

# **PLAN**

## **I. INTRODUCTION**

- 1) Le contexte
- 2) Objectifs de l'étude

## **II. MATERIEL ET METHODE**

- 1) Choix du matériel
- 2) Recueil des données
- 3) Critères d'inclusion
- 4) Critères d'exclusion
- 5) Méthode d'analyse

## **III. RESULTATS**

- 1) Caractéristiques des plaintes
- 2) Motifs des plaintes
- 3) Volonté du plaignant

## **IV. DISCUSSION**

- 1) Discussion sur la méthode
- 2) Discussion sur les caractéristiques et la formulation des plaintes
- 3) Discussion sur les motifs des plaintes
- 4) Discussion sur la volonté du plaignant

## **V. CONCLUSION**

## **VI. BIBLIOGRAPHIE**

## **VII. TABLE DES MATIERES**

## **VIII. ANNEXES**

**Annexe 1** : Exemple de plainte adressée au Conseil de l'Ordre

**Annexe 2** : Synthèse des recommandations sur la rationalisation des certificats médicaux, éditée par l'Assurance Maladie en collaboration avec le CNOM

# **I. INTRODUCTION**

## **I. 1 ) Le contexte**

L'exercice de la médecine générale est très riche humainement par l'interaction permanente avec le patient. La qualité de la relation médecin-patient et du soin délivré est sous-tendue par le respect des principes fondamentaux du Code de Déontologie Médicale.[1]

Durant cette dernière décennie, nous avons assisté à une profonde modification du contexte de travail du médecin par rapport à sa responsabilité professionnelle accrue et par le renforcement des droits du patient avec la loi du 4 Mars 2002. [2]

Un risque de judiciarisation rampante pourrait sembler planer sur le rapport entre le soigné et le soignant. Cette évolution proviendrait notamment d'autres pays étrangers comme les Etats-Unis, avec une empreinte certaine pour les spécialités chirurgicales mais elle est aussi présente pour la médecine ambulatoire qui a les mêmes devoirs dans le soin délivré. Néanmoins, nous sommes encore loin d'une dérive « à l'américaine » selon une étude récente comparant l'évolution du contentieux médical en France et aux Etats-Unis. [3] En effet, au-delà des différences culturelles, les systèmes juridiques sont très divergents, le système américain favorisant le contentieux par ses singularités (class-action, jury populaire, rémunération des avocats...).

Une situation conflictuelle peut aboutir à la formalisation d'une plainte contre le médecin. Cette plainte peut avoir une forme de traitement juridique multiple selon la nature du conflit soulevé.

Le plaignant peut ainsi déposer une requête auprès du Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins (CDOM) qui a le devoir de veiller au respect du Code de Déontologie Médicale. Le CDOM reçoit cette plainte et doit organiser une conciliation entre le plaignant et le médecin afin de comprendre et de résoudre le conflit. Si cette conciliation n'aboutit pas ou si une faute déontologique est manifeste, la plainte est transmise à la

Chambre Disciplinaire de Première Instance (au sein du CROM) qui a un pouvoir de sanction disciplinaire.

Indépendamment du résultat de la conciliation ou des conséquences disciplinaires et au-delà de la légitimité ou non des reproches du plaignant, le médecin confronté à une plainte déposée au Conseil de l'Ordre peut avoir deux types de réactions.

Il peut présenter une angoisse de la nouvelle plainte, avec un sentiment de culpabilité fondé ou non qui peut modifier ses aptitudes et son comportement dans l'exercice médical.

Il peut au contraire améliorer sa pratique médicale en comprenant et corrigeant les manquements déontologiques éventuels.

Dans ce contexte se pose la problématique de l'origine des plaintes déposées au conseil de l'ordre.

## **I. 2 ) Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de ce travail est d'identifier les motifs de ces plaintes visant les médecins généralistes. Cette spécialité est très exposée à la relation conflictuelle dans son exercice, compte tenu d'une part de sa position centrale dans le soin avec la fonction de médecin référent et d'autre part de la multiplication des actes administratifs, phénomène récent et en augmentation. Il est important de pointer ces motifs de plaintes et de comprendre pour chacune de ces situations s'il y a eu ou non un manquement déontologique. Toute plainte doit permettre d'améliorer la pratique professionnelle.

L'objectif secondaire est d'analyser les motivations du plaignant. Cette dimension de la volonté sous-jacente du plaignant est intéressante à explorer pour définir le rôle réel de la plainte au Conseil de l'Ordre.

## **II. MATERIEL ET METHODE**

Ce travail de recherche repose sur une étude qualitative des plaintes adressées au Conseil de l'Ordre visant un médecin généraliste.

### **II. 1) Choix du matériel**

La constitution du matériel a été réalisée avec l'aide du Dr Clouet, président du Conseil de l'Ordre de Loire-Atlantique, et Mme Josse, juriste.

Il m'a été proposé d'étudier l'ensemble des plaintes reçues durant l'année 2011 concernant les médecins généralistes, notamment pour deux raisons.

Le nombre annuel de ces plaintes est relativement stable depuis ces dix dernières années pour le Conseil de l'Ordre de Loire-Atlantique, cet échantillon annuel n'est donc pas biaisé par un nombre trop faible ou trop important de plaintes.

Enfin, lors du début de mon travail de recherche en 2013, je ne pouvais pas explorer les plaintes plus récentes de l'année 2012 puisque certaines d'entre elles étaient toujours en cours de traitement par les instances disciplinaires.

### **II. 2) Recueil des données**

Les plaintes sont archivées au Conseil de l'Ordre une fois leur traitement institutionnel clos.

Une copie m'a été fournie, au préalable strictement anonymisée au niveau des données de reconnaissance possible du plaignant ou du médecin concerné. Il n'y a pas eu de rupture du secret médical.

Les seules données sociologiques caractérisant la nature du plaignant (sexe, statut professionnel...) ont pu être mises en évidence dans la plupart des plaintes, permettant

d'enrichir l'analyse, tout en ne présentant pas une entorse au secret professionnel.

Il n'y a pas eu de retranscription des plaintes, le matériel étant exploitable immédiatement. Chaque extrait cité dans les résultats de l'analyse est annoté par le numéro de la plainte.

## **II. 3) Critères d'inclusion**

Les plaintes analysées respectent les critères suivant :

- Traitement en 2011 par le Conseil de l'Ordre de Loire-Atlantique
- Médecin visé par la plainte : spécialiste en médecine générale
- Objet de la plainte : conflit reposant sur une situation clinique ou sur une prestation administrative (certificats, arrêts de travail...)

## **II. 4) Critères d'exclusion**

- Plainte déposée par un professionnel de santé et/ou relevant d'un conflit d'ordre professionnel :

Une plainte déposée par un ostéopathe-kinésithérapeute pour médisance auprès de patients sur son « sérieux professionnel » de la part d'un médecin généraliste n'a pas été traitée

Néanmoins, une plainte écrite par un médecin (régulateur du SAMU) a été incluse. L'objet ne relevait pas d'un conflit entre professionnels, le plaignant relate uniquement en tant que témoin une situation clinique.

- Plainte visant un médecin généraliste hors du contexte de l'exercice de médecin traitant en cabinet ou en visite à domicile :

Quatre plaintes concernant des médecins généralistes travaillant comme médecin conseil de la CPAM ont été écartées.

Une plainte au sujet d'une expertise médicale n'a pas été traitée.

- Objet de la plainte ne reposant pas sur un conflit lié à une situation clinique ou à un acte administratif :

Une plainte déposée par une employée de cabinet (femme de ménage) au sujet des conditions de son licenciement et de propos racistes à son égard de la part d'un médecin généraliste, son employeur, n'a pas été prise en compte.

Une plainte écrite par un voisin d'un cabinet pour nuisance sonore a été écartée.

## **II. 5) Méthode d'analyse**

Le travail de recherche repose sur une étude rétrospective qualitative des plaintes.

Plusieurs lectures successives ont permis d'organiser et affiner les résultats suivant une méthodologie définie.

Une première exploration des lettres a isolé des unités thématiques de motifs de plaintes amenant la construction d'une grille thématique.

Une analyse transversale a ensuite permis d'identifier les thèmes comparables afin d'homogénéiser les grilles.

L'objectif final est de mettre en valeur les thèmes et sous-thèmes afin d'obtenir une vue critique descriptive des motifs des plaintes.

Dans un second temps, une analyse complémentaire a essayé d'identifier des éléments permettant de caractériser les objectifs recherchés par le plaignant.

Compte tenu des critères d'inclusion et d'exclusion, le nombre total des plaintes étudiées dans ce travail est de 39. Les extraits cités dans l'analyse des résultats sont numérotés de 1 à 39 en fonction de leur plainte d'origine. Il est précisé que cette numérotation des plaintes est régie par leur ordre de traitement lors du travail d'analyse et non par leur ordre chronologique de dépôt pendant l'année 2011.

A titre d'exemple pour illustrer le matériel exploité dans ce travail de recherche, une copie de l'une des plaintes analysées est jointe. **[Annexe 1]**

# **III. RESULTATS**

## **III. 1) Caractéristiques des plaintes**

### **III. 1.1) Plaignant**

La nature du plaignant est très diverse.

En majorité, ce sont des patients eux-mêmes qui ont formulé ces plaintes :

- Femmes : (2) (4) (14) (17) (19) (22) (29) (31) (35)
- Hommes : (3) (6) (18) (20) (32) (39)
- Couples : (15) (16)

L'entourage familial d'un patient s'est substitué à celui-ci :

- Entourage familial : (5) (24) (28) (30) (32) (36) (37)

Les plaintes déposées par des employeurs ou des avocats représentant une entreprise constituent l'autre partie significative du matériel étudié :

- Employeurs : (8) (9) (13) (21) (26) (33) (38)
- Avocats : (12) (23) (34)

Les représentants d'établissements de vie ou de milieu scolaire ont formulé quelques plaintes :

- Directeur d'établissement médico-social (foyer-logement) : (1) (11)
- Educatrice d'accompagnement : (10)
- Proviseur de lycée : (25)
- Directrice d'école maternelle : (27)

Enfin, la plainte d'un médecin régulateur du SAMU a été prise en compte :

- Médecin régulateur : (7)

### **III. 1.2 ) Formulation**

#### **III. 1.2.1 ) Adresse**

Le plaignant a adressé sa requête écrite à l'institution ordinale mais à divers niveaux en première intention, avec une grande majorité pour l'échelon départemental :

- CDOM : (1) (3) (4) (6) (7) (8) (10) (12) (13) (15) (16) (17) (20) (22) (23) (24) (26) (27) (28) (29) (30) (33) (34) (35) (36) (38) (39)

- CROM : (2) (5) (9) (11) (19) (25) (31) (32) (37)

- CNOM : (14) (18) (21)

#### **III. 1.2.2 ) Rédaction**

L'analyse de la rédaction de ces 39 plaintes montre :

- une moyenne de 1,8 pages pour expliquer l'objet de la plainte
- 11 plaintes manuscrites et 28 dactylographiées
- 13 plaintes accompagnées de pièces annexes (photocopies de certificats/arrêts...)
- 3 plaintes adressées par mail pour 36 par voie postale

### **III. 1.3 ) Contexte d'écriture**

#### **III. 1.3.1 ) Comportement répétitif**

Le plaignant rapporte que son avis est partagé par d'autres patients, il veut intensifier la charge de la plainte.

*« comportement inadmissible ! De plus plusieurs personnes s'en sont déjà plaint au niveau du secrétariat pour ce médecin » (16)*

La pratique pointée, ici la rédaction de certificats, serait usuelle selon le plaignant.

*« ce n'est pas la première fois que ce médecin a recours à ce genre de certificats sujets à question » (27)*

Ainsi le dépôt de la plainte peut résulter de la répétition d'un comportement ou de la rédaction de certificats.

#### **III. 1.3.2 ) Retentissement psychique**

Le plaignant rapporte qu'il a été directement victime d'un comportement humiliant de la part de son médecin, tant dans ses propos que dans le déroulement de la consultation.

*« Je ne vais pas chez un médecin pour me sentir blessée et humiliée » (22)*

Dans ces plaintes, un choc psychologique est décrit devant des situations ou comportements extraordinaires selon le jugement du plaignant.

*« nous avons été choqué et moi-même était en larmes vis-à-vis du manque de respect de ce médecin » (16)*

*« dans un état de stress et de fatigue nerveuse énorme car de toute ma vie je n'ai été confrontée à une telle situation. Je reste profondément choquée [...] j'avais l'impression d'être une « pestiférée » (19)*

*« Nous avons été étonnés et profondément choqués » (28)*

*« Je suis choqué, mes enfants également par de telles pratiques dans un moment très douloureux » (32)*

*« Votre comportement inacceptable vis-à-vis de vos patients (clients) nous laisse quelque peu abasourdis et scandalisés » (36)*

Un sentiment de rancune est littéralement exprimé, l'agressivité du plaignant l'amenant jusqu'à une proposition répressive.

*« vous pouvez compter sur nous pour faire écho auprès de la population locale de votre approche toute personnelle que vous avez de la pratique médicale » (36)*

Le plaignant est submergé par ses émotions. Il relate les conséquences psychologiques extrêmes suite au décès de son épouse qui est au cœur de sa plainte.

*« je tente de faire face aux déferlantes du chagrin qui m'assaillent sans répit, à ce chagrin-nausée qui empoisonne mes heures et qui*

*me fragilise au point de me demander parfois : pourquoi survivre ? » (30)*

La plainte a pu être formulée après une longue période douloureuse de questionnements et d'angoisses.

*« je ne sais pas par quoi commencer, mis à part que cela fait maintenant 6 mois que nous vivons dans l'angoisse par rapport à notre fille » (37)*

La décision d'écrire et envoyer une plainte au Conseil de l'Ordre peut être difficile à prendre pour le plaignant. La situation conflictuelle a un retentissement psychique d'une intensité telle que le plaignant est poussé à s'engager dans cette démarche administrative.

La tonalité émotionnelle est une dimension importante dans la formulation de la plainte et la décision d'écrire la plainte découle des sentiments sous-jacents.

Le retentissement psychologique explique que des plaintes soient adressées à distance de l'acte médical.

### **III. 2 ) Motifs des plaintes**

#### **III. 2.1 ) Consultation médicale**

##### **III. 2.1.1 ) Qualité relationnelle**

Dans ces plaintes, le comportement du médecin dans son interaction avec le patient est critiqué. L'attitude globale de celui-ci inquiète le patient jusqu'à s'interroger sur ses compétences. Il y a un manque de concentration au sein de la consultation. La première plainte relate même un comportement imprévisible du médecin « à la masse » déjà connu de sa patientèle.

*« Il m'a paru alors un peu perturbé, ce que j'ai relevé devant les autres patients. L'un d'entre eux a répondu que ce médecin est à la masse et qu'il le connaît depuis longtemps [...] nous sommes entrées dans son bureau qui comme l'ensemble du cabinet, n'est pas entretenu correctement. Nous avons exposé le motif de notre visite, mais j'étais gênée pour exprimer les choses tant l'attitude de ce médecin me paraissait anormale [...] il était en difficulté pour écrire, ne trouvait pas ses mots [...] je lui ai alors fait part de mon inquiétude par rapport au déroulement de cette consultation, et de sa manière de traiter les choses. » (10)*

*« Il a été extrêmement difficile de le recentrer sur l'objet de la consultation » (11)*

Ces plaintes décrivent une agressivité verbale parfois explosive de la part du médecin, rendant perplexes les patients.

*« Il s'est tout de suite énervé et m'a indiqué que je ne mesurais pas la surcharge de travail des généralistes ! Je lui ai expliqué que j'en étais bien consciente, et qu'il avait le droit comme tout le monde d'être malade. Il m'a alors répondu qu'il fallait que j'écrive à Sarkozy [...] il hurlait et il était impossible de discuter » (10)*

*« et à nous faire un sermon et si on n'était pas content d'aller chez un autre médecin » (15)*

*« en arrivant dans son cabinet, elle m'agresse en me disant qu'elle était surprise de me revoir, qu'elle n'avait pas du tout confiance en moi et que je l'avais court-circuitée » (19)*

*« suite à leur appel afin d'établir un constat de décès de notre mère et belle-mère [...] lors de votre entretien téléphonique, vous vous êtes montrée agacée et fait preuve d'une attitude inhumaine » (28)*

*« Il m'a appelé plusieurs fois au téléphone à mon domicile me menaçant de me priver d'un nouveau médecin car il m'a déclaré : Madame je me ferai un plaisir d'expliquer à votre nouveau médecin quel type de patiente vous êtes » (24)*

Un patient dénonce une situation à la limite de l'agression physique.

*« je lui ai dit que je préférerais sortir. Il avançait vers moi et j'ai eu peur qu'il me porte un coup. Je suis allée attendre dans la rue jusqu'où il a continué à me suivre en hurlant qu'il fallait que je revienne immédiatement ! » (10)*

Des propos à connotation sexuelle sont rapportés par une patiente. Celle-ci ajoute qu'elle n'a pas provoqué ce comportement de la part du médecin.

*« Le docteur X a reçu [...] Mlle Y pour une visite médicale de routine. Il lui a fait à plusieurs reprises des allusions sexuelles [...] Mlle Y ne s'est pas montrée avenante envers lui et a été très claire, cependant Dr X a insisté et ce fait a été vécu comme un harcèlement. » (9)*

Ici, le médecin choque le personnel d'une résidence par ses propos vulgaires, racistes et hors de contexte.

*« ce médecin s'est autorisé des propos vulgaires , racistes et insultants devant les résidents sans retenue, parlant de sa*

*consommation d'alcool abusive et régulière » (11)*

Le plaignant relate une situation incongrue lors de la venue du médecin pour le certificat de décès de son épouse. Celui-ci serait accaparé par une transaction avec un infirmier, l'absence d'empathie est remarquable dans cette plainte.

*« une fois dans la chambre où reposait mon épouse j'ai assisté à une scène surréaliste sous les yeux hébétés de l'infirmier. Plutôt que de s'occuper du corps de mon épouse il commence, en sortant son porte-monnaie, à négocier l'achat des piles de la pompe à morphine que l'infirmier était en train de démonter. » (32)*

La qualité relationnelle passe aussi par la confiance réciproque entre le médecin et le patient qui ici emploie le terme de client pour qualifier sa relation avec son médecin.

*« la relation de confiance praticien-patient (client) n'étant plus de mise » (36)*

### **III. 2.1.2) Examen clinique**

Le médecin invite le patient à un examen clinique mais n'effectuerait pas celui-ci, l'auscultation étant généralement l'élément essentiel d'un examen selon le plaignant.

*« qu'il demande à sa patiente de se déshabiller mais qu'il oublie de l'ausculter » (10)*

*« Aucune auscultation, le docteur X ne s'est pas déplacé de son bureau, il n'a pris ni ma température, ni ma tension » (14)*

Le plaignant relève un examen clinique effectué rapidement sur sa chaise dans le cabinet.

*« au lieu de m'ausculter sur sa table d'examen, elle me demande, comme on le ferait à un chien et je pèse mes mots, de bien vouloir rester assise au bureau » (22)*

Le médecin, selon le jugement du patient, montrerait des carences dans l'exécution de l'examen clinique.

*« il a eu beaucoup de difficultés à prendre la tension ainsi qu'à procéder aux auscultations » (11)*

Le plaignant critique la réalisation d'un examen complémentaire, un électrocardiogramme, dont la performance lui semble aléatoire par la compétence du médecin et par la qualité du matériel.

*« cet électrocardiogramme, qui m'a semblé très rudimentaire (3 tentatives ont été effectuées) par rapport à un médecin spécialiste » (20)*

Le médecin a effectué un examen gynécologique sans précaution et la plaignante relève d'autres attitudes et faits lors de la consultation qui s'apparentent explicitement à une agression sexuelle, la plaignante, mère de la patiente, qualifiant la situation de viol.

*« il a fait un toucher vaginal [...] sans gants [...] j'ai dit que c'était un viol ! » (37)*

### III. 2.1.3 ) Temps

Il est reproché un manque de disponibilité de la part du médecin. L'absence de secrétariat implique la nécessité d'appeler plusieurs fois le cabinet pour obtenir le médecin au téléphone et ici, le plaignant parle d'une communication tronquée par « l'agacement » du médecin.

*« Suite à des crises, je l'ai contacté à deux reprises, par téléphone afin de l'informer et d'avoir son avis quant à un bilan neurologique. Lors de ces échanges, ce médecin qui n'a pas de secrétaire, se montrait peu disponible, à la limite de l'agacement. »  
(10)*

Le médecin restreint les actes pratiqués lors de la consultation et oblige le report de vaccins et d'un acte administratif à plusieurs autres consultations, cela sur le motif de la fatigue.

*« le Dr X a commencé à nous faire des réflexions comme quoi qu'il y avait un seul rendez-vous et qu'il était fatigué [...] et que les vaccins fallait prendre un autre rendez-vous et que le dossier médical MDPH aussi » (15)*

Le manque de ponctualité du médecin est pointé ainsi qu'un problème de rendez-vous au même moment pour plusieurs patients.

*« Nous avons attendu plus d'une heure et entre temps, trois autres personnes sont arrivées. Nous avions tous rendez-vous à la même heure, mais pas de médecin dans les locaux » (10)*

Dans ces trois plaintes, le manque de temps consacré à la consultation est relevé. Le médecin se justifie parfois par une surcharge de travail importante. Le débordement du temps de la consultation n'est pas toléré. Dans la dernière plainte, le médecin culpabiliserait le patient.

*« il n' a pas pu réagir et que son emploi du temps était trop accaparé par de nombreuses tâches administratives » (5)*

*« lorsque est venu notre tour, le Dr X ne nous accordait pas le temps nécessaire à une bonne consultation celui-ci se référait sans cesse à sa montre pendant la consultation [...] mon mari n'avait pas fini de rhabiller notre fils que le Dr X nous a invité à partir sans que mon fils soit habillé. Par conséquent nous avons rhabillé notre fils dans le couloir !!! et de plus le médecin nous a reproché d'avoir donné du doliprane dans son cabinet et nous a fait savoir qu'il était très pressé [...] en nous mettant à la porte » (16)*

*« à cause de moi elle perd une heure de son temps, qu'elle est obligée de reprendre tout à zéro » (22)*

### **III. 2.2 ) Prescription**

Le médecin ne vérifierait pas l'intérêt de la prescription.

*« qu'il fasse une ordonnance pour un vaccin sans vérifier si cela est nécessaire » (10)*

La prescription est rédigé par une tierce personne sans statut médical.

*« Sur demande du médecin, l'infirmière a du remplir les deux dernières ordonnances. » (11)*

Le plaignant remarque la difficulté d'obtenir des explications claires par rapport à la posologie du traitement prescrit.

*« celui-ci n'a pas apprécié de réexpliquer la posologie » (16)*

Dans cette situation clinique, il est reproché l'absence de thérapeutique administrée, indispensable selon le jugement du plaignant par rapport aux conséquences ultérieures qui en auraient découlé (dégradation clinique).

*« une infection urinaire sévère non traitée par vos soins [...] malgré une nouvelle visite à domicile [...] sans aucune prescription médicale » (36)*

### **III. 2.3 ) Suivi médical**

#### **III. 2.3.1 ) Refus de rendez-vous / rupture du suivi**

Le médecin reste hermétique à la demande de consultation au cabinet. Il ne veut pas a minima discuter du motif de consultation du patient.

Finalement, le plaignant exprime que le médecin aurait cédé, contraint, en «consentant» un rendez-vous.

*« il refuse ce rendez-vous disant qu'il n'a rien à voir avec moi, qu'il ne veut pas me parler (...) le lendemain il me consent un rendez-vous » (3)*

Le conflit se déroule au sein-même du cabinet. La consultation s'envenime, le médecin coupe court à la consultation en intimant le patient de sortir du cabinet. Ultérieurement, le médecin lui confirme qu'il rompt volontairement le suivi médical.

*« elle voulait rien faire avec moi et que je devais quitter son cabinet. [...] Elle est restée sur sa position de ne plus me revoir dans son cabinet » (19)*

Le patient relate la rupture brutale de son suivi médical, il ne la comprend encore moins au regard de son passif de huit années avec lui.

Les faits se compliquent avec selon le plaignant une volonté du médecin de le disqualifier auprès de ses confrères du cabinet afin qu'elle ne puisse plus revenir dans la structure.

*« le docteur X qui était mon médecin traitant depuis 8 ans n'a plus voulu de moi [...] Par ailleurs elle a aussi passé le mot à ses confrères [...] et personne ne voulait me recevoir » (29)*

Son médecin a rompu brutalement le suivi, sans contexte d'arrêt de son activité. La plaignante relate la prise en charge jusqu'à présent d'un syndrome dépressif par le médecin, pathologie à fort potentiel de décompensation dans ce contexte d'abandon thérapeutique.

*« Je me suis retrouvée du jour au lendemain sans médecin et ma dépression à gérer seule » (29)*

### **III. 2.3.2 ) Dossier médical**

Le médecin ne remplit pas le carnet de santé de l'enfant. Le plaignant, parent divorcé vivant à distance, n'a que ce moyen manuscrit disponible pour avoir une trace du suivi médical de l'enfant en cas de besoin de consultation ou d'urgence pour ce dernier.

*« je n'ai qu'à regarder le carnet de santé alors qu'il n'a jamais rien noté dedans » (3)*

Une tierce personne de l'entourage du patient, présente pendant la consultation, se plaint de découvrir un dossier papier (médecin non informatisé) quasiment vide pour une patiente suivie de longue date.

*« je m'alarmais du fait qu'il n'ait rien de plus dans le dossier de la personne ( deux ordonnances) » (10)*

Les plaignants remarquent que beaucoup d'éléments présents dans leur dossiers médicaux n'ont aucun lien avec une démarche thérapeutique ou scientifique. Ces informations sont délivrées par les patients lors des consultations, mais le fait de les voir littéralement inscrites dans leur dossier crée un sentiment de violation de leur intimité.

*« nous avons eu en notre possession notre dossier médical où sont relatés les faits et diverses choses qui sont d'ordre de la vie privée des gens qui n'ont rien à voir avec un dossier médical » (15)*

### **III. 2.4 ) Compétence médicale**

#### **III. 2.4.1 ) Ressenti du plaignant**

Dans ces plaintes, un jugement personnel sur la compétence médicale du médecin est exposé. Dans la première plainte, le plaignant parle d'une incompétence médicale notoirement connue par les pompiers avec en conséquence un problème de confiance.

*« Et que dire lorsque l'on entend des pompiers dire de ce médecin qu'ils ne veulent même plus l'appeler quand il y a une urgence en intervention car ils n'ont plus confiance dans cette femme?!» (24)*

*« vos carences médicales constatées depuis un certain temps dans la gestion de l'état de santé de maman » (36)*

*« Tous ces comportements médicaux seraient risibles, s'ils ne mettaient pas directement en jeu la vie d'un être humain [...] la non-assistance à personne en danger » (36)*

### **III. 2.4.2 ) Retard diagnostic**

Il est reproché au médecin un manque de discernement et d'initiative devant un ensemble de symptômes constatés depuis longtemps et un état général déclinant. Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique sont retardés.

*« Ces examens-ci et leurs conclusions n'ont pris que quelques heures voire quelques jours. Comment expliquer que des douleurs, un oedème important, une toux, une grande fatigue... qui ont été constatés depuis beaucoup plus de temps n'ont jamais alerté le Dr X. ? » (24)*

### **III. 2.4.3 ) Recours aux tiers**

Le retard de sollicitation d'autres confrères spécialistes est critiqué avec le reproche ajouté d'une notion de compétence supérieure du tiers spécialiste.

*« Pourquoi avoir attendu aussi longtemps avant de l'envoyer voir des spécialistes et des gens beaucoup plus compétents alors qu'elle se plaignait de tout ses maux depuis déjà pas mal de temps ? » (24)*

Le patient aurait forcé lui-même la décision du recours au spécialiste.

*«Au lieu de me dire qu'il ne savait pas ce que j'avais et qu'il ne voulait pas m'envoyer vers des spécialistes. Il a quand même bien voulu et j'ai forcé un peu pour aller voir un neurologue » (40)*

Le médecin critique la compétence de ses confrères gynécologues et des sage-femmes. La plaignante décrit une pression de la part de son médecin traitant pour le suivi exclusif de sa grossesse, dénigrant les autres tiers médicaux possibles.

*« quelques réflexions désagréables concernant cette fois-ci les compétences de ses confrères gynécologues médicaux [...] Elle renchérit en disant que les sage-femmes ne sont pas compétentes pour les accouchements » (22)*

### **III. 2.4.4) Perte de chance**

Le patient relate l'histoire de sa pathologie prostatique. Malgré des dosages répétés montrant un taux de PSA croissant et avec des symptômes cliniques, le médecin n'aurait jamais pris l'initiative d'effectuer des examens complémentaires ou de solliciter un confrère urologue. Le pronostic du patient se serait dégradé du fait de ce retard.

*« je ne suis pas compétent et vous laissez juger d'apprécier si ma situation a été aggravée par les épisodes précédents ou aurait pu l'être si j'avais suivi les conseils du Dr X » (6)*

Un traitement médicamenteux aurait été délétère pour le patient, de surcroît prescrit pendant plusieurs années. Au décours d'une hospitalisation en urgence, des conséquences iatrogéniques ont été objectivées par des examens complémentaires.

*« Ma tension ayant augmenté le Dr X a passé les doses à 5 aldactone et 2 loxen 50 par jour [...] je n'aurais jamais dû prendre ces médicaments, ma tension n'était pas due à des problèmes de surrénales. J'ai donc dû pendant plus de 3 ans prendre des médicaments non anodins, pour rien [...] il va falloir me faire suivre une cure de sevrage, qui amènera d'importantes contraintes [...] sans parler du taux de potassium qui du fait de ces médicaments était très important dans mes prises de sang et qui n'ont jamais remis en cause mon traitement » (31)*

Le plaignant, au cours d'une peine de prison, avait effectué un test sérologique pour le VIH, le résultat à sa demande devait être transmis à son médecin traitant référent. Plusieurs années après, sa compagne est dépistée séropositive au cours d'une grossesse, conséquence de sa propre séropositivité. Il dénoncerait ainsi son médecin pour l'absence de communication du résultat de son premier test qui a entraîné la suite des événements. Il évoque littéralement une responsabilité de perte de chance de survie.

*« Suite à un examen de suivi de grossesse, ma concubine [...] a découvert de manière brutale par son médecin traitant sa séropositivité et que la grossesse devait être interrompue (ITG). Donc par l'énorme négligence du docteur X j'ai contaminé ma femme et perdu un enfant [...] nous portons plainte contre le docteur X au nom de la perte de chance de survie » (18)*

### **III. 2.4.5) Non-assistance à personne en danger**

Le plaignant, veuf, dénonce les conditions du décès de son épouse. Celle-ci aurait demandé par téléphone l'intervention de son médecin en décrivant notamment une symptomatologie de douleur thoracique aigue. Le médecin n'aurait pas compris la gravité et le niveau d'urgence. Explicitement, la notion de non-assistance à personne en danger est décrite et serait reconnue par d'autres professionnels de santé.

*« mon épouse est décédée [...] faute d'avoir été entendue et secourue par un médecin dit de proximité [...] le message téléphonique de celle-ci était clair, sans équivoque et urgent : je ressens une douleur forte à la poitrine... [...] les professionnels de santé rencontrés par la suite et informés des faits ont eu cette réponse laconique « je ne voudrais pas être à sa place », d'autant qu'après information le malaise qui affectait mon épouse résultait d'une artère coronaire obstruée [...] au cours de bien des échanges avec des amis, des cas semblables avaient connu une issue heureuse » (5)*

La même situation se répète dans cette plainte. Le médecin n'aurait pas saisi la gravité des symptômes relatés par téléphone. Les moyens d'urgence nécessaires n'ont pas été mis en œuvre avec en conséquence une issue fatale.

*« mon épouse vous a appelé, dans l'après-midi, pour vous signaler sa grande souffrance et une forte douleur... qui étaient les signaux avant-coureurs d'une crise cardiaque qui devait quelques heures plus tard lui ôter la vie, personne autour de moi n'a encore compris votre comportement apathique et personne ne vous a accordé des circonstances atténuantes [...] Alors qu'il aurait suffi d'un mot, d'une écoute, d'un questionnement... pour que le médecin que vous êtes, et qu'importait l'heure, comprenne l'urgence et décide » (30)*

Un médecin régulateur du SMUR veut alerter le CDOM au sujet d'un dysfonctionnement lors d'une demande d'intervention pour une situation de péril vital. Successivement, deux médecins sollicités n'ont pas voulu aller porter secours à une personne présentant un arrêt cardio-respiratoire, en se justifiant par leur manque d'expérience dans ce cadre d'urgence vitale.

*« Un appel tombe au 15 [...] un arrêt cardio-respiratoire sur Cholet chez un homme [...] le SMUR étant déjà engagé, le Dr X fait appel au médecin de visite sur Cholet pour aller sur place : le remplaçant du Dr Y lui a répondu qu'il n'était pas urgentiste et se sentait incapable d'assurer cette visite [...] Le Dr X appelle alors le médecin posté au CAPS qui lui répond qu'elle ne peut pas quitter son poste... ?! » (7)*

### **III. 2.5 ) Honoraires**

#### **III. 2.5.1 ) Montant des honoraires**

Le plaignant dénonce un nombre très important de consultations pour une même pathologie dans une courte période, sans efficacité clinique selon lui et avec le sentiment de rémunérer exagérément le médecin.

*« j'ai été voir le médecin [...] 19 fois à 27euros la consultation »  
(40)*

Un dépassement d'honoraire est pointé par le fait qu'il n'est pas mentionné sur la feuille de soin.

*« il m'a demandé la somme de 35 euros, me faisant payer un supplément de 12 euros, supplément qui n'est pas mentionné sur la feuille de soins » (14)*

Le patient dénonce une absence d'affichage du tarif des honoraires dans le cabinet, avec ici la notion d'une activité conventionnée en secteur 1 mais avec un dépassement d'honoraire non déclaré au préalable.

*« Il ne m'a pas prévenu au préalable qu'il y aurait un supplément, ce dont je ne me doutais pas, il est conventionné secteur 1, rien n'étant affiché dans sa salle d'attente. » (24)*

La situation est particulière par le fait que le médecin généraliste conventionné en secteur 1 effectue aussi une activité d'échographies obstétricales. La patiente refuse le tarif en vigueur de ces examens d'imagerie qu'elle a pourtant validé en signant les documents administratifs pré-examens.

*« je pensais que tous les médecins secteur 1 étaient remboursés à 100% par la CPAM pour ces actes de suivi de grossesse [...] ce remboursement n'est pas de 100% mais de 70% pour les 2 premières échographies [...] j'ai choisi ce médecin après avoir consulté le site ameli.fr sur lequel elle apparaît en secteur 1 [...] j'ai contacté le secrétariat de ce médecin à 2 reprises, une fois pour demander si le docteur était conventionné secteur 1, la réponse : elle pratique des dépassements d'honoraires ; et une autre fois pour demander pourquoi j'avais payé plus que ce indiqué sur le site ameli, j'ai senti que la question n'était pas la bienvenue et m'a dit sèchement : vous n'avez pas lu le feuille que vous avez signé lors de la première écho ? [...] je ne trouve pas ça normal qu'un médecin conventionné secteur 1 pratique ce genre de dépassements d'honoraires, elle devrait apparaître en secteur 2, il s'agit donc de publicité mensongère sur le site ameli.fr » (4)*

Le plaignant relève un manque d'information préalable sur la facturation non prise en charge par la sécurité sociale d'une consultation pour un certificat de sport. Il reproche la réalisation d'un électrocardiogramme qu'il ressent comme un acte supplémentaire abusif pour augmenter le coût de la consultation.

*« A l'issue de la consultation, il m'a été demandé le règlement de 38 euros d'honoraires, 23 euros au titre de la visite et 15 euros au titre de l'électrocardiogramme. Je n'ai pas discuté du bien fondé de cette facturation sur l'instant [...] Il ne m'a jamais été indiqué de façon explicite que cet électrocardiogramme [...] ferait l'objet d'une facturation supplémentaire, a fortiori non remboursée [...] Cela ne s'apparente-t-il pas à un dépassement d'honoraire dissimulé ? » (20)*

Les honoraires demandés pour la rédaction d'un certificat descriptif pour coups et blessures semblent abusifs pour le patient. Celui-ci rapporte les propos du médecin qui stipule qu'il ne voit pas de contrainte déontologique pour fixer ses émoluments dans le cadre d'un acte purement administratif pour une assurance.

*« Il m'a facturé deux fois la même consultation puisqu'il m'a fait ensuite une facture de 69euros pour le certificat (qui fait quelques lignes) ; 69euros justifié selon ses dires par le titre donné à son certificat coups et blessures involontaires... S'agissant d'un certificat pour une assurance il n'était pas tenu au tact et à la mesure, m'a-t-il déclaré » (24)*

### **III. 2.5.2) Remboursement**

Le médecin n'a pas visiblement de dispositif pour pour traiter la prise en charge de l'acte par la carte vitale. Il doit alors donner une feuille de soins papier, ce qu'il n'aurait pas fait dans la situation relevée.

*« j'ai prévenu également la curatrice de la personne et vérifié que les consultations soient remboursées car ce médecin n'est pas relié au dispositif carte vitale et ne nous a pas remis de feuille de soins » (10)*

### **III. 2.5.3 ) Comportement vénal**

Le plaignant allègue à son médecin une attitude vénale. Il juge que son médecin a un rapport à l'argent néfaste pour la relation clinique.

*« on lui rapportait rien, vu qu'on est au tiers-payant » (15)*

Le patient dénonce un nombre très important de consultations itératives chez son médecin traitant pour une même pathologie, sans évolution clinique.

*« votre seul sujet de préoccupation étant de savoir quand et comment vous alliez être réglée. [...] là encore votre obsession à connaître les modalités de règlement s'est répétée » (28)*

### **III. 2.6 ) Certificats médicaux**

#### **III. 2.6.1 ) Certificats de dispense de sport**

La plainte relève une incompatibilité : lors de la même consultation (jour daté identique pour les deux certificats) le médecin a délivré un certificat d'aptitude à une pratique sportive et un certificat de dispense de sport pour l'établissement scolaire.

*« le médecin a établi, le même jour, une dispense de sport de 15 jours et un certificat d'aptitude à la pratique du tir à l'arc en compétition » (25)*

Le proviseur d'un lycée dénonce un problème manifeste de date de certificat. Le médecin a rédigé une dispense de sport scolaire pour l'année entière mais avec une antidatation de plusieurs mois.

*« En Mai, l'élève nous a remis une dispense de sport de 9 mois, à compter du 2/11/2010 ; ce certificat a été établi le 18 mai 2011 par le médecin alors que l'élève avait participé aux cours d'EPS en décembre, janvier, et début février ! » (25)*

### **III. 2.6.2 ) Certificats descriptifs**

La directrice d'une école maternelle pointe les agissements récurrents d'un médecin au sujet de certificats descriptifs.

Pour un certificat, une ITT de 8 jours aurait été fixée volontairement par le médecin pour qu'une procédure judiciaire puisse être déclenchée avec plainte pour violence d'un enseignant sur l'élève. Cela impliquerait une partialité du prescripteur.

Un autre certificat délivré par ce médecin, pour un autre élève de la structure, mentionnerait un jugement arbitraire sur le bien-être de l'enfant .

*« ce certificat [...] fait état d'une ITT de 8 jours pour un hématome constaté sur l'avant-bras d'une de nos élèves. Nous ne sommes pas sans savoir qu'une ITT de 8 jours est la condition pour pouvoir déposer une plainte pour violence, ce qui a d'ailleurs été fait le jour-même à l'encontre d'un des membres de la communauté enseignante par la mère [...] Ce même certificat fait parallèlement mention du terme agression [...] un certificat émanant de ce même médecin notifiait que le bien-être d'un enfant était incompatible avec l'équipe enseignante » (27)*

Dans le cadre de la rédaction d'un certificat descriptif initial, ici une cycliste bousculée par une voiture, la plaignante pointe une interprétation du médecin qui qualifie « d'involontaires » les coups et blessures.

*« Comment peut-il écrire coups et blessures involontaires... il n'était pas témoin de l'accident je m'étonne qu'il ait certifié quelque chose que je ne lui avait pas dit » (24)*

### III. 2.6.3 ) Certificats avec immixtion dans les affaires de famille

Dans le cadre d'une procédure de divorce, l'ex-mari a fourni un certificat rédigé par son médecin traitant dans lequel des propos subjectifs sur la santé et le comportement de l'ex-épouse sont dénoncés par celle-ci. Elle précise qu'elle n'est pas une patiente du médecin et qu'elle habite très loin géographiquement. Elle ajoute littéralement que le prescripteur devrait faire preuve de réserve sans engager sa position personnelle.

*« un certificat médical établi par le Dr X dans lequel il certifie un comportement de ma part alors que je n'ai jamais consulté ni vu ce médecin. Il faut noter que je demeure à 500km du cabinet [...] il me semble déplacé qu'un médecin, devant faire preuve de réserve face à son patient puisse prendre partie et faire un diagnostic sur une personne qu'il n'a lui-même jamais rencontrée [...] Etant en conflit avec mon ex-mari [...] je n'admets pas qu'un médecin se positionne et utilise son statut pour établir un certificat médical où est mélangé un diagnostic de santé et une position personnelle suite aux seuls dires de son patient Mr Y » (2)*

Ici encore dans le cadre d'un divorce avec un conflit autour de la garde des enfants, l'ex-mari présente un certificat rédigé par son médecin attestant de ses valeurs de « bon père ». L'ex-épouse atteste le lien personnel très étroit entre son ex-mari et le médecin.

*« Comment ce médecin se permet d'attester que Mr X est un bon père ! Sachant que c'est avant tout un ami, avant d'être un médecin (était témoin de mon mari à notre mariage) [...] je suis contre de tels agissements d'un document écrit à mon encontre, sur les dires de Mr X qui utilise les pouvoirs de son ami médecin » (17)*

Le cadre de l'immixtion familiale se répète dans cette plainte dans un contexte de divorce. Là aussi le médecin qui n'est autre que le propre frère de l'ex-mari a délivré un certificat engageant sa position personnelle à l'avantage de ce dernier.

*« Je me permets de vous adresser ce courrier au sujet d'une attestation faite sur l'honneur par le Dr X ceci à la demande et dans l'intérêt d'une affaire qui m'oppose à son frère » (35)*

### **III. 2.6.4) Certificats pour harcèlement moral au travail**

Dans ces quatre plaintes, le conflit est identique sur deux aspects.

Le plaignant est une entreprise (un employeur et trois avocats représentant une entreprise), en procédure avec un employé dans le cadre d'une situation de harcèlement moral au travail.

L'objet de la plainte est la délivrance par le médecin traitant de l'employé d'un certificat attestant un pathologie anxiodépressive en lien avec un harcèlement professionnel . C'est ce lien de causalité qui est dénoncé. Les plaignants argumentent l'invalidité de ce type de certificat par l'absence du médecin sur le lieu de travail pour attester les faits de harcèlement qui ne lui sont rapportés que par son patient.

*« Madame X produit deux certificats médicaux rédigés par le Dr X [...] ces deux certificats font référence à une prétendue anxiété réactionnelle secondaire à un harcèlement hiérarchique au travail [...] il semblerait que le Dr X n'est pas fait montre de toute la prudence nécessaire lors de la rédaction de ces deux certificats, en affirmant ce qu'il n'a pas lui-même constaté » (12)*

*« il est manifeste que ce médecin a rédigé un document qui établit un lien de causalité entre l'état de sa patiente réel ou allégué et les relations contractuelles qu'elle avait avec son employeur. Il est clair que ce document rédigé par le Dr X déborde manifestement la fonction du médecin qui n'a ici pas posé un diagnostic médical mais apporté une appréciation dans une situation qu'il lui a été soumise » (23)*

*« un certificat médical établi par le Docteur X [...] le Docteur croit pouvoir y énoncer Etat dépressif majeur lié au harcèlement moral sur le lieu du travail, alors qu'il ne s'est jamais transporté sur le lieu du travail de Madame [...] il n'a pu en conséquence être le témoin direct d'agissements de l'employeur susceptibles d'altérer l'état de santé de Madame [...] Nonobstant, le praticien considère comme une réalité l'existence d'actes de harcèlement moral dans notre entreprise » (34)*

*« Son médecin certifie soigner sa patiente pour un syndrome anxiodépressif suite à un harcèlement professionnel » (38)*

### **III. 2.7 ) Arrêts de travail**

Ici, l'objet de la plainte est un problème de datation d'arrêt de travail . L'employeur remarque que, selon son employée, les deux premiers jours de la semaine avaient été déclarés comme absence pour enfant malade puis ont finalement été inclus dans un arrêt de travail couvrant toute la semaine.

Le plaignant dénonce une conséquence financière plus lourde pour lui et il suspecte une faute du médecin prescripteur qui aurait antidaté l'arrêt de travail.

*« le mardi 22 février, une de nos salariés, Madame X, nous appelle pour nous prévenir qu'une de ses enfants est malade et qu'elle ne peut pas venir travailler. Le mercredi 23 février, cette salariée rappelle à nouveau disant que son autre enfant est malade à son tour et qu'elle ne pourra pas non plus travailler. Le jeudi 24 février, elle rappelle à nouveau en nous annonçant être personnellement malade. Elle nous précise qu'elle se rendra chez son médecin traitant et nous tiendra informé. Elle rappelle effectivement dans la journée et nous informe être en arrêt jusqu'au dimanche 27 février. Le lundi 28 février, nous recevons son arrêt par la poste. Nous*

*constatons avec surprise que celui-ci débute le 22 février, et non le 24 février, couvrant ainsi les absences pour enfant malade, soit 2 jours avant qu'elle ne soit elle-même en arrêt maladie [...] notre entreprise, subit un préjudice financier du fait de cette pratique illicite puisque l'arrêt passe de quatre à six jours. » (8)*

Ici encore, un employeur dénonce un problème d'antidatation d'un arrêt de travail : son employé confirme lui-même qu'il a consulté le médecin une semaine après la date stipulée sur l'arrêt de travail engageant le début de celui-ci.

*« nous avons un salarié qui est en arrêt depuis le 15/7, dans les 48h toujours pas réceptionné un avis d'arrêt de travail. Je le contacte, il me précise qu'il n'a pas pris le temps de prendre rendez-vous avec son médecin [...], qu'il avait rendez-vous que le 21/7 mais qu'il revenait de toute manière que le 25/7 au travail. A ce jour je reçois par voie postale son avis d'arrêt de travail et là je vois que le médecin en question met arrêt du 15 au 22/7 avec bien évidemment sorties libres et signé du 15/7 ?? Je redemande au salarié de me préciser sa date de son rendez-vous chez son médecin et me reconfirme le 21/7. [...] Ce qui me gêne c'est que ce médecin a fait à mes yeux un faux dans le sens où il a vu son patient que le 21/7 et non le 15/7 comme il l'a stipulé sur l'avis d'arrêt de travail » (21)*

A l'inverse, dans cette plainte, le prescripteur aurait anticipé l'arrêt de travail en effectuant une post-datation : le début de l'arrêt est daté et donc programmé une semaine après le jour de la consultation.

*« nous avons eu la surprise hier matin (4 octobre) de recevoir un arrêt de travail concernant une de nos employées dont le congé maternité s'arrête le 8 octobre prochain, posté le 3 octobre et*

*surtout daté du 9 octobre [...] Nous ne comprenons pas comment un arrêt de travail peut être délivré le 3 octobre et daté du 9 octobre » (13)*

Un employeur met en doute la justification de la mise en arrêt, alléguant un caractère de complaisance à la délivrance du certificat par le médecin.

*« je vous communique un certificat médical de complaisance pour le moins si ce n'est faux en écriture produit par Mr X » (26)*

L'ensemble du document de l'arrêt de travail pose ici une question d'authenticité avec notamment des doutes sur la date de la consultation (cabinet du médecin fermé le dimanche...).

*« est-il authentique ? Ne s'agit-il pas d'un certificat de complaisance ? Pourquoi n'est-il pas daté ? [...] Le cabinet médical étant fermé le dimanche [...] quand ce certificat a-t-il été rédigé ? » (33)*

Un employeur s'interroge sur la justification du motif de l'arrêt de travail, en l'occurrence la nécessité pour l'employé de veiller au domicile un membre majeur de sa famille pour raison médicale.

*« Peut-on faire ce type de certificat pour que le garde malade reste au domicile pour veiller sur un jeune adulte comme s'il s'agissait d'une enfant en bas-âge ? » (33)*

### **III. 2.8 ) Charlatanisme**

Le prescripteur propose une thérapeutique obscure, sans AMM, susceptible d'être nocive pour le patient. Le produit est vendu librement sur Internet et produit à l'étranger, cela alertant le patient qui dénonce les faits.

*« au vu des résultats du labo, le Dr X m'a orienté vers un traitement non prescriptible, qu'il m'a marqué sur un bout de papier. Il s'agissait de commander en Angleterre un produit vendu sur Internet, produit à base de dioxyde de chlore » (6)*

Le médecin fait preuve de publicité commerciale. Le traitement est imposé au profit de la crédulité du patient. Les promesses thérapeutiques sont fantastiques, magiques, sans preuve scientifique.

Le nom en lui-même du site Internet délivrant le produit implique volontairement une notion de soin magique avec le terme « miracle ».

*« mon médecin traitant m'a dit et un peu forcé qu'il fallait que j'achète des produits sur des sites internet basés en Angleterre. Un des sites qu'il m'a recommandé était : MINERALMIRACLE.COM, un site où l'on guérit le SIDA, les hépatites, les cancers. Il m'a recommandé également un autre site. Il m'a menacé qu'il fallait que j'achète ces produits, il a haussé la voix et m'a dit, je reprends ses termes, qu'il guérissait grâce à ces produits le SIDA, les hépatites, les cancers et dans mon cas la maladie de Lyme. » (40)*

### **III. 2.9 ) Secret médical**

Le médecin rompt le secret médical. Il partage avec la plaignante des données cliniques concernant un membre de sa famille, ce dernier n'ayant pas donné son accord pour partager ces informations.

*« le docteur X a gravement trahi la confiance que lui avait fait un de mes enfants car il m'a déclaré : lorsque j'ai soigné votre fils quand il n'allait pas bien et déprimé je l'ai gardé 45 minutes et j'ai hésité à lui faire passer un test de dépression [...] Il me semble qu'il y a non respect du secret médical, mon fils étant majeur » (24)*

### **III. 2.10 ) Soins aux mineurs**

Un père de famille, divorcé et vivant éloigné géographiquement de ses enfants dont il n'a que la garde partielle, pointe le fait que le médecin ne veut pas lui donner d'informations par téléphone au sujet de leur suivi. Il réclame l'obligation d'obtenir son accord lors de toute consultation médicale en son absence pour décider d'un acte thérapeutique. Il ajoute même une nécessité de justification à fournir pour un acte dans le cadre d'une urgence.

*« ce médecin n'a absolument rien voulu me dire sur mes enfants sauf qu'il les voit régulièrement, le reste ne me regarde pas malgré mon entière autorité parentale [...] il n'existe pas de présomption d'accord entre Madame ... et moi-même en ce qui concerne les actes usuels à l'autorité parentale (...) parmi lesquels figurent les traitements thérapeutiques relevant de l'autorité parentale relative aux enfants, je devrais être consulté et donner mon accord au même titre que Madame ... pour qu'une décision de soins soit prise sauf en cas d'urgence qui devra être justifiée » (3)*

### **III. 3 ) Volonté du plaignant**

#### **III. 3.1 ) Demande d'information**

Le plaignant demande littéralement l'aide directe et concrète du conseil de l'ordre pour éclaircir une situation problématique clinique ou administrative. La réponse est attendue claire et précise.

*« est-ce normal ? [...] dans l'attente de vous lire » (13)*

*« Je souhaiterais avoir votre analyse sur cette pratique » (20)*

*« je voudrais savoir si ce médecin a le droit d'écrire cela » (38)*

*« Pouvez-vous m'indiquer si il est normal que ce type de certificat soit aussi cher alors que mon médecin est secteur 1. Merci d'avance pour vos réponses » (24)*

La demande d'information est étayée par une argumentation du plaignant s'appuyant directement sur les principes déontologiques . Le plaignant souhaite une réponse attendue/connue qu'il souhaite utiliser comme preuve dans un contentieux engagé, mais dont il souhaite donner une valeur solennelle par l'expression du conseil de l'ordre.

*« nous vous demandons de bien vouloir nous préciser si les règles déontologiques de la profession de médecin autorisent un praticien à attester – ou les constater – de faits soi-disant à l'origine d'une pathologie qui lui soient simplement rapportés par son patient, plus généralement si le docteur X n'a pas violé l'une de ces règles » (34)*

L'information recherchée sera ici aussi utilisée comme pièce dans le cadre d'une procédure prudhommale.

*« Je vous remercie de bien vouloir m'indiquer la position du Conseil de l'Ordre [...] position que je transmettrai bien évidemment au Conseil de Prud'hommes dans le cadre du dossier en cours. » (23)*

### **III. 3.2 ) Conciliation**

Les plaignants évoquent la possibilité d'une rencontre avec un membre du CDOM et avec le médecin impliqué dans leur courrier. Ils proposent seulement leur contribution pour la suite de leur plainte en restant « à disposition » .

*« je suis à votre disposition pour vous rencontrer si vous le désirez » (6)*

*« je me tiens à votre disposition pour vous rencontrer [...] ainsi que le Docteur X » (12)*

Dans cette plainte, la volonté d'organiser une réunion de conciliation avec tous les protagonistes est très appuyée, dans un contexte de rupture complète du dialogue avec leur médecin.

*« j'espère vivement m'expliquer, moi et ma femme, de tout cela de vive-voix » (18)*

Les plaignants indiquent qu'ils recherchent uniquement de l'aide pour résoudre à l'amiable leur conflit avec leur médecin traitant sans préjudices pour lui. La démarche de la conciliation est proposée.

*« je pense que vous pouvez instruire ce dossier et nous donner une solution qui ne soit pas préjudiciable aux intérêts de ce médecin traitant » (33)*

### **III. 3.3 ) Volonté de sanction**

#### **III. 3.3.1 ) Arguments juridiques**

Le plaignant donne une tonalité forte à sa requête en citant des articles du Code de Déontologie.

*« comme le prévoit le code de la santé » (3)*

*« De telles mentions apparaissent en totale contradiction avec les règles définies par le code de déontologie médicale (notamment les articles 28 et 76 ) » (12)*

*« Je précise, tout en me référant au Code de Déontologie : articles 3 , 31, 2, 33 ... » (35)*

#### **III. 3.3.2 ) Recours multiples**

La plainte a été adressée à la CPAM en parallèle du Conseil de l'Ordre. Les conflits présentent parfois une nature mixte pouvant être résolus par la CPAM, notamment pour des questions d'honoraire et de remboursement.

*« nous avons averti la CPAM de Saint Nazaire par un courrier pour qu'il agisse aussi » (15)*

*« je solliciterai par ailleurs la Sécurité Sociale » (20)*

*« je me suis mise en relation avec la cpam » (21)*

Pour une plainte concernant un problème de comportement du médecin pendant la consultation (harcèlement à caractère sexuel), une procédure a été débutée auprès du commissariat.

*« Sur les conseils des services de gendarmerie, je vous envoie cette lettre [...] une main courante a été déposée au commissariat » (9)*

Le plaignant indique d'emblée que le conflit est déjà ou prochainement engagé dans une procédure juridique avec la sollicitation du Procureur.

*« une copie de la présente a été envoyée au Procureur de la République de Nantes » (26)*

*« je compte y donner une suite juridique » (33)*

### **III. 3.3.3 ) Sanctions réclamées**

Les plaignants emploient directement le terme de sanction. Ils expriment une volonté d'infliger une peine au médecin pour punir une faute qu'ils jugent volontaire. L'espace possible pour comprendre et désarmer le conflit sous-jacent ne semble pas exister, la culpabilité du médecin étant certaine pour les plaignants.

*« je vous demande des sanctions contre cet irresponsable [...] à défaut je me verrai contraint d'engager votre responsabilité devant les juridictions compétentes » (3)*

*« j'attends de vous lire afin de prendre connaissance des mesures ou des sanctions que vous définirez à l'encontre de ce Monsieur dont l'attitude est tout bonnement inacceptable. » (9)*

*« Nous demandons réparations et sanctions pour fautes impardonnables et irréversibles » (18)*

*« je dépose plainte auprès de vous contre le praticien qui a établi un tel certificat et contre le patient . J'ose croire très sincèrement qu'ils seront durement sanctionnés pour ces faits-là » (26)*

*« Je vous demande donc de bien vouloir me donner les modalités à accomplir afin de poursuivre ces deux médecins pour faute dans l'exercice de leur fonction, et qu'à l'avenir ils ne puissent recommencer une telle erreur » (31)*

*« Tout ceci m'amène à vous saisir et à demander au regard du non respect des articles du Code de Déontologie cités ci-dessus une sanction disciplinaire » (35)*

### **III. 3.4 ) Volonté de signalement**

#### **III. 3.4.1 ) Déontologie**

En citant le Code de Déontologie , le plaignant veut renforcer la légitimité de ses propos.

Le but recherché est un « rappel » du médecin à ses devoirs déontologiques.

Le serment d'Hippocrate est reconnu populairement par sa dimension solennelle et ainsi utilisé dans la plainte pour mettre en valeur le manquement professionnel.

*« vous saurez rappeler à l'intéressé [...] qu'il est des erreurs d'écoute que certains interpréteraient volontiers comme des flagrants délits d'incompétence , d'autres rappelleraient les principes du serment d'Hippocrate, devenus de simples mots faute*

*de convictions... » (5)*

*« manque de professionnalisme et d'éthique » (16)*

*« Je regrette vivement que des praticiens soumis à une déontologie et à un devoir d'honnêteté agissent de la sorte » (25)*

*« et le non respect du code de déontologie médical (serment d'Hippocrate) étant largement constatés » (36)*

### **III. 3.4.2) Signalement**

Dans l'ensemble de ces plaintes, le terme de signalement est littéralement employé. Le plaignant veut porter à la connaissance du CDOM un fait ou un comportement qu'il juge incompatible avec les devoirs de la profession de médecin. Cette action de signalement semble représenter une « mission » remplie pour le plaignant.

*« Objet : signalement d'un médecin » (4)*

*« je voudrais vous signaler le comportement inhabituel du Docteur X » (11)*

*« Je tiens à vous signaler le comportement plus qu'abusif et dangereux du docteur X [...] je vous laisse donc juger de la capacité à exercer du docteur X » (14)*

*« je veux juste dénoncer ce recours frauduleux » (21)*

*« Je me permets de vous écrire aujourd'hui afin de vous signaler le comportement intolérable de mon tout nouveau médecin traitant » (22)*

*« Je souhaite attirer votre attention sur les pratiques du Dr X » (25)*

*« Nous vous remercions de prendre en compte ce signalement vous laissons le soin de réserver à cette affaire la suite qui convient » (27)*

*« Par cette lettre je voudrais vous interpeller sur la conduite d'un de vos confrères [...] Je vous laisse juge de donner suite ou pas à ce signalement. Je vous demande simplement de me tenir au courant » (32)*

*« Je tiens à vous signaler un médecin peu recommandable [...] Je trouve le comportement et le professionnalisme de Dr X vraiment déroutant, c'est pourquoi je tiens à le signaler (pour d'autres clients qui iront le voir) » (40)*

Les plaignants, par leur démarche de signalement, veulent induire une réaction de la part du CDOM pour corriger le comportement du médecin dans le but d'éviter que d'autres patients subissent à nouveau le même type de situation délétère. Parfois, le plaignant donne un caractère sacrificiel à son témoignage, empêchant la répétition d'une faute aux conséquences impardonnables pour lui.

*« je vous remercie de bien vouloir faire le nécessaire auprès de ce médecin afin de lui rappeler ses engagements et veiller à ce que cela ne se reproduise plus [...] comptant sur votre professionnalisme » (2)*

*« Mais il est vrai que depuis cette date fatidique, des patients de ce médecin ont pu bénéficier d'un comportement plus réactif et plus vigilant. Mon combat douloureux aurait déjà servi... mais est-ce suffisant ?... » (5)*

*« je vous remercie pour l'attention que vous porterez à mon témoignage et j'espère qu'il permettra d'éviter un drame dans l'avenir » (6)*

*« je vous demande d'agir le plus rapidement vu que nous sommes les premiers à subir » (15)*

*« Je fais cette démarche pour protéger les personnes vulnérables qui pourraient se trouver totalement perturbées par l'attitude méprisante et agressive de cette praticienne » (22)*

*« Nous ne souhaitons pas porter plainte contre cette personne mais aimerions vivement qu'elle soit surveillée [...] nous ne souhaitons pas porter plainte contre le Docteur X mais simplement alerter plutôt que crier au scandale devant son cabinet, et ainsi simplement éviter à d'autres personnes [...] de vivre le même cauchemar que nous vivons actuellement » (24)*

*« j'ai décidé de passer à l'acte en vous écrivant, car je n'aurais pas la conscience tranquille en sachant que le Dr X est capable de déstabiliser d'autres personnes [...] C'est écrit donc je n'ai plus à culpabiliser par rapport à d'autres cas possibles » (37)*

Le plaignant signale un comportement répréhensible selon lui. Il sollicite directement le CDOM pour que celui-ci agisse concrètement auprès du médecin cité dans les faits, mais la forme de l'action voulue est précisée comme un rappel à l'ordre et non une sanction. L'institution ordinale est matérialisée comme une sorte de policier qui se doit de garantir le respect des principes déontologiques, ce qui est effectivement sa première mission.

*« Merci de faire le nécessaire pour que les choses soient plus claires concernant ce médecin » (4)*

*« ce médecin me paraît répréhensible et doit le savoir » (7)*

*« Je vous prie, par conséquent, de bien vouloir constater l'absence de conformité déontologique, des certificats rédigés par le Docteur X [...] et de rappeler ce dernier à ses devoirs sur ce point » (12)*

*« vous rappellerez à ce médecin les règles de base qui fait de votre métier un métier formidable » (16)*

Le plaignant reconnaît la difficulté de l'exercice de la profession de médecin. En perspective de la plainte qu'il formule, il réclame un contrôle plus étroit de cette profession qu'il juge ironiquement trop « libérale » dans tous les sens du terme.

*« L'exercice médical n'est pas sans risque [...] conviendrait-il que cette profession exercée - aussi libérale soit-elle - soit également suivie : la santé des patients ne doit pas devenir un fonds de commerce où les honoraires pourraient prévaloir sur l'écoute attentive et vigilante. » (5)*

## **IV. DISCUSSION**

### **IV. 1 ) Discussion sur la méthode**

#### **IV. 1.1 ) Les points forts**

Beaucoup de travaux ont été effectués sur la plainte du patient dans le cadre de sa relation avec le médecin généraliste avec essentiellement des méthodes de recueil du type focus-groupe ou par entretiens semi-structurés [4]. Le choix de travailler directement sur les lettres écrites par le patient lui-même avec le souci premier d'exposer clairement sa plainte permet ici d'éviter certains biais inhérents aux autres méthodes de recueil sus-citées (biais de subjectivité et de perception des enquêtés par exemple).

Le cadre solennel de la plainte adressée au Conseil de l'Ordre a pour conséquence que le plaignant montre une certaine concision dans ses propos. Cela a permis une identification plus simple et objective des motifs principaux, en évitant des interprétations ou allégations aléatoires des propos du plaignant.

Ce même souci de rigueur a pu être respecté pour l'objectif secondaire de l'analyse de la volonté du plaignant, celui-ci exprimant littéralement son dessein dans la plupart des cas. Aucun autre propos ou formulation sujet à interprétation n' a été inclu dans cette analyse de l'intention du plaignant.

#### **IV. 1.2 ) Les points faibles**

La concision des propos du plaignant est effectivement un atout pour l'identification des motifs de plainte, mais elle engendre une pauvreté du matériel exploré dans certaines lettres. Un nombre plus important de plaintes apporterait probablement plus de richesse dans la compréhension de chaque type de conflit identifié et élargirait peut-être l'éventail de ces motifs. Les plaintes étudiées visent des médecins généralistes de Loire-Atlantique uniquement. Une étude similaire menée dans un autre département avec une densité

médicale plus faible et/ou une population plus rurale aurait pu donner des résultats différents avec par exemple un accent plus fort sur les dimensions de l'accès au médecin.

## **IV. 2 ) Discussion sur les caractéristiques et la formulation des plaintes**

La majorité des plaignants est constituée par des patients ainsi que par leur entourage, ce qui reflète effectivement la place principale de l'interaction avec le patient dans l'activité professionnelle du médecin généraliste.

Une proportion significative des plaignants est formée d'employeurs ou d'avocats représentant des entreprises. Les motifs de ces plaintes concernent uniquement des arrêts de travail et certificats médicaux pour harcèlement moral au travail. L'importance de ce nombre de plaintes illustre la pression forte exercée sur le médecin généraliste par son patient lorsque celui-ci est en difficulté professionnellement.

La grande majorité des plaintes est adressée directement au CDOM, cela valorisant le caractère de proximité de l'institution ordinale avec une échelle départementale essentielle. Les plaintes envoyées au CROM ou au CNOM sont systématiquement réadressées au CDOM pour leur traitement.

L'analyse de la rédaction de la plainte montre plusieurs intérêts. Nous remarquons une concision dans l'écriture (1,8 pages). Le plaignant n'hésite pas à ajouter des annexes à sa lettre (30% des plaintes) du type photocopies d'ordonnances, d'arrêts de travail, de certificats, afin d'étayer l'objet de sa plainte. L'envoi par mail ne concerne que quelques plaintes, mais cette possibilité via le site Internet du CDOM est louable dans l'effort de disponibilité de l'institution ordinale auprès du patient.

Enfin, le contexte d'écriture est important dans l'aboutissement du dépôt de la plainte. La récurrence d'une allégation visant un médecin et surtout le retentissement psychique d'une situation conflictuelle sont des facteurs déterminant dans la décision de formaliser la plainte.

Souvent, les patients conçoivent aussi leur démarche comme un exutoire à leur colère ou leur désespoir face à une situation conflictuelle dans l'impasse.

## **IV. 3 ) Discussion sur les motifs des plaintes**

Ce travail d'analyse a permis d'identifier les motifs de conflit ayant abouti à l'envoi d'une plainte au Conseil de l'Ordre. Par la nature strictement disciplinaire de son pouvoir de contrôle et de sanction, notre institution ordinaire se doit de traiter ces plaintes à la recherche d'un manquement au Code de Déontologie.

Le Code de Déontologie Médicale comporte 112 articles inclus dans le Code de la Santé Publique : R.4127-1 à R.4127-112.

Le champ d'application du Code de Déontologie Médicale ainsi que le devoir du Conseil de l'Ordre de veiller à son respect sont inscrits dès le premier article :

*"Article 1 (article R.4127-1 du code de la santé publique)  
Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L.4112-7 du code de la santé publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 88. Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre."*

Nous nous proposons ainsi de confronter les motifs de plaintes mis en évidence dans ce travail avec les articles du Code de Déontologie pour comprendre s'il y a eu un manquement ou non de la part du médecin.

#### **IV. 3.1 ) Consultation médicale**

Comme nous l'avons identifié dans les résultats de l'analyse, les plaignants ont relevé des comportements reprochables de la part du médecin lors du déroulement de la consultation médicale à travers les dimensions suivantes :

- la qualité relationnelle par :
  - un défaut d'attention envers le patient ou un manque de « concentration » autour des propos ou des symptômes relatés par le patient lors de la consultation ont été critiqués.
  - une agressivité verbale voire physique
  - des propos à caractère vulgaire, raciste ou à connotation sexuelle.
  - un manque de dignité dans son comportement lors d'une visite pour constater le décès d'une patiente.
- l'examen clinique par :
  - son absence manifeste
  - le manque de conditions adéquates et les moyens employés
  - le non-respect de la personne dans le cas d'un examen gynécologique
- le manque de temps consacré

L'article 2 du Code de Déontologie représente en lui-même un condensé des principes de l'éthique médicale.

*"Article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique)  
Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort."*

Le devoir primordial du médecin est de respecter la personne dans son intégrité physique et mentale, son intimité et sa dignité.

La dignité du patient doit être respectée, le médecin doit s'abstenir de toute attitude ou traitement pouvant dégrader chez le patient l'image de soi-même.

L'article 3 du Code de Déontologie revêt lui aussi un caractère solennel avec le rappel des principes moraux qui conditionnent la qualité de la relation avec le patient.

*"Article 3 (article R.4127-3 du code de la santé publique)*

*Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine."*

La probité du médecin l'engage à proposer uniquement des services légitimes.

Le dévouement est le corollaire de la mission de service du médecin. Il doit porter toute son attention au patient et reconnaître toutes ses caractéristiques singulières (âge, sexe, convictions...) sans porter de jugement sur ces différences, cette altérité ne devant pas influencer la qualité de la relation.

L'article 7 du Code de Déontologie énumère les quatre fonctions essentielles du médecin lors du déroulement de la consultation.

*"Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique)*

*Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée."*

Il *écoute*. Le patient doit pouvoir spontanément s'approprier un espace d'expression pour décrire sa plainte. En cas de difficulté, le médecin doit aider le patient à vaincre ses réserves, à s'exprimer, à s'expliquer, à exposer des soucis intimes ou délicats, en montrant son attention et sa compréhension

Il *examine*. Cet examen physique est fondamental, le diagnostic dépendant des données recueillies. Il faut annoncer et expliquer les raisons de cet examen et notamment lors d'un geste particulier comme un toucher pelvien. Des précautions sont obligatoires comme éviter un geste douloureux, protéger contre une contamination, limiter la présence d'un tiers.

Il *conseille* plus qu'il ne décide ou impose. Le médecin doit répondre aux questions du patient. Il propose des recommandations en terme de prévention.

Il *soigne*. Cela englobe les interventions physiques (suture...) et la prescription d'un traitement ou d'examens complémentaires.

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins. Le médecin n'a pas à tenir compte de la nationalité, de l'origine ethnique, de la situation administrative du patient sur le territoire français. La pratique de la médecine ne tolère ni frontière ni racisme.

#### **IV. 3.2 ) Prescription**

La prescription d'un traitement conclue souvent la consultation médicale. Cet acte très important pour le patient a suscité des reproches dans les plaintes analysées : l'intérêt même de la prescription (un vaccin dont la nécessité n'aurait pas été vérifiée), la rédaction faite par un soignant para-médical et non par le médecin lui-même, l'absence de thérapeutique administrée malgré le souhait du patient et enfin le manque d'explication sur la posologie du traitement prescrit.

La liberté de prescription du médecin est un principe fondamental inscrit dans l'article 8 du Code de Déontologie.

*"Article 8 (article R.4127- 8 du code de la santé publique)*

*Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles."*

L'indépendance professionnelle et la responsabilité du médecin encadrent cette liberté de prescription.

Le médecin est seul responsable du contenu de sa prescription et donc de sa rédaction, il ne doit pas déléguer cette fonction à une tierce personne.

Il peut décider effectivement de s'abstenir de prescrire une thérapeutique s'il la juge inutile en fonction de la situation clinique.

Tout traitement décidé doit être réfléchi et approprié « compte tenu des données acquises de la science », il doit donc systématiquement en vérifier l'intérêt.

L'article 34 du Code de Déontologie précise le devoir d'information envers le patient pour assurer la compréhension et la bonne exécution de l'ordonnance.

*"Article 34 (article R.4127-34 du code de la santé publique)*

*Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution."*

Lorsqu'il formule ses prescriptions (traitement, explorations, conseils), le médecin doit accompagner l'ordonnance par des explications claires et précises pour assurer l'observance du patient. Le prescripteur doit aussi attirer l'attention du patient sur les effets secondaires et les contre-indications du traitement administré.

## **IV. 3.3 ) Suivi médical**

### **IV.3.3.1 ) Refus de rendez-vous / rupture du suivi**

Des patients ont condamné une situation de refus de rendez-vous ou parfois de rupture brutale et définitive de leur suivi médical, décisions prises de manière unilatérale par leur médecin traitant.

Un plaignant ajoute que son médecin aurait volontairement élargi cette impossibilité de consulter à tous les confrères du cabinet.

Ces situations sont vécues comme un abandon thérapeutique.

Le contrat de soin est défini par l'échange de consentements entre le patient et le médecin. L'article 47 du Code de Déontologie en précise les principes.

*"Article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique)  
Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins."*

Ce contrat établi est articulé autour de deux libertés.

D'une part, le patient a le libre choix de son médecin traitant et il peut rompre la relation à tout moment sans justification.

D'autre part, le médecin peut se dégager mais sous une triple contrainte qu'il doit respecter au préalable de la rupture :

- l'absence d'un contexte d'urgence
- l'information sans délai du patient de sa décision
- l'assurance de la continuité des soins (dossier médical transféré au nouveau médecin traitant)

Lorsqu'il décide unilatéralement la rupture de la relation avec le patient, il doit lui donner une réponse pertinente sans pour autant être obligé d'exposer ses raisons personnelles, celles-ci relevant d'une clause de conscience. Ce droit à dire « non » existe et devrait être conforme aux convictions de chacun. [5]

#### **IV.3.3.2 ) Dossier médical**

Certaines plaintes ont relevé une difficulté d'accès au dossier. Les patients dénoncent l'absence de consignation des données médicales dans leur dossier qui leur semble vide, avec pour conséquence une difficulté pour la continuité du suivi médical.

Une plainte a dénoncé la présence d'informations relevant de la vie intime des patients dans leur dossier, sans aucun lien ou intérêt par rapport à leur suivi médical selon eux.

L'article 45 du Code de déontologie indique que la conservation et l'archivage des données médicales propres au patient est une obligation inscrite dans le code de déontologie, ainsi que le libre accès du dossier par le patient.

*"Article 45 (article R.4127-45 du code de la santé publique)*

*I - Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.*

*II - A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant."*

Le CNOM précise bien le cadre de cette obligation de conservation des données et leur libre accès par le patient, cela à travers plusieurs intérêts et obligations liés à la pérennisation du dossier dans le temps :

- la continuité des soins

Généralement, mis à part un événement contextuel brutal (pathologie somatique ou psychique grave, décès), la cessation d'activité est une décision prise en amont, une procédure programmée, qui laisse au médecin le temps et surtout le devoir d'en informer sa patientèle.

Si le médecin a un successeur, les dossiers médicaux lui seront transmis avec l'accord des patients.

S'il n'ya pas de successeur, situation de plus en plus fréquente actuellement, le médecin doit transmettre les dossiers aux nouveaux médecins référents des patients, cela à leur demande. Enfin, s'il reste un reliquat de dossiers, il a l'obligation d'en assurer l'archivage.

Cet archivage de dossiers restant engage une information au Conseil départemental pour indiquer le lieu de stockage pour pouvoir répondre à des demandes de patients.

- l'accès au dossier par le patient ou ses ayant-droits

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient autorise l'accès direct au dossier par le patient ou ses ayant-droits sous réserve. Il n'y a pas de limite inscrite dans le temps pour ce droit d'accès.

L'article 46 du Code de Déontologie rappelle cette obligation d'accès au dossier.

*"Article 46 (article R.4127-46 du code de la santé publique)*

*Lorsqu'un patient demande à avoir accès à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci remplit cette mission en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuse en cas de conflit d'intérêts."*

- des preuves en cas de conflit avec recherche de responsabilité

L'ensemble des données du dossier médical, les démarches de soins, les traitements, les résultats d'examens, constitue une source de preuves utilisables en cas de conflit procédurier. Le médecin (ou parfois ses héritiers) peut se défendre à partir de ces données.

Un autre point plus complexe autour du dossier médical est la durée de conservation de celui-ci.

En effet, il n'y a pas de règle juridique claire. [6]

En pratique, l'archivage pendant trente années a été conseillé, se calquant sur le délai de prescription en matière de responsabilité civile. L'article L.1142-28 du CSP issu de la loi du 4 mars 2002 a diminué ce délai à dix années à compter de la consolidation du dommage du plaignant. Mais l'effet de l'abaissement de cette durée de prescription civile reste flou quant à la durée d'archivage des dossiers car l'application de cette durée de dix ans est valable seulement pour les données médicales archivées depuis la loi de 2002 (donc les possibilités pendant trente ans sont toujours ouvertes pour les données antérieures) et le point de départ de ce délai de prescription n'est pas fixé par rapport à la première constatation médicale du dommage mais par sa consolidation, la durée d'archivage s'allongeant d'autant plus que cette consolidation n'est pas acquise...

Parmi les textes relatifs à l'archivage, le CNOM met en valeur l'article L1112-7 du CSP indiquant une période non compressible de vingt années, mais explicitement pour les dossiers régis par les établissements de santé. Il n'y a pas d'information claire à destination des médecins libéraux, donc en l'occurrence pour les médecins généralistes.

Dans ce contexte, le CNOM recommande aux praticiens libéraux de s'aligner sur ce délai minimal de vingt années appliqué aux établissements. Ce délai conseillé n'a qu'une valeur indicative. Il n'y a pas de sanction juridictionnelle dans le cas d'une destruction de dossier médical, sauf s'il s'agit manifestement d'un acte volontaire pour dissimuler des éléments.

De manière pragmatique, cette durée de vingt années est préconisée pour assurer la continuité des soins, permettre l'accès au dossier et conserver des preuves en cas de conflit, tout cela dans une période qui semble assez longue et justifiée.

Enfin, il est important de rappeler l'obligation de protection stricte de ces données médicales compilées, l'article 73 du code de déontologie en précise le cadre.

*"Article 73 (article R.4127-73 du code de la santé publique)*

*Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents. Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur. Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu."*

En effet, le médecin doit protéger contre toute indiscretion le dossier du patient. Cela passe par des mesures physiques dans le cabinet (armoires, code d'accès à l'ordinateur...) et en structure de groupe médical, l'accord du patient devrait être recherché pour la possibilité de consultation de son dossier par les collaborateurs médicaux du cabinet qu'il serait amené à solliciter. Si une exploitation des données à visée de publication est envisagée, une déclaration à la CNIL doit être faite et l'identification du patient doit être impossible, sauf avec son accord.

#### **IV. 3.4 ) Compétence médicale**

La notion de la compétence médicale est très vaste et a été critiquée sous plusieurs aspects dans les plaintes analysées, selon le contexte conflictuel : le retard diagnostique ainsi que la conséquence de perte de chance, le recours aux tiers et enfin la non-assistance à personne en danger.

La compétence médicale est la première exigence de la morale professionnelle du médecin. L'article 11 du Code de Déontologie précise que le médecin a le devoir de s'informer des progrès de la médecine nécessaires à son activité.

*"Article 11 (article R.4127-11 du code de la santé publique)  
Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu"*

Cette obligation est par nature difficile à satisfaire en raison d'une complexité toujours croissante de la médecine.

Le développement professionnel continu comprend l'évaluation de ses pratiques, l'estimation de sa propre compétence et la formation qui permet de corriger ses lacunes.

Trois grands principes régissent le développement professionnel continu :

- la pertinence des actions qui doivent être évaluables et concourir à l'amélioration des pratiques professionnelles
- l'équité des exigences avec le devoir pour tout médecin de pouvoir accéder à ces actions de formation
- l'indépendance des formations dont le financement est assuré par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu pour les médecins libéraux

#### **IV.3.4.1 ) Retard diagnostique et perte de chance**

Certains plaignants ont dénoncé ce qu'il leur semblait être un retard dans l'établissement d'un diagnostic ou parfois décrivent un sentiment de perte de chance par l'aggravation du pronostic de leur pathologie du fait de leur médecin traitant. Ces deux notions sont finalement intriquées, les conséquences péjoratives et la chronologie des faits étant identiques.

Une plainte pointe l'absence d'initiative du médecin malgré l'aggravation clinique constante de la patiente jusqu'à une altération de l'état général très avancée.

Un plaignant critique l'immobilisme de son médecin en terme d'examen complémentaires face à une pathologie prostatique se dégradant.

Un médecin aurait prescrit une thérapeutique inadaptée avec des conséquences iatrogènes délétères pour l'hypertension artérielle d'un patient.

Enfin, un plaignant estime que la séropositivité de sa compagne est due à la négligence de

son médecin qui n'aurait pas communiqué les résultats d'un dépistage antérieur qu'il avait réalisé et ainsi n'a pas établi le diagnostic en amont pour empêcher la contamination.

L'article 33 du Code de Déontologie illustre les obligations propres à la première étape de la prise en charge du patient : la démarche diagnostique.

*"Article 33 (article R.4127-33 du code de la santé publique)*

*Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés."*

L'exercice de la médecine impose que l'on reconnaisse la nature et l'origine du mal pour le soigner de manière adéquate. Si la démarche de réflexion ainsi que l'examen sont bien réalisés, le médecin peut avoir une hésitation et un diagnostic initial absent ou erroné. Il est répréhensible s'il ne recherche pas le diagnostic ou s'il prescrit un traitement standard sans discrimination ni adaptation par rapport à l'évolution clinique du patient.

Dans la mesure où il est nécessaire, le recours aux examens complémentaires ne doit pas être retardé. Ces examens ne doivent pas être inutiles, redondant, ou relevant d'un acharnement diagnostique si l'aboutissement ne serait qu'un traitement palliatif sans modification du pronostic.

S'il est en difficulté pour établir le diagnostic, le médecin doit faire appel à un tiers spécialiste.

#### **IV.3.4.2) Recours aux tiers**

Le retard de sollicitation de l'aide d'un tiers spécialiste a été critiqué.

Un plaignant remarque qu'il a dû « forcer » son médecin traitant pour la décision de consulter un spécialiste pour une pathologie.

Enfin, une plainte relate le dénigrement de confrères spécialistes quant à leur compétence pour le suivi d'une grossesse, le médecin traitant critiquant le souhait de la plaignante de solliciter l'un de ces tiers.

L'article 33 du Code de Déontologie déjà cité demande au médecin d'élaborer son diagnostic en s'aidant s'il y a lieu de concours approprié.

L'article 60 précise le cadre de la sollicitation d'un consultant ou spécialiste.

*"Article 60 (article R.4127-60 du code de la santé publique)  
Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice. S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient."*

Lorsqu'il est en difficulté, avec un avis complémentaire nécessaire, ou s'il juge que son patient doit bénéficier d'une intervention spécialisée, le médecin doit proposer la consultation d'un tiers.

Si le patient par sa propre initiative décide de consulter un tiers, le médecin ne peut s'y opposer, tout en lui indiquant son opinion si par exemple ce choix n'est pas approprié à la pathologie.

Dans tous les cas, le médecin devra fournir un document pour le consultant afin d'éclairer celui-ci sur la situation de santé du patient.

#### **IV.3.4.3 ) Non-assistance à personne en danger**

Deux plaintes ont relaté des situations de péril vital avec une issue fatale par un manque d'appréciation de la gravité de l'urgence par le médecin.

Une plainte concerne un refus successivement de deux médecins d'aller porter secours à un

patient en péril vital, sur le motif invoqué d'une incapacité professionnelle à assurer ce type de secours à personne.

Il est anecdotique de repréciser ici qu'un médecin doit porter secours à toute personne malade ou blessée qui le sollicite ou qui lui est signalée. L'article 9 du Code de Déontologie définit cette obligation.

*"Article 9 (article R.4127-9 du code de la santé publique)  
Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires."*

Néanmoins, il faut que le médecin puisse prendre conscience de l'urgence et de la gravité. Tout l'enjeu est là et est illustré par les deux plaintes relatant une absence de réaction du médecin devant des symptômes décrits par téléphone. Le médecin doit apprécier s'il s'agit d'une urgence ou d'une simple visite qui peut être programmée ultérieurement. Le médecin généraliste est confronté à une multiplication de ce type de sollicitation téléphonique, avec un contexte d'épuisement professionnel voire d'exaspération face à des patients anxieux ou paniqués par des symptômes semblant mineurs. Aussi, de plus en plus de patients abusent du terme «urgent» par commodité pour obtenir une visite du médecin.

En cas de doute, le médecin doit aller voir le patient, quelle que soit la perturbation occasionnée dans son travail. A défaut, il doit lui-même directement et rapidement solliciter le SAMU.

Pour ce qui concerne la plainte relatant le refus de déplacement auprès d'une personne en situation de péril vital, le principe demeure que tout médecin a une compétence générale pour l'assistance à personne en danger et doit recevoir au cours de ses études universitaires et post-universitaires une formation dans le domaine de la médecine d'urgence. Mais, un médecin qui se juge incompetent devant une situation d'urgence doit s'assurer lui-même qu'un autre confrère puisse intervenir le plus rapidement pour éviter d'aggraver le pronostic vital du malade. La plainte ici analysée est donc complexe, puisque la prise en charge du malade (en situation d'arrêt cardiorespiratoire) a dû être probablement retardée, le SAMU étant déjà engagé sur une autre intervention et les deux médecins de garde mobilisables

ayant opposé un refus de déplacement.

Enfin, il est indispensable d'ajouter que la responsabilité de tout médecin d'assister une personne en danger est aussi engagée comme tout citoyen par l'article 223-6 du Code Pénal : « *Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

#### **IV. 3.5 ) Honoraires**

Dans un contexte économique difficile dans notre société, la problématique de la rémunération du médecin a été mise en évidence dans l'analyse des motifs des plaintes.

La place des honoraires dans la relation patient-médecin peut être souvent mal appréhendée et susciter une incompréhension.

Le montant des honoraires est critiqué dans plusieurs plaintes ainsi que le coût supplémentaire lié à la réalisation d'examen complémentaire (électrocardiogramme) ou à la délivrance d'un document administratif (certificat, assurance).

Un plaignant dénonce l'absence de moyen de remboursement (pas de dispositif de télétransmission, ni de feuille de soin rédigée).

Une plainte relève une erreur de montant d'honoraire inscrit sur la feuille de soin.

Deux patients vont même alléguer un comportement vénal à leur médecin et celui-ci aurait montré une attitude discriminante par rapport à leur couverture sociale (CMU).

L'article 53 du Code de Déontologie fixe le cadre de la détermination des honoraires ainsi que de l'information qui doit les accompagner.

*"Article 53 (article R.4127-53 du code de la santé publique)*

*Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémedecine. Le simple avis ou conseil*

*dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues. Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades."*

Le médecin peut encourir une sanction disciplinaire pour honoraires abusifs.

Il doit appliquer le système du tiers-payant pour les soins dispensés aux patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

Il doit inscrire sur la feuille de soin le montant exact des honoraires réellement perçus .

Aussi, il a un devoir d'affichage des informations relatives aux honoraires qu'il pratique. Ces informations doivent être présentes dans la salle d'attente ou dans le cabinet de consultation. Le patient doit avoir accès lisiblement aux montants des honoraires pratiqués ainsi que leur tarif de remboursement par la CPAM.

Enfin, dans une obligation de transparence, le médecin ne peut refuser de donner des explications sur le montant de ses honoraires.

Nous pouvons ajouter que l'article 29 du Code de Déontologie vise les irrégularités commises sur les feuilles d'assurance-maladie.

*"Article 29 (article R.4127-29 du code de la santé publique)  
Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits."*

Le médecin peut être sanctionné s'il inscrit sur la feuille de soin des actes médicaux fictifs, des erreurs volontaires dans la désignation et la cotation des actes et enfin des inexactitudes sur le montant des honoraires perçus.

#### **IV. 3.6 ) Certificats médicaux**

De nombreuses plaintes relèvent des problèmes liés aux certificats médicaux. Actuellement, le médecin généraliste est en effet de plus en plus sollicité par les patients pour la délivrance de certificats à visée diverse.

Des incohérences dans le contenu de certificats de sport, l'aptitude ou l'inaptitude, ont été dénoncées.

Des problèmes d'interprétation par le médecin ont été relevés dans des certificats descriptifs initiaux pour des victimes d'accidents ou de coups et blessures.

La partialité du médecin est mise en valeur dans plusieurs certificats délivrés dans des procédures de divorce, certificats utilisés à l'avantage de l'une des parties, avec ainsi une immixtion dans les affaires familiales de la part du médecin.

Enfin, de nombreuses plaintes dénoncent la notion de harcèlement moral professionnel dans des certificats, le médecin alléguant un lien de causalité entre la pathologie de son patient et son environnement professionnel.

Tous ces types de certificats, délivrés en fonction de la demande du patient, ont en commun un manque de rigueur du médecin, d'une part sur le contenu du certificat qui doit découler uniquement de l'examen médical ou de la constatation de faits, et d'autre part sur la forme du certificat qui ne doit reposer que sur l'objectivité du médecin.

L'article 76 du Code de Déontologie rappelle les principes de la rédaction et de la délivrance du certificat, ainsi que la responsabilité du médecin qui en découle.

*"Article 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique)*

*L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci."*

Le médecin peut refuser les demandes indues ou abusives sauf dans les cas obligatoires prévus par des textes réglementaires. Le certificat médical peut être exigé, par exemple, pour constater une maladie contagieuse, un décès, un handicap, des lésions et traumatismes... Au contraire, le certificat médical ne peut pas être exigé, par exemple, pour attester une absence d'allergie, une activité scolaire (participation à l'enseignement de l'éducation physique sportive, sorties scolaires), la réintégration d'un enfant dans une crèche...

Les données rédigées dans le certificat doivent être objectives, à partir uniquement des constatations médicales. Le médecin ne doit jamais délivrer un certificat à un patient qu'il n'a pas vu et examiné.

Le secret professionnel ne doit pas être violé lors de la délivrance du certificat. Le médecin remet le document au patient lui-même et en mains propres. Lorsque le médecin y fait figurer des renseignements confidentiels, il lui est conseillé d'inscrire sur le certificat : "attestation confidentielle délivrée à X sur sa demande".

Un certificat médical engage la responsabilité du médecin signataire. Il doit donc comporter ses nom et adresse et être signé de sa main, il doit être lisible et daté. Le médecin ne peut antidater ou postdater un certificat.

L'article 28 du Code de Déontologie précise encore la responsabilité du médecin par rapport au contenu du certificat qu'il délivre.

*"Article 28 (article R.4127-28 du code de la santé publique)*

*La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite."*

Les commentaires du CNOM rattachés à cet article nous permettent d'éclairer les obligations propres notamment à la rédaction des certificats descriptifs délivrés pour des patients victimes de coups et blessures ou des certificats descriptifs de complaisance délivrés dans un contexte de procédure de divorce dans les plaintes analysées.

Plusieurs points sont soulignés à cet égard :

- le médecin ne doit certifier que ce qu'il a lui-même constaté
- si le certificat rapporte les dires de l'intéressé ou d'un tiers, le médecin doit s'exprimer sur un mode conditionnel et avec la plus grande circonspection. Le rôle du médecin est d'établir des constatations médicales et non de recueillir des attestations ou des témoignages et moins encore de les reprendre à son compte
- un certificat médical ne doit pas comporter d'omission volontaire, dénaturant les faits
- le médecin est tenu de délivrer à son patient un certificat des constatations médicales qu'il est en mesure de faire, mais il reste libre du contenu de ce certificat et de son libellé

Dans le cas particulier des plaintes dénonçant des certificats médicaux attestant littéralement « le bon comportement » de l'un des ex-époux dans le cadre d'un divorce, ce dernier utilisant le certificat comme pièce dans la procédure, le médecin fait manifestement preuve d'un manquement déontologique par une immixtion dans les affaires de famille. La faute est d'autant plus accablante lorsque le médecin a clairement un lien personnel direct avec le patient auquel il délivre le certificat (frère, ami).

L'article 51 du Code de Déontologie définit les limites de l'action du médecin admis à pénétrer dans l'intimité de la famille.

*"Article 51 (article R.4127-51 du code de la santé publique)*

*Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients."*

Le médecin ne doit jamais se départir de son impartialité. En cas de conflit familial, il peut analyser les faits et prodiguer des conseils sans jamais prendre un parti quelconque. Il ne doit pas accepter d'être juge de la situation et effectuer un arbitrage, particulièrement dans les situations de divorce où il ne doit pas prendre le parti de l'un ou de l'autre notamment pour la garde des enfants. Il ne doit donc pas à cette occasion délivrer un certificat médical imprudent.

Enfin, un nombre significatif de plaintes ont pour motif principal un certificat pour harcèlement moral au travail. Dans ces situations, le médecin allègue un lien de causalité entre la pathologie de son patient, généralement un syndrome anxio-dépressif, et son environnement professionnel. Les manquements déontologiques lors de la rédaction de ce type de certificat ont déjà été relevés.

Actuellement, le médecin généraliste est effectivement de plus en plus confronté à des patients décrivant une situation de détresse morale ou de pression psychologique en lien avec une dégradation de ses conditions de travail. Le médecin doit prendre en charge les conséquences somatiques potentielles et conseiller le patient, mais il doit refuser la demande de certificat pour attester une responsabilité du milieu professionnel du patient. Il doit être solidaire de son patient sans pour autant se laisser entraîner dans la victimisation. Le médecin doit proposer un arrêt de travail s'il juge que l'état de santé du patient est en danger. Enfin, le médecin du travail peut être sollicité pour mieux appréhender l'origine des problèmes sur le lieu de travail.

Les souffrances psychiques au travail ont fortement augmenté en France. Le concept de harcèlement moral a émergé récemment du monde du travail et est aujourd'hui renvoyé au monde médical [7], le médecin généraliste devenant malgré lui le premier gestionnaire de ce type de situation délicate.

Dans le but de limiter ce problème significatif de rédaction des certificats, il est essentiel pour chaque médecin généraliste de pouvoir participer à des modules spécifiques sur ce sujet inclus dans le développement professionnel continu, au-delà de la formation initiale.

#### **IV. 3.7 ) Arrêts de travail**

Des plaintes, déposées par des employeurs ou par leurs avocats, ont décrit des problèmes de chronologie dans les arrêts de travail, notamment par des incohérences entre les dates de rédaction de l'arrêt par le médecin et la consultation réelle du patient. Le procédé de l'antidatation a été mis en évidence.

Une plainte relève aussi un doute sur la justification du motif de l'arrêt, en l'occurrence la nécessité de veiller une personne majeure au domicile.

L'indemnisation des arrêts de travail par les organismes d'assurance maladie et les assureurs, par le biais des indemnités journalières et des indemnités complémentaires, repose sur la constatation médicale de l'incapacité de travail effectuée par le médecin traitant. La prescription d'un arrêt de travail est tout d'abord un acte thérapeutique destiné à un patient dont l'état de santé le requiert. Il engage pleinement la responsabilité du médecin et doit être effectué dans le respect des règles déontologiques.

Le cadre de la prescription de l'arrêt de travail est précisé par l'article 28 du Code de Déontologie médicale, déjà cité, interdisant la délivrance de certificats de complaisance et l'article 50 disposant que le médecin doit, sans céder aux demandes abusives, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

*"Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique)*

*Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables."*

La prescription de l'arrêt de travail ne doit être effectuée qu'après examen du patient et doit être datée du jour de cet examen.

Dans ses recommandations, le CNOM insiste sur le caractère anti-déontologique de pratiques consistant à antidater des arrêts de travail ou à prescrire des arrêts de travail sur simple demande sans examen.

Nous pouvons également rappeler que l'établissement d'un avis d'arrêt de travail faisant état de faits matériellement inexacts constitue un délit que les juridictions pénales peuvent sanctionner lourdement.

En parallèle des principes déontologiques encadrant la prescription de l'arrêt de travail, le médecin est aussi soumis à un contrôle de plus en plus étroit de la part de la sécurité sociale dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé avec la croissance globale des indemnités journalières [8].

Ainsi le prescripteur de l'arrêt de travail se voit attribuer une double rigueur, d'ordre déontologique et d'ordre « économique ».

#### **IV. 3.8 ) Charlatanisme**

Deux plaintes ont manifestement décrit des situations relevant d'une pratique de charlatanisme. Le médecin propose des thérapeutiques de nature obscure, sans justification scientifique et avec des promesses « miraculeuses » de guérison.

L'exercice de la médecine se doit de garder un caractère rationnel infaillible dans la recherche du soin et du soulagement du patient.

Cet espace de rationalité est construit par la transmission des connaissances scientifiques par nos maîtres durant le cursus hospitalo-universitaire, puis par leur constante réactualisation au fil de la carrière professionnelle par une formation médicale continue la plus assidue possible afin d'accompagner le progrès du savoir médical.

Pour aider le praticien et harmoniser avec un souci de rationalité l'exercice de la médecine, des recommandations de bonne pratique sont proposées et actualisées régulièrement par la Haute Autorité de Santé.

Tout cela tend à rechercher un résultat dans le soin et le soulagement, par le moyen de pratiques éprouvées et opposables .

Le Code de Déontologie, par l'article 39, interdit les pratiques de charlatanisme.

*"Article 39 (article R.4127-39 du code de la santé publique)*

*Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.*

Toute pratique magique est bannie. De même l'entretien d'espérances factices est proscrite. Le charlatanisme repose sur l'exploitation de la crédulité du patient. Les pratiques, que l'on peut qualifier de commerciales, qui sont dérivées du charlatanisme voire de l'escroquerie pure et simple, exploitent les attentes et les peurs du patient.

Récemment, les pouvoirs publics ont voulu identifier et analyser le phénomène inquiétant d'amplification des pratiques thérapeutiques charlatanesques, avec leur intrication parfois avec des mouvances sectaires. Un rapport récent d'une commission d'enquête du Sénat [9] s'est intéressé à la question du périmètre de définition du charlatan/escroc qui va parfois jusqu'au gourou, le comportement du médecin charlatan pour les patients dupés pouvant se comparer à celui d'un gourou pour ses adeptes. Les constatations tirées de ce travail sont les suivantes :

- Le corps et la santé sont omniprésents dans les conceptions des mouvements susceptibles de dérives sectaires. La mise en pratique de ces conceptions se traduit parfois, pour les adeptes, par de mauvais traitements qui dégradent leur état physique et mental. Elle peut aussi conduire à une privation de soins.
- Dans certains cas, les « thérapeutes » qui pratiquent ces « soins » étranges vont au-delà du charlatanisme et exercent une forme d'emprise qui, comme pour les mouvements susceptibles de dérives sectaires, peut aller jusqu'à la privation de soins et, parfois, à la mort.
- Quand bien même ils s'en tiendraient à de la charlatanerie, sans que l'on puisse déceler chez leurs clients l'existence d'une influence forte comparable à cette forme d'emprise évoquant un comportement sectaire, leurs torts ne doivent pas être minimisés compte tenu de la particulière gravité de toute escroquerie qui affecte la santé.
- Dans tous les cas, il est impossible d'appréhender la situation des victimes si l'on s'en tient à la logique du consentement éclairé : des personnes fragiles et vulnérables comme peuvent l'être les malades peuvent effectivement se laisser persuader d'adopter des comportements irrationnels sous l'influence de promesses de guérison.

Ce travail s'est penché en première intention sur l'intrication entre des pratiques de charlatanisme thérapeutique et des mouvements à tendance sectaire. Aussi par rapport à la

relation praticien-patient, il est mis surtout en valeur un déséquilibre systématique qui rend possible le charlatanisme le plus farfelu et irrationnel, avec d'un côté un patient en faiblesse/souffrance et de l'autre côté un praticien tout-puissant qui use d'un pouvoir persuasif délétère.

Une arme supplémentaire qui renforce le discours convaincant du praticien charlatan est le retour à la pensée archaïque, avec des thérapies proposées dont l'efficacité s'appuierait sur la redécouverte de savoirs oubliés ou sur des millénaires de pratique.

Le patient lui-même, au-delà d'être une victime de cette relation perverse, se tourne parfois volontairement vers ce genre de thérapeutique, avec les promesses de la magie contre la rigueur de la pensée rationnelle.

Dans une impasse en terme de soulagement, il va renier la médecine moderne pour se tourner vers un espoir possible que représente tout l'arsenal des thérapeutiques alternatives. En effet, en parallèle à la relation directe et singulière médecin-malade, nous pouvons assister à une explosion ces dernières années de l'offre de soins sur Internet.

Les patients, grâce aux nouvelles technologies de communication, vont eux-mêmes chercher des réponses à leurs problèmes de santé jusqu'à trouver conseils thérapeutiques et acheter directement des traitements.

Cette offre de soin est très anarchique, sans aucun contrôle par une instance médicale ou une autorité de santé publique. L'information est rapide, riche, facilement accessible et elle circule librement, mondialisée par le réseau Internet. A l'origine de ces solutions relevant du charlatanisme à un degré plus ou moins significatif, les sources sont très diverses et parfois masquées quant à leur nature, à savoir des pseudo-praticiens, des associations de patients, des mouvements identifiés comme sectaires...

Les plaintes analysées dans notre travail retrouvent clairement différentes caractéristiques du charlatanisme évoquées ci-dessus :

- la relation asymétrique médecin-malade avec une imposition du traitement
- une thérapeutique non éprouvée scientifiquement, non prescriptible
- une thérapeutique en vente libre sur Internet
- une promesse magique de guérison

## **IV 3.9 ) Secret médical**

Une situation de rupture du secret médical a pu être identifiée dans une plainte. Le médecin divulgue des informations sur l'état de santé d'un patient à la mère de celui-ci, sans l'accord du patient.

Le secret professionnel du médecin ou secret médical est l'un des grands principes régissant l'exercice de la médecine. Il est inscrit dans le Code Pénal (art.226-13) dans le CSP (art.L1110-4) ainsi que dans le Code de Déontologie à l'article 4.

*"Article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique)*

*Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.*

*Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris."*

Le secret médical est un droit du patient mais aussi un devoir du médecin. Il est absolu , opposable à tous les tiers et portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion des soins. Le secret s'impose pour tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou même deviner ou déduire. Toute personne doit avoir la certitude absolue qu'elle peut, même après sa mort, se fier à la discrétion du médecin.

Nous pouvons préciser ici les dérogations légales du secret médical décrites par le CNOM. Ces dérogations prescrivent ou autorisent une certaine révélation du secret dans des conditions bien définies. L'obligation du secret demeure pour toutes les autres circonstances.

Le médecin est obligé :

- de déclarer les naissances
- de déclarer les décès
- de déclarer au médecin de l'ARS les maladies contagieuses dont la liste est fixée par voie réglementaire

- d'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques
- d'établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences
- de fournir, à leur demande, aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaire et civiles d'invalidité ou de retraite
- de transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, au fond d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'un dommage (accidents médicaux, VIH, amiante...)
- de communiquer à l'Institut de Veille Sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires
- de communiquer, lorsqu'il exerce dans un établissement de santé, au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité

Le médecin est autorisé :

- à signaler au procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) des sévices constatés dans son exercice et qui permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques
- à transmettre au président du Conseil Général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être
- à communiquer les données à caractère personnel qu'il détient strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, aux médecins conseils du service du contrôle médical, aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, aux médecins inspecteurs de la santé, aux médecins inspecteurs de l'ARS, aux médecins experts de la Haute Autorité de Santé, aux inspecteurs médecins de la radioprotection
- à transmettre les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisé
- à informer les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une

#### **IV. 3.10 ) Soins aux mineurs**

Dans une plainte analysée, on observe un contexte de soin potentiellement difficile à appréhender pour le médecin. Un enfant est pris en charge, ses parents sont divorcés et vivent séparément. Le père qui est éloigné géographiquement et a fortiori moins présent dans le suivi médical de son enfant au sein du cabinet dénonce l'absence de son accord explicite pour des soins courants en cabinet (il ne s'agit pas d'une situation d'urgence à risque vital, telle une intervention chirurgicale).

Sur le plan sociologique, la cellule familiale connaît de grands changements. Ces dernières décennies, nous observons une forte augmentation des divorces avec en parallèle des situations complexes de garde alternée du ou des enfants. Le médecin généraliste se retrouve de plus en plus souvent face à un seul interlocuteur parental lors de la consultation concernant un enfant, l'autre parent séparé vivant plus ou moins à proximité ou au contraire très loin, ce qui rompt dans ce dernier cas son lien avec le « médecin de la famille ».

L'article 42 du Code de Déontologie précise que lorsqu'une personne mineure, ou majeure protégée, nécessite des soins, le médecin sollicité doit obtenir l'accord de ses parents ou de son tuteur légal.

*"Article 42 (article R.4127-42 du code de la santé publique)*

*Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible."*

Le médecin doit donner une information claire et loyale aux parents et titulaires de l'autorité parentale. Leur consentement pour une démarche de soins doit être obtenu. L'information doit être aussi délivrée au mineur dans la mesure du possible et son propre consentement doit être recherché. Si les parents ne peuvent être prévenus en temps utile et que des soins sont urgents, le médecin peut et doit assumer lui-même la responsabilité de la

décision : il donne les soins nécessaires et urgents.

Ici dans le contexte de la plainte déposée, une situation de parents séparés se pose.

L'un des parents s'insurge du fait que son accord n'est pas recherché systématiquement pour les soins dispensés au cabinet par le médecin.

Légalement, l'autorité parentale est exercée en commun par les parents mariés ou vivant en commun. Il en va de même en cas de divorce, sauf décision contraire du juge.

Toutefois, comme précisé dans un rapport adopté par le CNOM [10], l'article 372-2 du Code Civil prévoit toutefois qu'« à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.».

Cette présomption légale a pour but de faciliter la vie quotidienne de la famille de manière générale en évitant que la conception collégiale de l'autorité parentale serve de prétexte pour exiger à tout propos une double signature que l'éclatement fréquent de la cellule familiale rend d'autant plus difficile à obtenir. La jurisprudence considère que cette présomption s'applique pour une intervention médicale bénigne. Dans les autres cas, le consentement des deux parents est requis.

#### **IV. 4) Discussion sur la volonté du plaignant**

La volonté du plaignant a pu être identifiée dans la plupart des plaintes. Des termes ou formulations montrent clairement l'intention finale qui se dessine : une demande d'information, un souhait de dialogue avec le médecin au sein d'une procédure de conciliation, une réclamation de sanctions ou une démarche de signalement de faits reprochables.

En premier lieu, il est intéressant ici de préciser le contexte réglementaire encadrant la responsabilité du médecin afin de comprendre la place de la plainte au Conseil de l'Ordre

dans l'arsenal des voies de recours possibles. Aussi, il faut éclairer le parcours de la plainte suite à son dépôt au Conseil de l'Ordre pour mesurer les enjeux et conséquences potentielles pour le médecin.

#### **IV. 4.1 ) Contexte réglementaire**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient a considérablement modifié le paysage du système de soin par l'accent mis sur la place de l'utilisateur au sein de celui-ci. Ce mouvement général s'intègre comme une démocratisation sanitaire .

La relation singulière entre le patient et le médecin, comme toute interaction, est potentiellement source de conflits.

Auparavant, cette relation semblait significativement déséquilibrée, avec un rapport de force traditionnellement qualifié par la notion de paternalisme médical. Dans ce modèle, le médecin est persuadé de savoir et d'être objectif, il se voit comme le gardien de l'intérêt du patient et il prend les décisions pour lui en respectant en premier lieu un principe de bienfaisance. Dans ce schéma relationnel, il est estimé que le patient se trouve en position d'infériorité dans l'approche du soin, sans collaboration concrète et par conséquent la possibilité d'exprimer sa plainte en cas de désaccord ou préjudice semble limitée.

Progressivement, la nécessité de la prise en compte des droits du patient a été amplifiée, jusqu'à prendre une dimension sociétale majeure. Le contexte notamment des grandes crises sanitaires (hormone de croissance, affaire du sang contaminé...) et l'écho médiatique suscité ont accéléré ce mouvement jusqu'à légiférer sur les droits du patient par la loi du 4 mars 2002.

Cette loi a introduit un ensemble de dispositifs relatifs aux droits du patient avec le principal intérêt de clarifier et valoriser les droits de l'utilisateur dans le système de soin, en particulier dans son rapport avec les professionnels de santé et les établissements de soin.

Le principe de responsabilité pour faute du professionnel est toujours posée, mais la loi reconnaît aussi les préjudices sans faute, notamment des établissements ou par l'aléa thérapeutique, avec une possibilité d'indemnisation .

Ainsi, dans la constitution d'une plainte du patient envers le médecin, quatre voies de traitements possibles se distinguent:

- la juridiction civile : dans la responsabilité civile, les fautes dans l'obligation du médecin dans son contrat avec le patient sont très nombreuses ( secret, information, consentement, diagnostic...). Le but recherché est une indemnisation de la victime.
- la juridiction pénale : les faits répréhensibles sont très graves, notamment l'absence de secours à personne en péril vital, la violation du secret médical ou les atteintes à l'intégrité corporelle. La peine est d'ordre sanctionnelle contre le médecin.
- la juridiction disciplinaire : toute violation des règles du Code de Déontologie peuvent entraîner des sanctions disciplinaires. C'est le Conseil de l'Ordre qui est garant du respect de ces règles, il est aussi le décideur des sanctions. Le point de départ est une plainte du patient déposée au CDOM.
- La voie « non judiciaire » des CRCI : la plainte pour accident est déposée auprès d'une CRCI qui jugera s'il y a faute ou non. C'est une procédure simple, gratuite, et surtout à l'amiable sans intervention juridique. Le but est une recherche d'indemnisation du préjudice par l'ONIAM, reposant financièrement sur le principe de la solidarité nationale.

Volontairement, la responsabilité administrative médicale n'est pas regroupée avec ces quatre voies car elle est corrélée à la loi hospitalière et n'est donc pas engagée pour le médecin singulièrement.

A priori, au regard notamment de la situation dans certains pays étrangers comme les Etats-Unis, le médecin pourrait craindre une inflation du risque professionnel à travers un contexte réglementaire plus avantageux pour le patient.

En réalité, à l'inverse de cette anticipation pessimiste, une étude menée entre 1999 et 2009, incluant judicieusement l'influence potentielle de la loi de 2002, a montré un tout autre mouvement [3].

La « pression juridictionnelle », c'est-à-dire les actions en justice d'ordre pénal/civil des tribunaux ainsi que les condamnations disciplinaires propres au Conseil de l'Ordre, est stable, avec simplement une hausse modérée du nombre de contentieux qui est liée à l'augmentation globale de la consommation de soin.

La « pression conflictuelle » des dommages causés par l'activité des professionnels de santé représentée par l'ensemble des demandes en réparation auprès des CRCI, suit une croissance régulière.

L'inversion de tendance dans l'évolution des conflits traités juridictionnellement ou à l'amiable est très remarquable passant de 86% en 2003 à 46% en 2009 pour les conflits gérés par les juridictions, et de 14% en 2003 à 54% en 2009 pour les conflits gérés à l'amiable via les CRCI.

Cela traduit une influence très positive de la loi du 4 mars 2002 qui a créé une procédure simple et claire pour le traitement de la plainte du patient par le principe de règlement à l'amiable par les CRCI et la possibilité d'indemnisation par l'ONIAM.

Ce mode de traitement de la plainte est intéressant par sa simplicité et son efficacité. C'est la même démarche qui est employée à travers le système de la conciliation dans les CDOM pour traiter les plaintes qui leur sont adressées.

#### **IV. 4.2 ) Traitement de la plainte**

Le Conseil de l'Ordre des Médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels selon les articles du Code de Déontologie..

En cas de conflits entre patients et médecins, le CDOM, avec son échelle de proximité départementale, est une interface directe. Il reçoit et prend en considération les plaintes des patients par l'organisation d'une conciliation entre les parties.

Le système disciplinaire a été modifié par la loi du 4 mars 2002, avec précisément trois échelons refondés :

- au niveau de chaque CDOM : une commission de conciliation doit être constituée par au moins trois membres du CDOM. La tentative de conciliation dans le cas d'une plainte est devenue obligatoire (décret en 2007, articles L4123-2 et R4123-18 du CSP). Auparavant, cette recherche de conciliation s'était déjà fortement développée sans législation.
- au niveau de chaque CROM : une Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) a un pouvoir de sanction disciplinaire (avertissement, blâme, interdiction temporaire, radiation). Elle statue sur les plaintes adressées par les CDOM qui n'ont pas été résolues par la conciliation ou sur les fautes graves de manquement déontologique de médecins relevées par les CDOM eux-même.
- au niveau du CNOM : la Chambre Disciplinaire Nationale (CDN) est saisie des appels des décisions des CDPI avec aussi un pouvoir de sanction disciplinaire.

Il est important ainsi de repreciser le cheminement de la plainte adressée au conseil de l'ordre par le patient pour bien estimer les conséquences disciplinaires possibles pour le médecin qui peuvent être lourdes. L'ensemble du dispositif du conseil de l'ordre est à la fois simple dans son mode d'entrée de la plainte mais aussi rigoureusement contrôlé dans les décisions potentielles disciplinaires rendues par la juridiction des CDPI et de la CDN.

#### **IV. 4.3 ) Demande d'information**

Dans une proportion significative des résultats de l'analyse, la finalité même des « plaintes » adressées par le patient ne repose que sur une demande d'information.

L'instance ordinale est sollicitée comme une ressource savante pour trancher sur le comportement illicite ou non d'une pratique médicale.

Le plaignant veut obtenir des conseils ou une information précise concernant une situation

conflictuelle avec le médecin, soit sur le plan clinique, soit sur le plan administratif (certificat...).

La demande est directe, auprès du CDOM. Le plaignant ne veut pas ou n'a pas pu obtenir une réponse du médecin.

Cette information est aussi recherchée pour son caractère solennel, émanant de l'institution ordinale, car le plaignant veut l'utiliser comme preuve solide dans des conflits d'une autre nature (employeur en procédure avec un employé ou vice versa au conseil de prud'hommes...).

Le CDOM a ici un rôle d'écoute très important. Ces demandes d'informations sont identifiées et résolues dans la mesure du possible.

La méconnaissance du plaignant notamment par rapport à ses droits ou aux devoirs du médecin est à l'origine de ce type de sollicitation du CDOM.

Un travail en amont d'un potentiel conflit constitué peut ainsi s'effectuer en répondant clairement au plaignant. Cela réalise littéralement un désamorçage de situations problématiques, même sans utiliser la phase de la conciliation.

Dans sa recherche d'éclaircissement sur une question propre à sa relation avec le médecin, le plaignant peut donc se tourner vers le CDOM de son département. Il faut souligner ici l'accessibilité du CDOM qui présente un site Internet comportant les coordonnées téléphoniques, les horaires de permanence du secrétariat physique et les coordonnées par mail, toutes ces mesures permettant une disponibilité permanente.

En comparaison, la CPAM, qui devrait être un interlocuteur privilégié pour le plaignant en demande d'information, ne présente pas de rubrique ou accès simple sur sa plate-forme Internet [ameli.fr](http://ameli.fr), et la tentative d'obtenir une réponse adéquate via le téléphone ou un point d'accueil physique peut être redoutée par le plaignant avec l'idée de se retrouver face une personne non compétente dans le domaine sollicité ou renvoyant ce dernier vers le CDOM...

#### **IV. 4.4 ) Volonté de sanction**

Le plaignant interpelle parfois directement l'institution ordinale pour indiquer un souhait de sanctions envers le médecin visé.

La nature exacte des sanctions possibles semble floue pour le plaignant qui n'en précise pas clairement les contours.

Parfois, une connotation procédurière est remarquable par les démarches déjà engagées en parallèle par le plaignant auprès de différents tiers : la CPAM, la police ou le tribunal.

Au-delà de la mise en valeur de cette volonté de sanction par l'identification de termes ou formulations très explicites dans les plaintes, il est intéressant de saisir l'impact réel de ces plaintes suite à leur traitement.

En effet, la plupart de ces plaintes, parfois très virulentes, trouvent leur origine dans un problème de dialogue et d'incompréhension entre le patient et le médecin à l'issue duquel un conflit éclate. La procédure de conciliation permet dans la grande majorité des cas de résoudre ce conflit immédiatement. A titre d'exemple, en 2011, le CDOM de Loire-Atlantique a transmis à la CDPI seulement 5 plaintes visant des médecins généralistes.

Nous pouvons aussi nous intéresser à l'évolution générale des décisions disciplinaires rendues par la CDPI pour comprendre s'il y a ou non une augmentation de la « pression » juridictionnelle sur le médecin via les plaintes au Conseil de l'Ordre.

Le tableau suivant synthétise l'ensemble des décisions rendues par la CDPI de la région des Pays-de-la-Loire de 2009 à 2013, toute spécialité médicale confondue.

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Affaires jugées</b>	44	36	39	30	28
<b>Rejet plainte</b>	20	14	30	14	7
<b>Retrait plainte</b>	0	0	1	1	1
<b>Avertissement</b>	5	2	1	3	2
<b>Blâme</b>	3	7	4	4	5
<b>Interdiction temporaire d'exercer</b>	11	9	3	5	4
<b>Radiation</b>	1	1	0	1	3
<b>Désistement</b>	5	2	4	2	3
<b>Plainte irrecevable</b>	0	1	1	3	3

Les peines disciplinaires que la CDPI peut appliquer sont les suivantes :

-L'avertissement

-Le blâme

-L'interdiction temporaire avec ou sans sursis (ne pouvant excéder trois années) ou l'interdiction permanente d'exercer

-La radiation du tableau de l'ordre.

Le rôle de la CDPI est de statuer sur les plaintes qui n'ont pas été résolues par la procédure de conciliation au sein du CDOM.

D'après les données ci-dessus, nous remarquons deux notions importantes :

- Une proportion significative de ces plaintes n'a pas de conséquences sanctionnelles : soit par un désistement ou une irrecevabilité, mesures prises directement par le président de la CDPI, soit par un rejet de la plainte, mesure prise par le collège de la CDPI, ou soit enfin par le retrait de la plainte par son dépositaire.
- Le nombre global des affaires jugées par la CDPI des Pays-de-la-Loire décrit une baisse modérée mais constante, cela reflète l'efficacité de la procédure de conciliation au sein des CDOM pour désamorcer les situations conflictuelles à l'origine des plaintes.

#### **IV. 4.5 ) Volonté de signalement**

Le système de santé, notamment depuis la loi de 2002 sur les droits du patient, décrit un mouvement global de démocratisation à travers une responsabilisation croissante de l'utilisateur.

Dans ce travail d'analyse, nous avons pu découvrir à travers ces plaintes adressées au Conseil de l'Ordre des initiatives de signalement de comportements reprochables de la part de médecins généralistes selon le jugement du plaignant.

Le patient endosserait lui-même le rôle de garde-fou selon la démarche suivante :

- Il est témoin de faits reprochables de la part du médecin
- Il synthétise ces faits par écrit sous la forme d'une plainte
- Il dépose cette plainte auprès du Conseil de l'Ordre, l'instance ordinale proposant selon lui une garantie de contrôle sur les médecins.

Le plaignant exprime donc une insatisfaction par rapport à la qualité des soins proposés par le médecin généraliste.

Il part d'une expérience vécue en consultation ou d'une prestation d'ordre administratif (certificats, arrêts de travail...) et explique les raisons de ce vécu négatif en formalisant une plainte.

Au-delà des plaignants présentant une velléité de sanctions par le Conseil de l'Ordre, une part significative des plaignants se positionne uniquement comme témoins rapporteurs d'anomalies dans la qualité des soins reçus.

Le patient voudrait prendre part lui-même dans le contrôle des prestataires de soins, les médecins généralistes dans ce travail, et ainsi réellement jouer un rôle dans l'amélioration du système de santé.

Dans la formalisation d'une plainte au conseil de l'ordre, il est possible de comprendre que le patient trouverait là un moyen, efficace selon lui, d'avertir une instance hiérarchique au sein du système de santé.

C'est dans ce sens que le terme de « signalement » est employé dans notre analyse pour identifier cette volonté de critique.

Le terme littéral de « plainte » est clairement abusif pour désigner la nature de ce type de lettre [11].

La proposition se pose alors de réfléchir sur l'absence d'espace clair et simple d'expression pour l'usager du système de santé pour évaluer la qualité de la prise en charge du médecin généraliste.

En France, un tel outil d'enquête, standardisé et donc national, n'existe pas pour les médecins généralistes et par extension pour toute la médecine ambulatoire.

Pour ce qui est du milieu hospitalier privé et public, les enquêtes de satisfaction et d'expérience du patient ont été nombreuses depuis ces dix dernières années.

Ces travaux ont abouti à la création d'un questionnaire standardisé : l'I-SATIS (Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés). Depuis un décret du 27 février 2014, cette démarche est obligatoire pour tous les établissements.

La démarche repose sur une enquête téléphonique qui se situe environ 4 semaines après la sortie de la personne hospitalisée. Les entretiens téléphoniques sont réalisés auprès de patients volontaires, par un institut de sondage indépendant de l'établissement au moyen d'un questionnaire national.

A l'étranger, comme le rapporte une étude sur les initiatives internationales sur la mesure de l'expérience du patient [12], la tradition de l'enquête est déjà longue, notamment aux Etats-Unis avec le CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) et au Royaume-Uni avec les enquêtes du Picker Institute Europe pour le NHS (National Health Service) et les moyens développés sont très structurés, permettant le recueil d'énormément d'informations. Ces données soutiennent et articulent ensuite les projets d'amélioration du système de santé propre à chacun de ces pays.

Plus spécifiquement à la médecine ambulatoire, les programmes d'enquête développés sont encore peu nombreux mais ont le mérite de donner une bonne base d'exploitation pour répéter et améliorer ce type d'enquête. Ces quelques exemples illustrent ces actions d'évaluation du médecin généraliste par le patient :

- Aux Pays Bas, l'évaluation des expériences des patients s'effectue par des enquêtes standardisées grâce à l'outil «Consumer Quality Index » (CQI). Différents CQI ont été créés, en lien avec une pathologie ou une situation de soin spécifique.

Le CQI General Practice (médecine de ville) vise l'évaluation des soins de premiers recours, en l'occurrence les médecins généralistes.

- En Norvège, le « Patient Experiences Questionnaire »(PEQ) est le questionnaire standardisé qui a été développé pour ces enquêtes. C'est un outil largement éprouvé pour les patients hospitalisés et qui a ensuite été dérivé sous plusieurs dimensions, notamment pour la médecine ambulatoire avec le OPEQ.

-Au Royaume-Uni, le National Health Service Survey Programme réalise chaque année de grandes enquêtes nationales. La première étude, en 1998, avait ciblé les médecins généralistes et depuis le « Inpatient questionnaire » a été décliné vers toute les dimensions du système de soin. Les données sont recueillies et analysées par la Care Quality Commission (commission de qualité des soins).

Parallèlement à ces enquêtes nationales, des travaux de comparaisons internationales des systèmes de soins sont menés par plusieurs organismes :

- Le Picker Institute Europe développe des questionnaires standardisés et réalise des enquêtes dans les pays européens. Le Picker Patient Experiment Questionnaire (PPE) a déjà été testé dans plusieurs pays comme l'Allemagne, le Royaume-Uni ou la Suisse.

- L'OMS a inscrit la qualité des soins comme partie intégrante dans l'évaluation des systèmes de santé. Ce constat découle du rapport World Health Report en 2000, avec l'élaboration en conséquence du programme Health Systems Responsiveness qui a pour mission de développer des outils de mesure de l'expérience des patients.

- L'OCDE pilote le projet HCQI (Health Care Quality Indicators) qui analyse un ensemble d'indicateurs de qualité relatifs aux systèmes de soins mais aussi coordonne les programmes d'enquêtes du même type aux niveaux nationaux. Vingt-quatre pays participent à ce projet dont la France.

Cette dernière décennie a vu la multiplication des enquêtes de satisfaction et d'expérience auprès des patients, afin d'améliorer les système de santé.

En France, l'évaluation par un questionnaire standardisé n'existe donc que pour la médecine hospitalière. Le champ d'exploration en la matière est encore vierge pour la médecine ambulatoire et précisément pour le médecin généraliste.

Dans cette analyse des plaintes déposées au Conseil de l'Ordre, il est constaté des initiatives très claires de critique du médecin pouvant s'apparenter à une forme d'évaluation de la qualité des soins. Le patient détournerait de sa fonction primaire la « plainte », terme littéral à connotation procédurière, pour créer un espace d'écoute de ses remarques et propositions. Ce concept n'est qu'une interprétation de cette volonté dite de signalement à partir des éléments identifiés dans les plaintes traitées dans ce travail.

Partant de la constatation de l'absence d'outil clair, simple et dédié spécifiquement à l'évaluation du médecin, il serait intéressant de créer un indicateur d'expérience du patient dans le contexte ambulatoire.

La création d'un questionnaire d'évaluation, standardisé à l'échelle nationale, aurait clairement plusieurs intérêts :

- l'amélioration du système de soin : les pouvoirs publics orienteraient les projets de santé en fonction des données recueillies, avec une reproductibilité de l'enquête annuellement qui pourrait évaluer en temps réel l'efficacité des projets
- la responsabilisation du patient : la création d'un espace dédié à l'évaluation du système de soin valorise le patient, c'est l'enjeu de la démocratie sanitaire. Il devient un véritable acteur dans l'amélioration du système. En parallèle, le principe de la plainte adressée au Conseil de l'Ordre resterait entier puisque ce dernier resterait un interlocuteur de proximité pour le plaignant dans la gestion des conflits avec les médecins.
- L'apport pour le médecin : les résultats de l'analyse des données représenteraient une base de réflexion pour les médecins évalués. Les données seraient anonymes mais une information géographique à l'échelle départementale par exemple permettrait aux médecins de connaître les points positifs et les points négatifs à améliorer dans leur secteur, les acteurs locaux (CPAM, Conseil de l'Ordre) accompagnant les projets d'amélioration de la qualité des soins.

## **V. CONCLUSION**

Ce travail a permis d'identifier les motifs des plaintes déposées au Conseil de l'Ordre visant les médecins généralistes. De multiples dimensions de notre exercice professionnel sont concernées : la qualité de la relation avec le patient, le déroulement de la consultation, la prescription thérapeutique, le suivi médical, la compétence médicale, les honoraires, la délivrance des certificats, la prescription des arrêts de travail, la pratique du charlatanisme, le secret médical et les soins aux mineurs. A l'appui des articles du Code de Déontologie, nous avons pu comprendre dans chaque type de conflit si le médecin montrait un manquement déontologique ou non.

Dans sa démarche, la volonté du plaignant est diverse. Le terme même de « plainte » au Conseil de l'Ordre est abusif pour caractériser réellement le but de cette démarche. Le plaignant peut simplement solliciter l'institution ordinaire pour une demande d'information ou un souhait de dialogue par l'organisation d'une conciliation avec le médecin visé par sa plainte. Le procédé de la conciliation est particulièrement efficace, permettant dans la majorité des cas de désamorcer les conflits reposant souvent sur un problème de communication. L'introduction des sciences humaines dans le cursus universitaire serait susceptible d'améliorer chez les médecins l'écoute et l'empathie avec en conséquence une diminution potentielle de ces problèmes de communication. Parfois, la réclamation de sanctions directes sur le médecin est claire. Pour autant nous ne remarquons pas de dérive judiciaire, l'activité des instances disciplinaires semblant stable voire en diminution. Enfin, nous avons pu mettre en évidence une volonté de « signalement » de fautes ou comportements reprochables selon le plaignant, celui-ci voulant jouer un rôle à part entière dans le maintien du respect des principes déontologiques de notre exercice en apportant ces informations au Conseil de l'Ordre. En perspective de cette constatation, nous pouvons poser l'hypothèse de l'intérêt de la création d'un outil d'évaluation du médecin généraliste par le patient sur la base d'indicateurs de qualité du soin, les données recueillies permettant une amélioration constante de notre pratique professionnelle.

## **VI. BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Code de Déontologie Médicale et commentaires. CNOM. Novembre 2012
- [2] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- [3] LAUDE A. La judiciarisation de la santé. Questions de santé publique. Institut de Recherche en Santé Publique. Mars 2013 ; 20
- [4] SARRAZIN C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale. Th D Med,Poitiers;2012
- [5] FAROUDJA JM. Clause de conscience du médecin. Rapport adopté CNOM. Décembre 2011
- [6] Dossiers médicaux, archivage – conservation. Rapport adopté CNOM. Mai 2009
- [7] SALAH-EDDINE L. Le harcèlement moral au travail : analyse sociologique. Th D Socio,Paris-Descartes;2008
- [8] POLETTI B. Commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux arrêts de travail et aux indemnités journalières. Assemblée nationale. Rapport N°1865. Avril 2014
- [9] Commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé. Dérives thérapeutiques et dérives sectaires : la santé en danger. Sénat. Rapport N°480. Avril 2013
- [10] DUSEHU E. Soins aux patients mineurs – Consentement des représentants légaux. Rapport adopté CNOM. Février 2002
- [11] JOSSE C. Rôle du conseil départemental dans la gestion des conflits. Loire Océan Médical. CDOM Loire-Atlantique. Avril 2013;138:19-21
- [12] Haute Autorité de Santé. Mesure de l'expérience du patient – Analyse des initiatives internationales. Inserm. Avril 2011

# **VII. TABLE DES MATIERES**

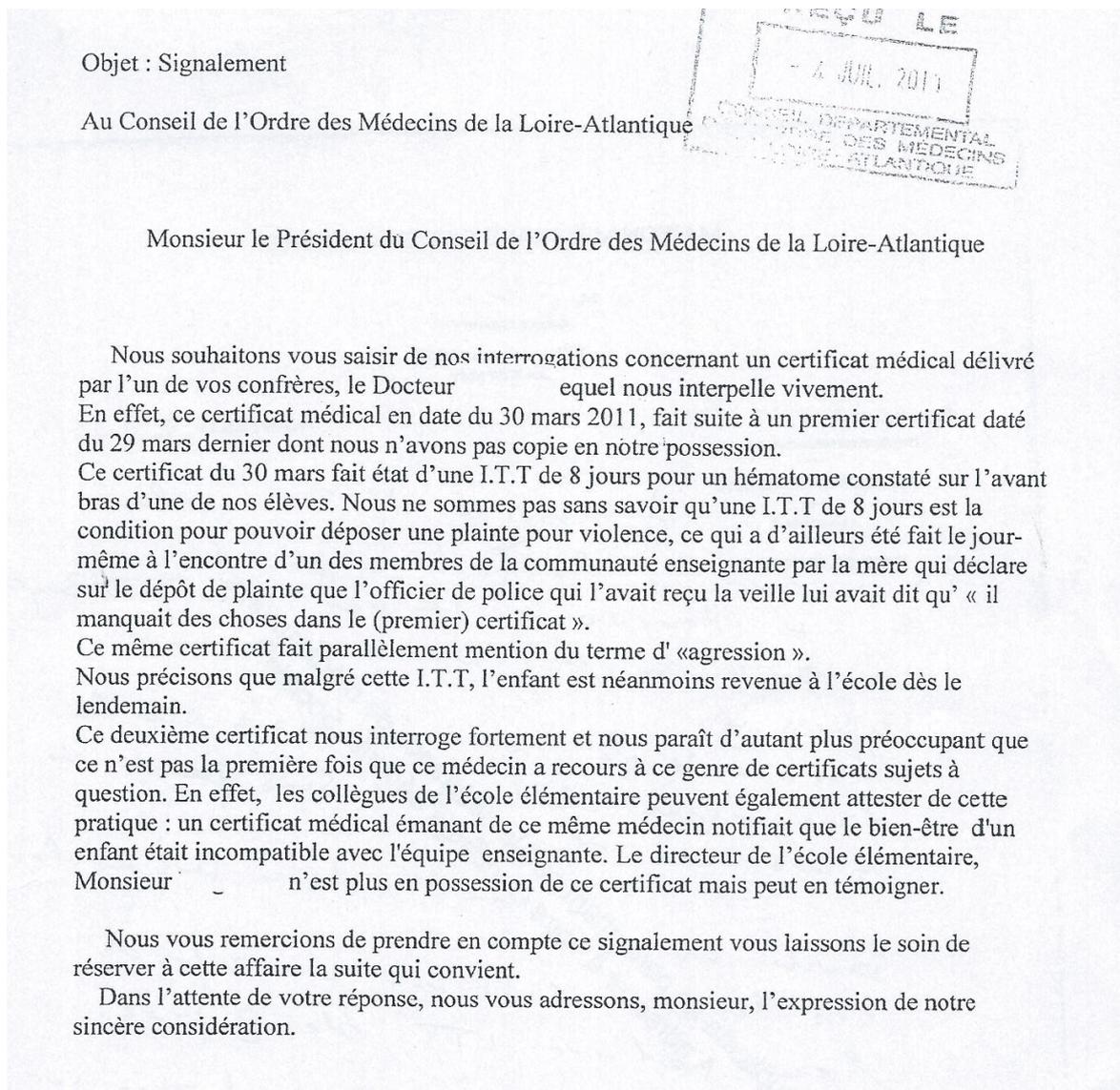
<b><u>ABREVIATIONS</u></b> .....	12
<b><u>PLAN</u></b> .....	13
<b><u>I. INTRODUCTION</u></b> .....	14
1) Le contexte.....	14
2) Objectifs de l'étude.....	15
<b><u>II. MATERIEL ET METHODE</u></b> .....	16
1) Choix du matériel.....	16
2) Recueil des données.....	16
3) Critères d'inclusion.....	17
4) Critères d'exclusion.....	17
5) Méthode d'analyse.....	18
<b><u>III. RESULTATS</u></b> .....	19
1) Caractéristiques des plaintes.....	19
1.1) Plaignants.....	20
1.2) Formulation.....	21
1.2.1) Adresse.....	21
1.2.2) Rédaction.....	21
1.3) Contexte d'écriture.....	22
1.3.1) Comportement répétitif.....	22
1.3.2) Retentissement psychologique.....	22
2) Motifs des plaintes.....	24
2.1) Consultation médicale.....	24
2.1.1) Qualité relationnelle.....	24
2.1.2) Examen clinique.....	27
2.1.3) Temps.....	29
2.2) Prescription.....	30
2.3) Suivi médical.....	31
2.3.1) Refus de rendez-vous / rupture du suivi.....	31
2.3.2) Dossier médical.....	32

2.4) Compétence médicale.....	33
2.4.1) Ressenti du plaignant.....	33
2.4.2) Retard diagnostic.....	34
2.4.3) Recours aux tiers.....	34
2.4.4) Perte de chance.....	35
2.4.5) Non-assistance à personne en danger.....	36
2.5) Honoraires.....	38
2.5.1) Montant des honoraires.....	38
2.5.2) Remboursement.....	40
2.5.3) Comportement vénal.....	41
2.6) Certificats médicaux.....	41
2.6.1) Certificats de dispense de sport.....	41
2.6.2) Certificats descriptifs.....	42
2.6.3) Certificats avec immixtion dans les affaires de famille.....	43
2.6.4) Certificats pour harcèlement moral au travail.....	44
2.7) Arrêts de travail.....	45
2.8) Charlatanisme.....	48
2.9) Secret médical.....	48
2.10) Soins aux mineurs.....	49
<b>3) Volonté du plaignant.....</b>	<b>50</b>
3.1) Demande d'informations.....	50
3.2) Conciliation.....	51
3.3) Volonté de sanction.....	52
3.3.1) Arguments juridiques.....	52
3.3.2) Recours multiples.....	52
3.3.3) Sanctions réclamées.....	53
3.4) Volonté de signalement.....	54
3.4.1) Déontologie.....	54
3.4.2) Signalement.....	55
<b><u>IV. DISCUSSION</u>.....</b>	<b>59</b>
<b>1) Discussion sur la méthode.....</b>	<b>59</b>
1.1) Les points forts.....	59
1.2) Les points faibles.....	59

<b>2) Discussion sur les caractéristiques et la formulation des plaintes.....</b>	<b>60</b>
<b>3) Discussion sur les motifs des plaintes.....</b>	<b>61</b>
3.1) Consultation médicale.....	62
3.2) Prescription.....	64
3.3) Suivi médical.....	66
3.3.1) Refus de rendez-vous / rupture du suivi.....	66
3.3.2) Dossier médical.....	67
3.4) Compétence médicale.....	70
3.4.1) Retard diagnostique et perte de chance.....	71
3.4.2) Recours aux tiers.....	72
3.4.3) Non-assistance à personne en danger.....	73
3.5) Honoraires.....	75
3.6) Certificats médicaux.....	77
3.7) Arrêts de travail.....	80
3.8) Charlatanisme.....	82
3.9) Secret médical.....	85
3.10) Soins aux mineurs.....	87
<b>4) Discussion sur la volonté du plaignant.....</b>	<b>88</b>
4.1) Contexte réglementaire.....	89
4.2) Traitement de la plainte.....	91
4.3) Demande d'information.....	92
4.4) Volonté de sanction.....	94
4.5) Volonté de signalement.....	96
<b><u>V. CONCLUSION</u>.....</b>	<b>101</b>
<b><u>VI. BIBLIOGRAPHIE</u>.....</b>	<b>102</b>
<b><u>VII. TABLE DES MATIERES</u>.....</b>	<b>103</b>
<b><u>VIII. ANNEXES</u>.....</b>	<b>106</b>
<b><u>Annexe 1</u></b> : Exemple de plainte adressée au Conseil de l'Ordre.....	106
<b><u>Annexe 2</u></b> : Synthèse des recommandations sur la rationalisation des certificats médicaux éditée par l'Assurance Maladie en collaboration avec le CNOM.....	107

## VIII. ANNEXE

### Annexe 1 : Exemple de plainte adressée au Conseil de l'Ordre



**Annexe 2 :** Synthèse des recommandations sur la rationalisation des certificats médicaux  
éditée par l'Assurance Maladie en collaboration avec le CNOM

Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence
		non	oui	
Enfants	<b>Prise de médicaments</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistantes maternelles</li> <li>• Crèches</li> </ul>	X		<p>Dans le cas d'un médicament prescrit, lorsque son mode de prise ne présente pas de difficultés particulières ni de nécessité d'apprentissage et lorsque le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical, l'aide à la prise du médicament est considérée comme un acte de la vie courante. Ainsi, l'autorisation des parents, accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant le traitement, suffit à permettre aux assistantes maternelles d'administrer les médicaments requis aux enfants qu'elles gardent.</p> <p>Article L. 4161-1 du Code de la santé publique ; avis du Conseil d'État du 9 mars 1999 ; circulaire DGS/PS3/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution de médicaments</p>
	<b>Allergies</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'allergie</li> <li>• Régimes alimentaires spéciaux pour allergies dans les cantines scolaires</li> </ul>	X	<b>Certificat médical en présence d'une pathologie lourde et dans le cadre du protocole d'accueil individualisée (PAI)</b>	<p>Il est impossible médicalement d'exclure <i>a priori</i> toutes allergies.</p> <p>En cas d'allergie nécessitant un régime alimentaire spécial, un certificat médical est nécessaire.</p> <p>Bulletin officiel n° 34 du 18 septembre 2003, accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.</p>
	<b>Cantines scolaires</b>		<b>Certificat médical en cas de maladie contagieuse</b>	<p>Il n'existe pas de textes législatifs ou réglementaires fondant la nécessité d'un certificat médical pour absence à la cantine scolaire en dehors des cas de maladies contagieuses. En pratique, il est toutefois fréquemment demandé un certificat médical pour justifier l'exonération des frais de repas. Afin de répondre aux objectifs de simplifications administratives, l'adoption de règlements intérieurs limitant le recours aux certificats médicaux est recommandé.</p>
	<b>Crèches</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absences de - 4 jours</li> <li>• Réintégration</li> <li>• Absences ≥ à 4 jours</li> </ul>	X		<p>La production d'un certificat médical n'exonère pas la famille du paiement de la crèche (délai de carence de 3 jours appliqué).</p>
			X	X
	<b>Obligations scolaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence à l'école</li> <li>• Entrée à l'école maternelle et à l'école élémentaire</li> </ul>	X (hors maladie contagieuse)	<b>Certificat médical en cas de maladie contagieuse</b>	<p>L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009 sauf en cas de maladie contagieuse.</p> <p>Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009. Cas des maladies contagieuses : arrêté interministériel du 3 mai 1989 et circulaire n° 2004-054 du 23 mars 2004</p>
		X		<p>L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009. Seule l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour la scolarisation est exigée (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical).</p> <p>Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009</p>

Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence
		non	oui	
Enfants	<b>Obligations scolaires</b> • Sorties scolaires	X		Aucun certificat n'est nécessaire lors de sorties ou voyages collectifs dans le cadre scolaire. <a href="#">Circulaire n° 99-136 du 21 septembre 1999</a> et <a href="#">circulaires n° 76-260 du 20 août 1976</a> - rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009
	• Éducation physique et sportive - Participation - Inaptitude	X	X	Un certificat médical doit préciser le caractère total ou partiel de l'inaptitude à l'EPS et mentionner sa durée. <a href="#">Le décret n° 88-977 du 11 octobre 1988</a> ; <a href="#">rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009</a>
Personnes handicapées ou dépendantes	<b>Obtention d'un droit</b> • Formulaire de certificat médical pour une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)  • Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	<b>Dans certains cas, pas de nouveau certificat médical*</b>  <b>Le dossier de demande d'APA ne nécessite pas de certificat médical.</b>	<b>Formulaire simplifié pour toute première demande de prestations ou aides financières</b>	Toutes les demandes sont réunies <b>dans un seul et unique formulaire disponible</b> auprès de toutes les MDPH, valable pour toutes les prestations et aides financières pour lesquelles la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) doit prendre une décision. <a href="#">Arrêté du 23 mars 2009</a>  Le remplissage de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) relève exclusivement de la responsabilité des équipes médico-sociales des conseils généraux. <a href="#">L'article R. 232-7 du Code d'action sociale et des familles</a> prévoit que le médecin traitant peut être consulté par l'équipe médico-sociale du conseil général. À la demande de la personne âgée, le médecin peut assister à la visite.
	<b>Certificat d'embauche</b>  <b>Reprise du travail</b>  <b>Inaptitude au poste de travail</b>	X  X  X		Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail. <a href="#">Articles R. 4624-10 et suivants du Code du travail</a>  Le salarié bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail dans des cas listés. <a href="#">Articles R. 4624-21 et suivants du Code du travail</a>  Le certificat médical délivré par le médecin traitant n'est pas requis et n'a aucune valeur médicale. En application des <a href="#">articles L. 1226-2 et suivants du Code du travail</a> , il appartient au médecin du travail de constater l'inaptitude à exercer une des tâches existantes dans l'entreprise.
Familles de personnes décédées	<b>Déclaration du décès à l'état civil</b> • Connaissance des causes du décès • Autorisation pour déclenchement des opérations funéraires notamment en cas d'infections transmissibles		<b>Un certificat médical constatant le décès</b>	L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. Le certificat de décès existe en version papier ou en version électronique. <a href="#">Article R. 1112-70 du CSP</a> ; <a href="#">articles L. 2223-42 et R. 2213-1-1 et suivants du Code général des collectivités territoriales</a>

Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence
		non	oui	
Aptitude à la conduite	Dispense du port de la ceinture de sécurité dans un véhicule	X		L'examen médical prévu pour la dispense du port de la ceinture de sécurité est réalisé par un médecin agréé par la préfecture du département. L'établissement d'un certificat de dispense par le médecin traitant n'a aucune valeur légale. <i>Arrêté du 8 février 1999 modifié relatif aux conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire</i>
	Aptitude ou inaptitude médicale à la conduite	X		L'examen médical relève des médecins agréés par les préfetures pour le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite. Il convient donc d'orienter les patients vers ces médecins. Le médecin traitant doit néanmoins informer son patient d'une éventuelle inaptitude médicale (définitive ou temporaire) à la conduite, en rapport avec une pathologie ou une prescription médicamenteuse. <i>Arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant les normes médicales incompatibles avec la délivrance ou le maintien du permis de conduire</i>
Non-contre-indication à la pratique sportive	Licences sportives permettant la participation aux compétitions		Certificat médical datant de moins d'un an	La visite médicale pour pratiquer le sport a pour objectif de dépister des pathologies pouvant induire un risque vital ou fonctionnel grave, favorisé par cette pratique. Les articles du Code du sport régissent les cas de demandes de certificats médicaux. <i>Articles L. 231-2 à L. 231-3 du Code du sport.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>er</sup> demande de licence</li> <li>Renouvellement de licence</li> </ul>	Pas de certificat médical si production de la licence	Certificat médical datant de moins d'un an	
	Participation aux compétitions sportives organisées par les fédérations sportives		Certificat médical datant de moins d'un an	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Licenciés pour la même discipline ou activité sportive</li> <li>Licenciés dans une autre discipline ou activité sportive ou non licenciés</li> </ul>		Certificat médical datant de moins d'un an	Concernant les renouvellements d'une licence non compétitive : la fréquence du renouvellement du certificat médical est définie par chaque fédération sportive.
Autres cas	Le recours au certificat médical ne devrait être réservé qu'aux seuls cas prévus par les textes.			