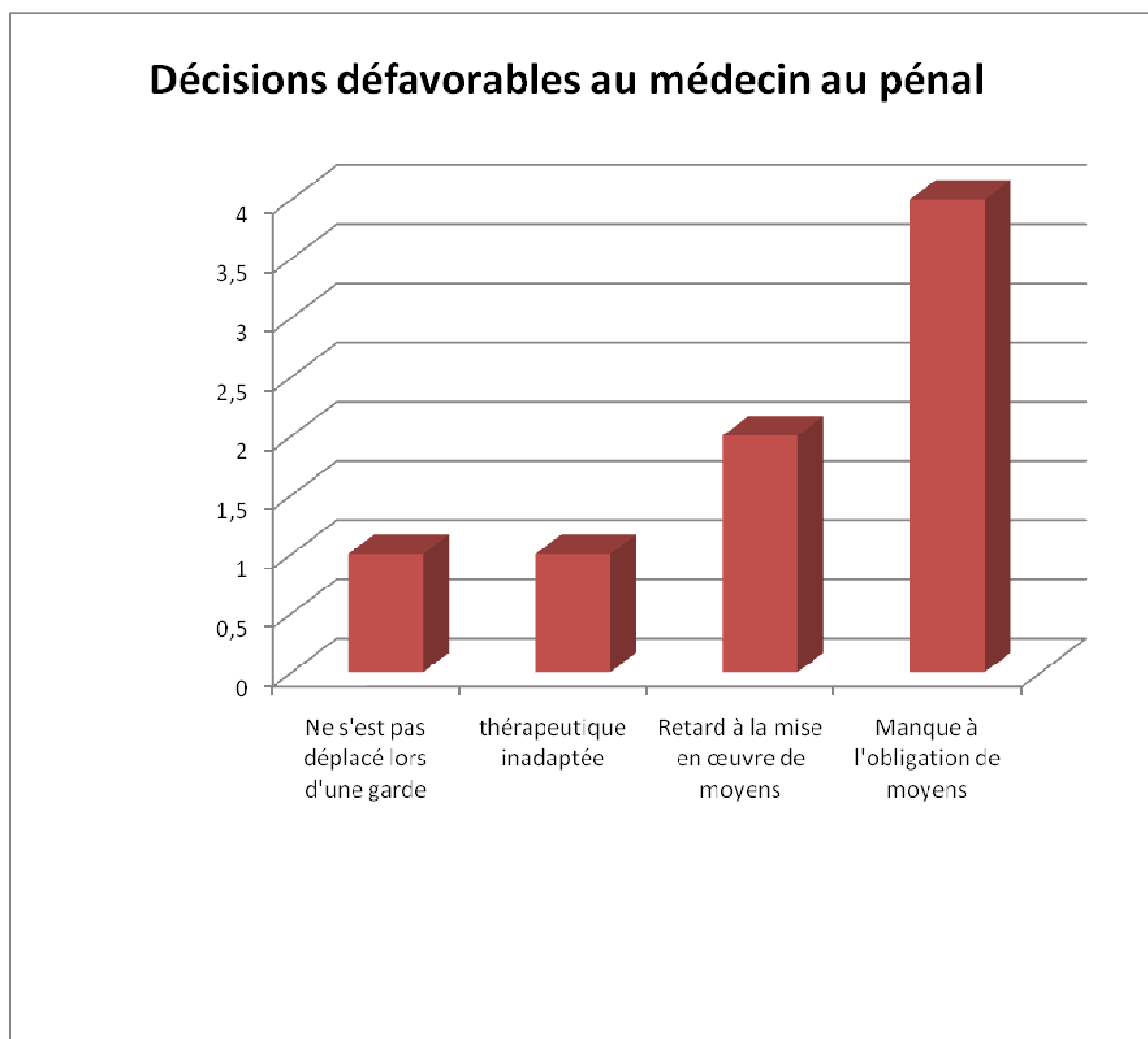


Les causes de litiges les plus fréquentes sont en premier lieu liées à des erreurs de diagnostic et des erreurs de cotations et ce dans presque un cas sur deux. Puis on retrouve les erreurs thérapeutiques dans 11% des cas. Enfin, à un niveau relativement équivalent, on retrouve les insuffisances de suivis, les défauts de prise en charge, les non déplacements durant les gardes et les erreurs dans les gestes techniques.

On remarque également que les remboursements de cotisations, les rémunérations forfaitaires et les modalités de travail reviennent relativement souvent devant les Tribunaux des affaires de la Sécurité Sociale.

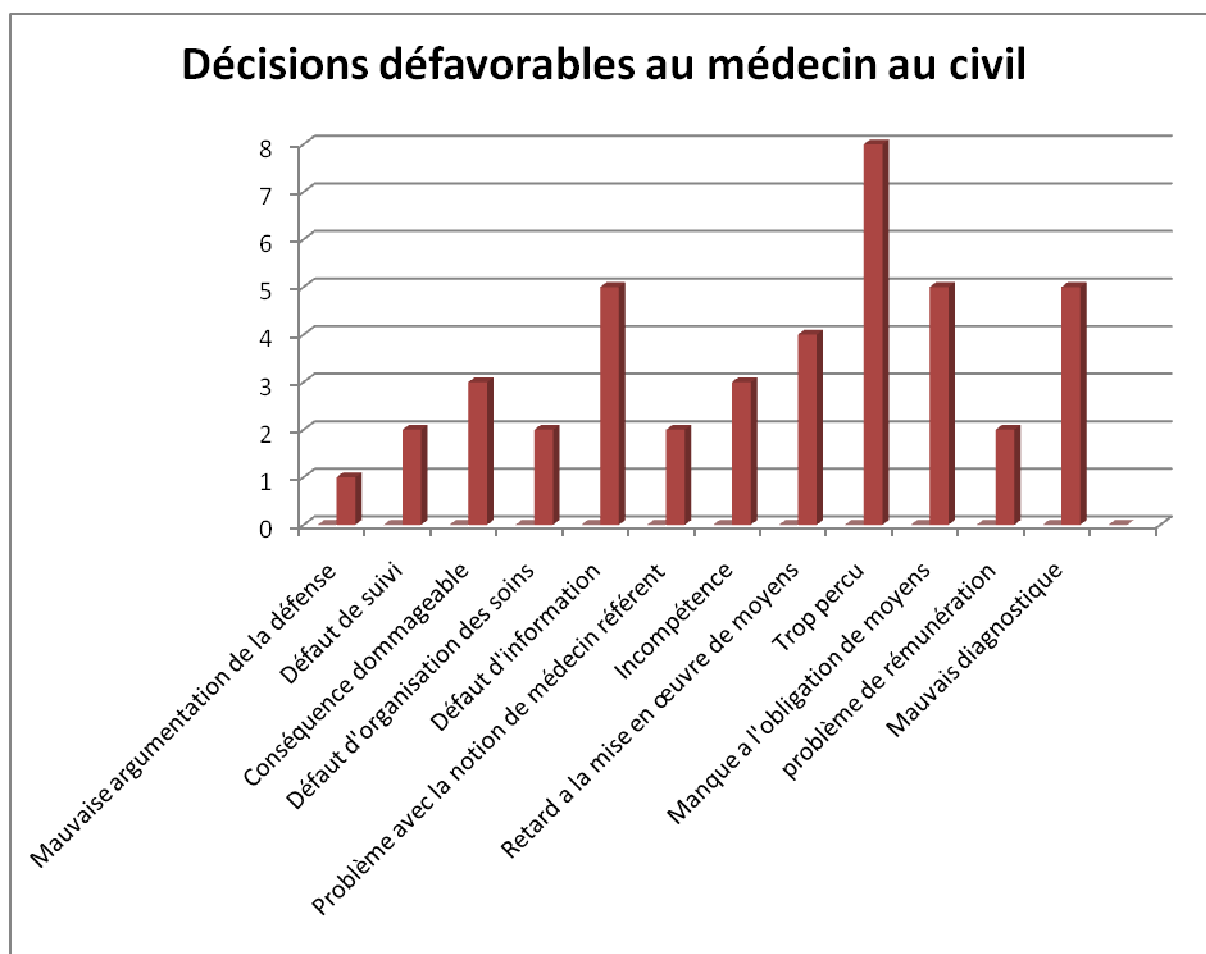
4. Les motifs des décisions défavorables au médecin

a) *Les juridictions pénales*



Sur les 4 cas de décisions défavorables au médecin généraliste, on retrouve une condamnation au motif que le praticien ne s'est pas déplacé alors qu'il était de garde, une condamnation pour une thérapeutique inadaptée, et dans 2 cas, un retard à la mise en œuvre de moyens. Dans tous les cas, les juges ont également justifié leur décision en invoquant un manque à l'obligation de moyen.

b) Les juridictions civiles



29 décisions ont été défavorables au médecin généraliste devant les juridictions civiles. Il faut signaler ici que l'on peut retrouver plusieurs motifs de condamnation dans une même affaire.

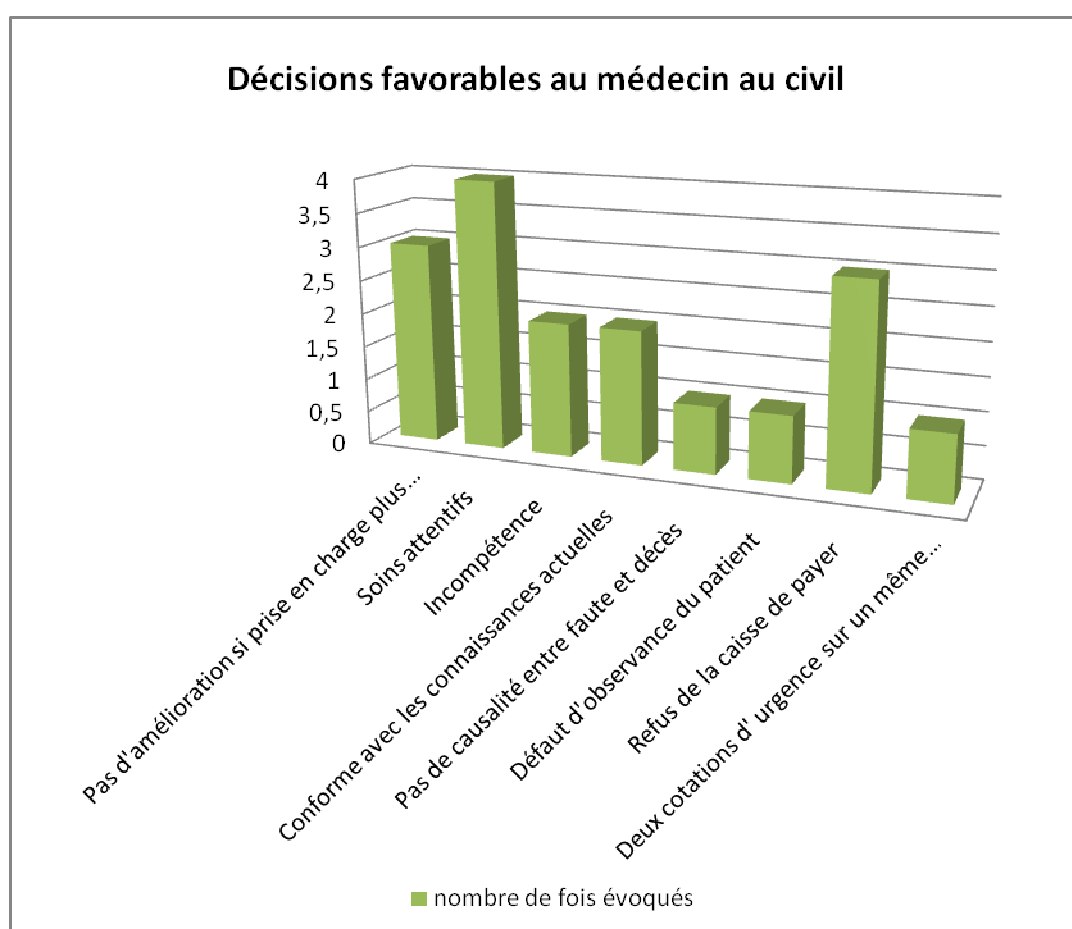
On retrouve un cas de condamnation due à une mauvaise argumentation de la défense¹⁶ dans le cadre d'un litige portant sur des cotisations sociales, 2 cas^{30, 34} de défaut de suivi durant une grossesse. Dans 3 cas^{28, 29, 43}, on retrouve une décision de justice défavorable en raison des conséquences dommageables qu'a subies le patient. Dans 2 cas^{33, 37}, on retrouve un défaut d'organisation des soins. Dans 5 cas^{9, 11, 25, 37, 38}, on retrouve un défaut d'information donné au patient ou récolté auprès de ce dernier lors de l'interrogatoire médical. Dans 2 cas^{26, 53}, on retrouve des problèmes relatifs à la notion de médecin référent. Dans 3 cas^{25, 33, 38}, on retrouve une faute liée à de l'incompétence. Dans 4 cas^{14, 32, 33, 37}, on retrouve un retard à la mise en œuvre de moyens. Dans 8 cas^{15, 17, 19-23, 51}, on retrouve un trop perçu dans le cadre de la cotation d'actes. Dans 5 cas^{29, 30, 32, 34, 41}, on retrouve un manquement à l'obligation de moyens. Dans 2 cas^{49, 52}, on retrouve un litige portant sur la rémunération. Dans 4 cas^{14, 25, 38, 43}, on retrouve une faute liée à un mauvais diagnostic.

5. Les motifs des décisions favorables au médecin

a) Les juridictions pénales

3 décisions de justice ont été favorables au médecin généraliste devant les juridictions pénales. Dans un cas il a été retenu que le médecin avait délivré des soins attentifs⁸. Dans un cas il n'a pas été retenu de lien de causalité entre la faute médicale et le décès du patient⁶. Enfin, dans le dernier cas il n'y avait pas de charge suffisante pour condamner le médecin⁴.

b) Les juridictions civiles

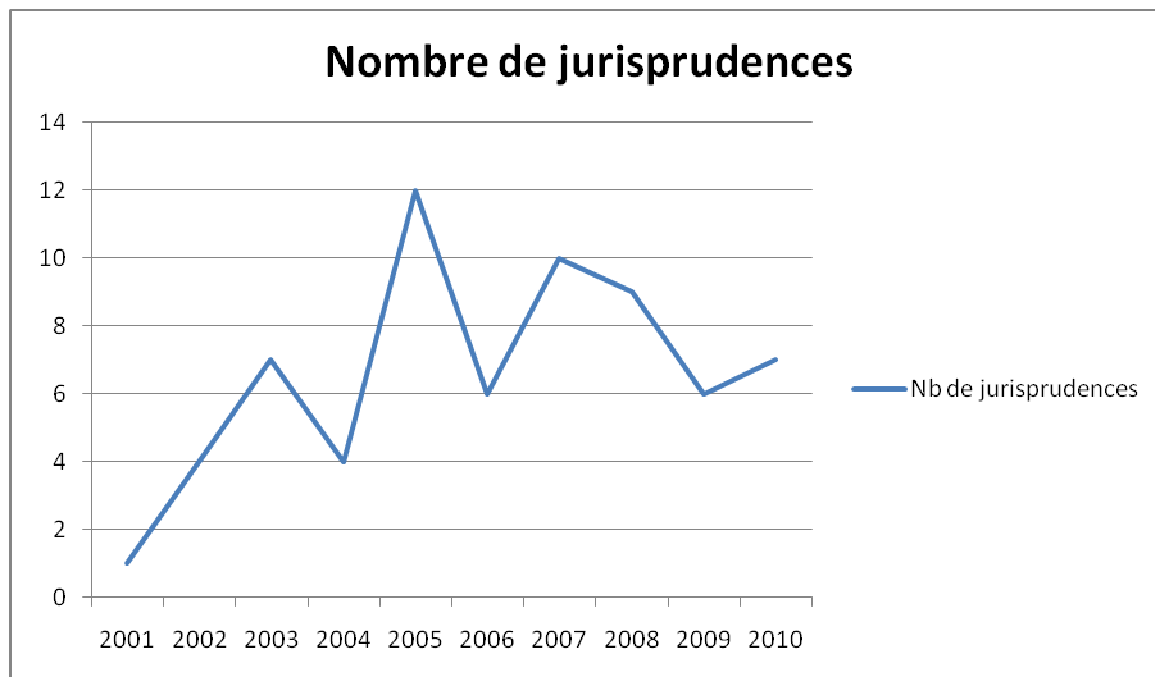


16 décisions ont été favorables au médecin généraliste devant les juridictions civiles. Il faut signaler ici que l'on peut retrouver plusieurs motifs de relaxe dans une même affaire.

Dans 3 cas^{36, 40, 44}, il a été retenu qu'il n'y aurait pas eu d'amélioration si la prise en charge avait été plus rapide. Dans 4 cas^{10, 13, 36, 42}, il a été prouvé que le médecin avait donné des soins attentifs à son patient. Dans 2 cas^{35, 36}, le médecin a respecté son obligation de moyens et ce même lors d'erreurs de diagnostic. Dans 2 cas^{10, 45}, les soins donnés au patient

étaient en conformité avec les données actuelles de la science. Dans un cas ²⁷, le médecin a été relaxé en raison de l'absence de causalité entre la faute commise et le décès du patient. Dans un cas ¹³, il a été retenu un défaut d'observance du patient. Dans 3 cas ^{46, 48, 53}, le médecin a été relaxé car il avait coté convenablement ses actes, dont un cas où deux cotations d'urgence ont été réalisées sur le même déplacement.

6. Evolution chronologique sur 10 ans



Nous remarquons une augmentation globalement croissante des jurisprudences dans le cadre de litiges concernant les médecins généralistes ces dix dernières années. Il faut signaler ici qu'en 2005, il y a eu 12 affaires mais 5 d'entre elles ont été jugées en même temps car elles concernaient le même motif.

IV. DISCUSSION

A. Etude globale

1. Motifs des décisions défavorables au médecin

a) *Au pénal*

(1) Non déplacement lors d'une garde ⁵

Un médecin généraliste, de garde pour le week-end, a diagnostiqué, au téléphone et sans se déplacer, une gastro-entérite avec une prescription de Primpéran® et ce, alors que le patient présentait en fait un infarctus myocardique postéro-latéral. Il a été condamné pour omission de porter secours à une peine de six mois d'emprisonnement avec sursis ainsi qu'à verser des dommages et intérêts car il ne s'est pas rendu au chevet du patient. Il n'a, de cette manière, pas pu apprécier la gravité de l'état du patient car il ne s'est pas déplacé.

(2) Thérapeutique inadaptée ⁷

Le médecin traitant n'a pas informé sa patiente des résultats d'une mammographie et d'une échographie qui mettaient en évidence les premières manifestations d'une atteinte cancéreuse au sein gauche et qui nécessitait un nouvel examen à réaliser dans un délai de six mois. Par la suite, la patiente a subi, sur la prescription du médecin généraliste, divers traitements hormonaux substitutifs contre-indiqués au regard de sa pathologie néoplasique. La patiente est décédée quelque temps plus tard. Au vu des thérapeutiques inadaptées et du défaut d'information le médecin généraliste a été condamné pour homicide involontaire à dix-huit mois d'emprisonnement avec sursis et 8 000 euros d'amende ainsi qu'à cinq mois d'interdiction d'exercice de la profession de médecin.

(3) Retard à la mise en œuvre de moyens ^{2,7}

Un médecin généraliste régulateur du SAMU a été accusé d'homicide involontaire. Il a refusé l'envoi d'une équipe médicale et il a envoyé tardivement un médecin généraliste non muni du matériel nécessaire pour prendre en charge une douleur thoracique qui s'est révélée être liée à un infarctus. Le médecin régulateur n'a pas mis en œuvre les moyens nécessaires en rapport avec sa mission et sa compétence. De plus, à l'heure de l'appel téléphonique, il disposait de trois ambulances. Enfin le seul médecin envoyé au domicile de la victime est arrivé cinquante minutes après l'appel ce qui a entraîné un retard diagnostique et un retard à la mise en œuvre du traitement.

(4) Manque à l'obligation de moyens ^{2,3,5,7}

Un médecin généraliste a été consulté pour céphalées et vomissements par une patiente. Il a diagnostiqué, à juste titre, un risque d'hémorragie méningée et commis une négligence en se laissant dissuader, par le médecin régulateur du SAMU, de faire hospitaliser sa patiente. Il a été condamné à payer diverses indemnités du chef d'homicide involontaire. En effet il avait l'autorité juridique nécessaire pour ordonner cette hospitalisation en vertu du principe de précaution, et ce, malgré la réticence et l'opposition du médecin du SAMU.

b) Au civil

(1) Mauvaise argumentation de la défense ¹⁶

Dans cette affaire, un médecin généraliste n'avait pas conservé des fonds suffisants pour ses cotisations sociales. Le véhicule du médecin généraliste a été saisi pour obtenir le recouvrement de cette créance. Or, il se trouve que le pourvoi a été rejeté en cassation sur le principe que devant la Cour d'Appel, le médecin a omis de préciser que les règles déontologiques de sa profession l'obligeaient à disposer d'un véhicule pour se rendre au domicile de certains patients et avait seulement précisé qu'il se servait de son véhicule pour aller de son domicile à son lieu de travail. Il s'agissait d'un argument qui aurait pu être décisif en première instance mais qui, donné juste devant la Cour de Cassation, n'a pas été recevable.

(2) Défaut de suivi ^{30, 34}

Dans l'un de ces deux cas ³⁴, un bébé est né profondément hypotrophe, atteint d'un poly-handicap sévère en lien avec des atteintes neurologiques. Le suivi a été considéré comme insuffisant car le médecin :

- n'a pas suivi la grossesse de la patiente de manière adéquate,
- les mesures de hauteur utérine n'ont pas été notées lors des consultations,
- la programmation des échographies n'a pas été réalisée dans les règles de l'art, et spécialement, l'échographie réalisée à la 28^{ème} semaine au lieu d'une période 32^{ème} - 34^{ème} ne permettant pas de reconnaître les retards de croissance,
- le médecin généraliste a par ailleurs suivi la grossesse comme une grossesse normale et n'a pas pris d'autres précautions.

Ce manquement a entraîné une méconnaissance d'un poly-handicap sévère de l'enfant né. Le médecin généraliste, dans ce cas-là, a été condamné à un dédommagement financier.

(3) Conséquences dommageables ^{28, 29, 43}

Dans l'un de ces trois cas ⁴³, un médecin généraliste a suivi une patiente aux antécédents de néoplasie du sein pour vertiges et céphalées. Le médecin a diagnostiqué à tort une métastase cérébrale. La patiente a reçu un traitement par radiothérapie et une corticothérapie. Puis la chimiothérapie n'a pas été appliquée car le médecin prescripteur était en vacances. Mais une scintigraphie osseuse n'a pas confirmé la récurrence du cancer. La corticothérapie a par conséquent été arrêtée. Le médecin généraliste a finalement adressé la patiente à un neurologue qui a remis en cause le diagnostic de métastase cérébrale. Le médecin a été condamné à payer de nombreux dédommagements car il a été jugé responsable des conséquences dommageables de l'erreur de diagnostic.

(4) Défaut d'organisation des soins^{33, 37}

Dans un de ces cas³³, une clinique médico-chirurgicale et quatre médecins de différentes spécialités ont eu en charge un patient souffrant d'une douleur thoracique. Cependant aucun médecin n'a fait de dosage enzymatique de troponine ni d'ECG lors d'une douleur épigastrique et il y a eu un retard diagnostique d'infarctus du myocarde. Bien que les soins ont été attentifs et consciencieux, ils ont été jugés trop dispersés pour atteindre leur but et donc un défaut d'organisation des soins a été invoqué. La clinique a été condamnée à réparer 60% du dommage subi par le patient et chaque médecin à réparer 10% du dommage subi.

(5) Défaut d'information^{9, 11, 25, 37, 38}

Dans un cas¹¹, deux médecins ont suivi une patiente pour un problème gynécologique. Ils n'ont pas mené un interrogatoire assez poussé, ce qui a entraîné un retard diagnostique et une extension d'une pathologie néoplasique. Cette évolution a, de ce fait, nécessité l'ablation du système génital et des traitements plus lourds, rendant la patiente précocement stérile et ménopausée.

Il est donc toujours très important de se ménager des preuves que l'information a été donnée et l'interrogatoire médical bien mené. La preuve peut par exemple être établie par des papiers de consentement à faire signer mais aussi par des consultations itératives précédant le geste médical.

(6) Notion de médecin référent^{26, 53}

Ce cas est fréquent pour les procès initiés suite à une action en justice de la sécurité sociale. Mais cela n'est plus d'actualité depuis la notion de médecin traitant qui devient par principe médecin référent.

(7) Incompétence^{25, 33, 38}

Dans un cas par exemple³⁸, le médecin généraliste et le stomatologue ont eu en consultation un patient qui souffrait d'un abcès dentaire. Le médecin a fait un diagnostic erroné d'amygdalite, mais il n'a pas interrogé son patient qui lui aurait alors probablement signalé ses soins dentaires. Le médecin généraliste a prescrit des corticoïdes sous couvert d'une antibiothérapie inadaptée, ce qui a camouflé les symptômes et empêché le cloisonnement de l'abcès qui s'est diffusé dans les espaces parapharyngés et dans la région cervicale. Le patient souffre d'une cécité totale bilatérale, résultant d'une gangrène gazeuse qui s'est développée suite à un abcès dentaire non soigné. Les médecins ont été condamnés à payer des dommages et intérêts supérieurs à 500 000 euros.

Il faut signaler que la faute liée à de l'incompétence n'est pas systématiquement condamnée. En effet, elle l'est uniquement si elle est associée à des conséquences dommageables, à un défaut d'organisation des soins, à un retard dans la mise en œuvre des moyens. Cela correspond bien au fait que les médecins ont une obligation de moyens et pas de résultat.

(8) Retard à la mise en œuvre de moyens ^{9, 14, 32, 33}

Dans un cas ³², un médecin traitant a été appelé pour faire une visite à domicile deux jours de suite sans y aller. Et ce, en dépit des informations de la famille qui signalait l'aggravation de l'état du malade. Il a retardé la mise en œuvre des moyens qui auraient pu sauver ou améliorer l'état de santé du malade. Le tribunal a condamné le médecin généraliste à verser à la mère de la patiente des dommages et intérêts.

(9) Trop perçu ^{15, 17, 19-23, 51}

Cela se produit dans l'hypothèse où le médecin s'est trompé dans la cotation de ses actes. Si un médecin généraliste cote de manière erronée ses actes médicaux et qu'il perçoit de cette manière plus d'honoraires qu'il n'aurait dû en percevoir, il peut être condamné à rembourser la différence à la Sécurité sociale. Cependant il faut savoir que dans 5 de ces jurisprudences ¹⁹⁻²³ il s'agit du même problème de cotation traité le même jour par la même cour mais sous des numéros de dossiers différents.

(10) Manquement à l'obligation de moyens ^{29, 30, 32, 34, 41}

L'exemple le plus fréquent dans la jurisprudence est le non déplacement du médecin lors d'une garde ou lors d'une demande de visite à domicile, ou encore le fait de ne pas être joignable durant une garde ⁴¹. Dans cette affaire, un médecin généraliste était mentionné dans la presse comme médecin de garde. Le 1er janvier, vers 16h30, une patiente âgée de plus de 65 ans se sent prise d'un malaise, elle appelle au téléphone sa fille. Celle-ci se rend immédiatement sur place et tente 10 minutes plus tard de joindre téléphoniquement le médecin de garde. En l'absence de réponse comme de message et de renvoi vers un autre médecin, la famille appelle les sapeurs pompiers qui viennent au domicile vers 17h05 et demandent l'intervention d'un médecin urgentiste du SMUR. Ce dernier est arrivé au domicile vers 17h55 pour constater peu après le décès de la patiente. Le médecin a prétexté qu'il n'aurait pas dû être de garde ce jour et qu'une coupure de courant a entraîné un dysfonctionnement de son répondeur. Le médecin a été condamné car :

- il y a eu une perte de temps dans la délivrance des premiers soins,
- le médecin était dans l'impossibilité absolue d'être joint lors d'une garde,
- il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre d'un service de garde.

(11) Problème de rémunération ^{49, 52}

Il s'agit de problème sur la rémunération dans le cadre d'un contrat avec une structure médicale concernant des médecins qui sont engagés à temps partiel et qui demandent a posteriori une rémunération de temps plein.

(12) Mauvais diagnostic ^{14, 25, 38, 43}

Dans une affaire ¹⁴, un médecin généraliste a été appelé au chevet d'un patient. Le patient a été traité pour une gastro-entérite virale. Puis, au vu de l'absence d'évolution favorable, le médecin généraliste l'a adressé à l'hôpital où le patient est décédé des suites

d'un état de choc septique d'évolution fatale. Initialement la Cour d'appel a condamné le médecin généraliste à cause de ses manquements fautifs qui ont eu pour conséquences de faire perdre au patient une chance de survie.

La Cour de Cassation a cassé et annulé l'arrêt rendu par la Cour d'Appel car celle-ci n'a pas correctement expliqué sa décision. Il appartiendra à une seconde Cour d'Appel de condamner le médecin généraliste en justifiant correctement sa décision.

Ce cas précis a été comptabilisé comme décision défavorable au médecin car bien que l'arrêt de la Cour d'Appel ait été cassé par la Cour de Cassation, il s'agissait d'un problème de rédaction d'une décision de justice et non d'un problème sur le fond de l'affaire.

Au total, on remarque que dans la majorité des cas la faute reprochée au médecin généraliste est un manquement à l'obligation de moyens plutôt qu'un défaut de résultat ou qu'une incompétence médicale (seulement 3 cas).

Les fautes les plus sanctionnées sont :

- le fait de ne pas être joignable lors d'une garde,
- le fait de ne pas se déplacer pour vérifier l'état de santé du patient,
- l'absence de réalisation d'un examen clinique avant de faire un diagnostic.

2. Motifs des décisions favorables au médecin

a) Au pénal

(1) Soins attentifs⁸

Dans ce cas, un médecin traitant a suivi un patient ayant présenté un malaise et des douleurs de jambe inexplicables. Il n'a pas suspecté un risque thrombo-embolique grave. Il n'a pas immédiatement décidé, lors des deux consultations du patient, une hospitalisation en urgence après avoir constaté les symptômes suivants :

- l'apparition de malaises dans un contexte de douleurs prolongées inexplicables de la jambe,
- l'élévation de la température antérieure,
- des crachats sanguinolents.

Le patient est finalement décédé. Le tribunal a rendu une décision favorable au médecin car les signes cliniques présentés par le patient et les investigations que le médecin aurait pu réaliser ne conduisaient pas nécessairement à un diagnostic de thrombo-embolie. Le patient avait été vu à plusieurs reprises par le médecin et bénéficiait d'un traitement anticoagulant. Le médecin généraliste n'a par conséquent pas manqué à son obligation de moyens.

(2) Absence de lien de causalité⁶

Dans ce cas, un médecin a effectué une liposuccion et a prescrit une injection par voie intraveineuse de 20 mg de Tranxène® pour le traitement d'une angoisse survenue quelques heures après la liposuccion. Cette injection a entraîné le décès de la patiente. Il est impossible de savoir si la complication résulte d'une hypersensibilité de la patiente au produit ou bien d'une interaction avec d'autres produits du même type qui lui auraient été précédemment prescrits, car il n'y a pas eu d'analyse biologique ni avant ni après l'injection postopératoire de Tranxène®. Enfin l'absence d'intervention d'un anesthésiste réanimateur ne suffit pas à établir un lien de causalité suffisant avec le décès pour être pris en compte.

En effet, pour qu'un médecin soit condamné, il ne suffit pas qu'il ait commis une faute et que le patient soit décédé. Il faut en effet que le décès soit en lien avec la faute commise, ce qui n'est pas systématiquement le cas.

(3) Absence de charges suffisantes⁴

Dans ce cas, le médecin a été relaxé en raison de l'absence de charges suffisantes. La justice ne prononce en effet une condamnation que si les charges à l'encontre d'une personne sont suffisamment établies.

b) Au civil

(1) Pas d'amélioration si prise en charge rapide^{36, 40, 44}

Dans une affaire³⁶, le médecin traitant a reçu en consultation un patient pour cause de violente douleur au niveau du genou gauche. Il a diagnostiqué une inflammation au lieu d'une fasciite nécrosante. La responsabilité du médecin traitant est engagée en raison d'une erreur de diagnostic et d'un retard d'hospitalisation. Ce retard est lié à une mauvaise appréciation de l'état général du patient. Le médecin généraliste a eu gain de cause au motif qu'il s'agissait d'une infection rare et qu'aucun signe précoce ne laissait suspecter une fasciite nécrosante. De plus, il n'est nullement certain que les conséquences médico-chirurgicales présentées par le patient eussent été différentes en cas d'hospitalisation plus précoce. On ne peut par conséquent pas reprocher au médecin généraliste les conséquences dommageables de ses actes car une prise en charge plus rapide n'aurait pas apporté d'amélioration sur le plan du pronostic.

(2) Soins attentifs^{10, 13, 36, 42}

Dans un cas¹⁰, le médecin généraliste a été consulté par une patiente pour douleur abdominale. Lors de ses visites, il n'a pas diagnostiqué la péritonite grave d'origine appendiculaire nécessitant une opération en urgence. Finalement, la patiente a été opérée mais elle a fait deux arrêts cardiaques qui ont été suivis d'une anoxie cérébrale et d'un coma. La patiente est demeurée dans un état végétatif chronique et irréversible. La solution judiciaire a été favorable au médecin car :

- le médecin a fait un examen clinique sérieux de la patiente,
- la fièvre et la localisation de la douleur plutôt atypique pouvaient conduire, dans un premier temps, au diagnostic d'une infection urinaire,
- il a prescrit rapidement un examen urinaire,
- lors de l'aggravation de l'état de la patiente, il est alors rapidement venu la réexaminer,
- même s'il estimait toujours que la patiente souffrait d'une infection urinaire et avait posé une indication thérapeutique erronée, il avait aussitôt prescrit son hospitalisation où le diagnostic de péritonite a été rapidement évoqué.

Les soins attentifs sont évalués notamment par le nombre d'interventions et de déplacements du médecin. De même, on tient compte de la logique de la prise en charge, par l'analyse de la demande de différents examens complémentaires ou par la demande d'avis de spécialistes.

(3) Soins conformes aux données de la science^{10, 45}

Dans un cas⁴⁵, un médecin traitant a adressé une patiente à un confrère cardiologue. Mais il n'a pas prescrit à sa patiente le traitement recommandé et les examens préconisés par le cardiologue. La patiente a présenté un accident vasculaire cérébral deux ans après la consultation du cardiologue. La justice a tranché en faveur du médecin car :

- l'efficacité d'un tel traitement n'avait pas encore été démontrée de manière scientifique. Aujourd'hui il est effectivement admis qu'un tel traitement assure la protection du risque d'accident cardiaque mais non celui d'accident vasculaire cérébral,
- le traitement préventif à base d'aspirine peut parfois entraîner des accidents digestifs sévères chez une patiente présentant déjà une forte intolérance aux AINS,
- la préconisation du cardiologue n'était nullement impérative. Cela ressort de l'utilisation par le cardiologue du mot *peut-être*,
- à l'époque, en 1991, il n'y avait absolument pas de consensus quant à l'utilisation d'antiagrégants plaquettaire dans les sténoses carotidiennes asymptomatiques,
- il n'y avait nécessité de pratiquer un écho doppler, à l'époque, qu'en cas d'indication opératoire.

En effet les actes médicaux ne peuvent être jugés qu'en fonction des données de la science au moment des faits et non pas au moment du procès ou lors d'éventuelles complications.

(4) Absence de lien de causalité²⁷

Dans ce cas, un médecin généraliste et un médecin anesthésiste ont pratiqué une liposuction sur une patiente. Au cours de l'intervention la patiente a subi une dissection de la carotide interne droite ayant entraîné une hémiparésie partielle, dont elle garde des séquelles. La Cour a rendu un avis favorable au médecin car, bien que la liposuction constitue un acte chirurgical, il n'existe pas de lien de causalité entre le manquement invoqué et le préjudice subi par la patiente. La dissection de la carotide interne droite est un accident imprévisible et n'est pas liée à un défaut de compétence et de qualification de l'équipe.

(5) Défaut d'observance du patient¹³

Un traitement ne peut en effet fonctionner de manière satisfaisante que s'il est suivi convenablement par le patient. Bien que la mauvaise observance puisse être un signe de défaut d'information, le médecin ne peut être condamné si des conséquences dommageables apparaissent suite à une mauvaise observance de la part du patient.

(6) Cotation d'actes^{46, 48, 53}

Par exemple⁴⁶, un médecin est en droit de coter deux fois une majoration *jour férié* pour deux patients présents dans le même domicile et examiné par un médecin un jour férié.

B. Principes en droit médical

L'étude de ces différentes jurisprudences concernant la responsabilité judiciaire des médecins généralistes permet de dégager de grands principes de droit médical :

- ❖ Tout d'abord pour la responsabilité du médecin généraliste, il s'agit d'une obligation de moyens et non pas d'une obligation de résultat et ce, depuis l'arrêt Mercier de 1936 et remis au goût du jour par la loi du 4 mars 2002. L'obligation de résultat est le fait que le médecin doit, de manière impérative, réussir à guérir le patient. La jurisprudence n'impose bien évidemment pas une telle obligation au médecin. L'obligation de moyens est le fait que le médecin généraliste doit utiliser tous les moyens qu'il a à sa disposition pour soigner le mieux possible le patient.
- ❖ Pour que le médecin généraliste soit condamné il est nécessaire d'avoir une faute prouvée, un préjudice et un lien de causalité entre les deux pour être condamné. La faute du médecin ne doit pas seulement exister dans l'esprit du patient. Elle doit en effet être prouvée de manière scientifique. La preuve est très souvent obtenue au moyen d'une expertise médicale. Le patient, s'il désire obtenir réparation, doit avoir subi un préjudice. Mais encore faut-il que la preuve du lien de causalité entre la faute commise par le médecin et le préjudice subi par le patient soit apportée.
- ❖ Il n'existe pas d'obligation de sécurité en général. Cela rejoint le fait que le médecin généraliste a une obligation de moyens et non de résultat. Il existe toutefois une exception à l'absence de sécurité pour le matériel courant utilisé par le médecin. A titre d'illustration, si un médecin utilise des gants stériles, ceux-ci doivent effectivement être stériles et être exempts de vices.
- ❖ Il existe une possibilité d'exonération de la faute dans trois hypothèses distinctes: en cas de force majeure, en cas de fait d'un tiers et en cas de faute importante du patient.
- ❖ Il existe une obligation de donner des soins conformes aux données actuelles de la science. Le médecin doit toujours donner des soins en conformité avec les dernières recommandations. C'est d'ailleurs pour cela qu'un médecin a une obligation morale de se former régulièrement. C'est ce qu'on appelle la formation médicale continue (FMC). Au moment où se déroule un procès, les juges prendront en considération uniquement les données médicales existant au jour où le médecin a soigné le patient. La justice ne peut pas reprocher à un médecin de ne pas avoir devancé la science.
- ❖ Certains médecins peuvent être condamnés pour une erreur de diagnostic. Cependant, l'erreur de diagnostic n'est pas une faute en soi, à l'exception du cas de l'erreur grossière, de la persistance dans l'erreur malgré des signes amenant à changer de diagnostic, ou alors si l'erreur aurait pu être évitée en recourant à des examens complémentaires, à l'exception du cadre de l'urgence. Le fait que l'erreur de

diagnostic n'est pas une faute en soi montre clairement que le médecin n'est pas tenu à une obligation de résultat mais simplement à une obligation de moyens.

- ❖ S'il n'y a pas de faute de la part du médecin, le patient peut être dédommagé au titre de la solidarité nationale, via l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), c'est ce qu'on appelle l'aléa thérapeutique, disposition créée par la loi du 4 mars 2002.
- ❖ Pour les vaccinations obligatoires, en cas de dommage, la responsabilité de l'Etat est engagée. L'Etat peut, si cela est nécessaire, se retourner contre le laboratoire ayant produit le vaccin.
- ❖ En règle générale, on se rend compte que, bien que la justice puisse être clémente lors des erreurs de diagnostic et lors des thérapeutiques inadaptées, voire même pour des erreurs lors de la réalisation des gestes techniques, elle ne tolère pas les défauts de prise en charge de même que les non déplacements dans les gardes et en général les défauts à l'obligation de moyens pour quelque raison que ce soit.

V. CONCLUSION

Dans ce travail, nous avons tenté de faire le panorama de la jurisprudence en matière de responsabilité judiciaire des médecins généralistes dans leur exercice professionnel.

En France, la base de données Légifrance publie tous les arrêts rendus par la Cour de Cassation mais seulement quelques décisions rendues par les autres juridictions. (Les décisions sont publiées sur la base de données Légifrance quand les magistrats en font la demande. La demande est effectuée lorsque la décision de justice rendue présente un certain intérêt). Cette étude n'a donc pas vocation à être exhaustive.

Nous avons pris le soin de résumer certaines jurisprudences citées en exemple (certaines d'entre elles faisant parfois une dizaine de pages) et de les analyser de manière à ce qu'elles soient abordables à un *non-juriste*. Les termes juridiques employés ont été définis et expliqués. Ainsi, chaque médecin voulant améliorer ses connaissances sur sa responsabilité professionnelle est capable de comprendre les jurisprudences citées dans ce travail.

La plupart des médecins ont des idées fausses sur leur responsabilité professionnelle. Beaucoup pensent qu'ils seraient systématiquement condamnés par la justice en cas de problème. Cela se révèle être faux. Si le médecin respecte les principes énoncés plus haut, à savoir notamment une obligation de moyens et le fait d'entreprendre des soins consciencieux et conformes aux données actuelles de la science, il ne sera pas condamné par la justice.

Cette distorsion entre la réalité et la croyance des médecins met en avant une défaillance de connaissance. Pour que les médecins connaissent mieux le droit médical, il serait utile de développer la formation juridique des médecins et de dispenser des cours de droit aux étudiants en médecine et aux internes durant leur formation continue.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. 1^{re} Civ., 8 novembre 2000, Bull. 2000, I, n° 287, p. 186, pourvoi n° 99-11.735 ; Rapport annuel 2000, p. 384 ; JCP. 2001. II.10493, rapport P. Sargos.
2. Cour de cassation, chambre criminelle, Audience publique du 2 décembre 2003, N° de pourvoi: 02-85254.
3. Cour de cassation, chambre criminelle, Audience publique du 2 décembre 2008, N° de pourvoi: 07-87821.
4. Cour de cassation, chambre criminelle, Audience publique du 4 juin 2009, N° de pourvoi: 08-85630.
5. Cour de cassation, chambre criminelle, Audience publique du 4 mars 2009, N° de pourvoi: 08-86465.
6. Cour de cassation, chambre criminelle, Audience publique du 14 mai 2008, N° de pourvoi: 08-80202.
7. Cour de cassation, chambre criminelle, Audience publique du 15 décembre 2009, N° de pourvoi: 08-84084 08-87817.
8. Cour d'appel de Bordeaux, ct0074, Audience publique du 18 avril 2008, N° de RG: 08/00009.
9. Cour d'appel de Versailles, chambre civile 3, Audience publique du 10 février 2006.
10. Cour de cassation, chambre civile 1, Audience publique du 1 mars 2005, N° de pourvoi: 03-19062.
11. Cour de cassation, chambre civile 1, Audience publique du 9 octobre 2001, N° de pourvoi: 00-12285.
12. Cour de cassation, chambre civile 1, Audience publique du 23 novembre 2004, N° de pourvoi: 03-12662.
13. Cour de cassation, chambre civile 1, Audience publique du 24 février 2004, N° de pourvoi: 02-10857.
14. Cour de cassation, chambre civile 1, Audience publique du 31 mai 2007, N° de pourvoi: 06-12641.
15. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 1 juillet 2003, N° de pourvoi: 01-21476.
16. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 15 décembre 2005, N° de pourvoi: 04-14600.
17. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 16 décembre 2003, N° de pourvoi: 02-30651.
18. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 19 janvier 2006, N° de pourvoi: 04-30472.

19. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 21 juin 2005, N° de pourvoi: 03-30715.
20. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 21 juin 2005, N° de pourvoi: 04-30244.
21. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 21 juin 2005, N° de pourvoi: 04-30245.
22. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 21 juin 2005, N° de pourvoi: 04-30246.
23. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 21 juin 2005, N° de pourvoi: 04-30247.
24. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 27 janvier 2004, N° de pourvoi: 02-30650.
25. Cour de cassation, chambre civile 1, Audience publique du 13 novembre 2008, N° de pourvoi: 07-18008.
26. Cour de cassation, chambre civile 2, Audience publique du 8 janvier 2009, N° de pourvoi: 07-20984.
27. Cour de cassation, chambre civile 1, Audience publique du 5 mai 2004, N° de pourvoi: 02-10082.
28. Cour de cassation, chambre civile 1, 14 octobre 2010, 09-68.471, Publié au bulletin.
29. Cour de cassation civile, Chambre civile 1, 25 novembre 2010, 09-68.631, Inédit.
30. Cour de cassation civile, Chambre civile 1, 28 janvier 2010, 08-20.755, 08-21.692, Publié au bulletin.
31. Cour de cassation civile, Chambre civile 2, 14 janvier 2010, 08-17.582, Publié au bulletin.
32. Cour d'appel d'Agen, Audience publique du 21 octobre 2002, N° de RG: 2001/01206.
33. Cour d'appel d'Aix-en-Provence, ct0023, Audience publique du 4 avril 2006.
34. Cour d'appel d'Angers, ct0063, Audience publique du 17 septembre 2008, N° de RG: 05/1956.
35. Cour d'appel de Nîmes, ct0007, Audience publique du 16 janvier 2007, N° de RG: 04/03318.
36. Cour d'appel de Caen, chambre civile, Audience publique du 17 octobre 2006, N° de RG: 02/3078.
37. Cour d'appel de Dijon, ct0349, Audience publique du 12 février 2008, N° de RG: 05/02080.
38. Cour d'appel de Douai, ct0196, Audience publique du 14 juin 2007, N° de RG: 05/02844.
39. Cour d'appel de Lyon, ct0177, Audience publique du 13 novembre 2007, N° de RG: 07/00284.

40. Cour d'appel de Lyon, Audience publique du 13 juin 2002, N° de RG: 1999/05772.
41. Cour d'appel de Nîmes, ct0007, Audience publique du 2 octobre 2007, N° de RG: 05/00614.
42. Cour d'appel de Nîmes, ct0289, Audience publique du 6 novembre 2007, N° de RG: 05/00966.
43. Cour d'appel de Paris, ct0063, Audience publique du 29 septembre 2006, N° de RG: 233.
44. Cour d'appel de Paris, Audience publique du 3 juillet 2003, N° de RG: 2000/02272.
45. Cour d'appel de Riom, Audience publique du 12 juin 2003, N° de RG: 00/2973.
46. Cour de cassation, chambre sociale, Audience publique du 11 mars 2003, N° de pourvoi: 01-21272.
47. Cour de cassation, chambre sociale, Audience publique du 21 juin 2006, N° de pourvoi: 05-40528.
48. Cour de cassation, chambre sociale, Audience publique du 25 mars 2003, N° de pourvoi: 01-21354.
49. Cour de cassation, chambre sociale, Audience publique du 20 mai 2008, N° de pourvoi: 06-44798.
50. Cour de cassation civile, Chambre sociale, 3 février 2010, 08-43.031, Inédit.
51. Cour d'appel de Montpellier, ct0015, Audience publique du 4 juillet 2007, N° de RG: 06/07079.
52. Cour d'appel de Toulouse, ct0112, Audience publique du 25 juin 2008, N° de RG: 07/01670.
53. Tribunal des affaires de sécurité sociale de Moulins, chambre civile 2, Audience publique du 24 janvier 2008, N° de RG: 25/16.

AUTEUR : Nom : RUIZ

Prénom: Philippe

Date de Soutenance : 11 juin 2013

Titre de la Thèse : La responsabilité judiciaire du médecin généraliste Analyse des jurisprudences sur une période de 10 ans

Thèse, Médecine, Lille,

Cadre de classement : *DES médecine générale*

Mots-clés : Droit médical, jurisprudence, procès, médecin généraliste

Résumé : Contexte : Durant les études de médecine nous n'avons qu'une formation théorique juridique limitée alors que le nombre de plaintes et de procès dans le milieu médical augmente. Cette thèse a pour objectif d'analyser les jurisprudences en matière de responsabilité judiciaire des médecins généralistes dans le but d'améliorer la formation juridique des médecins généralistes sur leur pratique professionnelle.

Méthode : sur la base de données Légifrance, j'ai effectué une recherche concernant la jurisprudence publiée entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2010 portant sur les mots clés « médecin généraliste » et « patient ».

Puis j'ai résumé et analysé les 52 jurisprudences ainsi retrouvées.

Résultats : En moyenne seul un médecin sur trois est relaxé. Lorsqu'ils sont condamnés, c'est le plus souvent pour défaut d'information, manquement à l'obligation de moyens ou retard dans la mise en œuvre des traitements.

Les fautes liées à de l'incompétence ne sont pas systématiquement condamnées.

En revanche, les arguments fréquemment mis en œuvre lors des relaxes sont les soins attentifs, et l'absence de meilleur pronostic si la prise en charge avait été plus rapide.

Enfin, il y a effectivement chaque année une augmentation du nombre de jurisprudences concernant la responsabilité des médecins généralistes.

Conclusion : Pour que les médecins connaissent mieux le droit médical, il serait nécessaire de développer la formation juridique des médecins et de dispenser des cours de droit aux étudiants en médecine et aux internes durant leur formation continue.

Composition du Jury :

Président : Professeur P. THOMAS

Assesseurs : Professeur V. HEDOUIN

Docteur A. LEROYER

Directeur de Thèse : Docteur J. POLLARD