

Je tiens à remercier très profondément les 15 médecins qui m'ont accordé un entretien, qui a pu être pénible pour certains d'entre eux ;

Le Dr Galam, qui a fait preuve d'une patience invraisemblable depuis notre première prise de contact ;

M. Philippe Jaury, pour avoir accepté d'être président, ainsi que tous les membres du jury, contactés parfois un peu au débotté mais m'ayant malgré tout immédiatement envoyé leurs accords ;

M. Nicolas Gombault, président du sou médical, sans l'aide duquel rien n'aurait été possible, et dont l'intérêt pour la santé de ses sociétaires n'a rien, je peux le garantir, d'une simple pose commerciale ;

Je remercie également Emilie, qui a su relancer la machine, et parce qu'au stade de 60 pages rédigées, elle a osé dire « mais elle est finie, là, ta thèse, tu pourrais la rendre comme ça » (mensonge grossier, mais qui fait du bien) ;

Geoffroy, mon concubin (ah, le vilain mot !), pour avoir sué sang et eau pour la mise en page sur une version de Word pleine d'anomalies vicieuses ;

Tous ceux qui prévoient déjà de fêter de façon vraiment mémorable l'issue de cette soutenance (ce qui inclut du champagne à volonté) : Ma famille, Fred, Fanny, Nina, Géraldine, MC, et les autres ;

Et enfin Iris, 5 ans, alors même que je n'ai pas pu écrire un traitre mot de ce travail avec elle réveillée dans les parages, mais parce que je l'aime plus que tout, naturellement...

Sommaire

Liste des abréviations.....	6
Introduction.....	7
Première partie : Contexte	10
1. L'ÉVENEMENT INDESIRABLE EN MEDECINE.....	11
1.1. Définitions actuelles.....	11
1.1.1. L'évènement indésirable lié aux soins.....	11
1.1.2. L'évènement indésirable grave (EIG).....	12
1.1.3. L'erreur médicale.....	12
1.1.4. L'erreur systémique.....	13
1.1.5. Évènement porteur de risque.....	13
1.1.6. Alea thérapeutique.....	14
1.2. Statistiques sur l'erreur médicale... ou absence de statistique !	14
1.2.1. Un sujet d'intérêt depuis les années 80.....	14
1.2.2. ...Mais des études très compliquées à conduire, surtout en pratique de ville....	15
1.2.3. ...Et un contexte peu favorable au recueil de donnée.....	15
1.2.4. Des statistiques rares, mais malgré tout évocatrices	17
1.2.4.1. Grandes études hospitalières étrangères	17
1.2.4.2. Les quelques données anglo-saxonnes pour l'ambulatorio.....	17
1.2.4.3. En France : 2 études seulement, mais de grandes envergures.....	19
A. En milieu hospitalier.....	19
B. En ambulatorio : l'étude ESPRIT.....	20
1.2.4.4. En résumé... ..	21
1.3. Lutter contre l'évènement indésirable.	21
1.3.1. Au niveau national.....	21
1.3.1.1. La déclaration des évènements indésirables graves : une étape indispensable.....	22
1.3.1.2. Une analyse complète et multiaxiale des cas.	22
1.3.1.3. L'importance de la communication	23
1.3.2. Au niveau individuel	24
1.3.2.1. L'information du patient.....	24
1.3.2.2. Quelques points spécifiques à la médecine de ville	24
1.3.2.3. Et si l'erreur a déjà été faite ?.....	27
1.4. Le concept de seconde victime :	28
1.4.1. Un sujet longtemps tabou	28
1.4.2. Une prise de conscience encore récente.....	29
1.4.2.1. 1992, « the heart of darkness »	29
1.4.2.2. 1996, l'impact sur les médecins de famille	30
1.4.2.3. 2000, le médecin « seconde victime ».....	30
2. MEDECINE ET JUSTICE.....	32
2.1. Introduction : Juriste /médecins : une relation fondamentalement conflictuelle ?	32

2.2.	Les fondements de la responsabilité médicale : Historique et principes de droit	33
2.2.1.	Naissance et évolution du concept d'une responsabilité médicale	33
2.2.1.1.	Dans l'antiquité et dans le monde arabo-musulman	33
2.2.1.2.	Moyen âge en occident et ancien régime	34
2.2.1.3.	Le XIXème siècle	35
2.2.1.4.	Naissance du contrat de soin en 1936 : la responsabilité civile du médecin est maintenant bien définie	37
2.2.2.	Les implications de la responsabilité civile contractuelle pour le médecin	38
2.2.2.1.	Obligation de moyen	38
2.2.2.2.	Le médecin n'a pas d'obligation de résultat	38
2.2.2.3.	La loi n°2002-303, dite « loi Kouchner », du 04 mars 2002 :	39
2.2.2.4.	Depuis la loi Kouchner	40
2.2.3.	Autre type de responsabilité civile pour les médecins	41
2.2.4.	Le cas de la responsabilité médicale pénale	41
2.2.4.1.	Les cas de faute involontaire : pas de polémique	42
2.2.4.2.	Les incriminations « volontaires » : Les problèmes théoriques commencent...	42
2.2.4.3.	En résumé, les mise en cause possibles du médecin au pénal	44
2.2.5.	La même responsabilité pour tous les médecins ?	45
2.2.5.1.	Y a-t-il des différences entre responsabilité administrative et responsabilité civile ?	45
2.2.5.2.	Ya t'il des différences entre généraliste et spécialiste ?	46
2.2.6.	Le cas de la justice ordinaire :	47
2.2.6.1.	Une justice peu aimée	47
2.2.6.2.	Une justice inutile et redondante ?	48
2.3.	Fonctionnement concret des différentes cours	49
2.3.1.	Quelques précisions préalables	49
2.3.1.1.	Les différents types de responsabilités d'un médecin, en bref	49
2.3.1.2.	Le possible cumul des responsabilités pour une même faute	50
2.3.2.	La réclamation	50
2.3.3.	Les juridictions civiles	51
2.3.3.1.	Les juridictions civiles de première instance	51
2.3.3.2.	Le déroulement de la procédure civile	52
2.3.4.	La cour pénale	53
2.3.4.1.	La contravention	53
2.3.4.2.	Le crime	54
A.	La cour d'assise	55
B.	Le déroulement de la procédure aux assises	55
2.3.4.3.	Le délit	55
A.	Le tribunal correctionnel	56
B.	La procédure en correctionnelle	56
2.3.5.	La justice ordinaire	59
2.3.5.1.	Le code de déontologie	59
2.3.5.2.	Déroulement de la procédure	60
2.3.6.	Les CRCI	61
2.3.6.1.	Déroulement	61
2.3.6.2.	Les critères de compétence des CRCI :	62
2.3.6.3.	Les inconvénients des avantages	62
2.4.	Etat des lieux des mises en cause médicales	63
2.4.1.	Quels sont les différentes proportions entre évènements indésirables, procédures et condamnations ?	63

2.4.2. Evolution des répartitions des plaintes (toutes spécialités confondues) depuis 2004.....	64
2.4.3. Répartition des sinistres par spécialités	65
2.4.4. Les différents types de plainte en médecine générale.....	65

Deuxième partie : La recherche 68

3. Méthode 69

3.1. Choix de la méthode	69
3.2. Le guide d'entretien.....	69
3.3. Constitution de l'échantillon.....	70
3.3.1. Taille	70
3.3.2. Composition	70
3.4. Déroulement des entretiens	72
3.5. Analyse des données.....	73

4. Résultats. 73

4.1. Données générales sur les entretiens et caractéristiques de l'échantillon.....	73
4.1.1. Les médecins	73
4.1.2. Les accusations	74
4.1.3. Les procédures.....	74
4.2. Les sentiments dominants ressortant des 15 entretiens.....	76
4.2.1. La surprise	76
4.2.2. La déception et le sentiment de la trahison du patient.....	77
4.2.3. Vénéralité des patients	79
4.2.4. Ressentiment voire colère vis-à-vis du système judiciaire :	80
4.2.5. Sentiment global d'injustice	82
4.2.6. Sentiment d'agression	83
4.2.7. La culpabilité et la honte	84
4.2.7.1. Une honte puissante.....	84
4.2.7.2. Mais pas de vrai sentiment de culpabilité	85
4.2.8. Solitude dans l'épreuve	86
4.3. Retentissement psychologique	88
4.3.1. En cours de procédure.....	88
4.3.1.1. Un stress réactionnel pénible mais adapté chez 7 médecins sur 15	88
4.3.1.2. Dépression avérée dans 3 cas sur 15.....	89
4.3.1.3. Lutte contre les signes de stress et de dépressions.....	90
4.3.2. Après le verdict.....	91
4.3.2.1. Les médecins " blanchis"	91
4.3.2.2. Les médecins condamnés	92
4.3.2.3. Changement de mode d'exercice	93
4.4. Les facteurs de protection et les sources de soutien.....	94
4.4.1. La personnalité	94
4.4.2. La famille :	95
4.4.3. Le réseau de pairs.....	96
4.4.4. Les formations médico-juridiques	97
4.4.5. Une expérience précédente de mise en cause professionnelle	97

4.5.	Modification de la pratique médicale	98
4.5.1.	Médecine défensive, le « parapluie » :	98
4.5.2.	Modification du rapport au patient.....	100
4.5.3.	Evolution du coût pour la sécurité sociale.....	101
4.5.4.	Aspect pédagogiques du procès.....	101
5.	DISCUSSION.....	102
5.1.	Limites de l'étude.....	102
5.1.1.	Biais liés au thème de l'étude.....	102
5.1.2.	Biais de puissance	103
5.1.3.	Biais de recrutement	103
5.1.4.	Biais liés au guide d'entretien.....	104
5.1.5.	Biais de recueil :.....	104
5.1.6.	Biais d'analyse	105
5.2.	Discussion des résultats	105
5.2.1.	Profil des médecins.....	105
5.2.2.	Vécu psychologique de l'épreuve.....	106
5.2.2.1.	Une souffrance spécifique ?	106
5.2.2.2.	Mais une souffrance en rien unique	107
5.2.2.3.	Le médecin mauvais malade.....	107
5.2.3.	Pourquoi l'absence de sentiment de culpabilité ?.....	110
5.2.4.	La solitude ressentie	111
5.2.5.	La vie après le procès.....	112
5.2.5.1.	La médecine parapluie.....	112
5.2.5.2.	Aspects pédagogiques :	113
5.2.5.3.	Grande importance du verdict dans le ressenti a posteriori	114
5.2.6.	Comparaison avec une autre thèse sur le sujet.....	115
6.	Prospectives	116
6.1.1.	La justice est-elle inadaptée à la médecine ?	116
6.1.1.1.	Des généralistes condamnés injustement ?	116
6.1.1.2.	Des patients intouchables ?.....	118
A.	En cas de plainte abusive	118
B.	Des patients plus responsables.....	118
6.1.2.	Une aide psychologique aux médecins.....	119
6.1.2.1.	Les exemples étrangers.	120
6.1.2.2.	Par le Conseil de l'Ordre	121
6.1.2.3.	Par l'assureur	122
6.1.2.4.	Par les associations de médecins.....	122
6.1.2.5.	Par les nouveaux moyens de communication	123
6.1.2.6.	Mais les médecins acceptent-ils d'être aidés ?.....	124
6.1.3.	Formation initiale et continue	125
	Conclusion	127
	Bibliographie	129
	Annexes	136
	Serment d'Hippocrate	156

Liste des abréviations

AAPML :	<i>Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux</i>
ANAES :	<i>Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé</i>
ASRA :	<i>Aide aux Soignants de Rhône-Alpes</i>
BMJ :	<i>British Medical Journal</i>
CCI :	<i>Commission de Conciliation et d'Indemnisation</i>
CHU :	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i>
CP :	<i>Code Pénal</i>
CRCI :	<i>Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation</i>
CSP+ :	<i>Catégorie Socioprofessionnelle Supérieure</i>
DDASS :	<i>Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales</i>
DGS :	<i>Direction générale de la santé</i>
DU :	<i>Diplôme Universitaire</i>
DREES :	<i>Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques</i>
EHPAD :	<i>Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes</i>
EIG :	<i>Evènement Indésirable Grave</i>
ENEAS :	<i>Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos</i>
ENEIS :	<i>Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins</i>
ESPRIT :	<i>Etude nationale en Soins PRIMaires sur les évènements indésirables</i>
FMC :	<i>Formation Médicale Continue</i>
HAS :	<i>Haute autorité de Santé</i>
INSERM :	<i>Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale</i>
InVS :	<i>Institut de Veille Sanitaire</i>
ITT :	<i>Incapacité Temporaire de Travail</i>
MACSF :	<i>Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français</i>
NCP :	<i>Nouveau Code Pénal</i>
ODM :	<i>Ordre Des Médecins</i>
OMS :	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
ONDM :	<i>Ordre National Des Médecins</i>
ONIAM :	<i>Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux</i>
PAIMM :	<i>Programme d'Aide Intégrale aux Médecins Malades</i>
SMUR :	<i>Service Mobile d'Urgence et de Réanimation</i>
TGI :	<i>Tribunal de Grande Instance</i>
VIH :	<i>Virus de l'Immunodéficience Humaine</i>
VHC :	<i>Hépatite Virale C</i>

Introduction

Il me parle depuis presque une heure, développant ses idées sur l'évolution de la judiciarisation de la médecine, et sur la mentalité des patients qui veulent maintenant qu'il y ait forcément un coupable là où avant on ne voyait que la fatalité. Il brode sur les médecins les plus à risque d'être attaqués, pas toujours les plus mauvais d'après lui. Il me décrit les mécanismes d'un procès ; Il s'y connaît tant qu'il pourrait écrire un livre sur ce sujet... D** est médecin, et je sais pertinemment par une indiscretion d'un proche qu'il a lui-même subi une procédure assez longue alors qu'il était encore remplaçant. Pourtant il se contente de parler de façon générale, sans jamais évoquer sa propre expérience. C'est un ami, et à aucun moment il ne m'avouera l'origine de ses connaissances sur le sujet, jamais il ne me dira : «j'ai eu un procès »... Quel genre d'épreuve cela doit-il constituer, pour qu'un généraliste respecté soit incapable de l'évoquer, de « l'avouer » est-on tenté de dire, malgré le passage des années ?

Cette question n'a encore guère été posée au moment où je débute ce travail : Il n'existe en 2011 aucune étude d'envergure sur le vécu particulier des médecins mis en cause devant la justice, à peine quelques articles [1], qui ont le mérite de tenter de lever le tabou sur une expérience encore perçue comme avilissante. Mais qui risque pourtant d'être de plus en plus courante dans la carrière d'un praticien... Et du reste, le sujet est depuis devenu une préoccupation bien partagée, avec la soutenance de la première thèse sur le sujet en octobre 2013 [2], de laquelle je n'ai eu connaissance qu'à la phase de rédaction du présent travail : « Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale ». Même si le sujet est très proche, et que les 2 travaux ont été réalisés en parallèle, ils présentent quelques différences au niveau des résultats, que nous aborderont dans la discussion.

La judiciarisation grandissante de la société occidentale touche de façon propre la médecine, une profession particulièrement exposée tout d'abord en raison des responsabilités humaines qu'elle implique ; Et également du fait de l'irréductible aléa thérapeutique qui est difficilement compatible avec la demande sécuritaire générale de la société [3]. Le nombre de procédure n'a cessé de croître : 1 procès pour 10 carrières de généralistes il y a 13 ans, 1

pour 2 aujourd'hui... Pourtant les seules études disponibles ne portent que sur les données statistiques [4, 5]. De nombreux articles traitent également de l'appréhension du procès chez les médecins (6), mais une fois que la procédure est là...?

Il y a bien également les nombreux articles et ouvrages sur l'événement indésirable évitable en médecine [7, 8, 9], et même un premier livre en français sur la souffrance du soignant responsable de ce type d'accident, enfin [10]... Mais ce sujet ne fait que recouper la judiciarisation de la médecine, sans s'y superposer : En effet toute erreur médicale ne donne pas lieu à un procès (si cela devait arriver un jour, gageons qu'aucun numerus-clausus ne serait plus nécessaire pour limiter le nombre de généraliste !). Et tout procès ne se fonde pas sur un événement perçu comme une « erreur médicale » par le médecin mis en accusation... Par ailleurs le retentissement psychologique d'un procès est certainement différent de celui d'un événement indésirable sans suite judiciaire, en cela que l'épisode n'est plus étudié par le médecin lui-même, seul, mais mis sur la place publique et jugé par des intervenants complètement étrangers au domaine médical. La littérature le montre, ces derniers sont souvent perçus par le médecin comme faisant preuve de partialité, d'ignorance, et d'acharnement ; Quant au patient, son initiative est interprétée généralement comme une trahison motivée par l'appât du gain [3].

Les conséquences possibles d'un procès semblent pourtant importantes à étudier, ne serait ce tout d'abord que parce que la peur d'être attaqué en justice pourrait constituer un frein à l'installation en libéral. Par ailleurs, si l'empreinte psychologique laissée par une procédure devant les tribunaux s'avérait profonde, on peut imaginer l'effet obtenu en cas de burn out latent (intuitivement, on devine que les deux événements ont une probabilité de survenue plus grande en fin de carrière, quasi simultanément !). Enfin, cela implique-t-il un changement de pratique profond, avec des dérives vers une médecine défensive pure, qui coûterait cher à la société sans pour autant aller dans l'intérêt du patient ? La pression juridique sur les médecins n'est elle pas en contradiction avec l'incitation à la réduction des dépenses de santé ?

Mais le sujet reste tabou et les médecins eux-mêmes sont réticents à l'aborder. Le concept de « seconde victime » (selon lequel un médecin est aussi atteint lors de la survenue de l'événement indésirable) est lui-même encore récent, datant d'une dizaine d'années [11]...

En outre toute étude est rendue difficile par la confidentialité des données judiciaires, que ce soit auprès des assurances, des tribunaux ou de l'ordre des médecins.

Une enquête sur le sujet ne peut donc en aucune façon se faire sur de grandes cohortes, et selon les critères stricts des études quantitatives ; Et d'ailleurs, un tel sujet s'accorde plutôt avec une approche plus intimiste. Nous avons donc interviewé 15 généralistes volontaires qui, au cours d'entretiens semi dirigés, ont pu nous confier le ressenti de leur procès de façon vivante, voire poignante dans certains cas... Les émotions qu'ils peuvent exprimer, parfois longtemps après le verdict, interpellent sur l'importance de dépouiller ce sujet du tabou qui lui est associé.

Nous présenterons dans une première partie le contexte historique et contemporain des relations parfois tendues entre justice et médecine. Puis après avoir exposé la méthodologie de cette étude nous en détaillerons les résultats et dégagerons les caractéristiques communes des témoignages, tant dans le domaine des émotions que celui de la pratique quotidienne médicale. Enfin une troisième partie tentera de confronter les éléments dégagés à des données objectives et de proposer des pistes de réflexion.

Première partie :

Contexte

1. L'ÉVÈNEMENT INDESIRABLE EN MÉDECINE

1.1. Définitions actuelles

1.1.1. L'évènement indésirable lié aux soins

Synonyme d'**IATROGENIE**. Selon l'OMS, un évènement indésirable est « **un incident qui entraîne une atteinte pour le patient** », pendant le processus de soin. L'atteinte liée aux soins étant elle-même définie comme « une atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés, et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacente » [8]. A noter : L'atteinte ne présente pas nécessairement une gravité immédiate ou des conséquences durables pour être prise en compte.

Ce terme désigne par exemple des incidents secondaires à l'usage de médicaments, de traitements ou de dispositifs médicaux, les infections nosocomiales etc.

Cette définition implique donc une grande variété d'évènements, ayant pour point commun de résulter du soin, au sens large du terme [7].

Pour un évènement indésirable, on retrouve en moyenne 9 causes : il n'est donc **que très rarement simple et mono factoriel**.

Cette notion d'*évènement indésirable*, ne trouve pas d'équivalence unique dans la littérature anglo-saxonne, et recouvre les notions d'*adverse events* (« évènements défavorables » au sens littéral du terme) et de *bad outcomes*, (traduisible en français par « mauvais résultats »).

A noter que pour les patients eux-mêmes, la notion d'évènement indésirable dépasse en général le champ de cette définition, incluant également le manque de respect, le manque de précaution dans l'annonce d'un diagnostic, la non prise en compte de leur point de vue... Le défaut relationnel revient fréquemment dans leurs récriminations, il est présenté - souvent à juste titre- comme entravant le processus de soin [12].

1.1.2. L'évènement indésirable grave (EIG)

Evènement indésirable lié aux soins présentant des conséquences d'un certain niveau de gravité pour le patient : hospitalisation en réanimation, risque vital, ré-intervention chirurgicale, déficit permanent... C'est le terme le plus utilisé par les organismes officiels en France, car il définit la catégorie dont la diminution est **un objectif prioritaire de santé publique** depuis 2004 ; On a même établi une liste d'EIG spécifiques pour chaque spécialité, pour faciliter les déclarations.

1.1.3. L'erreur médicale

Il s'agit d'un acte non volontaire réalisé par un professionnel de santé et qui empêche d'atteindre le résultat escompté. **L'erreur est toujours d'origine humaine** ; Elle peut être **par omission** (l'acte qui aurait dû être réalisé ne l'est pas) ou **par commission** (un acte est réalisé alors qu'il n'aurait pas dû l'être). La littérature distingue les **erreurs de routine** (les plus fréquentes), et les **erreurs de connaissance** (connaissance non mobilisées dans le bon contexte la plupart du temps, car finalement moins de 2% des erreurs seraient en rapport avec une carence avérée de connaissance...) [8].

Au terme d'erreur médicale, galvaudé par sa connotation judiciaire (un peu à tort, car en justice on parle plutôt de faute), très culpabilisant pour les professionnels de la santé, l'on doit préférer celui **d'évènement indésirable évitable**. Dans un contexte judiciaire, ce terme est par ailleurs nettement plus juste, car une erreur médicale n'a pas toujours de conséquence dramatique pour le patient : Elle est le plus souvent décelée et corrigée par les soignant avant qu'elles ne produisent d'effet irréversible (cf. plus bas, évènement porteur de risque). Et sans dommage identifiable, pas d'engagement de la responsabilité médicale...

Par ailleurs, le terme d'erreur médicale (forcément humaine), ne permet guère l'introduction d'une nuance de plus en plus nette dans les études récentes : comme on l'a vu plus haut, l'évènement indésirable est rarement dû à une erreur humaine isolée et a plus souvent une origine plurifactorielle. Parmi ces facteurs multiples, on peut souvent pointer le concept suivant :

1.1.4. L'erreur systémique

L'erreur systémique est un évènement indésirable résultant non de défaillances individuelles, mais **de dysfonctionnement organisationnels**. De plus en plus fréquente, car les intervenants de soins se multiplient, et l'exercice médical se complexifie.

Le grand sociologue Charles Perrow a montré dès 1984 que les systèmes organisationnels complexes ont un « fort potentiel de catastrophe » : c'est la théorie de « l'accident normal » [13]. Elle s'applique aux systèmes comprenant des acteurs nombreux, chacun pouvant interagir avec tous les autres, et utilisant des technologies compliquée et presque trop précises (paradoxe du « trop de savoir engendre l'insécurité ») ; Elle est donc tout à fait applicable à de nombreux processus décisionnels en médecine moderne... Un article du BMJ paru en 2000 et visant à élaborer un protocole d'étude des incidents médicaux conclu même que l'analyse se doit d'être d'emblée organisationnelle, et seulement dans un second temps se pencher sur les facteurs individuels éventuels... [14]

Ce concept d'erreur systémique recoupe par ailleurs celui **d'erreur latente** : il s'agit de toutes les petites anomalies anciennes et mauvaises habitudes, devenues petit à petit la règle, par glissements imperceptibles... Avec le temps, elles ne sont plus visibles mais constituent un contexte favorable à la survenue d'un EIG.

Mais il faut bien garder en tête **que cette notion d'erreur systémique n'existe pas encore au niveau de la loi**, qui se cantonne au concept de responsabilité partagée...

NB : Les précisions récentes du rôle du médecin traitant (par la convention nationale du 12/01/05) visent à réduire ce type d'erreur, en faisant de ce dernier un coordinateur (légalement responsable) entre les multiples intervenants.

1.1.5. Événement porteur de risque

Tout évènement indésirable qui n'engendre aucun dommage pour le patient ; Ou qui a été récupéré à temps, avant qu'un dommage ne se produise : Les anglo-saxons qualifient ce dernier cas de *close call*, ou de *near miss*.

1.1.6. Alea thérapeutique

Risque grave inhérent à certaines interventions médicales, qui peuvent survenir malgré le déroulement conforme de l'acte. L'événement indésirable est alors considéré comme **inévitabile**. Depuis la loi du 4 mars 2002, cette notion est entrée dans la loi, et sa prise en charge incombe à la collectivité ; La France est l'un des premiers pays à avoir mis en place un tel dispositif.

1.2. Statistiques sur l'erreur médicale... ou absence de statistique !

1.2.1. Un sujet d'intérêt depuis les années 80...

Les événements indésirables font l'objet d'études et de débats depuis une trentaine d'années **au Canada et aux USA**, dans la foulée de l'augmentation du nombre de procédures judiciaires. Citons l'important rapport américain « To err is human » en 2000 [15], dont nous reparlerons, qui a aidé, par son retentissement, à une prise de conscience internationale et surtout à une définition à peu près ubiquitaire de l'événement indésirable grave.

En Grande Bretagne, suite à certains scandales sanitaires retentissants, le ministère de la santé anglais a financé la Commission for Health Improvement qui, de 2001 à 2004, a pratiqué une évaluation des pratiques de grande ampleur, dans tous les secteurs du système de santé ; Il en a résulté une série de recommandations de bonnes pratiques.

En France, quoique plus récente que dans les pays anglo-saxon, la lutte contre la iatrogénie est une priorité de santé publique depuis les années 90, régulièrement au centre des débats lors des conférences nationales de santé. Et finalement, en 2004, la réduction du nombre des événements indésirables graves a été très officiellement inscrite parmi les objectifs de santé publique. C'est également en 2004 que la MACSF crée La Prévention Médicale, association sérieuse soutenue par les différents ordres professionnels médicaux. Le fait qu'une société d'assurance s'implique si activement dans le domaine de la prévention est un bon reflet de la prise de conscience dans la société civile. Enfin, en 2010 est créé le premier Diplôme Universitaire sur « l'erreur médicale, de sa gestion à la prévention » [16], prenant en compte également la facette judiciaire de l'EIG (faculté de médecine Montpellier-Nîmes).

Des formations continues d'organismes privés et des congrès sur l'erreur médicale sont actuellement régulièrement proposés aux médecins.

1.2.2. ...Mais des études très compliquées à conduire, surtout en pratique de ville....

Malgré ce relatif recul dans le temps, l'étude des événements indésirables en ambulatoire s'est révélée si complexe que très peu de statistiques sont disponibles pour notre pays : grande diversité des intervenants et des pratiques dans le secteur libéral, recommandations de bonnes pratiques encore en nombre insuffisant, quasi impossibilité de comparaison entre les différents pays vu la variété dans l'organisation de la médecine ambulatoire...

Même dans les pays bien pourvu en recherches sur le sujet, la plupart des études se placent dans un cadre strictement hospitalier, pour des raisons de facilité technique aisément devinables. Et même dans ce cadre bien défini, la synthèse de plusieurs articles est parfois compliquée, car les incidents étudiés peuvent beaucoup différer d'une étude à l'autre : comme on vient de le voir, le terme « événement indésirable » en médecine recouvre plusieurs définitions, qui peuvent se recouper mais pas toujours se superposer.

De plus ces études ont souvent pour point de départ la conséquence pour le patient, en remontant vers la cause ; Et comme celle-ci est en générale complexe et multifactorielle, une étude détaillée et à grande échelle est toujours particulièrement longue et délicate. Quand aux événements indésirables sans conséquences réelles, les « near miss », ils passent donc la plupart du temps inaperçus.

Enfin, et c'est l'un des obstacles majeurs tout particulièrement en médecine de ville, il y a la grande difficulté dans le collecte de données auprès des professions médicales.

1.2.3. ...Et un contexte peu favorable au recueil de donnée.

En effet une véritable omerta sur l'erreur médicale à longtemps régné dans le secteur professionnel ; Certes le dogme d'infailibilité du médecin (pour ne pas dire de supériorité), hérité d'un autre siècle, fait de nos jours hausser les épaules dans la profession, mais il n'en a pas moins laissé des traces inconscientes. Et il est très difficile pour un médecin d'évoquer une de ses maladresse sans la cuisante sensation de perdre la face. De leur coté, les

confrères n'ont longtemps témoigné que peu d'aménité envers un collègue fautif, pratiquant un évitement quasi superstitieux, comme si cela pouvait être contagieux...

Le patient quant-à lui manifeste, en accord avec son époque, une très grande soif de sécurité. Les technologies en constante progression génèrent dans l'inconscient collectif une obligation de réussite : L'apparente perfection des moyens d'exploration complémentaire donne une image de science exacte, et, dans l'inconscient d'un profane, le raccourci n'est pas rare entre science parfaite et médecin nécessairement parfait...

Une étude cofinancée par l'HAS et la DREES a tenté de mesurer l'acceptabilité des EIG auprès des patients comme des médecins ; Les résultats sont parlants, et les scénarii proposés paraissent globalement franchement inacceptables pour les patients mais également (dans une moindre mesure) pour les médecins, et plus encore ceux se déroulant en médecine ambulatoire [17].

Voilà ce qui a du contribuer à ce que, malgré l'obligation annoncée depuis 2002 de déclarer tout EIG (confirmée par la loi du 9 août 2004), les chiffres obtenus lors des expérimentations hospitalière de 2009-2010 ne sont ni exhaustifs ni même vraiment représentatifs... la complexité relative des outils de déclaration n'explique pas entièrement l'évidente sous-déclaration (résultats des expérimentations exposés au chapitre suivant). L'expérimentation a du moins mis en évidence qu'un décret entérinant une déclaration *obligatoire* des EIG serait totalement contre-productive [18]

Il est clair pour beaucoup de spécialistes que la meilleur façon d'améliorer la tenue des statistique, comme la prévention des risques, serait d'encourager la déclaration des EI par une protection du déclarant ; Mais cette idée reste lettre morte pour l'instant.

En 2000 , un célèbre rapport de l'institut de médecine américain [15] propose un juste milieu en préconisant un double système de déclaration, avec d'une part une déclaration obligatoire ne concernant que les évènements indésirables évitables aux conséquences graves, dans l'intérêt des patients et de la prévention, avec pour résultat des données standardisées et officielles ; Et d'autre part, une déclaration volontaire et encouragée de tous les évènements indésirables, indépendamment, avec une protection des données, pour une analyse de fond du problème. Les auteurs du rapport reconnaissent à couvert que le coût d'un tel système risque d'être élevé...

1.2.4. Des statistiques rares, mais malgré tout évocatrices

1.2.4.1. Grandes études hospitalières étrangères

La plupart des études se placent donc, comme on l'a vu, dans un cadre hospitalier, et l'extrapolation à l'ensemble de l'activité médicale reste approximative.

Mais même ainsi les résultats interpellent brutalement, dévoilant un phénomène d'une ampleur ahurissante : **225 000 patients décèderaient annuellement aux USA des suites de complications iatrogènes** au sens large, dont approximativement la moitié d'évitable, soit bien plus que le nombre de décès liés aux accidents de la route ! [19]. Toujours aux USA le coût total des événements indésirables évitables (incluant le coût du handicap qui peut en résulter et de la perte économique des jours non travaillés) serait compris entre 17 et 29 milliards de dollars... [15]

L'université Harvard a mené en 2004 une ambitieuse étude (devenue une référence) sur plusieurs dizaines de milliers de dossiers hospitaliers de 1984, issus de 51 hôpitaux newyorkais [20]. L'étude a révélé **une iatrogénie dans 3,7% des hospitalisations**, faisant suite à une négligence caractérisée dans 27,6% des cas ; En **tout 58% des incidents auraient été évitables...** Les 2/3 de ces incidents sont certes sans conséquence au long terme, mais on relève tout de même 13,6% de décès !

1.2.4.2. Les quelques données anglo-saxonnes pour l'ambulatoire

2 études hospitalières anglo-saxonnes (dont celle d'Harvard), ont tenté d'extrapoler sur la iatrogénie **hors** de l'hôpital, et s'accordent à situer **entre 11 et 14% la part des événements indésirables se déroulant en médecine de ville** (y compris les institutions type maison de retraite) [20, 21]. Mais peut-on vraiment être rassuré par ce chiffre globalement peu élevé ? Ce n'est qu'une approximation sur des données hospitalières... D'autres études, pas toujours récentes, ont évalué que la iatrogénie en ville était responsable de 5 à 36% des admissions dans les services de médecine hospitaliers [21]. L'étude ENEAS espagnole estimait elle cette proportion à 1,9% seulement en 2005 [22].

La grande variabilité de ces résultats montre assez les difficultés à obtenir des statistiques fiables et surtout comparables ! Notons toutefois que des efforts ont été faits depuis une

dizaine d'années pour harmoniser quelque peu les définitions et les méthodologies sur le plan international...

Quant aux **rare études menées en ambulatoire**, elles ne peuvent pas prétendre à une précision quantitative, vu les difficultés techniques que nous avons déjà évoquées. Elles s'attachent plutôt à étudier **le type d'erreur** qui peut être commis en médecine de ville.

Nous citerons **les 2 principales études britanniques** sur le sujet :

La première est une recherche qualitative de 2002 [23] ; 344 témoignages d'évènements indésirables ont été recueillis auprès de 42 médecins, et ont pu être classés en erreur administrative pour 31% des cas, en erreur dans le déroulement de l'investigation pour 25%, en erreur dans la thérapeutique pour 23%, en erreur diagnostique pour 4%, accident suite à une geste technique pour 6% des cas, et seulement 6% d'erreur de communication. Les conséquences pour les patients sont moins dramatiques que dans l'étude de cas hospitaliers d'Harvard.

En 2003 une nouvelle étude anglaise du même type présente des résultats assez différents [24] : 940 évènements sont collectés auprès de 10 médecins, avec des catégories prédéfinies cette fois. 42% des EI concernent les prescriptions mais seulement 6% les prescriptions médicamenteuses elles même, contre 21,7% des erreurs de prescription d'origine administrative ; 30% pour les erreurs de communication, 16% matériels (problèmes informatiques surtout), et 3% seulement les erreurs cliniques (surtout des erreurs diagnostiques).

On le voit, les erreurs causées par un défaut de communications sont 5 fois plus importantes dans ce second article, entre autre car les définitions changent selon l'étude... Cette contradictions sont une nouvelle preuve que ces études, en plus d'être rares, sont aussi difficilement comparables, et qu'en tirer des conclusions reste délicat, même sur un plan qualitatif.

Retenons toutefois l'importance identique dans les 2 études des **erreurs administratives et informatiques**

1.2.4.3. En France : 2 études seulement, mais de grandes envergures.

Comme on l'a dit, l'intérêt français pour les événements indésirables médicaux est bien plus récent que dans les pays anglo-saxons, mais le ministère de la santé a manifestement voulu rattraper ce retard en diligentant 2 grandes études sur ce sujet en 10 ans.

A. En milieu hospitalier

L'Enquête Nationale sur les événements indésirables liés aux Soins (ENEIS) lancée en 2004 à l'initiative de la DRESS, vise à évaluer l'importance des effets indésirables graves (EIG) liés au soin originel ou observés chez les patients hospitalisés. A la différence des études étrangères, elle ne se fonde pas sur une étude de dossier mais sur l'interrogation des équipes de soin ; Les résultats en 2005 montrent que l'iatrogénie **est responsables de 3 à 5% des hospitalisations**, dont la moitié évitable, et que par ailleurs les **2/3 des événements iatrogènes viennent de la médecine ambulatoire !** Les EIG survenant en hospitalisation ne sont toutefois pas rares : 2,4% des hospitalisations « seulement », mais dit autrement, cela fait 1 EIG tous les 5 jours pour un service de 30 lits... [25]

La même enquête est rééditée en 2009 dans 251 services hospitaliers, afin d'évaluer l'efficacité des mesures de réduction des EIG selon les objectifs de la loi de santé publique du 09 août 2004 : Peu d'évolution globale des chiffres... Toujours 4.5% des séjours hospitaliers à rapporter à un EIG, soit entre 330 000 et 490 000 hospitalisations par an (dont la moitié d'évitable, soit 2.6% des causes d'hospitalisation). Ce pourcentage est plus élevé pour les admissions en médecine qu'en chirurgie (à l'inverse des EIG survenus en cours d'hospitalisation). [26]

Sont principalement en cause les produits de santé avec en première ligne **les médicaments**, plus souvent que les actes et/ou les procédures de soins (Mais attention, l'étude ne donne pas de détail sur l'origine de l'erreur de la prescription médicamenteuse : oubli, faute de frappe, vraie méconnaissance du médecin...)

Les patients fragiles et âgés sont les plus exposés, d'où des politiques ciblées à prévoir pour la prévention dans cette population. [17]

Les résultats de l'ENEIS semblent presque acceptables en comparaison du tableau dramatique brossé par certains articles anglo-saxons. A noter toutefois : l'enquête **ne prend en compte que les EI graves**, c'est à dire entraînant un handicap, ou ayant mis en jeu le

pronostic vital et ayant entraîné une hospitalisation. De plus la composante systémique n'est pas individualisée. Ces résultats sont donc une nouvelle fois très restrictifs, comme vu plus haut, et l'extrapolation est difficile...

Nous devons également évoquer **l'expérimentation en 2009 de la déclaration encouragée des EIG** survenus dans les hôpitaux de 4 régions-tests, mais en rappelant que les résultats n'ont aucune prétention à la représentativité, et doivent donc être traités avec prudence (Moins de 10% des EIG auraient été déclarés, avec entre autre une nette surreprésentation des évènements aux conséquences les plus graves : 31% de décès dans les déclarations !). Après analyse, les EIG déclarés ont été jugés évitables ou probablement évitables dans 70% des cas. Les défaillances sont multifactorielles, et ici la composante systémique a été bien prise en compte : Le facteur le plus fréquemment retrouvé est le protocole et/ou la procédure (60%), suivi de la communication au sein de l'équipe médicale (58%), et de l'organisation (absence, encadrement, etc. : 18%). Les défaillances individuelles n'arrivent qu'en quatrième position... Un détail rassurant dans cette étude : suite à l'analyse de l'EIG, des mesures correctrices ont été prises dans la quasi-totalité des cas. [18]

B. En ambulatoire : l'étude ESPRIT.

C'est seulement depuis octobre 2013, et la publication des résultats de l'Etude nationale en Soins PRImaires sur les évènements indésirables, que des données fiables sur le secteur ambulatoire sont enfin disponibles en France [27].

Commandée par la DGOS, l'étude ESPRIT est une étude épidémiologique transversale d'incidence, menée sur une « semaine type » de 127 généralistes volontaires, en mai et juin 2013. Sur le total des 649 journées observées, représentant un volume de 13 438 actes, 475 évènements indésirables ont été repérés. **72% se sont avérés évitables**, ces derniers surviennent en moyenne **à la fréquence d'un tous les 2 jours** par généraliste ... Dans les 3/4 des cas, les évènements indésirables n'ont pas eu de conséquences cliniques, entre autre car ils sont majoritairement récupérés rapidement. 25% occasionnent une incapacité temporaire ; **les incidents cliniquement graves ne représentent que 0,07%** de la totalité des actes, soit **2/an/médecin**

Les **problèmes d'organisation en cabinet** sont à l'origine **de 42%** des évènements indésirables, les défauts de communication/d'organisation entre les intervenants de 21%, et

les défauts de mobilisation des connaissances et des compétences sont en cause dans 20% des cas.

1.2.4.4. En résumé...

Les études se retrouvent tout de même sur quelques constats, que l'on peut considérer comme des faits avérés :

La iatrogénie est responsable d'une **surmortalité très élevée**, et plus globalement d'un **surcoût majeur** pour nos sociétés.

Et surtout, **dans ½ à 2/3 des cas**, ces évènements indésirables seraient **évitables** !

Évitables surtout car la **composante systémique, organisationnelle et/ou administrative** domine nettement lors de l'analyse des évènements indésirables, tant à l'hôpital qu'en ambulatoire.

Un évènement indésirable survient dans **2 à 4% des hospitalisations**, plus souvent en service de chirurgie qu'en médecine.

Les chiffres deviennent **plus discordants pour l'ambulatoire** : La iatrogénie en ville est responsable **d'au minimum 5% des hospitalisations**, peut-être bien plus. Quant au taux global d'EIG en médecine de ville, aucun consensus dans les diverses approximations ; le mieux que l'on peut dire c'est qu'au moins 10% et au plus 65% des évènements indésirables sont ambulatoires... Alors inutile d'espérer déterminer un jour un taux moyen pour 100 consultations !

1.3. Lutter contre l'évènement indésirable.

1.3.1. Au niveau national

Nous parlerons ici **en général** des axes à suivre par les autorités de santé pour réduire le nombre d'EIG. Plus spécifiquement, de nombreuses campagnes ciblées ont déjà été lancées dans de nombreux pays, quand les conduites de prévention sont connues et accréditées depuis longtemps (comme la check-list opératoire en chirurgie par exemple)

1.3.1.1. La déclaration des évènements indésirables graves : une étape indispensable

Comme on l'a déjà suffisamment expliqué, mettre en place un système de déclaration efficace des EIG est une gageure, que l'on est a priori pas prêt de voir réalisée en France, même dans le seul domaine hospitalier. L'expérimentation de 2009 a d'ailleurs été interrompue avant le terme prévu, et n'a pas eu de suite à ce jour... Si elle a permis de concevoir le logiciel de déclaration détaillée de l'incident, qui semble assez suffisant en l'état, reste la question du coût globale d'une telle mesure au niveau national (analyse centralisée des EIG, formation au logiciel - évaluée à 6 mois ! -, sensibilisation...). Et surtout les levées de bouclier sur la protection des données médicales confidentielles, et le risque judiciaire pour le déclarant...

Pourtant, cette déclaration semble **un préalable inévitable** pour une analyse rigoureuse de données enfin **représentatives**, et pour dans un second temps évaluer le rapport coût/bénéfice des mesures préventives mises en œuvre à partir de ces premiers résultats officiels... L'ANAES puis l'HAS ont en effet fourni jusqu'à présent des recommandations de bonne pratique, avec une approche curative pure ; l'analyse des nouvelles données issu de la déclaration permettrait enfin d'aborder le sujet par l'autre bout, la sécurité du patient, et de produire des recommandations officielles pour l'évitement des mauvaises pratiques...

Par ailleurs, il faut noter également **un bénéfice immédiat** à la déclaration généralisée : en forçant à une pré-analyse de l'EIG, ils permettent aux déclarant de mieux visualiser le mécanisme de l'incident ; Comme l'a montré l'expérimentation, dans la quasi majorité des cas des mesures sont prises immédiatement dans les services concernés [18] ! Certes une analyse codifiée interne au service a les mêmes vertus pédagogiques immédiates, mais elle est encore trop peu pratiquée au sein de l'hôpital... Et ne parlons pas de la médecine de ville.

1.3.1.2. Une analyse complète et multiaxiale des cas.

L'analyse de la chronologie d'un incident médical et des différents facteurs en cause est en général confié à l'établissement où il a eu lieu, que ce soit dans les pays anglo-saxons ou lors de l'expérimentation française (avec des formulaires de déclaration en général très détaillés, nécessitant une formation pour être correctement rempli !). En revanche une analyse plus poussée et systémique doit impérativement être faite **en externe**, par un organisme

spécialisé, avec des techniciens experts autant dans les systèmes organisationnels complexes que dans la psychologie d'une équipe et l'influence des facteurs d'environnement. Le but étant de dévoiler les « erreurs latentes » que les déclarants n'auront certainement pas identifiées... Un premier feedback auprès des services pourrait être envisagé à ce moment.

A un niveau supérieur, on trouvera une analyse globale et systémique : Il faut identifier des facteurs de risque communs aux incidents déclarés, établir des typologies d'EIG, puis les regrouper pour obtenir des chiffres fiables et utiles ; Ce type d'analyse ne peut être conduit que par des statisticiens ayant des solides connaissances en recherche médicale mais aussi en matière de théories psychosociologiques sur les mécanismes d'erreur... [15]

Bref, même lorsque les données ont été correctement collectées, **l'analyse reste complexe et très spécialisée**, qui ne doit absolument pas être bâclée car elle est amenée à déboucher sur des politiques de correction et de prévention coûteuses, reposant nécessairement sur des bases scientifiques solides...

1.3.1.3. L'importance de la communication

Ce qui a été dit précédemment peut donner l'impression que la réduction des EIG aura forcément un coût très élevé pour la collectivité. En pratique, un seul exemple suffit à montrer que ce n'est pas forcément le cas :

Aux états unis, la campagne « 100,000 lives saved », menée en 2004 par l'Institute for Healthcare Improvement, semble avoir été un succès dans les hôpitaux. Elle était basée sur 6 items précis de bonnes conduites médicales, pour lesquelles un lobbying de prévention pouvait être immédiatement payant en terme de vie sauvées, comme les infections sur les sites chirurgicaux, la prise en charge d'un IDM, ou les bilan comparatifs des médicaments en terme de bénéfice/risque... Grace à un efficace relais médiatique, 3000 hôpitaux se portèrent volontaire pour mettre sérieusement en pratique ces recommandations pendant 18 mois. Au final et même si le recueil des résultats n'a pas été parfaitement rigoureux, entre 115 000 et 148 000 vie ont été « sauvées », plus que l'objectif initial, et pour un coût de communication relativement modéré : La campagne a de fait réussi à générer une émulation sans précédent dans les médias grand public, les organismes de prévention et la profession médicale elle-même. [28]

N'en déplaise à certain, la diminution effective des EIG pourrait donc être une affaire de pure stratégie de communication (comme du reste tout le domaine de la prévention médicale...)

1.3.2. Au niveau individuel

La prévention du risque médical **en pratique** est un très vaste sujet, qui a déjà fait l'objet de quelques excellents livres et épais rapports... Nous nous contenterons ici de rappeler quelques principes de bases ou d'insister sur les points interpellant plus particulièrement les généralistes en exercice libéral...

1.3.2.1. L'information du patient.

« On ne peut plus actuellement en 2013, engager un acte médical sans avoir au préalable prévenu le patient du bénéfice que cela peut entraîner pour lui mais aussi des risques de cet acte » dit JL Harousseau, président de l'HAS. L'information ne doit pas être prise par le professionnel de santé pour une simple garantie opposable en cas de procès : **Une éducation thérapeutique bien faite améliore l'observance, fait entrer le patient dans une posture active dans sa prise en charge.** Si elle ne suffit pas à prévenir l'évènement indésirable (dans le cas de l'aléa thérapeutique par exemple), elle peut en réduire les conséquences, car un patient averti consultera plus vite en cas d'effet indésirable. De plus un patient bien informé aura plus confiance dans son médecin pour gérer les complications. Mais différentes études montre une grande contradiction entre des médecins qui estiment expliquer suffisamment aux patients et des patients qui continuent à se considérer comme mal informés... Après l'information, il faut donc prévoir de vérifier ce que le patient a compris.

1.3.2.2. Quelques points spécifiques à la médecine de ville

- **Bien gérer son temps :**

Les consultations les plus longues ne sont pas forcément les meilleures... Mathématiquement, plus la consultation est longue, moins elle est fréquente, avec un effet négatif possible dans le retard de dépistage des pathologies... De plus, des consultations plus longues font diminuer la possibilité de répondre à toutes les demandes de RDV, or il est très

difficile de déceler les consultations prioritaires lors de la demande téléphonique. L'idéal est une consultation d'un peu moins de 10 min, ne gérant qu'**UN SEUL** problème, quitte à redonner un RDV rapide en cas d'autre demande (on le voit, une douloureuse éducation de la patientèle est à prévoir !); Et déléguer au maximum à un secrétariat les tâches perturbatrices : prise de RDV, ouverture de dossier, scannage de document, voir si possible le paiement de la consultation. [9]

Et paradoxalement, une écoute attentive du patient, sans interruption/réorientation trop précoce de son discours, n'alourdira pas forcément ce chrono, car contrairement au ressenti de la plupart des généralistes la grande majorité des patient prend moins de 2 minutes pour exposer ses doléances ! Une écoute ouverte permet une plus grande satisfaction du patient, et, c'est démontré, l'élaboration d'un plus grand nombre d'hypothèses diagnostiques par le praticien...

- **Ne pas tout accepter :**

Les **demandes de certificats** sont en augmentation exponentielle depuis une dizaine d'année, et beaucoup n'ont aucun fondement textuel particulier ; Donc, ne pas hésiter à refuser de les établir (nb : la circulaire DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 sept 2011 liste les certificats obligatoires).

De même, rien n'oblige un généraliste à être **disponible au téléphone** pendant les consultations, car il n'a pas mission de service publique dans son exercice quotidien ; Le faire entraîne des risques de problème de confidentialité et de confusion dans les situations médicale, car leur contenu est toujours moindre qu'une consultation et l'influence du patient plus grande. En fait, la consultation téléphonique mérite une formation spécifique pour être maîtrisée ! Il vaut mieux faire filtrer les appels par un secrétariat, puis rappeler au calme. Sur un plan légal, les téléconsultations doivent durer le temps nécessaire, se conclure au minimum par un conseil prudent, et apparaître dans le dossier du patient. Ne pas oublier d'informer le patient (affichette, instruction au secrétariat) des horaires où ils peuvent vous joindre, et à quels types d'appels vous acceptez de répondre. Et en cas de répondeur, toujours mentionner le 15 pour les urgences.

- **Faute d'être un pro de l'Evidence Based Medicine, se fier à l'HAS :**

Sur un plan strictement légal, les recommandations des sociétés savantes sont largement appréciées par les magistrats dans leur appréciation globale des responsabilités. Les référentiels de l'HAS, en particulier, ont gagné en 2011 **une vraie valeur juridique**, suite à un arrêt du conseil d'état qui a considéré qu'ils constituaient des « décisions faisant grief ; Bref que ses recommandations représentaient les fameuses « données actuelles de la science » auxquelles devaient être conformes les soins « diligents et attentifs » (code de déontologie médicale). [29]

- **Les visites à domicile :**

Elles sont toujours plus pourvoyeuse d'erreur qu'une consultation au cabinet, surtout en l'absence d'accès au dossier du patient, ou lorsque l'on doit gérer une sortie d'hospitalisation... Dans le souci de leur protection juridique, les médecins doivent impérativement prendre l'habitude **d'écrire un compte rendu dans le dossier informatique** du cabinet, cette mesure étant également bénéfique pour le suivi au long cours des patients chroniques ou grabataires...

- **Attention à l'hygiène.**

Selon un audit de l'HAS, les médecins libéraux ont de grosses lacunes dans ce domaine, se reposant trop sur la certitude que le meilleur état de santé des patients de ville par rapport aux patients hospitalisés est un facteur de protection suffisant. Nettoyage des sols, lavage des mains entre chaque patients, jeter les produits antiseptiques périmés, avoir des outils de stérilisation aux normes...

- **Vérifier le contenu de la trousse d'urgence et de la pharmacie du cabinet :**

Il est très regrettable de voir que l'armoire à pharmacie d'un cabinet médical contient parfois autant de flacons ouverts et de médicaments périmés que les placards de ses patients... Le praticien doit en vérifier souvent le contenu et se réapprovisionner. Quand à la trousse d'urgence, elle doit être adaptée au savoir du médecin, et à ses conditions d'exercice. Elle doit être dynamique, et si possible contenir des fiches pratiques concernant les principaux risques, car les vraies urgences sont trop rares en pratique de ville pour qu'un médecin même bien formé ne risque pas d'être pris au dépourvu [9].

- **Apprendre à se servir de son logiciel :**

Les libéraux ont un bon équipement informatique, mais sous emploient les logiciels médicaux, n'utilisant guère les outils prévenant les interactions et les erreurs. Mal compris, le logiciel peut même devenir **une source d'erreur** inédite pour le médecin !... Certes tout n'est pas la faute du praticien, car la plupart des logiciels ne sont pas encore parfaitement au point, et des progrès restent à faire en matière de confidentialité, de réponse aux besoins réels des médecins, ou d'intuitivité. Néanmoins les formations informatiques actuellement disponibles suffisent à une maîtrise suffisante pour l'exercice quotidien. Plus d'excuse pour les handicapés technologiques, donc...

Par ailleurs, **une sauvegarde quotidienne** est indispensable, si possible sur un support différent et transportable. Et deux fois par ans au minimum, une sauvegarde complète sur disque à stocker ailleurs que dans le cabinet. NB : certaines sociétés certifiées proposent maintenant des aires de stockage web. [9]

1.3.2.3. Et si l'erreur a déjà été faite ?

- **Prévenir la réaction du patient à l'erreur médicale :**

Annoncer soit même l'erreur le plus tôt possible, avant que le patient ne la comprenne lui-même ; On évite ainsi la création chez le patient d'un sentiment de fuite du médecin ou d'abandon thérapeutique. Nombre de situations problématiques sont relativisées lorsque le professionnel semble compatir et reconnaît qu'il y a eu un problème. Tandis qu'un silence sur un problème iatrogène introduit un doute dans l'esprit du patient, et déstabilise a posteriori l'ensemble de la situation thérapeutique, jusqu'à finir par interpréter la prise en charge comme un évènement indésirable [12]. Il ne faut donc pas perdre de vue que beaucoup de plaintes reposent sur une accumulation de motifs d'insatisfaction : **Ne pas ajouter aux problèmes techniques et cliniques une impression de manque de considération suffit souvent à désamorcer la chaîne des conséquences psychologiques, voire judiciaires.**

Un conseiller en droit des malades fait remarquer qu'à la CRCI, 1 personne sur 2 portant réclamation dit vouloir avant tout comprendre ce qui s'est passé. Dans le rapport de l'Inserm sur le point de vue des patients en 2007 [12], lors de l'étude de 80 lettres de plaintes adressées à des institutions diverses (hôpitaux, ordre des médecins, DDASS...), il apparaît

que 45 courriers, soit plus de la moitié, concernent un problème lié à la sphère relationnelle ; Et on peut y ajouter 12 autres courriers concernant un manque d'information.

Pour aider les soignants qui appréhenderaient ce type de discussion avec son patient, l'HAS a édité un guide en 2011 « Annonce d'un dommage associé aux soins ».

- **Analyser l'évènement indésirable :**

On l'a vu plus haut, l'analyse rétrospective est très pédagogique. Les fiches et le protocole d'analyse systémique en système hospitalier ont de plus été très travaillés depuis 10 ans ; Dans sa version finale de 2004, le très célèbre protocole de Londres de C. Vincent est maintenant utilisé dans de nombreux pays [14].

Le travail rétrospectif d'autoanalyse est hélas moins balisé et plus contraignant dans la solitude de l'exercice libéral... Seul, il est presque impossible de réaliser froidement l'analyse d'une de ses propres erreurs [30]. Certains organismes de formation continue proposent des séances d'analyse de groupe, comme les conférences Paul Savy à Lyon : L'EIG présenté doit avoir été résumé sur une fiche d'exposition assez semblable aux fiches de déclaration hospitalières, puis le groupe analyse la nature de l'EI, sa gravité, ses causes, puis tente d'établir les mesures préventives ou correctives [31]. Un tel travail est tout à fait concevable en groupe d'échange de pratique -qui se transformera à cette occasion en Revue de Morbi-Mortalité (RMM)- en essayant de respecter une méthodologie précise parmi plusieurs possibles : elles sont décrites en détail dans le livre de J Brahmi et R Amalberti [8]. On trouve par ailleurs de plus en plus facilement des formations à l'analyse des EIG.

1.4. Le concept de seconde victime :

1.4.1. Un sujet longtemps tabou

Il aura fallu beaucoup de temps pour que l'on ose affirmer qu'un médecin pouvait être profondément déstabilisé par un évènement médical péjoratif dans lequel il a une responsabilité. Cela pourrait pourtant sembler évident, dans la mesure où nous sommes dans le cas d'erreurs involontaires, commises par des membres d'une profession centrée sur l'humain ; Pourquoi alors imaginer des médecins indifférents ou même cyniques, essayant principalement d'assurer leurs arrières en se moquant des conséquences pour leurs

patients ? Cette idée reçue irrationnelle n'a pourtant guère été démentie par la profession médicale elle-même : peut-être parce qu'elle ne veut pas voir resurgir la vieille accusation de corporatisme, protégeant ses membres fautifs par tous les moyens. Quant-au médecin mis en accusation, la honte et la peur du jugement des autres l'empêchent en général de partager ses états d'âme... A sa décharge, l'enseignement médical très déterministe, et des stages hospitaliers incitant parfois à la concurrence entre étudiants et à la résolution rapide de la seule pathologie principale, n'ont pas préparé le jeune médecin au partage de ses doutes et à l'acceptation de l'incertitude [10].

L'intérêt général manifesté depuis une vingtaine d'années pour l'analyse des erreurs médicales, motivé par la juste reconnaissance des souffrances des victimes, s'est donc longtemps concentré sur l'aspect factuel de l'événement ; Le médecin fautif n'étant, par défaut, considéré au mieux que comme un élément émotionnellement neutre de la chaîne d'incidents. Et au pire comme un irresponsable sans conscience, surtout suite aux grands scandales sanitaires type sang contaminés...

1.4.2. Une prise de conscience encore récente

1.4.2.1. 1992, « the heart of darkness »

Le premier article important s'intéressant au ressenti émotionnel d'un médecin confronté à son erreur est paru **en 1992** aux USA, soit une bonne dizaine d'année après les premières grandes études sur l'erreur médicale... Poétiquement intitulée « **the heart of darkness** », il s'agit d'une étude qualitative basée sur 11 entretiens de médecins hospitaliers, s'intéressant aussi bien à l'analyse que le médecin fait de l'évènement indésirables, ses sentiments initiaux, ses stratégies pour y faire face et les conséquences sur sa pratique médicale. L'étude parvient malgré son faible échantillon à mettre en évidence un impact émotionnel significatif (qui fait que le moindre détail de l'évènement reste gravé des années après), ainsi que la difficulté pour le médecin à en parler au sein de son équipe hospitalière... l'article conclut sur un appel à continuer les études sur cet aspect de l'erreur médicale... [32]

1.4.2.2. 1996, l'impact sur les médecins de famille

Parmi les études qui ont répondu à ce vœu, la plus intéressante est conduite en 1996 dans un comté du Midwest par le professeur MC Newman aidé de 2 sociologues [33].

Elle s'intéresse cette fois à des médecins de familles et outre l'impact de l'erreur sur le médecin, elle étudie leur réaction face au scénario imaginaire d'une erreur d'un collègue. **Première étude d'ampleur sur le sujet** avec un échantillon randomisé de 40 médecins (dont 30 ont finalement accepté l'entretien), elle se base sur une méthodologie d'étude qualitative très rigoureuse.

77 % des médecins reconnaissent avoir déjà fait une erreur, et parmi ceux-ci, les 2/3 ont ressenti **le besoin d'en parler**, 1/2 le besoin de revoir la suite d'événement ayant conduit à l'erreur, 44% ont eu besoin **de soutien professionnel**, 1/3 de soutien perso.

Quelqu'un à qui parler est le support principal pour 44%, d'ailleurs **67% ne l'ont pas trouvé chez leurs pairs**. Tous reconnaissent que le collègue du scénario souffre et a besoin d'aide, mais seulement 1/3 l'aurait accordé d'emblée et de façon inconditionnelle.

DONC une erreur affecte le médecin et crée un besoin de compassion. Le médecin de famille aurait besoin d'apprendre à être moins perfectionniste et de reconnaître que les erreurs sont passablement inévitables.

Ces articles ont beau avoir ouvert la voie, ils ne parviennent pas encore à avoir une résonance réelle et internationale dans le milieu médical.

1.4.2.3. 2000, le médecin « seconde victime »

Le premier coup décisif porté à ce tabou a été un article paru dans le très vénérable British Medical Journal en 2000. Le professeur Albert W. Wu y définit **le concept du médecin « seconde victime » de l'erreur médicale** : le médecin est soumis au stress de la mauvaise conscience et de remise en question, mais n'est en rien encouragé à « confesser » son acte, ni par le système ni par ses confrères. Ce blocage de la parole empêche l'assimilation psychologique naturelle de l'événement choquant : Le médecin peut en être réduit à des stratégies de défense inadaptées, comme le déni ou le rejet de la responsabilité sur autrui... Avec évidemment, à terme, un stress professionnel très lourd. Les collègues d'un médecin concerné ne doivent pas craindre d'aborder le sujet avec lui. Par ailleurs il est souhaitable de

reconnaitre son erreur et l'expliquer devant le patient et sa famille, d'autant que dans ces conditions ces derniers se montrent en général assez compréhensifs [11].

L'article est court, marqué au coin du bon sens et n'a pour but que d'ouvrir la discussion ; Il y parvient et rapidement de nombreux papiers, y compris dans la presse générale, reprennent l'expression « seconde victime ». Du côté des médecins, la tendance est aussi à la normalisation ; Et c'est heureux, car le seul point positif d'une erreur médicale doit être de nous apprendre à ne pas la reproduire, et cela n'est possible qu'en la regardant en face, sans entrave émotionnelle... Faisant référence au concept de seconde victime, le Pr René Amalberti parle même d'une « triple peine » : le patient lésé, le médecin psychologiquement atteint et les patients ultérieurs plus exposés à une erreur de ce médecin fragilisé, axé sur une médecine parapluie [34]...

Quoique encore un peu à la traîne des pays anglo-saxon (canada en tête), la France est néanmoins elle aussi attachée à casser la spirale négative de l'erreur dissimulée et honteuse, avec la sortie du premier livre sur le sujet par E. Galam en 2012 [10]. On y rappelle que la médecine n'est pas une science exacte mais une activité à risque, et qu'il est plus rentable de gérer l'imperfection que de rechercher une illusoire perfection. Que l'analyse systémique d'un EIG est à tout point de vue plus rentable que la sanction du seul dernier « maillon » impliqué. Que les soignants comme les patients doivent être accompagnés, et même que leur ressenti doit faire partie de l'analyse...

J'ai voulu en annexe citer la fin de l'article de R. Amalberti, qui prend la forme d'une fiche de conseils de bon sens pour éviter une « «seconde victime » en cas d'erreur médicale ; elle est intéressante car s'adresse au médecin concerné mais surtout à ses collègues.... Quelques conseils de bon sens qui mériteraient d'être affichés dans les cuisines des cabinets de groupes et aimantés sur les frigos des salles de repos hospitalières, à la place du vieux menu d'Allopizza... (*annexe 1*)

L'impact émotionnel d'un événement indésirable, pour le médecin impliqué, est donc maintenant universellement reconnu ; Les sentiments par lesquels il peut passer ont été largement décrits. La littérature évoque une symptomatologie de véritable syndrome post traumatique, évoluant à bas bruit...

Il semble intéressant de vérifier si l'ajout d'une procédure judiciaire modifie, voire aggrave, ce ressenti...

2. MEDECINE ET JUSTICE

2.1. Introduction : Juriste /médecins : une relation fondamentalement conflictuelle ?

« De même que le confluent entre deux fleuves, celui du droit et de la médecine produit nécessairement des remous ». Cette citation d'un juriste a beau afficher plus d'un demi siècle, elle est plus que jamais d'actualité...

En effet si les médecins ont souvent une image assez négative de la justice (aggravée par un complexe du profane, qui les fait se sentir particulièrement vulnérables), ils ignorent souvent que le sentiment des juristes à leur égard est assez similaire. Un juriste peut craindre un médecin se sentant investi d'une toute puissance science au détriment du patient. Les 2 professions n'ont pas le même rapport avec la notion de loi : Un juriste chérit la loi juridique, un médecin lutte contre la loi biologique inexorable. Les 2 professions sont complexes et ne se maîtrisent qu'au bout de longues années d'étude ; C'est tout naturellement que chacune a envers l'autre le complexe du profane. Enfin, le principe d'un juriste est de considérer que la loi est la même pour tous ; Le médecin sait que le plus grand savoir médical peut s'avérer relatif et être pris en faute dès lors qu'on l'applique à un individu [3, 35].

Si au cours de l'histoire et encore aujourd'hui les médecins n'ont jamais réfuté avoir une responsabilité morale envers le patient (la notion d'éthique en médecine est au moins aussi ancienne que le serment d'Hippocrate), la responsabilité juridique est en revanche parfois plus difficile à admettre. C'est le fameux « responsable mais pas coupable », l'opposition entre erreur et faute...

Par ailleurs l'acte médical n'est pas un service classique, il dépend beaucoup de la relation médecin/patient, une notion que le juge ne peut guère intégrer dans son jugement.

Ainsi, nous avons tous les jours des exemples de l'opposition entre d'une part, des médecins qui déplorent que les juges obéissent à une tendance compassionnelle très actuelle, et s'occupent plus de compenser le malheur contre de l'argent, que de juger juste ; Et d'autre

part des juges qui argueront qu'avec le développement de l'information, le médecin ne peut plus se considérer comme supérieur par le savoir...

Et pourtant la médecine est indispensable dans l'exercice quotidien de la justice : expertise psychiatrique, médecine légale, certificats...

2.2. Les fondements de la responsabilité médicale : Historique et principes de droit

Il ne nous semble pas inutile d'exposer l'évolution de l'idée de responsabilité juridique médicale dans l'histoire ; En effet rares sont les domaines de la justice à avoir été aussi polémiques, remaniés à chaque époque en fonction de l'idéologie dominante, et en évolution permanente encore de nos jours ... Un bref rappel des discussions houleuses qui ont conduit à la définition actuelle de la responsabilité médicale nous aidera à mieux saisir le contexte très émotionnel dans lequel baignent les relations médecin/justice.

2.2.1. Naissance et évolution du concept d'une responsabilité médicale

2.2.1.1. Dans l'antiquité et dans le monde arabo-musulman

La responsabilité juridique du médecin semble exister depuis presque aussi longtemps que la profession elle-même : On en trouve déjà mention, 1800 ans avant notre ère, dans le code d'Hammourabi, premier recueil législatif de l'histoire, qui établit la responsabilité professionnelle d'un certain nombre de corps de métiers, dont les médecins (avec des sanctions passablement dissuasives, le médecin ayant entraîné la mort de son malade se voyant couper les mains...) [36].

Dans **l'Égypte pharaonique**, les connaissances médicales ont été très tôt collationnées dans un codex religieux très précis, qui avait également une valeur juridique normative : la liberté des praticiens de l'art médical (tous prêtres au service de l'état) était limitée à la stricte application des actes autorisés, qui les exemptait de toute responsabilité. Au contraire le non respect de cette nomenclature rigide était une infraction grave. Il s'agit du premier vrai système médico-légal de l'histoire.

Mille ans plus tard, Les **philosophes naturalistes grecs** sont les premiers à dissocier médecine et magie religieuse, faisant de « l'art médical » une science. En proposant le serment qui porte toujours son nom, **Hippocrate** crée la déontologie médicale et les responsabilités qui en découlent... Il semble par ailleurs que certains médecins grecs très réputés ont pu être désignés par leurs pairs pour contrôler l'exercice médical et recueillir les plaintes des patients. Précisons toutefois que la profession de médecin était ouverte à toute personne libre, sans besoin d'autorisation d'exercice et sans formation obligatoire, avec tous les abus qui devaient en découler... Le monde grec ne représente donc pas la panacée en matière de droit du patient, contrairement à l'idée reçue...

Les **romains** reconnaissaient expressément la responsabilité médicales, dès lors que le médecin n'avait pas respecté les connaissances contemporaines ; Mais il semble que déjà à l'époque, la difficulté à prouver la faute médicale limitait sérieusement le nombre de contentieux impliquant un médecin [36]; Il y avait par ailleurs une grande disparité des peines selon le statut du médecin mis en cause (noble ou simple citoyen), et surtout du patient (homme libre ou esclave)...

Le **monde arabo musulman** a produit quantité de traités médicaux d'importance, parmi lesquels le « traité de médecine prophétique » d'ibn Quayyim Al Jawziyya (14eme siècle), qui établi 20 critères déterminant le « médecin habile » (= légitime), et surtout 5 catégories de responsabilités médicales, qui, devançant la loi Kouchner, prévoit -entre autre- la iatrogénie médicamenteuse, avec possibilité de dédommagement par le trésor public ! Il établi aussi la nécessité du consentement du patient avant toute cure ou intervention [37]...

2.2.1.2. Moyen âge en occident et ancien régime

Le moyen âge européen opère en revanche un réel retour en arrière par rapport au monde romain antique, et à ses contemporain arabo-musulman : En délaissant les sciences humaines pour revenir à la théocratie, la culture occidentale chrétienne a longtemps fait disparaître toute notion de responsabilité médicale. La maladie et a fortiori la mort étant considérées comme relevant de la seule décision divine, il était quasi impensable de remettre en cause les compétences du médecin (hors fautes évidentes et gravissimes), considéré comme simple instrument de la volonté de Dieu. « Je le pansai, dieu le guéri » (Ambroise Paré). La profession médicale n'en était pas moins risquée dès lors que le patient

était important : les médecins du Pape Jean XXII, de Laurent de Médicis, de Charles VI furent mis à mort, non en vertu d'un quelconque principe de médecine légale, mais pour avoir causé l'aversion de leurs puissantes pratiques...

La première régularisation de l'exercice médical dans le royaume de France date de 1390 (1311 pour les chirurgiens), il s'agit de l'attribution obligatoire d'un agrément jugeant des compétences du médecin, pour pouvoir exercer. La formation initiale est maintenant contrôlée ; Mais le flou concernant la responsabilité du praticien persiste quand à lui très longtemps... La redécouverte du droit romain au XVIIème siècle est un premier pas, mais les arrêts conservés de l'ancien régime montrent de grandes hésitations de la jurisprudence, avec des décisions hasardeuses et contradictoires, liées à la très grande difficulté d'établir un lien causal : Le médecin de l'époque de Molière ne touche pas le patient, l'examine à peine. La notion de responsabilité est bien plus simple à établir pour le chirurgien, qui fournit le gros des contentieux médicaux à l'époque. Il est également important de noter que ces procès ne portent quasiment que sur la question de la réparation pécuniaire, et qu'une sanction répressive est rarissime [36].

Le principe de la responsabilité civile des médecins est donc quasi acquis au dix-huitième siècle, quand à la responsabilité pénale, très polémique dès cette période, elle n'existe que pour les fautes d'une extrême gravité.

2.2.1.3. Le XIXème siècle

Le **code civil** et le **code pénal**, respectivement entrés en vigueur en 1804 et 1810, ne comportent pas d'articles spécifiques à la responsabilité médicale, probable reflet de l'incertitude persistante du législateur à ce propos. La première moitié du XIXème siècle va d'ailleurs marquer un recul temporaire du droit des malades, avec la volonté de nombreux auteurs de faire admettre une authentique immunité des médecins ! Cette idée peut choquer mais pouvait sembler justifiable à une époque de grands progrès chirurgicaux, et donc d'expérimentations assez risquées : comment la médecine avancera-t-elle si les médecins sont entravés par la peur judiciaire ?...

En 1825 se tient un jugement généralement considéré comme un jalon majeur dans l'élaboration de la responsabilité médicale moderne : La fameuse **affaire de l'enfant Foucault**. En septembre 1825, une femme de boulanger normand vit un accouchement très

difficile avec une présentation transversale. Le docteur Helie, appelé assez tard par la sage femme, croit l'enfant mort (ce qui est cohérent au vu des connaissances de l'époque) et, pour sauver la mère, il extrait le bébé en lui coupant les 2 bras. L'enfant est en fait vivant et donc affreusement mutilé. Le médecin a alors une attitude assez désinvolte, ne manifestant guère de compassion ; Cette attitude lui vaudra un déchainement de haine populaire dans le canton. Il est finalement trainé devant la justice, action rarissime, à laquelle il ne s'attendait certainement pas. Le procès est long, les débats houleux et compliqués, l'opinion publique bouleversée. Le grand Dupuytren intervient, furieux de l'ignorance absolue des magistrats sur les problématiques obstétriques. Consultée en entier, l'Académie Royale de Médecine déclare qu'on ne peut rien reprocher au médecin ; le tribunal refuse de suivre cet avis, et s'oppose agressivement à toutes les conclusions de l'Académie, transformant le procès en guerre ouverte médecine/justice - Il semble que les juges normands aient été choqués de l'étroite confraternité de la profession médicale ; leur extrémisme n'est d'ailleurs pas approuvé par leur confrères juristes.... Et le médecin mis en cause ? Il est prostré, se laisse balloter par les débats. Au bout du compte, et contre toutes les habitudes de l'époque, le docteur Helie est condamné à payer une rente à vie à l'enfant mutilé... Médecins invoquant le risque inhérent à leur exercice, juges persuadés d'un corporatisme mesquin du monde médical, pression de l'opinion publique : toutes les problématiques actuelle de la responsabilité médicale sont déjà présente dans cette affaire vieille de près de 200 ans (qui rappelle d'ailleurs passablement l'affaire Perruche !) [38, 39].

De 1830 1936, la responsabilité médicale s'est principalement construite par jurisprudence, et sur la base des règles générales fixées par les articles 1382 et 1383 du code civil, qui établissent respectivement la faute intentionnelle et la faute par imprudence ou négligence. La responsabilité médicale était donc de nature purement **délictuelle** : Cela était d'une part assez problématique moralement vis-à-vis des médecins, qui ne peuvent être considérés comme des délinquants ordinaires, et posait d'autre part des problèmes d'application insolubles. Pour ne pas accabler les médecins, de nombreux arrêts ont par exemple tenté d'établir la notion de « faute lourde », impardonnable, qui serait seule constitutive de faute médicale (trop imprécise et juridiquement discutable, cette notion n'a pas fait école chez les juristes du début du 20ème siècle). Autre exemple, concernant les cas mettant en jeu appareillages médicaux ou matériel chirurgical : pendant un temps, la jurisprudence a eu

recours à la « présomption de responsabilité du fait de chose inanimées » (art 1384 du code civil). Ce n'était pas à la victime d'établir la faute médicale, mais au praticien de prouver une « cause étrangère »... Cette jurisprudence aussi a été abandonnée après quelques années [40].

Bref, l'imprécision demeure.

2.2.1.4. Naissance du contrat de soin en 1936 : la responsabilité civile du médecin est maintenant bien définie.

La responsabilité civile médicale était donc encore l'objet de gros problème de définition dans l'entre deux guerre, lorsqu'un arrêt de 1936 a radicalement modifié le débat en la faisant passer d'une nature **délictuelle** à une nature **contractuelle** (arrêt de la cour de cassation du 20/05/1936, dit « Arrêt Mercier »)). C'est la naissance du « contrat médical », devenu depuis « contrat de soins » [40]. Sur le plan théorique ce changement de définition va permettre de fixer d'une façon bien plus nette le cadre de la responsabilité médicale civile.

"Il se forme entre le médecin et son patient un contrat qui entraîne pour le médecin, l'obligation, non pas de guérir son malade, mais de lui donner des soins non quelconques, mais réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la Science »

- Le contrat est verbal et tacite, existant dès lors que le malade aura demandé des soins au praticien
- La responsabilité contractuelle médicale dépend de 3 conditions indispensables : l'existence d'une faute médicale, l'existence d'un dommage pour le patient, et un lien nécessaire de causalité entre les deux.
- La « faute médicale » existe maintenant officiellement, elle consiste en un manquement du médecin à ses obligations « de soins conformes aux règles consacrées par la pratique médicale et aux données de la science » (arrêt du 27/06/1939).
- Le dommage peut être matériel ou moral.
- Comme dans tout contrat, c'est au « créancier » (ici, le malade), de faire la preuve du manquement du « débiteur » (le médecin) à ses obligations : Le patient doit

donc fournir la preuve de l'imprudence ou de la négligence médicale. A sa charge aussi de démontrer le lien de causalité avec son préjudice...

Bien sûr, ce contrat est quelque peu fictionnel puisque « les parties » n'ont pas demandé à le signer et n'en ont pas fixé le contenu, qui a été déterminé par la jurisprudence puis par la loi. Mais il permet pour la première fois une définition simple et satisfaisante de la relation médecin/patient, et ce cadre juridique est assez souple pour pouvoir modifier avec le temps les « obligations » des 2 parties.

Par ailleurs ce changement de la nature juridique de la responsabilité médicale va avoir des répercussions pratiques immédiates, la plus évidente étant le passage de la durée de prescription de 3 à 30 ans...

2.2.2. Les implications de la responsabilité civile contractuelle pour le médecin.

Rappel : la justice civile ne concerne que les médecins libéraux. L'équivalent pour les médecins hospitalier est la responsabilité administrative : par leurs actes, ces médecins n'engagent pas leur responsabilité personnelle mais celle de leur établissement, sauf dans les rares cas de «faute personnelle détachable du service ».

2.2.2.1. Obligation de moyen

Le médecin doit mettre en œuvre les meilleurs moyens possibles pour parvenir à la guérison du patient, « *conscientieux, attentifs et [...] conformes aux données acquises de la science* » (Arrêt Mercier, 1936).

Pour le malade, obligation de suivre les prescriptions et d'honorer son praticien.

2.2.2.2. Le médecin n'a pas d'obligation de résultat.

Toutefois les années 90 voient apparaître une dérive jurisprudentielle nette vers une pseudo-obligation de résultat, qualifiée d' « obligation sécurité » ou « obligation sécurité-résultat », voire de « faute incluse » ou même de « présomption de faute »(!), notamment dans 3 arrêts de la cour de cassation entre 1997 et 1999. Ces arrêts condamnaient 2 chirurgiens et un gastroentérologue pour des accidents iatrogènes graves, secondaires à des

interventions invasives nécessaires et conduites sans erreur ni négligence. Ces arrêts ont évidemment été scrutés et âprement discutés dans les milieux juridiques et médicaux, d'autant que la cour d'appel a successivement confirmé et infirmé ces 3 décisions... Il était urgent de créer un concept légal satisfaisant le besoin de reconnaissance de patients victimes du risque lié à une technique diagnostique ou curative, sans que cela implique forcément une faute de la part du médecin. D'ailleurs l'idée d'une indemnisation par un tiers organisme, en cas d'accident médical sans faute, trainait dans les esprits depuis une vingtaine d'année, avec notamment le rapport Mac Aleese de juillet 1980 ; le terrain avait donc déjà été étudié bien avant la loi Kouchner [41]....

2.2.2.3. La loi n°2002-303, dite « loi Kouchner », du 04 mars 2002 :

Cette loi a été promulguée par le gouvernement Jospin et son intitulé officiel est « Loi relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé » ; elle instaure de nombreuses dispositions, tel l'accès direct des patients à leur dossier médical, la régulation du titre d'ostéopathe ou l'obligation pour les médecins de faire mention de leurs éventuels conflits d'intérêt avant toute intervention publique ou publication...

En matière de responsabilité juridique médicale elle apporte plusieurs changements majeurs :

- **L'unification du délai de prescription :**

Il était auparavant de 30 ans devant les juridictions judiciaires contre 4 pour les juridictions administratives. Il est maintenant de 10 ans quelle que soit la juridiction, mais ne débute qu'à la date de consolidation du dommage. Il est donc plus favorable aux victimes [42].

- **L'obligation d'assurance** (précisée peu après par la loi About du 30/12/2002) :

Tout manquement à cette obligation est sanctionné par des sanctions disciplinaires ou même pénales, et donc interdiction d'exercer temporaire quasi automatique.

- **L'aléa thérapeutique et l'ONIAM :**

Le titre IV de cette loi, intitulé « réparation des conséquences des risques sanitaires », crée un nouveau mode d'indemnisation de ce qu'on appelle maintenant officiellement l'aléa thérapeutique, au titre de la solidarité nationale. Cette réparation peut concerner aussi bien des accidents survenus en secteur libéral qu'hospitalier ; Il faut que la victime ait atteint un

taux d'IPP de 25% minimum pour avoir droit à cette réparation ; c'est la CRCI qui est chargée d'évaluer le préjudice, et de statuer sur l'absence de faute du médecin, dans un délai de 6 mois. En cas d'aléa thérapeutique avéré (ou également de contamination transfusionnelle par le VHC ou le VIH ou de grave effet secondaire à une vaccination obligatoire), l'indemnisation sera versée par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé. L'ONIAM intervient également en cas de condamnation d'un médecin non assuré, de refus de l'assurance, ou si la couverture d'assurance prévue à l'article est épuisée ; L'ONIAM se substitue alors à l'assureur ou au responsable pour que le patient ne soit pas lésé, puis se retourne contre les mauvais payeurs [43]... A noter qu'il n'y a qu'en France et en Nouvelle Zélande que l'aléa thérapeutique est indemnisé par un organisme spécifique.

En créant « l'aléa thérapeutique », la loi Kouchner a permis de relâcher la pression sur les médecins, le patient pouvant dans certains cas obtenir une condamnation sans que la responsabilité du médecin soit mise en cause (Même si en général pour l'obtenir il faut tout de même lancer une procédure contre le médecin, potentiellement génératrice d'anxiété). Mais la loi Kouchner a pu cristalliser un changement des mentalités insidieux, introduisant l'idée que tout malade ayant des séquelles graves à droit à une indemnisation ; Ce qui pourrait être à l'origine d'une dérive de la justice, pas en faveur des médecins bien sûr...

- **Les CRCI :**

Outre leur rôle dans le circuit d'indemnisation de l'aléa thérapeutique, les CRCI constituent maintenant une appréciable voie alternative aux tribunaux civils classiques : Cette procédure «à l'amiable » est à la fois plus légère (pour le plaignant et le médecin mis en cause, elle se résume en général à 2 convocations), moins chargée émotionnellement, et surtout beaucoup plus rapide, puisque l'offre de transaction tombe en général en moins d'un an (contre souvent plusieurs années pour un verdict de première instance) [41]. La composition et le fonctionnement pratique de la CRCI sera décrit plus loin.

2.2.2.4. Depuis la loi Kouchner

Les textes qui ont suivi la loi du 04 mars 2002 restent dans cet esprit et ne tendent qu'à la compléter, ou à en adapter les dispositions à l'évolution des décisions de justice.

Suite **au rapport Johanet** de 2010 et 2011, la réforme de la responsabilité médicale dans la loi de finance du 28 dec 2011 relève les plafonds de garantie en responsabilité professionnelle, qui passent de 3 à 8 millions d'euros par sinistre, avec 15 millions de garantie par année d'assurance. Elle crée également un fond de garantie des accidents médicaux (collecté par le biais des assureurs), pour tous les professionnels de santé libéraux en cas d'expiration de la garantie ou d'épuisement de la garantie (montant des indemnisations supérieur à 8 millions d'euros). Cette loi est valable pour les réclamations déposées depuis le 1/01/12, et ne concerne que les victimes (pas le tiers payeur, comme les assurances ou la sécu, qui n'auront pas de possibilités de recours contre le professionnel de santé)

Cette réforme est pensée dans l'intérêt des patients comme la loi Kouchner, bien sûr, mais elle vise aussi à empêcher la ruine potentielle des professionnels de santé libéraux [44].

2.2.3. Autre type de responsabilité civile pour les médecins

Une responsabilité de type délictuelle peut persister, par exemple dans des situations hors de tout contrat de soins (médecine scolaire, médecin portant secours lors d'un AVP, réquisition, etc....), ou lors d'une action par ricochet (la famille d'un patient décédé n'a pas conclu de contrat direct) [4].

Il est impossible de faire cumuler responsabilité contractuelle et délictuelle : si une responsabilité contractuelle est retenue, le patient ne peut opter pour une procédure basée sur le délictuel, même si cela lui est plus favorable.

Mais la mise en cause pour une faute de nature délictuelle concerne bien sûr principalement le pénal, juridiction répressive par excellence, plutôt que le civil.

2.2.4. Le cas de la responsabilité médicale pénale

Nb : nous utiliserons les abréviations CP pour l' « ancien » code pénal de Napoléon, et NCP pour le nouveau code pénal entré en vigueur en 1994

La qualification de « contrat » est évidemment totalement étrangère au domaine pénal. Dans ce domaine la responsabilité du médecin peut être engagée du fait de délit de droit commun, figurant au code pénal et pouvant être commis par tous les citoyens, et de délits

professionnel propres aux médecins (il seront résumés dans le paragraphe suivant). Il est d'ailleurs à noter que pour les délits de droit commun, le fait d'exercer la profession de médecin semble être considéré comme un facteur aggravant, le médecin se devant de connaître les lois et de savoir les risques.

Il nous reste donc à clarifier les fondements de la responsabilité médicale pénale ; Or celle-ci a toujours posé les plus gros tracas doctrinaux aux juristes...

2.2.4.1. Les cas de faute involontaire : pas de polémique.

Nous avons montré que depuis le milieu du XIX^e siècle, la responsabilité du médecin en cas de faute involontaire n'est plus remise en question : cela est vrai sur le plan civil mais également pénal.

Le code pénal ne définit pas de faute pénale non intentionnelle mais vise 5 types de conduite qui peuvent, chacun, caractériser une faute : la maladresse, l'inattention, l'imprudence, la négligence ou le manquement à une obligation de sécurité.

Pour caractériser un délit, le juge doit qualifier la faute en se référant à l'un de ces critères légaux ; en général il s'agira de la négligence (la maladresse entraîne plutôt des poursuites au civil). Il ne s'agit là que de la qualification de la faute. Lorsqu'elle a entraîné un dommage et en fonction de celui-ci, on peut qualifier le délit : Ainsi le médecin peut tomber sous le coup « d'homicide involontaire » (art 319 CP, art 221-6 NCP) quand le malade décède des suites de l'intervention médicale ; D' « atteinte involontaire à l'intégrité de la personne » en cas de blessure du patient (art 320 CP, art 222-19 et art R625-2 NCP), avec qualification différente selon un ITT supérieur ou inférieur à 3 mois. Ces 2 délits de droit commun sont ceux qui sont le plus souvent retenus. La « prise de risque » est également punie, par l'article 223-1 du nouveau code pénal.

2.2.4.2. Les incriminations « volontaires » : Les problèmes théoriques commencent...

En effet, au regard de la loi pénale, l'activité médicale tout entière est intrinsèquement délictuelle, et l'acte médical en soi peut être légalement qualifié d'infraction pénale !

Expliquons-nous : Les médecins accomplissent dans le cadre de leur pratique professionnelle quotidienne des actes dont la nature rejoint la composante matérielle de certaines infractions pénales. Car l'activité médicale comporte des atteintes volontaires à l'intégrité physique des malades !

Or dans la dénomination « coup et blessure volontaire », le mot « volontaire » n'implique pas l'intention de nuire, qui n'est en aucun cas requise, contrairement à l'idée reçue générale ;

Et par ailleurs le consentement de la victime (le patient, ici) n'entre pas plus en ligne de compte !

Il y a donc des analogies troublantes et des strictes similitudes entre les actes prohibés par le Code pénal et la plupart des actes médicaux...

C'est ce constat qui permet à un grand juriste d'écrire : "le Code pénal sanctionne toute atteinte, même la plus légère, portée volontairement à l'intégrité physique d'un être humain et la punit, comme crime, délit ou contravention, en fonction de la gravité de l'atteinte subie par la victime... Donc, médecins et chirurgiens doivent être poursuivis et condamnés par application des dispositions du Code pénal » [45]. De fait, au regard du code pénal, un médecin qui pratique un vaccin au cabinet pourrait être poursuivi de la même façon qu'un criminel agressant à coup d'aiguille sa victime !

Ce paradoxe de la justice a amusé des générations d'étudiants en droit, et a obligé les juristes à des circonvolutions délicates, simplement pour trouver des justifications à l'exercice médical dans les textes de loi.

Ils ont abouti à un « fait justificatif général », en langage profane une permission tacite de la loi, basé sur la personne du médecin diplômé (donc légitimé) d'une part, et de la finalité curative de l'acte d'autre part (et du consentement du patient, qui devient ici indispensable).

Mais dans ce cas, comment se permettre de poursuivre un médecin au pénal, même sous la justification actes involontaires ? Le paradoxe juridique persiste donc.

De plus le « fait justificatif général » trouve ses limites avec les nouveaux actes médicaux : par exemple en cas d'absence de but curatif comme pour l'avortement, le prélèvement d'organe, la recherche expérimentale...

Donc au fil des progrès médicaux et de l'évolution de la bioéthique, on voit l'apparition de « lois particulières de justification », pour garantir la licéité de certains actes. Cela permet de « *faire évoluer le droit sans bouleverser la matière* » [36].

Le domaine pénal est donc particulièrement difficile à adapter à la médecine, et donne encore lieu à des controverses de nos jours, 200 ans après l'entrée en vigueur du code Napoléon !

De nombreux médecins expriment régulièrement leur colère à ce propos : « Il est souhaitable que la médecine ne soit plus, dans le domaine pénal, soumise à des dispositions qui remontent à 1810 et qui ne lui étaient pas destinées. (...) Il est indispensable que des possibilités de conciliation interviennent pour endiguer la montée des plaintes pénales préjudiciables à la médecine » [46]. Mais est-ce la poursuite pénale qui est préjudiciable à la médecine, ou l'infraction commise par le médecin qui est préjudiciable au patient et partant à la société ?

Au final le **seul délit de droit commun** de qualification « volontaire » que peut risquer de commettre un médecin dans son exercice est « l'omission de porter secours » (et concrètement, démontrer que le médecin ait eu personnellement conscience du péril de la situation est souvent très difficile, et le texte d'application délicate. Mais au pénal, le juge possède un « pouvoir d'appréciation souverain » : il statue sur son intime conviction).

Il reste **les délits professionnels**, la plupart du temps volontaires (ex : violation du secret professionnel) [47]

2.2.4.3. En résumé, les mise en cause possibles du médecin au pénal

Donc devant la cour pénale, un médecin peut être mis en cause pour un **délit de droit commun, involontaire ou volontaire** (omission de porter secours, atteinte à intégrité corporelle volontaire : euthanasie, examen et thérapeutique à l'encontre du consentement) ou pour un **délit professionnel**, propre à la profession médicale (avortement illégal, certificat mensonger, exercice illégal de la médecine, secret professionnel)

Mais ces considérations juridiques inquiétantes ne reflètent pas le risque pénal réel de l'exercice de la médecine, très faible en réalité.

En effet, au pénal, on ne présume pas la faute ni le lien de causalité, qui doivent être strictement prouvés, alors que dans le cadre de la responsabilité civile ou administrative une présomption de faute, une perte de chance ou la présomption du lien de causalité peuvent suffire à obtenir une réparation...

De plus la loi du 10 juillet 2000 impose désormais la preuve d'une faute *qualifiée*, en cas de causalité seulement indirecte entre la faute non intentionnelle d'une personne physique et le dommage. Une faute qualifiée signifie *délibérée* (ce qui suppose un élément moral, une volonté) ou *caractérisée* (prise d'un risque d'une gravité particulière en toute conscience).

La faute qualifiée est très rarement retenue en matière pénale, particulièrement dans le domaine d'une responsabilité médicale [42]. La loi du 10 juillet 2000 a donc rendu encore plus rares les condamnations pénales des professionnels de santé, et a encore conforté le sentiment de beaucoup que la responsabilité médicale n'est guère l'affaire des cours pénales

2.2.5. La même responsabilité pour tous les médecins ?

2.2.5.1. Y a-t-il des différences entre responsabilité administrative et responsabilité civile ?

Pour une faute similaire, le recours à la juridiction civile ou administrative découle directement du statut du praticien. Pour un soignant en libéral, la mise en cause relève de la juridiction civile ; pour un salarié d'un établissement privé ayant agi dans les limites de sa mission, l'employeur répondra de sa faute au civil également ; Enfin un salarié du public sera mis en cause devant le tribunal administratif sauf en cas de faute détachable du service.

Cette dualité institutionnelle dans le domaine des accidents médicaux est discutée depuis longtemps, mais il n'est pas envisageable de l'éliminer complètement à court ou même moyen terme... Et même si les jurisprudences sont proches sur des points clé, les réflexes juridiques fondamentaux ne sont pas identiques, et des différences flagrantes subsistent, principalement en matière d'indemnisation [41, 48].

Cette dichotomie peut être préjudiciable également pour le patient : lorsque l'incident concerne des professionnels de mode d'exercice différent (soins à domicile prescrit par un

hospitalier, HAD employant des libéraux...), la victime doit saisir les 2 institutions, avec plusieurs procédures, des expertises parfois contradictoire (même s'il est désormais possible depuis 2000 de simplifier ce type de problème)... C'est pour cette raison que la CRCI est particulièrement prisée dans cette situation : elle est saisie de l'ensemble du litige, ordonne une seule expertise et rend son avis dans les délais fixés par la loi Kouchner...

2.2.5.2. Ya t'il des différences entre généraliste et spécialiste ?

Aucun texte de loi ne fait de distinction entre la responsabilité d'un généraliste et celle d'un spécialiste, que cela soit dans le domaine civil ou pénal.

Mais au cour du vingtième siècle, la jurisprudence a, elle, nettement fait une différence, en prônant **une plus grande sévérité envers le spécialiste**. Ce sujet nous fournit un exemple des multiples points d'achoppement entre la justice et le monde médical : Quelques juristes pointent du doigt le fait que cette responsabilité augmentée du spécialiste implique la présomption d'une compétence supérieure conférée par sa spécialisation, et donc mathématiquement la présomption d'incompétence au moins partielle de l'omnipraticien. Ces hommes de loi remettent donc en question l'omni-valent titre de docteur en médecine, et voudrait une plus grande segmentation des spécialités, comme cela peut se trouver ailleurs en Europe. Le débat est déjà très houleux chez les médecins depuis les abus en matière de médecine esthétique ; En s'y invitant, les juristes démontrent assez bien que les relations médecine/justice ne sont pas encore apaisées.

Mais depuis une dizaine **d'année la responsabilité du généraliste s'est vu franchement alourdie**, par la création du statut de médecin traitant puis la précision de sa mission : Celle-ci, telle que définie dans la convention nationale du 12/01/05, est fondamentale, au cœur de la coordination entre les intervenants spécialisés, ce qui en fait une position à haut risque. Le texte de la convention est explicite : « Le médecin correspondant ne rend qu'un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant ; Il ne donne pas au patient de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions ».

Pour donner un exemple pratique, en cas de défaut de transmission entre un spécialiste et un généraliste suite à un problème de secrétariat du premier, le second est tout de même plus susceptible d'être attaqué pour ne pas s'être enquis lui-même de l'avis du spécialiste.

De même si un laboratoire envoie au patient tous les exemplaires du résultat d'un examen et que celui-ci ne recontacte pas son médecin, ce dernier peut être condamné pour ne pas s'être inquiété de l'absence de retour d'une de ses prescriptions. La mission d'un généraliste a donc été, sinon modifiée (car n'est ce pas là ce qu'on a toujours attendu d'un médecin de famille ?), du moins précisée, et il en est de même pour ses obligations légales [49].

2.2.6. Le cas de la justice ordinale :

2.2.6.1. Une justice peu aimée

La justice ordinale occupe un statut très à part dans l'esprit des médecins, à la fois méprisée et redoutée, finalement **méconnue** car considérée comme opaque. De plus le code faisant interdiction d'attenter à l'honneur de la profession, les médecins ne se sentent pas libres de critiquer l'ordre, ce qui n'arrange rien à leur méfiance.

Toute décision suspecte d'arbitraire permet à ses détracteurs de rappeler les circonstances historiques troubles ayant présidé à sa création pendant le régime de Vichy (d'autant que l'ordre a bien tardé à les reconnaître ; les regrets de l'ONM envers les médecins juifs ne datent que de 1997). Rappelons toutefois que le premier code de déontologie a été publié le 28/05/1947, soit plusieurs années après la création pétainiste de l'Ordre des médecins en 1941.

Il faut par ailleurs bien séparer le rôle juridictionnel de l'ODM des prises de position dans les grands débats de sociétés...

L'ordre des médecins est, comme tous les ordres professionnels, une personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public.) ; Il s'agit d'un des rares cas de délégation par l'état du droit de défendre des intérêts collectifs. La plupart des médecins redoutent un pouvoir arbitraire, des règles conclues en internes, sans régulation, **mais à tort** : Le code est certes rédigé par l'Ordre des médecins, mais son origine juridique a été gouvernementale (ce qui fonde sa légitimité) : Le législateur a expressément prévu la rédaction d'un tel texte dans **le code de santé publique**, dont il fait partie intégrante. De plus le texte est à chaque modification (nous en sommes à la quatrième version) soumis à l'administration, au conseil d'état puis au gouvernement, afin de vérifier sa conformité aux lois, avant d'être publié au journal officiel [50].

L'état lui a donc donné **une valeur législative très forte**.

2.2.6.2. Une justice inutile et redondante ?

La plupart des médecins l'ignorent, mais la justice ordinaire présente de nombreux points communs avec le droit pénal : En effet une faute déontologique est souvent aussi une infraction pénale, l'action disciplinaire présente des ressemblances avec l'action publique pénale ; Et d'une façon générale le droit disciplinaire, à mesure qu'il s'est affiné avec le temps, ressemble de plus en plus au droit pénal, avec un vocabulaire proche !

C'est que le droit disciplinaire en général (et pas uniquement médical) présente par sa nature de profondes similitudes avec le droit pénal : leur but à tous deux est d'assurer l'ordre et l'intérêt collectif par des sanctions répressives, leur domaine de responsabilité est identique ; Et dans les principes de fonctionnement de bases ils présentent de nombreux éléments communs.

Cette proximité a pu parfois se traduire, au cours de l'histoire de l'ODM, par la volonté de certains de faire reconnaître le droit disciplinaire comme une branche spécialisée du droit pénal, avec à terme l'idée critiquable de faire échapper les médecins au principe de droit pénal général...

Mais, plus souvent, la similarité des justices disciplinaires et pénales a surtout incité les professions réglementées libérales, dont le rôle disciplinaire est exercé par un ordre professionnel qui ne fait pas toujours l'unanimité, à remettre en cause l'utilité de ce type de juridiction [36]...

Par ailleurs le pouvoir législatif et judiciaire spécifiquement puissant de l'ordre des médecins a suffisamment agité les débats pour que sa suppression pure et simple, comme « offense pour la démocratie » fasse partie des engagements du candidat Mitterrand en 1981 [51]... La Cour européenne des droits de l'homme a tranché la discussion en rendant en 1988 un arrêt confirmant son autorité légitime ; Et le parlement européen a adopté en 2003 une résolution confortant le rôle des ordres professionnels, et réaffirmant l'importance de la déontologie. **Il n'est donc plus du tout question de suppression...**

La tendance est maintenant de franchement **respecter la dualité pénale/ordinaire**. L'ordre des médecins rappelle régulièrement la notion d'indépendance des 2 procédures.

La responsabilité disciplinaire ne remplace pas la responsabilité pénale mais s'y ajoute.

2.3. Fonctionnement concret des différentes cours

2.3.1. Quelques précisions préalables

2.3.1.1. Les différents types de responsabilités d'un médecin, **en bref**

Il existe différents type de responsabilité, et pour chacune une juridiction est associée :

- **Responsabilité civile** (*conventionnelle ou quasi délictuelle*) : rôle de *réparation d'un individu*, en général indemnisation du dommage, s'applique uniquement au secteur privé ;
- **Responsabilité administrative** : Ne concerne que les médecins travaillant dans le secteur hospitalier public. C'est un *type de responsabilité civile*, mais seulement parce qu'elle conduit au versement de *dommage et intérêt* : Elle ne dépend pas du droit civil. Selon le droit administratif, l'administration hospitalière est responsable de ses agents, et elle seule rendra des compte ; Sauf dans le cas d'une « faute détachable du service » (en général des fautes d'une gravité particulière), pour lesquelles le médecin retombe dans le secteur judiciaire. Nous avons vu en 2.2.5 si les responsabilités civile et administrative étaient vraiment équivalentes.
- **Responsabilité pénale (ou délictuelle)** : Quel que soit son statut, libéral ou salarié du public, un médecin doit répondre personnellement de ses actes devant les juridictions pénales ; Rôle de *réparation de la société, peine punitive et répressive*. Les cas où la responsabilité pénale d'un médecin est reconnue par un tribunal sont vraiment minoritaires.
- **Responsabilité ordinale(ou disciplinaire)** : Régie par le code de déontologie médicale, dont le non respect est passible de poursuite devant la section disciplinaire du conseil de l'ordre. Rôle de *contrôle et de régulation de l'exercice professionnel par la profession elle-même*, visant à faire respecter les *principes de dévouement, de compétence et de moralité*.

2.3.1.2. Le possible cumul des responsabilités pour une même faute.

Les différentes formes de responsabilités peuvent se cumuler, néanmoins si toute faute pénale constitue nécessairement aussi une faute civile, l'inverse n'est pas vrai.

Néanmoins, dans le domaine médical, la faute civile d'un médecin est assez souvent susceptible de constituer en même temps une faute pénale, même si elle a alors moins de chance d'aboutir à une réparation financière (surtout à cause du lien de causalité à prouver absolument).

De plus si la victime a déjà engagé une procédure au civil, elle ne peut se porter partie civile dans sa plainte au pénal, et donc **ne peut obtenir d'indemnisation dans les 2 juridictions pour la même affaire** ; ce sont là des explications au fait que **les procédures pénale sont rarement engagées** par les patients.

(A noter : A contrario, s'il y a en parallèle à une procédure pénale une saisine de la CRCI, et parce que la procédure y est à l'amiable et non judiciaire, 2 indemnisations sont théoriquement possibles pour le plaignant.)

En pratique, ce qui pousse un patient à porter l'action au pénal est l'important arsenal d'investigation du juge d'instruction, qui facilite la recherche de la preuve ; Et aussi bien sûr, un profond désir de punition et de vengeance.

Enfin, une plainte ordinaire, totalement indépendante de toutes les juridictions officielle, peut bien sûr s'ajouter à n'importe laquelle des procédures citées... Néanmoins les interdictions d'exercer ordinaire et pénale ne peuvent plus se cumuler depuis peu ; la plus sévère sera choisie.

2.3.2. La réclamation

La réclamation est la procédure la plus simple, et la plus utilisée par les patients selon les chiffres du sou médical [5]. Elle ne fait pas appel à la justice (elle n'est donc pas traitée dans notre recherche), et se règle en général chez l'assureur.

Elle peut donner lieu à un règlement à l'amiable, sans nécessité de recours à une aucune juridiction

Il s'agit d'une manifestation (de préférence écrite avec accusé de réception), des griefs et des revendications d'une victime à l'encontre du médecin responsable. Elle est adressée directement au médecin mis en cause, ou parfois à son assurance. Elle est importante car interrompt la prescription.

La suite est en général du ressort de l'assureur : un binôme juriste-médecin étudie le dossier.

Si la responsabilité du médecin est manifestement engagée, une expertise pour un règlement à l'amiable du conflit est proposé.

Si la demande est manifestement infondée, l'assureur refuse l'indemnisation (le patient pourra toujours dans un second temps choisir d'attaquer en justice, mais sa plainte a globalement peu de chance d'aboutir).

Si la part des responsabilités est confuse, la procédure à l'amiable a peu de chance d'aboutir, et l'affaire finira sans doute dans une des juridictions détaillée ci-dessous.

2.3.3. Les juridictions civiles

La définition de la faute est très subjective, le juge l'apprécie « in abstracto » en comparant le comportement du médecin à un standard normalement prudent, diligent et avisé.

2.3.3.1. Les juridictions civiles de première instance

Il existe en France 2 juridictions civiles de première instance (= de premier examen d'un litige, avant éventuel recours à une juridiction d'appel ou de cassation) :

- Le **tribunal d'instance** : compétence de statuer en référé, avocat non obligatoire, procédure orale, et rôle général de conciliation. Gère les affaires civiles dont la valeur en litige est **inférieure à 10 000 euros**. C'est aussi une juridiction d'exception : compétence spéciale type surendettement, mise sous tutelle, etc....
- Le **tribunal de grande instance** : juridiction de droit commun, pour les litiges qui ne sont pas spécifiquement attribués à une autre juridiction. Equivalent du tribunal correctionnel en pénal. Gère les préjudices évalués à **plus de 10 000 euros**, c'est-à-dire dans la plupart des cas en responsabilité médicale.

Le TGI est composé du *siège* (= les juges), et du *parquet*, représentant l'intérêt général. Chaque TGI comprend au minimum un président, 2 juges et un procureur de la république.

Selon son importance, il peut être scindé en plusieurs « chambres » (le tribunal correctionnel est d'ailleurs par définition la chambre pénale du TGI). Les TGI comportent aussi les greffiers et du personnel auxiliaire avocat obligatoire.

(A noter : Le TI et le TGI sont regroupés en un seul « tribunal de première instance » dans les communautés d'outre mer.)

2.3.3.2. Le déroulement de la procédure civile

En procédure civile (première instance ou tribunal administratif), le demandeur (= plaignant) informe le défendeur (= son adversaire) qu'elle engage un procès contre lui par une *assignation*. L'assignation interrompt bien sûr la prescription et les délais pour agir. Cette citation à comparaître est rédigée et délivrée par un huissier de justice. Le défendeur dispose en général d'un délai de 15j pour se manifester. Ensuite l'affaire est confiée au juge de mise en état (équivalent du juge d'instruction du pénal) qui demande une enquête, à l'issue de laquelle une audience pour plaider est fixée, ou l'on décidera s'il faut une expertise, suite à quoi le jugement est mis en délibéré jusqu'à une audience ultérieure.

C'est long, très long...

Il existe heureusement une procédure plus rapide : *l'assignation en référé*, qui a pour effet de saisir le tribunal immédiatement. Dans une procédure pour responsabilité médicale, c'est celle qui est choisie en générale, d'autant que dans ce type d'affaire la demande d'expertise est une procédure d'instruction automatique et immédiate (l'assignation est donc la plupart du temps une « assignation en référé expertise »).

Le médecin n'est pas obligé d'assister en personne à *l'audience en référé*, qui est fixée pas plus de 6 semaines avant l'assignation en référé ; son avocat (en général mandaté par l'assurance) l'y représente.

Le juge en référé désigne un expert judiciaire. *L'expertise* donne lieu à une séance à laquelle doivent assister le patient plaignant et le (ou les) médecin(s) mis en cause, ce(s) dernier(s) en général assisté(s) d'un médecin conseil mandaté par l'assureur.

Les choses peuvent s'arrêter là pour le médecin : Le juge, qui était saisi par référé (procédure d'urgence), a été dessaisi après avoir rendu son ordonnance mandatant un expert.

Si le rapport est franchement défavorable, l'assurance tente une transaction amiable.

Si le rapport est favorable au médecin, le patient peut décider de ne pas donner suite. Mais souvent le patient veut poursuivre son action judiciaire et le médecin reçoit une nouvelle assignation à quinzaine et l'affaire rentre de nouveau dans la procédure classique. La durée déjà conséquente de ce type de procès peut être encore augmenté par une procédure en appel et atteindre 5 ans voir plus...

2.3.4. La cour pénale

En matière pénale, pas d'infraction, et donc pas de peine sans une faute correspondant à un texte légal !

Et il faut une relation causale entre la faute et le dommage, donc il ne peut être question de responsabilité sans faute ou de présomption de responsabilité, pas plus que de « perte de chance » (notion créée par la jurisprudence civile).

Il existe 3 types d'infractions pénales, de gravité croissante :

- contravention,
- délit,
- crime.

Elles sont gérées respectivement par le tribunal de police, le tribunal correctionnel, et la cour d'assise.

Nous insisterons surtout sur le délit, en détaillant tout particulièrement la procédure devant le tribunal correctionnel, puisque c'est la plus souvent subie par les médecins au pénal ; Mais elle est assez similaire pour les contraventions et les crimes.

2.3.4.1. La contravention

Catégorie d'infraction la moins grave, la peine encourue est toujours inférieure à 3000 euros d'amende.

L'auteur est appelé *contrevenant*. Il peut être jugé par un tribunal de police ou la juridiction de proximité.

Pour commencer réglons la question des tribunaux de proximité, pour les quelques lecteurs qui se souviennent de leur apparition : Apparus en 2002, ils ont été créés pour décharger les tribunaux d'instance, et ont des compétences à la fois civiles et pénales. Leurs compétences civiles ne concernent pas l'exercice médical, mais sur le plan pénal (contraventions des 4 premières classes), ils pouvaient théoriquement être saisis par un patient mécontent. Ils sont actuellement en cours de suppression, ce qui règle la question... Seuls restent *les tribunaux de police*.

Le tribunal de police est composé d'un juge unique issu du tribunal d'instance, assisté d'un greffier et d'un officier du parquet représentant le ministère public (le procureur de la république ou l'un de ses substituts)

Le droit pénal français distingue 5 types de contravention, par ordre de gravité croissant :

1^{er} classe : diffamation et injure non publiques,

2^e classe : atteinte involontaire à l'intégrité physique n'ayant entraîné aucune ITT,

3^e classe : menaces de violences,

4^e classe : violences légères,

5^e classe : violence volontaire ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours.

Il est donc très rare que dans le cadre de son exercice, un médecin soit mis en cause devant le tribunal de police...

2.3.4.2. Le crime

Il est **rarissime** qu'un médecin soit jugé pour crime pour un acte de son exercice professionnel (il s'agit en général dans ce cas d'un viol)

C'est la classe d'infraction la plus grave ; La peine encourue est la plus lourde, et la procédure très spécifique.

L'auteur d'un crime est appelé accusé et sera jugé en cour d'assise.

On distingue plusieurs type de crime : contre les personnes (viol, torture, meurtre...), contre les biens (vol avec violence grave, escroquerie...) et contre l'état (attentat, espionnage, faux-monnayage...)

A noter que la peine de prison ne porte pas le même nom selon le type de crime, et plus largement le type d'infraction : un délit peut conduire à un « emprisonnement », un crime à une « réclusion criminelle », et un crime politique à une « détention criminelle »...

A. La cour d'assise

Il y a une cour d'assise par département.

C'est la seule des juridictions civiles et pénale utilisant des jurés populaires. La cour d'assise se compose donc de *la cour* composée de 3 magistrats professionnels (le président –à ne pas appeler « votre honneur », mais « monsieur le président », nous ne sommes pas dans une série américaine - et 2 assesseurs), et du *jury*, composé de 6 personnes en première instance contre 9 en appel.

L'accusation est soutenue par un magistrat du parquet appelé *avocat général* (et non procureur ici).

B. Le déroulement de la procédure aux assises

Le président mène les débats, toutes les parties sont invitées à s'exprimer : d'abord la plaidoirie de la partie civile, puis le réquisitoire de l'avocat général, enfin la plaidoirie de l'avocat de la défense.

Puis au terme des audiences le président, les 2 assesseurs, et le jury se retirent pour délibérer : tous votent à bulletin secret sur la culpabilité et sur la peine.

La cour d'assise ne siège pas de façon permanente mais par sessions. Avant la loi du 10 août 2011, il n'y avait qu'une session par trimestre, mais aujourd'hui le premier président de la cour d'appel peut en organiser chaque fois qu'il est nécessaire (à Paris c'est maintenant tous les 15 jours, en pratique de façon permanente, donc).

Depuis la loi du 15 juin 2000 un jugement d'assise peut faire l'objet d'un appel.

2.3.4.3. Le délit

Infraction de gravité intermédiaire entre contravention et crime.

L'inculpé est appelé *prévenu*.

Les peines encourues sont de 2 types : emprisonnement (10 ans maximum) et amende (3750 euros minimum).

En outre le prévenu peut avoir à payer des *dommages et intérêt* pour la victime si celle-ci est partie civile.

La plupart des médecins inculpés au pénal le sont donc au titre d'un délit :

Affaires d'imprudence ou de négligence grave (Homicide ou blessures involontaires), plus rarement violation du secret médical, non assistance à personne en danger.

A. Le tribunal correctionnel

Le tribunal correctionnel est en fait une des chambres du TGI, la seule ne ressortant pas du droit civil.

Il se compose de trois juges professionnels (un président du tribunal et deux assesseurs, comme la cour d'assise), d'un greffier et d'un représentant du ministère public : *procureur de la république* ou l'un de ses substituts.

Les débats sont normalement publics

B. La procédure en correctionnelle

a. La plainte.

En général le premier acte de la procédure pénale sera une plainte, simple ou avec constitution de partie civile, adressée directement au procureur de la république du TGI par courrier recommandé, ou transmise par le commissariat dans lequel elle a été déposée ;

Il est rarissime que le parquet se saisisse directement d'une affaire, et ordonne des gardes à vue, ce qui provoque toujours un gros émoi dans les médias...

- Après une *plainte simple*, le procureur garde son entière appréciation à l'égard des faits qui lui sont soumis. Dans les faits l'affaire est souvent classée sans suite, ce qui exclut toute nouvelle procédure au pénal pour cet incident.

Le procureur peut également demander une enquête préliminaire à l'issue de laquelle il décidera de poursuivre ou de classer (la encore sans recours). Durant cette phase d'enquête, le médecin peut être convoqué par un officier de police judiciaire, et il doit s'y rendre seul (attention alors de bien respecter le secret médical !).

Enfin le procureur peut adresser le dossier au juge d'instruction, directement ou après l'enquête préliminaire : une information est alors ouverte, le juge d'instruction demeure

seul maître de son dossier et de la procédure. A ce moment et si elle veut avoir accès à son dossier, la victime peut librement se constituer partie civile, sinon elle ne sera que le témoin dans son affaire.

- La *plainte avec constitution de partie civile* n'est possible que pour les délits ou les crimes ; La victime se porte partie civile, c'est-à-dire qu'elle demande des dommages et intérêt. Si le défendeur est condamné il devra payer des dommages et intérêt ET une amende à l'état.

Pour ce type de plainte le plaignant doit être plus précis dans son courrier et qualifier précisément l'infraction selon l'article concerné du code pénal (donc en général se fait aider d'emblée par un avocat).

Le plaignant doit également verser une consignation au greffe du tribunal (restituée à la fin de la procédure). Mais en contrepartie de ces inconvénients, il s'affranchi du filtrage du parquet : il sera obligatoirement donné suite à sa plainte, avec « *déclenchement de l'action publique* ».

Pour éviter les plaintes abusives, une consignation financière peut être demandée au plaignant même en cas de plainte simple.

b. L'instruction

Durant l'instruction, la partie civile et le médecin mis en cause restent assez passifs. Le juge d'instruction se fait communiquer tous les éléments qu'il juge nécessaires, peut entendre toute personne et diligenter toute enquête qu'il veut.

L'instruction donnera lieu à plusieurs *expertises*, 2 au minimum.

Si le médecin est convoqué, il peut cette fois se faire accompagner d'un avocat.

L'instruction peut se conclure par un non lieu, ou un renvoi devant la chambre correctionnelle.

Chaque étape de l'instruction fait l'objet d'une *ordonnance* qui peut elle-même faire l'objet d'un appel voir d'un pourvoi en cassation.

La durée d'un procès au pénal reflète souvent les longueurs de l'instruction, pendant laquelle le médecin mis en cause ne recevra pas d'élément sur l'enquête en cours (n'ayant

pas accès au dossier) : ce type d'attente est généralement considérée comme très éprouvante.

c. L'audience

En cas de renvoi devant le tribunal correctionnel (cela reste rare en responsabilité médicale), l'affaire doit passer en audience entre 6 et 12 mois après l'ordonnance de renvoi.

Les juges entendent d'abord les parties civiles, puis l'avocat général, et en dernier la défense.

Le jugement est rendu immédiatement, soit, s'il est « mis en délibéré », entre 2 à 4 semaines après l'audience : il précise d'une part les **sanctions pénales** (emprisonnement avec sursis, interdiction d'exercer temporaire, et/ou amende), et d'autre part **les intérêts civils**, qui peuvent parfois n'être fixés définitivement qu'après une nouvelle expertise et une nouvelle audience...

Si le tribunal a jugé que les faits ne sont pas punissables, le prévenu est « relaxé »

d. L'appel

Si la durée de la procédure n'a pas totalement usé la combativité des parties en cause, un appel du jugement peut encore être porté dans un délai de 10 jours après le jugement contradictoire ; Il est d'ailleurs désormais possible même en cas d'affaire criminelle jugée par la cour d'assises.

La procédure devant la cour d'appel est très similaire à celle du tribunal correctionnel. Et la décision d'appel peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation...

A noter que la partie civile ne peut faire appel qu'en ce qui concerne ses intérêts civils.

e. Le cas de la citation directe

Il existe une autre voie présentant le double avantage de contourner le parquet d'une part, et de gagner du temps en évitant la phase d'instruction : la citation directe, exception française en matière pénale, permet à la partie civile de citer directement une personne devant une juridiction pénale.

Elle n'est toutefois possible que pour les contraventions et les délits. La citation directe est l'acte délivré par un huissier de justice à la partie mise en cause. La victime doit parfaitement

documenter sa demande, qualifier l'infraction en citant l'article du code pénal, évaluer le préjudice, fournir toutes les preuves possibles. Il n'y a pas d'instruction, mais plusieurs dates d'audience sont fixées pour que le tribunal entende les 2 parties, et une date est fixée pour les plaidoiries.

f. Un choix qui peut se retourner contre le plaignant

A noter qu'en cas de mauvaise foi avérée du plaignant, celui-ci peut être poursuivi pour dénonciation calomnieuse. Et que s'il avait porté plainte avec constitution de partie civile ou en cas de citation directe, il peut être condamné à payer les frais du procès à son adversaire, à titre de dommages et intérêts.

2.3.5. La justice ordinale

Seule responsabilité sans durée de prescription.

Concerne tous les médecins, des salariés du public aux libéraux.

Les peines encourues sont par ordre de gravité l'avertissement, le blâme, l'interdiction d'exercice temporaire (avec ou sans sursis), ou définitive (radiation du tableau de l'ordre).

2.3.5.1. Le code de déontologie

Il définit des **devoirs généraux** : Le dévouement, le soins de TOUS les malades, le respect du secret professionnel, le libre choix du médecin par le patient, l'assistance à personne en danger, et la pratique de la formation continue, le maintien de l'honneur de la profession même hors de son exercice...

Des **devoirs vis-à-vis des patients** : La garantie de soins consciencieux conformes aux données de la science, l'obligation d'information, l'obligation de consentement du patient, la bonne tenue du dossier médical, l'accompagnement dans la dignité de la fin de vie, la continuité des soins....

Des **devoirs vis-à-vis des autres membres des professions de santé** : La confraternité (donc la conciliation, l'assistance morale...), accepter le recours à un autre médecin et le proposer si la situation l'impose...

Des devoirs vis-à-vis de l'exercice de la médecine : disposer de locaux convenable, délivrer les certificats obligatoires, participer à la permanence des soins... [50]

2.3.5.2. Déroulement de la procédure

Attention, le déroulement de la procédure a été quelque peu modifié par la loi « Kouchner » du 4 mars 2002, notamment avec la création des chambres disciplinaires de première instance, qui ont remplacé la section disciplinaire des conseils régionaux de l'ordre.

La justice ordinaire concerne les praticiens hospitaliers et les libéraux, mais les procédures diffèrent initialement :

- *Pour un médecin du service public*, la victime ne peut pas porter plainte directement, seuls le ministère de la santé, le directeur de la DDASS, ou la CRCI peuvent saisir le conseil départemental, lequel accuse réception et saisit directement la chambre disciplinaire de première instance.
- *Pour un praticien libéral ou salarié du privé*, tout le monde peut porter plainte : patient, autre praticien, syndicat, préfet, procureur de la république et même le conseil National de l'Ordre lui-même... Le conseil départemental accuse réception mais ne saisit la chambre disciplinaire dans les 3 mois que s'il y a échec d'une tentative de **conciliation** préalable.

Les chambres disciplinaires de première instance sont présidées par des magistrats du tribunal administratif. Elles sont composées de 2 collèges de membres élus dans le conseil régional, ET dans le conseil départemental de l'ordre. Elles informent les parties en causes de l'enregistrement de la plainte et leur demandent de constituer chacune un mémoire de défense ou de soutien ; enfin elles nomment un *rapporteur* pour étudier le dossier. Le recours à un avocat est facultatif.

Au bout d'environ 6 mois (nécessaires à la constitution du dossier), une date d'audience est fixée, la chambre disciplinaire informe les parties du nom des membres de la *formation de jugement* qui statuera sur leur cas (5 membres minimum). *L'audience* est publique et ouverte à tous, mais un huis clos peut être décidé. Le rapporteur fait son rapport, puis les parties s'expriment, la formation du jugement pose les questions éventuelles ; La parole est

donnée en dernier à l'accusé. La chambre délibère et vote ensuite à huis clos. La décision doit être rendue dans un délai de 1 mois.

L'appel est possible dans les 30 jours suivant la décision, il doit être fait auprès de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre à Paris

NB : A partir de ce point la justice ordinale **ne sera plus traitée dans cette thèse**, au vu de l'absence de données recueillies sur ce type de procédure dans notre étude.

2.3.6. Les CRCI

Cette procédure est la seule à donner toutes ses chances à une conciliation... Elle est plus rapide (théoriquement pas plus de 12 mois en tout), et plus simple pour le patient, lequel n'a de plus aucun frais à avancer. Elle concerne les professionnels de santé libéraux ET hospitaliers.

2.3.6.1. Déroulement

Depuis 2002 et la loi dite « Kouchner », le patient ou les ayants droit d'un patient décédé peuvent déposer une réclamation devant une des 22 CRCI (une par région) : c'est *la saisine*. Elle se fait par l'intermédiaire d'un simple formulaire *cerfa* téléchargeable sur le site de l'ONIAM, et très simple même pour une personne non conseillée par un juriste. Le médecin est averti par un courrier. La victime peut être assistée gratuitement d'un avocat et d'un médecin conseil.

L'expertise est contradictoire, et sera effectuée au frais de l'état (présence du médecin requise !).

La CRCI doit rendre son avis dans les 6 mois à compter de la date de la saisine ; Elle le fait lors d'une réunion où la présence du médecin est facultative mais souvent fortement recommandée, car ce n'est qu'à l'issue de cette réunion que la commission va se prononcer sur la recevabilité de la demande d'indemnisation du patient, et quel acteur doit prendre en charge son préjudice. Cette réunion permet une nouvelle audition des 2 parties, même si en général le rapport d'expertise suffit à la CCI pour se prononcer.

L'avis de la commission est délivré aux parties au maximum 1 mois après la séance ; il n'est pas susceptible de recours.

A noter que depuis le décret du 09/01/14, le président de la CRCI lui-même peut rejeter en amont les demandes concernant des dommages nettement inférieurs au seuil légal (cf. ci-dessous).

L'offre de transaction doit ensuite être faite dans les 4 mois, par l'assureur du médecin (75% des cas) en cas de responsabilité pour faute, ou par l'ONIAM (25% des cas) en cas d'acte thérapeutique ou d'infection nosocomiale, ou rarement en cas d'insolvabilité du médecin.

Le paiement (qui doit être effectif dans le mois qui suit l'acceptation de l'offre par le patient) éteint toute possibilité de poursuite administrative ou civile (mais non pénale).

Si le patient juge l'offre de transaction insuffisante il peut saisir le juge et on revient à une procédure civile classique.

Si la CRCI n'est pas compétente en regard des critères de gravité (cf. ci-dessous), une conciliation rapide est tentée, non lors d'une séance spéciale de conciliation comme il était prévu initialement dans la loi, mais par des conciliateurs désignés par chaque commission. Les assureurs ont hélas parfois tendance à ne pas se déplacer devant ce conciliateur...

2.3.6.2. Les critères de compétence des CRCI :

Accidents survenu **après le 05/09/01**, ayant occasionné un **déficit fonctionnel permanent de 25%** minimum, ou une **perte de l'emploi antérieur**, ou une **ITT de 6 mois consécutifs**, ou enfin, plus flou, « **existence de troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence** ». Ce dernier critère, franchement subjectif, ne doit en pratique n'être qu'exceptionnellement retenu [41, 52]...

L'accident médical doit être **raccordable à un acte diagnostique, de prévention ou de soins** ; Donc un acte de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique ne peut théoriquement pas être attaqué devant la CRCI (En pratique cela est en fait parfois possible)

2.3.6.3. Les inconvénients des avantages...

La procédure est donc très écourtée, très simplifiée, mais ces facteurs peuvent se retourner contre les différentes parties : entre la réception du rapport de l'expertise et la séance où l'avis sera rendu, il s'écoule en général un mois, ce qui ne laisse qu'un délai très court pour préparer une défense, si nécessaire...

Les experts, qui sont souvent les mêmes que sur les listes des tribunaux, ne sont pas libres de fixer leurs honoraires comme pour une procédure juridictionnelle, et ont par ailleurs un délai très court pour rendre leur rapport ; ces facteurs peuvent expliquer que les expertises semblent parfois peu argumentées. Et le soupçon d'une expertise bâclée est d'autant plus perturbant pour les parties en cause quand le dommage corporel a été évalué à 24 ou 26%...

(NB : pour les autres dispositions de la loi Kouchner, voir en 2.1. 2.3)

2.4. Etat des lieux des mises en cause médicales

2.4.1. Quels sont les différentes proportions entre évènements indésirables, procédures et condamnations ?

- **Le pourcentage d'évènements indésirables faisant l'objet d'une procédure** est bien sur aussi flou que le nombre exact de ces évènements... Citons toutefois une enquête de l'INSERM de 2005, sur la santé dans les zones urbaines sensibles d'Ile de France : 1 personne interrogée sur 5 a déclaré avoir été confronté à une erreur médicale, pour soi-même ou pour un proche. Seuls 42,1 % en ont parlé au(x) professionnel(s) responsable(s), 48,3% en ont discuté avec d'autres médecins, **et le dépôt de plainte ne représente que 2,8% des patients concernés**. Même si la population interrogée n'est pas représentative de la population française, on voit là que les procédures judiciaires, certes en augmentation, n'en restent pas moins que la minuscule partie émergée des évènements indésirables [12]... Il semble donc finalement que les patients attaquent encore peu leurs médecins en justice ; D'ailleurs, les chiffres montrent que les français ont confiance à 88% dans leurs professionnels de santé [53] ; Ce sont les métiers qui disposent du plus fort crédit parmi les consommateurs. Et parmi eux les infirmiers et les généralistes arrivent en tête...
- En 1980, sur 100 plaintes donnant lieu à une procédure judiciaire devant les tribunaux, la MACSF enregistrait 33 condamnations ; En 2010, **le pourcentage de condamnation s'élève à 65%**. Les coûts quand à eux ont été multipliés par 2 en seulement 5 ans, s'élevant à 50 millions d'euros en 2011 (Soit 113 000 euros par plainte). Quelques indemnisations record ces dernières années ont atteint les 10 millions d'euros (en chirurgie et en obstétrique)

En ce qui concerne les CRCI, la teneur des avis est globalement stable depuis 5 ans : environ 20% d'aléas thérapeutique, 15% de fautes médicales, 3% d'infections nosocomiales graves et surtout 60% de rejets de la demande ou d'incompétence après expertise [5].

2.4.2. Evolution des répartitions des plaintes (toutes spécialités confondues) depuis 2004

- La procédure la plus courante est aussi la plus simple, la réclamation, dont la proportion reste stable depuis 2004 : autour de 37 %. De même pour les plaintes ordinaires, qui restent globalement à 10 % de l'ensemble des déclarations auprès du sou médical, une proportion très modérée.
- Les plaintes pénales ont toujours été minoritaires. Elles tendent encore à se raréfier depuis 10 ans : De 17% en 1995 à 7 % en 2004, puis à 4 % en 2010. C'est la marque que les demandes purement indemnitaires ont pris le pas sur les procédures visant à sanctionner les professionnels. Par ailleurs, elles sont, comme on l'a vu, rares à aboutir ; Cela peut expliquer qu'elles soient peu conseillées par les avocats, et rarement choisies par les patients...
- Les vraies évolutions depuis 10 ans se situent dans le domaine civil : on **observe une baisse drastique des plaintes devant le TGI, au profit évident des CRCI.**

En 2004 on comptait 30 % de procédures civiles contre 14 % devant les CRCI (qui n'avaient que 2 ans d'existence) ; En 2010 les procédures civiles sont descendues à 20 %, doublées par les CRCI qui se portent à 28%.

La création des CRCI a donc permis une diminution de 10% des procédures civiles, sachant qu'entre 1999 et 2004 elles avaient augmenté d'autant ! Et pour ceux qui en conflueraient que les patients préfèrent saisir les CRCI parce que celle-ci leur donne plus facilement raison, précisons qu'entre les décisions d'irrecevabilité (dans lesquelles le médecin n'aura même pas connaissance de la procédure), et les avis de rejets après expertise, seuls 25% des dossier aboutissent à une indemnisation...

2.4.3. Répartition des sinistres par spécialités

Le sou médical a géré en 2012, 505 litiges en médecine générale, ce qui en fait la spécialité la plus attaquée, devant (dans l'ordre) la chirurgie, l'ophtalmologie et l'anesthésie.

Bien sûr cette valeur absolue doit être ramenée au nombre de généralistes assurés par la MACSF : 45 000, soit une petite moitié de leurs sociétaires...

Au final **la sinistralité est de 1,3% en 2012** pour la médecine générale libérale (ce qui signifie que pour 1000 généralistes assurés, 13 ont eu un procès). Ce chiffre pourrait faire croire à une hausse, car depuis quelques années la sinistralité stagnait à 1% ; Mais un phénomène explique cette augmentation qui sera probablement transitoire : 112 plaintes sur les 505 portent sur l'affaire Mediator...

Pour comparaison, voici les sinistralités en libéral de quelques spécialités [5] :

- Chirurgie : 38,7 % (dont les 2/3 en orthopédie)
- Anesthésie : 21,8 %,
- ORL : 7,1 %,
- Radiologie : 5,4 %
- Cardiologie : 3,3 %
- Pédiatre : 1,4 %
- Psychiatrie : 0,4 %

On le voit donc, la médecine générale est loin d'être la profession la plus attaquée... Néanmoins, si on ramène la sinistralité de 1% en médecine générale à un chiffre plus intelligible et plus pratique, nous diront qu'il y a un peu plus d'un généraliste sur trois qui sera mis en cause dans toute sa carrière, ce qui est loin d'être négligeable... Et ce qui justifie que l'on s'intéresse aux conséquences d'une telle expérience.

2.4.4. Les différents types de plainte en médecine générale.

Comme on vient de le voir, l'affaire médiateur fausse quelque peu les chiffres de 2012, en gonflant artificiellement les affaires d'iatrogénie (166 contre une trentaine habituellement) ; Nous donnerons donc ici des **chiffres de 2010**, année plus « classique », et de plus année de la fin des procès des médecins interrogés dans notre seconde partie.

Les plaintes portant sur **la prise en charge** sont en général majoritaires : 123 pour 370 dossiers gérés par le sou médical en 2010, soit 33%. Ce domaine recouvre les retards d'hospitalisation (donc mauvaise appréciation de la gravité d'une situation), défaut de surveillance, mauvaises prises en charge de trauma ou plaie (15%)... Mais aussi, plus rarement, défaut d'organisation (patient ne reconsultant pas de lui-même et non rappelé ; examen « égaré » entre le labo et le cabinet...). Du point de vue des pathologies, un quart des mises en cause concernent le domaine infectieux.

Les **retards ou erreurs de diagnostic** sont présentes dans 118 dossiers (31% des plaintes). Les plaintes concernent surtout des cas de cancers, puis les pathologies cardio-vasculaires (à eux deux plus de la moitié des dossiers), sans surprises dans la mesure où une erreur dans ce domaine engage en général le pronostic vital...

30 dossiers (8%) portent sur une iatrogénie des **gestes techniques**, dont un tiers sur des actes de médecine esthétique. Pour le reste : manipulation d'ostéopathie, infiltration, vaccin, voir acupuncture...

24 dossiers **d'iatrogénie médicamenteuse** : non respect de contre-indication, allergie, erreur de posologie, surdosage... Un certain nombre de ces dossiers finiront indemnisés par l'ONIAM. Les accidents liés à l'anti coagulation sont certes bien représentés mais pas majoritaires (6 dossiers).

29 plaintes (8%) concernent **la déontologie**, avec seulement 4 violation avérée de secret médical, 4 affaires portant sur des hospitalisations d'office ou à la demande d'un tiers, 5 sur un manque d'écoute et un problème d'attitude du médecin...

21 **mises en cause systématique** : Comme pour les plaintes sur la déontologie, un certain nombre de plaintes semblent abusives ou sans fondement légal, voire manifestement fantaisiste. Mais les plaintes systématiques de patient mettant en cause l'ensemble des intervenants médicaux, même si l'incident a lieu en hospitalisation, ou est une évolution attendue de la pathologie, ne sont pas négligeables : En effet le rôle du médecin traitant tel qu'il est défini par la convention nationale de 2005 précise sa nécessaire implication à chaque étape du suivi de son patient. Sa mise en cause systématique peut donc parfois être justifiée.

19 accusations portent sur un refus de déplacement et 2 sur un conseil téléphonique inadapté.

Et 6 chutes au cabinet et malaises vagues non anticipés... [55]

Deuxième partie :

La recherche

3. Méthode

3.1. Choix de la méthode

L'objectif de cette étude était d'aller à la rencontre de médecins généralistes ayant fait face à une procédure judiciaire afin de connaître leurs parcours, leurs vécus, leurs ressentis ainsi que les éventuelles modifications de leur pratique. Il ne s'agissait pas de recueillir des chiffres ou des données standardisées.

La **méthode de recherche qualitative par entretiens semi-dirigés** semblait donc la plus appropriée.

Selon A. Blanchet et A. Gotman [56] : « l'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal »

Ce type d'entretien permet d'obtenir la description détaillée des expériences individuelles et d'aborder un grand nombre de questions tout en laissant la place à des commentaires, des digressions. Il permet une grande souplesse. La diversité est recherchée, le critère de qualité est celui de la cohérence et non celui de la représentativité [57].

3.2. Le guide d'entretien

Pour réaliser ces entretiens semi-dirigés, j'ai tout d'abord élaboré un guide d'entretien.

Celui-ci dresse la liste des principaux thèmes à aborder sous forme de questions ouvertes et courtes.

Les questions devaient explorer **3 thématiques** : *la procédure* en elle-même, *le ressenti* du médecin, et *l'influence du procès sur la pratique quotidienne* de la médecine générale. En ce qui concerne la procédure, ces détails sont théoriquement sans intérêt pour cette étude, mais nous avons préféré poser la question en début d'entretien afin que les données concrètes de la procédure ne viennent pas parasiter la suite de l'entretien.

Pendant l'entretien, le guide servait de fil conducteur mais n'était pas suivi de façon linéaire et s'adaptait au discours et aux réponses de mon interlocuteur pour préserver une fluidité et une spontanéité des réponses.

J'ai essayé de poser les questions de la façon la plus neutre possible en faisant attention à la formulation pour ne pas orienter les réponses.

La caractéristique de ce guide est sa modulabilité au fur et à mesure de l'avancement du travail. Il a ainsi été remanié à plusieurs reprises au cours de l'évolution des entretiens en fonction des réponses obtenues et des réactions des personnes interrogées. Certaines questions me sont venues à l'esprit secondairement. La dernière version du guide d'entretien est présentée en annexe. (*Annexe 3*)

3.3. Constitution de l'échantillon

3.3.1. Taille

Pour une enquête qualitative, le nombre d'entretien nécessaire se situe généralement entre 15 et 20. Le critère requis pour établir ce nombre est celui de la « saturation théorique » c'est-à-dire que les entretiens peuvent s'arrêter quand l'ajout de nouvelles données issues d'entretiens supplémentaires ne sert plus à améliorer la compréhension du phénomène étudié.

Ce nombre a donc été fixé au début de l'enquête afin d'obtenir une bonne diversification et une saturation des données tout en tenant compte des limites techniques.

Au final : 15 entretiens ont été réalisés.

3.3.2. Composition

Il s'agit de médecins généralistes ayant fait face à au moins une procédure judiciaire, civile ou pénale, ou devant une CCI, pour un acte s'étant produit en médecine de ville libérale. Aucun critère d'exclusion n'a été prévu, en prévision d'un probable faible taux de réponse, sur ce sujet plutôt pénible (entre autre, le médecin peut avoir une activité mixte libérale/salariée).

Cet échantillon ne prétend pas être représentatif, d'autant plus qu'il restreint. Il tente d'être **le plus diversifié possible**. C'est surtout la singularité des médecins interrogés qui a été recherchée. C'est la qualité qui prime sur la quantité.

Pour sélectionner ces médecins généralistes, j'ai fait appel à un assureur des professions médicales pour qu'il me mette en rapport avec des médecins ayant été impliqués dans une procédure médicale.

Faute évidemment de pouvoir me fournir des coordonnées précises, le président du Sou Médical (groupe MACSF), Nicolas Gombault, m'a proposé de transmettre un mail type « appel à témoin » aux sociétaires concernés. Nous attendions un échantillon regroupant des praticiens ayant fait l'expérience de la conciliation, de la justice civile, et peut être même du pénal.

Le Sou Médical, (organisme assurant environ 1 médecin sur 2 toutes spécialité confondues, et 42000 généralistes), a finalement envoyé un mail commun à un large groupe de sociétaires ayant eu une procédure judiciaire, quel que soit le type, (sauf ordinal isolé), mais qui ont comme point commun d'avoir été jugées en 2010. (*Annexe 2*)

Les premiers entretiens des médecins volontaires ayant montré que m'avaient principalement répondu des médecins qui avaient été « blanchis » à l'issue de la procédure, et par ailleurs le nombre de volontaires étant encore trop faible pour une saturation de l'échantillon, un deuxième envoi groupé du mail a été fait, cette fois uniquement à destination de médecins dont la procédure s'est finie en 2009 pour lesquels l'issue du procès avait été défavorable.

En tout **80 médecins ont reçu le message** : 50 personnes lors du premier envoi groupé (le 10/01/11), 30 lors du second (8/02/11).

18 m'ont répondu en tout. 2 médecins n'ont plus répondu à un second mail de ma part, 1 a demandé plus de renseignement sur ma démarche, sans se porter volontaire, puis n'a pas donné suite.

J'ai donc réalisé 15 entretiens. 11 entretiens issus du recrutement du premier mail, 4 du second mail. Les médecins ont été numérotés de façon aléatoire dans la suite de ce travail.

NB : Les procédures ordinales ne seront pas traitées dans cette thèse. En effet si le Sou Médical peut apporter une aide en cas de procédure ordinale, ces dernières ne sont pas recensées au même endroit que les procédures de justice classiques. Par ailleurs il semble que le vécu d'un médecin jugé par ses pairs soit très particulier, pourrait justifier une thèse en

soi... Je n'ai donc pas insisté pour recruter des médecins ayant eu une procédure devant l'Ordre des médecins ; un seul des interviewé y a eu affaire, en plus de sa procédure au civil...

3.4.Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés soit en colloque singulier avec le médecin généraliste, soit, pour des raisons géographiques, par téléphone.

Je leur ai laissé le choix de la date et du lieu en cas d'entretien de visu afin d'atténuer le caractère perturbateur de l'exercice, en leur demandant une disponibilité de vingt minutes environ (Un peu plus de fermeté dans mes demandes aurait pu toutefois ne pas être inutile, puisqu'un des médecins m'a rappelé pour faire l'entretien alors qu'il était au volant de sa voiture !)

Les entretiens de visu ont été réalisés pour la plupart au cabinet du médecin, en dehors des horaires de consultations (pause déjeuner, début ou fin de consultation, jour de repos). Un entretien a eu lieu dans un café.

Les entretiens de visu ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, placé de manière discrète entre nous deux, afin de permettre la retranscription la plus exacte possible du discours du sujet, ceci avec l'accord des médecins interrogés en début d'entretien, en les assurant du caractère anonyme de l'enregistrement.

J'ai enregistré également au dictaphone les entretiens téléphoniques en mode haut-parleur.

Le plus court des entretiens a été de 15 minutes, le plus long de près d'une heure. La durée moyenne des entretiens est de 26 minutes.

Tous les entretiens ont été sauvegardés quotidiennement sur une clé USB dédiée, pour pallier à tout accident informatique potentiel.

J'ai essayé de garder une attitude de neutralité et de bienveillance, tout en essayant de recentrer le sujet lorsque le sujet s'égarait. Pour d'autres interlocuteurs il a été nécessaire d'encourager la parole, qui restait bloquée tant le sujet peut être encore douloureux...

3.5. Analyse des données

La retranscription des entretiens s'est faite au fur et à mesure de leur réalisation. Les enregistrements ont été reproduits mot à mot sans correction. A noter cependant que pour 2 médecins, l'entretien a été assez confus, m'obligeant à réordonner les retranscriptions pour une clarté minimale... Cela est précisé en début d'entretien. L'analyse du contenu du discours des médecins a été réalisée de deux manières complémentaires :

- **L'analyse verticale** : il s'agit de l'analyse par entretien, permettant de percevoir pour chaque entretien une dynamique et une cohérence.
- **L'analyse horizontale ou transversale** : il s'agit de l'analyse thématique qui est faite à partir de l'ensemble des entretiens. Elle recherche des fragments d'entretiens qui correspondent aux grands thèmes dégagés selon le guide en sachant que d'autres notions s'affinent au gré de l'analyse successive des entretiens.

Quelques médecins ont souhaité une confidentialité très poussée, nous ne pouvions donc publier leurs entretiens intégralement ; Nous avons donc choisi de n'en publier aucun. Ils n'apparaissent que sous forme de tableaux pour l'analyse verticale, et très largement sous forme de verbatim dans la partie « résultat ».

4. Résultats.

4.1. Données générales sur les entretiens et caractéristiques de l'échantillon

Pour les **15 médecins interrogés**, nous avons **17 affaires** (car 2 médecins parmi les 15 ont subi 2 procès), et **20 procédures en tout** (certaines affaires ayant été portées devant plusieurs types de juridictions).

4.1.1. Les médecins

L'âge de notre échantillon va de 36 à 64 ans, avec **une moyenne à 53 ans**.

Sur les 15 médecins interrogés, nous n'avons obtenu **qu'une seule femme pour 14 hommes**.

Sur nos 15 médecins, **7 exercent en milieu urbain**, 5 en semi rural dans des villes de petites importance, et 3 en secteur rural.

L'écrasante majorité (11 médecins) n'a eu aucune formation, ni initiale ni continue, sur les évènements indésirables ou le juridique.

Médecins interrogés	Sexe	Année d'installation	Type d'exercice (au moment du procès)	Formation médicolégale	Durée de l'entretien
M1	M	1983	urbain	non	25 min
M2	M	1980	semi rural. Diplômé en soins palliatifs. Vacations à l'hôpital	non	20 min
M3	M	1985	rural	non	30 min
M4	M	1979	semi rural. Egalement ostéopathe	2 formations Sou Médical	20 min
M5	M	1975	semi-rural. Egalement mésothérapeute.	non	15 min
M6	M	1994	semi-rural	non	22 min
M7	M	1998	semi-rural+ médecin DASS	1 formation Sou Médical	25 min
M8	M	1991	SOS médecin en zone rurale	non	30 min
M9	M	1986	urbain, secteur 2.	non	15 min
M10	M	1980	Urbain, quelques vacances en clinique	DU médicolégal	45 min
M11	M	1987	urbain, orienté gériatrie. Travaille aussi en EHPAD	FMC	35 min
M12	M	1978	urbain	non	20 min
M13	F	1982	rurale. En maison médicale	non	55 min
M14	M	2003	urbain. Travaille aussi en EHPAD	non	17 min
M15	M	1978	urbain, spécialisation en infectiologie. Vacations en CHU	non	18 min

4.1.2. Les accusations

Les intitulés des 17 mises en cause se répartissent ainsi :

5 retards diagnostiques, 2 retards de prise en charge, 4 suivis thérapeutiques, 3 conséquences de gestes techniques, 2 iatrogénies médicamenteuse, un certificat.

4.1.3. Les procédures

Nous avons donc recueilli des données portant sur **20 procédures** :

- **10** au tribunal civil,
- **3** au tribunal pénal,
- **6** devant une CRCI,
- **1** devant un jury ordinal (données obtenues uniquement car conjointes à une procédure non disciplinaire).

Nous avons recensé **5 appels sur les 14 procédures le permettant** (soit toutes sauf la CRCI). Le chiffre aurait pu être plus élevé, car l'assureur a découragé plusieurs médecins très remontés contre le verdict de faire appel, l'expérience ayant montré que c'était inutile.

La durée moyenne de procédure, dans notre étude, est très variable selon la juridiction :

- **14 mois** pour les CRCI,
- **1 an** pour notre unique procédure **ordinale**,
- **4 ans** pour le **pénal**,
- et un temps moyen record de **9 ans pour le civil**, entre autre car l'appel y est assez fréquent dans notre échantillon. NB : Deux procédures (au civil) sont encore inachevées ; l'une d'entre elle dépassera les 10 ans...

On peut bien apprécier **ici le gain de temps apporté par la CRCI**, reflet d'une procédure très allégée...

(NB : les données sur les durées des procédures nous viennent des médecins eux-mêmes, des erreurs sont donc possibles)

Sur les 18 procédures clôturées, **9 ont eu une conclusion favorable au médecin** (non lieu ou relaxe, et 2 classements en aléa thérapeutique), **9 ont donné lieu à une réparation** pour le patient, voire à une sanction pour le médecin (une seule interdiction d'exercer, de 15j).

Plaintes	Temps de procédure	Type(s) de procédure	Type de la plainte	Conclusion de la procédure
M1	Plus de 10 ans	civil (avec appel du médecin)	retard diagnostique	perdu, appel en cours
M2 (1)	9 ans	civil (avec appel des patients)	retard diagnostique	gagné, puis perdu en appel
M2 (2)	6 ans	civil	suivi thérapeutique	perdu
M3	1 an	CRCI	prescription médicamenteuse	gagné
M4	9 ans	civil, 2 procédures suite à problème flou de dossier	geste technique	aléa thérapeutique
M5	20 ans (?)	civil, plusieurs appels ; attaqué par un confrère	geste technique	gagné
M6	10 ans	civil	retard diagnostique	perdu
M7	1 an	CRCI	geste technique	gagné
M8	6 ans	Pénal (18 mois), PUIS civil (4 ans), ET ODM (avec appel du patient)	retard diagnostique	non lieu au pénal, puis perdu au civil, et interdiction d'exercer 15j par l'ONDM. Refus du pourvoi en cassation.
M9	2 ans	CRCI	retard de prise en charge	gagné
M10 (1)	8 ans	civil	certificat	perdu
M10 (2)	plus de 2 ans	civil	retard diagnostique	en cours
M11	1 an	CRCI	retard de prise en charge	gagné
M12	9 ans	pénal (avec appel)	suivi thérapeutique	perdu, puis perdu en appel (mais moins sévèrement)
M13	10 ans en tout	civil PUIS pénal	suivi thérapeutique	perdu aux deux
M14	1 an	CRCI	suivi thérapeutique	gagné
M15	1 an	CRCI (NB: 4 ans entre l'EIG et la plainte)	affection iatrogène	aléa thérapeutique

4.2. Les sentiments dominants ressortant des 15 entretiens

4.2.1. La surprise

Un événement vraiment inattendu pour au moins 6 des médecins interrogés, probablement plus, mais la question ne leur a pas été spécifiquement posée durant l'entretien ouvert...

M13 : « je me disais que ça ne pouvait arriver qu'à des médecins je-m'en-foutistes, pas impliqués, et ce n'était pas mon cas »

M11 : « Franchement je ne m'attendais pas à ce que cela m'arrive à moi. C'est très prétentieux peut-être ; J'avais l'impression de faire plus qu'honnêtement mon métier. »

4.2.2. La déception et le sentiment de la trahison du patient

12 médecins sur 15 expriment spontanément un sentiment de trahison de la part du patient ou de sa famille, au moins au début de la procédure, et souvent durablement (en dépit d'une certaine compréhension des motivations du plaignant).

M15 : « Il [*le conjoint*] n'a pas joué franc jeu avec moi ... Il m'a endormi avec des balivernes, puis il m'a fait ce coup-là après... »

M4 : « De la part de ce patient, je ne m'y attendais pas, c'est vrai, comme je le connaissais depuis l'enfance, que je suivais toute sa famille... »

M6 : « On croit qu'on a établi une relation de confiance, et puis derrière, voilà (...) Elle a dit [*que j'avais menti*] dans le dossier ! »

M10 : « Ce qui est dommage, c'est qu'on essaie de rendre service aux gens, et qu'en échange, ils vous traînent en justice (...) Parce qu'en plus, j'ai continué à la voir [*la patiente*] pendant les 2 ans entre le certificat, l'accident et la mise en cause par la justice, et elle ne m'a rien dit »

M8 : « Elle [*la patiente*] n'a jamais donné 2 versions identiques, ça s'enrichissait de plus en plus. Elle réclamait énormément »

M14 : « Lui et sa femme, c'étaient des gens qui me disaient toujours en partant : « heureusement qu'on vous a, docteur »... »

Trahison décrite parfois comme un coup de couteau dans le dos, une attaque surprise et déloyale...

M2 : « Je suis tombé de haut »

M10 : « C'est une déception, la personne ne vient pas vous en parler, vous recevez cela par la poste tout à coup, vous ne vous y attendez pas »

M11 : « Je suis assez fusionnel avec les patients, j'aurais préféré qu'on en parle avant (...) Cela faisait un peu coup de poignard dans le dos »

M9 : « Ce qui est le plus pénible, c'est que je croyais avoir la confiance de cette dame ; vous comprenez, elle vient me voir en disant « c'est pas à vous que j'en veux, c'est à l'hôpital », et trois jours après je reçois « vous allez être traduit devant une commission »... »

Finalement, alors que de nombreux formateurs expliquent que les procès sont plus souvent entraînés par un défaut de communication du médecin qu'à une réelle négligence, certains médecins semblent penser que le défaut de communication vient plutôt du patient !

M10 : « S'il y avait un dialogue, on aurait pu expliquer pourquoi cela s'est passé »

M1 : « Quand j'ai reçu la lettre du mari, j'ai appelé pour se voir et en discuter, il a toujours refusé »

Comme nous l'avons signalé plus haut, le sentiment d'une trahison du patient s'accompagne rarement de colère franche contre lui.

M3 : « C'est sûr que ce n'est pas de sa propre initiative : il [*le patient*] était presque désolé »

M4 : « Mais je n'ai pas d'animosité contre lui [*le patient*]. »

M6 : « Elle [*la patiente*] a un vrai préjudice, elle n'a pas de travail, je conçois qu'elle ait besoin d'argent... »

En revanche il y a fréquemment de la colère contre sa famille, que beaucoup imaginent attiser le ressentiment du patient. Et lorsque le patient est décédé, la revendication de la famille est pour le médecin très suspecte d'être basée sur un intérêt pécuniaire exclusif...

M12 : « Je suis tombé sur la mauvaise graine du coin [*les parents*] »

M9 : « ... cette connasse de fille »

M8 : « J'en veux beaucoup à cette famille-là : la bonne femme a été une horrible menteuse (...) Si je les croise, je leur pette la gueule »

M1 : « Je pense c'est plus le mari que la patiente elle-même qui est à la source du problème. »

M10 : « Je pense que c'est poussé par lui [*son conjoint*], qu'elle [*la patiente*] a porté plainte »

M11 : « ... les familles, qui ont un pouvoir occulte terrible, et qui sont en général à l'origine des problèmes. »

M13 : « Il y a une famille comme ça dans le département et c'est moi qui me la tape »

4.2.3. Véralité des patients

13 médecins sur 15 pensent que l'attrait d'un dédommagement financier est à l'origine de leur procédure. D'ailleurs, 7 médecins utilisent spontanément le terme « **procéduriers** », ce qui en fait **le terme le plus commun** aux 15 entretiens.

M11 : « Vous avez la possibilité de vous faire dédommager... Le mot magique ! (...) Pour les conciliations, cela ne coûte rien au patient de déposer un dossier, et si vous gagnez, c'est bingo. Pour certain cela doit être comme jouer au loto sans grille ! »

M9 : « Ce n'était qu'une question de fric ! (...) La véralité de la fille... »

M6 : « On m'a expliqué que c'était juste une affaire de gros sous, on m'a dit qu'on ne me mettait pas vraiment en cause en réalité (...) Elle a dû savoir qu'il vaut mieux attaquer un généraliste isolé, qui n'a que sa parole, que l'hôpital, qui a plus de moyen, par exemple. »

M8 : « Ils étaient réputés pour être procéduriers et intéressés... »

M4 : « Quand je l'ai vu [*le patient*], il m'a clairement dit qu'il voulait une indemnisation »

M12 : « J'ai appris après que les parents en question étaient un peu acculés financièrement et avait fait cela surtout pour les indemnités »

M15 : « Au moment des expertises, par contre, il a bien reconnu que ce qu'il [*le conjoint du patient*] voulait c'était une indemnisation »

Beaucoup d'ailleurs comprennent la situation financière difficile de leur patient, et ne leur reprochent pas cette recherche d'indemnisation.

L'un des médecins note que la recherche de l'indemnisation est moins le fait du patient que de l'assurance :

M2 : « C'est l'assurance de cette personne, qui avançait tous les frais, qui a relancé la procédure jusqu'au bout »

Un des médecins pense toutefois que l'argent n'est pas le moteur principal de son procès, mais plutôt le besoin des patients de se voir comme des victimes innocentes :

M10 : « Elles [*les patientes*] ont reporté la responsabilité sur quelqu'un d'autre, moi. »

4.2.4. Ressentiment voire colère vis-à-vis du système judiciaire :

10 médecins sur 15 ont une **impression négative** de la justice. Il ne s'agit donc pas seulement des médecins qui ont perdu leur procédure...

M1 : « J'ai eu l'impression qu'ils n'ont pas fait leur boulot »

M2 : « C'est une soupe infernale. Le système judiciaire, je ne vous souhaite pas d'y tomber un jour... »

M5 : « Le fonctionnement de la justice a un problème »

M12 : « J'en veux toujours beaucoup à la justice française »

M14 : « De la colère vis-à-vis du système »

Mais **les aspects ou les acteurs** visés par leur ressentiment sont **variables**, en fonction de leur expérience : Juges (incapables, voire de parti pris), experts (méprisants envers le généraliste, voire corruptibles !), avocats (vénaux ou peu impliqués)...

M12 : « Il [le juge] était bien connu dans la région pour avoir une dent contre les médecins. C'était des agressions verbales à chaque fois qu'on se rencontrait (...) [les experts] essaient tous un peu de rabaisser le généraliste qui est en face d'eux (...) la partialité des juges, le clientélisme des experts convoqués... »

M8 : « Je pense que c'est un juge qui voulait casser du médecin »

M13 : « Je suis tombée sur un ponte de l'obstétrique [comme expert], que je n'ai pas trouvé professionnel (...) Il n'a pas posé de question ouverte (...) il a proposé toutes les 'bonnes' réponses, en fait ! »

M6 : « ...L'expert, un chirurgien, à la retraite mais toujours expert, dont le seul intérêt d'après moi était de disculper l'autre chirurgien. Et une fois que dans le rapport d'expertise il était écrit que j'avais été imprudent, c'était terminé, tout ce que je pouvais expliquer était inutile. »

M10 : « L'expert (...) n'est pas impartial »

M5 : « Il va finir par trouver un expert qui pourrait être en sa faveur, moyennant on ne sait quoi (...), beaucoup de choses sont possibles si on y met les moyens. »

M6 : « On est dans un système où beaucoup de gens vivent de cette réclamation permanente d'indemnités, notamment les avocats : c'est à ceux-là surtout que j'en veux. »

Cela va chez certain jusqu'à la **colère** franche et revendicatrice, avec la volonté de se retourner contre la justice ou le patient menteur :

M3 : « Ca m'a beaucoup agacé, surtout la CRCI qui accepte d'instruire des dossiers aussi vides(...) j'ai même pensé à les attaquer eux-mêmes, mais je me suis dit que je n'avais pas le temps pour ce genre de truc... Et puis ça aurait été le pot de terre contre le pot de fer. »

M14 : « Ils [*l'assurance*] m'ont répondu qu'ils ne trouvaient jamais d'avocats pour aller jusqu'au bout de ce genre de chose, parce qu'en France on partait du principe qu'un médecin n'attaquait jamais son patient ! C'est pas normal... »

Et, plus grave, jusqu'à une **complète perte de confiance** pour l'un des médecins au moins :

M14 : « J'ai l'impression qu'en cherchant bien, ils auraient pu s'ils l'avaient vraiment voulu trouver un truc à me reprocher »

5 médecins expriment spontanément leur sentiment que **la justice n'est pas adaptée à la médecine** :

M1 : « Et par rapport au juge, j'ai vraiment eu le sentiment qu'il n'a rien compris à l'histoire (...) C'est vrai que c'est une affaire complexe pour les profanes (...) Ils se sont arrêtés aux apparences, ont vu une femme de 45 ans amputée ; A partir de là le médecin est toujours vu d'un mauvais œil, c'est perdu d'avance. »

M12 : Je considère qu'elle [*la justice française*] n'est pas adaptée au monde médical »

M14 : «C'est une tentative d'escroquerie à l'assurance, et personne ne se retourne contre lui. Dans le cadre médecin/patient la justice ne fonctionne que dans un sens »

M7 : « En médecine générale, on prend tous les jours des risques ; si on a pris un gros risque et qu'on s'est planté, c'est normal de rendre des comptes, mais si on paye pour des prises de risque minimales, maintenant... »

Un médecin juge même que maintenant le procès n'est plus **qu'une formalité hypocrite** pour dédommager toute victime d'évènement médical indésirable :

M6 : « Je trouve que tout le monde se fout de ce qui s'est réellement passé, des faits (...) Derrière c'est effets de manche et négociations financières. (...) Il devrait y avoir un genre de fond de compensation pour que le patient ne soit pas obligé d'attaquer quelqu'un en justice pour vivre! (...) On vous explique (...) que la société est devenue comme ça, que le verdict était habituel. »

Il est implicite que le reproche ne porte pas sur la justice en générale, mais sur le fait qu'il soit inadapté à la médecine...

Et enfin, un médecin exprime le sentiment que ce fossé entre médecine et justice est hélas en train de modifier profondément l'exercice médical

M8 : "Moi je fais partie de ceux pour qui la clinique prime (...) Maintenant les profs font de l'enseignement médicolégal : faites cela, ça ne sert à rien mais cela vous couvre"

4.2.5. Sentiment global d'injustice

Pour 9 médecins, 3 utilisent directement le mot injustice, 6 autres laissent transparaître ce sentiment dans leur discours.

M1 : « C'est une vraie injustice, une incompréhension, cela mérite de se battre(...) Et puis même, je ne me sens tellement pas coupable, je ne veux pas endosser cette responsabilité ! »

M9 : « J'étais quasiment inattaquable car j'avais fait le diagnostic ; Mais j'en ai quand même pris sur la gueule »

M13 : « J'ai été condamnée alors qu'ils n'ont pas trouvé de faute médicale ! (...) beaucoup de sentiment d'injustice »

M14 : « Vous craignez qu'on vous en mette plein la tronche alors même que vous n'aviez rien fait ; il y a un peu un sentiment d'injustice »

M11 : « j'aurais fait une connerie, j'étais prêt à l'assumer, mais il ne m'avait pas semblé jusque là (...) de suffisamment grave pour me retrouver sur le banc des accusés »

Un médecin note des inégalités de traitement entre généralistes libéraux et médecins hospitaliers :

M9 : « Les médecins qui ont fait la bêtise à l'hôpital, je ne sais même pas si on va les mettre au courant, ça doit être des internes qui ont entre temps changé de service. »

4.2.6. Sentiment d'agression

5 médecins ont un ressenti d'agression ; Si le mot lui-même n'est pas forcément employé, le champ lexical de la violence est très présent : « **choqué** », « **frappé** », « **menacé** » « **pris plein la gueule** ». Cette sensation peut être diffuse, ou se référer au comportement des intervenants de la justice, ou au déroulement de la procédure elle-même.

M15 : « Sans me sentir coupable, je me suis senti agressé, remis en question, déstabilisé »

M12 : « C'étaient des agressions verbales à chaque fois qu'on se rencontrait [*avec le juge d'instruction*] »

M8 : « [*le juge d'instruction*] m'a traité comme un malfrat, m'a parlé comme un petit voyou, c'est ce qui m'a le plus choqué (...) Nous faire venir de loin pour nous garder 10 minutes, me faire incendier »

M13 : « Le pire que j'ai vécu, c'est les papiers qui arrivent à domicile, disant « vous êtes accusée d'homicide involontaire ». Ce mot ! »

M9 : « j'en ai quand même pris sur la gueule ! »

M12 : « - Vous avez été prévenu comment de la procédure ? -J'ai vu arriver la police, le directeur du conseil de l'ordre et le juge d'instruction, pour saisir le dossier. »

A noter : le déroulement de la procédure devant la CRCI est nettement moins anxiogène et agressif.

M3 : « la lettre de la CRCI était tournée d'une telle manière, genre « pas de panique, c'est rien c'est juste un problème de dossier qui concerne surtout les assurances », que je n'étais pas très inquiet »

4.2.7. La culpabilité et la honte

4.2.7.1. Une honte puissante.

7 médecins expriment par leurs mots ou dans leur ton une forte honte : elle est parfois suffisamment intense pour être plus implicite que vraiment avouée au cours de l'entretien...

M4 : « Moi j'ai vécu cela très mal, parce que pendant plusieurs années je n'ai pas osé aller à un seul congrès d'ostéopathie [sa spécialité à l'origine de l'EIG], je ne voulais pas me montrer. »

M8 : « Il m'a parlé...Faut voir comment il m'a parlé... Il a dit que de toute façon j'étais un nul, que tout le monde le pensait... »

M13 : « J'ai eu honte de m'être mise dans cette situation ridicule, de m'être fait avoir. »

La plupart du temps, la honte n'est pas explicitement avouée, mais se révèle par le temps passé avant d'accepter de parler de son procès.

M6 : « C'est vrai que ce n'est pas quelque chose qu'on évoque facilement, on est jugé »

M7 : « J'ai fait mon dossier, j'ai fait toutes les démarches, et seulement après je leur ai relaté mon histoire »

M12 : « Oh, j'ai gardé cela longtemps pour moi... [NB : 8 ans !] »

Pour un médecin (l'un des 3 à avoir fait une vraie dépression), cette thèse a été la première occasion d'évoquer son ressenti !

M8 : «- Qu'est-ce qui vous a poussé à me répondre ? -J'ai hésité un peu. Je n'ai pas envie d'en parler, c'est vrai. Mais ça me paraît la moindre des choses d'aider pour une thèse, d'abord ; Et puis je me suis dit que le fait d'en parler me ferait peut-être du bien aussi. Voilà. -Vous n'en parlez toujours pas ? -On a toujours peur d'être le vilain petit canard »

Un médecin seulement fournit des bases rationnelles au fait de ne pas vouloir que cela se sache :

M1 : « Dans un village comme là où je travaille, se retrouver avec un procès perdu, cela peut avoir une grande incidence... »

4.2.7.2. Mais pas de vrai sentiment de culpabilité

Certes, 7 médecins parlent d'un sentiment de culpabilité, qui n'est pas en général spontanément évoqué mais suite à une question ciblée ; Elle est une source majeure d'anxiété (voir plus bas)

Mais chez tous ou presque cette culpabilité est vague, transitoire, jugée irrationnelle. Comme le dit un des médecins, c'est seulement «la culture judéo chrétienne» qui la fait naître...

M11 : « Oui, j'en ai encore [des doutes sur sa responsabilité]. Vous vous dites je suis passé à côté d'un truc, j'aurais dû... Et vous devez vous réciter : Mais non, j'ai bien vérifié ça, et ça... Surtout au moment de la procédure, c'est l'horreur, on se dit qu'ils ont peut être raison. J'ai dû reprendre tout le dossier à fond pour chercher l'éventuelle erreur... (...) J'estime ne pas avoir fait d'erreur (...) J'aurais fait une connerie, j'étais prêt à l'assumer, mais il ne m'avait pas semblé jusque-là que j'en avais fait de suffisamment grave pour me retrouver sur le banc des accusés. »

M8 : « [J'ai ressenti de la culpabilité] au moment où j'ai appris qu'il était mort. Il y a forcément un moment où l'on se dit qu'on a fait une erreur. Mais maintenant tout ce que je me reproche c'est de ne pas avoir fait d'ECG, juste pour pouvoir me défendre, car je suis quasi sûr qu'il aurait été normal."

M4 : « Comme on est mis en accusation, au départ on se dit « j'ai fait une faute », alors qu'en fait on n'a pas fait de faute (...) Je n'avais pas fait de faute, c'était vraiment le pas de chance »

Dans le fond, aucun des 15 n'estime avoir fait de « vraie » erreur médicale !!

M3 : « parfois on ne se sent pas très bon, on rate des diagnostics. Mais dans le cas de ce patient, j'ai toujours eu l'impression de correctement faire mon travail. »

M5 : « je sais bien que je ne suis pas du tout responsable, depuis le début ! »

M6 : « On est jugé comme ayant commis une faute alors qu'on n'a pas l'impression d'avoir commis de faute. (...) On m'a dit qu'on ne me mettait pas vraiment en cause, en réalité... »

M9 : « Ca m'a un peu embêté, mais comme j'étais dans mon bon droit, que je savais que je n'avais pas fait de faute, rien de plus que cela »

M12 : « J'ai tout de suite pensé que ce n'était pas ma faute »

M15 : « J'ai très nettement le sentiment de ne pas avoir commis d'erreur »

M10 : « Coupable, non. Coresponsable peut-être, mais j'ai toujours gardé l'impression que j'avais fait tout le nécessaire, le maximum pour les gens. »

M13 : « A aucun moment [*je ne me suis sentie coupable*] ; Je suis sûre que je n'ai fait aucune faute. Des erreurs, on en fait tous, si on m'était sauté dessus pour une erreur, je l'aurais reconnu, mais dans ce cas-là, je n'avais rien à me reprocher. (...) Mais j'ai eu un sentiment de culpabilité floue, je ne sais comment dire, vis à vis de la loi, parce qu'on me traitait comme une coupable. »

4.2.8. Solitude dans l'épreuve

7 médecins évoquent un sentiment de solitude, voire un isolement très tangible.

M1 : « Parce que c'est vrai qu'on est quand même tout seul »

M8 : « On se sent tout seul dans ce cas-là. »

M13 : « au final je me suis retrouvée un peu seule. »

M6 : « Il y a très peu de soutien dans cette situation. (...) On sent bien que tout le monde s'en fiche »

Certains évoquent de l'absence de soutien de l'assurance, ou de l'Ordre des médecins.

M11 : « Ils [*le sou médical*] n'ont pas d'interlocuteur avec qui discuter, on se sent un peu abandonné"

Mais surtout, presque tous évoquent avec amertume une complète absence de confraternité entre médecin libéraux.

M1 : « J'ai pu voir que les médecins ne sont vraiment pas solidaires : J'ai un confrère qui est installé à 50 m de mon cabinet. Il est venu le jour de l'expertise, à Marseille, sans m'avoir prévenu, pour représenter la patiente !! Ca, par contre, ça m'a fait une grosse boule dans la gorge, j'ai été très déçu par le comportement de ce confrère. On est 6 généralistes dans la ville, et il n'y a pas beaucoup de soutien. »

M2 : « Oui, je pense que [*mes confrères*] savaient, mais ils ne m'en ont jamais parlé. (...) Vous avez déjà rarement des associés d'un même cabinet qui arrivent à se parler, alors...(...) Je n'ai jamais vu une vraie discussion entre médecins, même à propos d'un même patient. »

M12 : « Tout le monde était au courant, ça a fait la première page des journaux locaux, alors... Mais personne n'abordait le sujet avec moi(...) Ils [*les médecins*] s'imaginent tous qu'ils sont à l'abri, ils ne voient pas qu'il suffit de peu de chose... »

M8 : « il y a de sacrés enfoirés, et même dans les médecins. Et il ne faut pas compter sur l'Ordre pour quoi que ce soit. »

Il faut toutefois noter une ambivalence chez certains interviewés, qui déplorent cette absence de soutien actif, mais ne sont pour la plupart pas du tout allés au devant, évitant délibérément le sujet, voire limitant les contacts avec leurs confrères. Comme on peut s'y attendre, ces médecins sont ceux qui ont le plus ressenti de honte initiale...

M4 : "ce n'est pas quelque chose que je voulais raconter aux autres... »

M13 : « Je suis assez réservée, je ne suis pas allée chercher vraiment le soutien, et il n'est pas venu tout seul ! »

M8 : « Je n'ai pas envie d'en parler, c'est vrai (...) On a toujours peur d'être le vilain petit canard (...) on a toujours peur de faire chier le monde avec ces histoires, alors j'ai un peu gardé cela pour moi » « -Et maintenant que c'est fini? -Non, je ne veux toujours pas en parler »

M12 : « Je n'aime pas étaler mes états d'âme devant les gens. »

Sentiments exprimés	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	TOTAL
Déception/sentiment trahison																12
Vénalité du patient ou de sa famille																13
Ressentiment contre le système judiciaire																10
Sentiment global d'injustice																9
Sentiment d'agression																5
Honte																7
Solitude																7
Surprise																6
Culpabilité, au moins transitoire																7

4.3. Retentissement psychologique

4.3.1. En cours de procédure

Sur les 15 médecins interrogés, 7 ont présentés un retentissement psychologique notable avec quelques signes anxio-dépressifs, et 3 une dépression caractérisée.

Soit 10 médecins sur 15 reconnaissant un impact émotionnel notable de la procédure en cours.

4.3.1.1. Un stress réactionnel pénible mais adapté chez 7 médecins sur 15

M14 : « Le stress des courriers recommandés à répétition... »

M12 : « l'angoisse, l'angoisse de l'avenir. Je ne savais pas comment cela allait se finir »

M7 : « Rien qu'un petit truc comme cette affaire, c'est stressant, inimaginable, vous vous sentez coupable, vous recevez des courriers recommandés ; alors si il y a une procédure sérieuse... »

Les 7 médecins utilisent le champ lexical de l'anxiété : « stress », « angoisse », « pénible », « inquiétude », « attente », « figé », « choqué »...

Un médecin place le procès dans la catégorie des deuils ou des traumatismes, avec les conséquences psychologiques que cela implique :

M2 : "J'ai vraiment fait les 5 étapes de Kublher-Ross. Quand on a un problème comme cela, c'est obligé."

Des symptômes peuvent donc logiquement se manifester lors de cette épreuve anxiogène :

M11 : « Je me suis remis à fumer »

M8 : "Je m'étais mis à picoler un petit peu, je ne faisais plus ma compta, je ne dormais plus, je ne mangeais plus.

La pénibilité de l'expérience semble en fait surtout liée à sa longue durée, de plusieurs années (sauf s'il s'agit d'une CRCI)

M2 : « Vous vous rendez compte, la pression que cela met, pendant 10 ans (... C'est l'épée de Damoclès en permanence »

M4 : « Oui, même pendant les 3 ans d'interruption de procédure, c'était toujours là (...) c'était long et pénible, on est dans l'inquiétude et l'attente tout le temps. Mais bon, ça s'est bien terminé pour moi»

Mais même chez ces 7 médecins, le stress n'est pas permanent, et ne déborde pas sur leur activité professionnelle ou leur vie privée ; et le retentissement somatique reste léger.

M11 : « La tension prend 5 points dès qu'on reçoit une lettre recommandée »

M10 : « Avant chaque visite d'expert on dort mal»

M1 : « Cela se ravive un peu à chaque fois qu'on doit faire des écrits pour le tribunal, mais les autres jours j'en fais complètement abstraction »

Un médecin s'étonne même de ses propres capacités de résistance :

M1 : « Quand la deuxième affaire est tombée, je me suis dit, maintenant je vais sûrement craquer, et puis non... »

4.3.1.2. Dépression avérée dans 3 cas sur 15.

M8 : « J'ai fait une dépression pendant 4 mois. (...) C'est... très traumatisant »

3 dépressions caractérisées, c'est-à-dire avec un retentissement durable sur la vie privée, souffrance psychologique vraie, voire pulsion suicidaire...

M12 : « [J'ai pensé] carrément à me suicider. Voilà (...) L'angoisse de l'avenir. Je ne savais pas comment tout cela allait se finir. »

M13 : « J'ai eu l'impression que le monde s'écroulait sous moi. (...) il y avait des moments d'angoisse, un fond de stress permanent, la peur du courrier...(...) J'étais complètement stressée, bloquée, à me demander ce qu'il m'arrivait. »

Parfois on note un déni complet de la souffrance psychologique ; En témoigne ce dialogue quasi surréaliste :

« Vous avez présenté des signes de dépression ?

M12 : - oui...

- Avec nécessité d'un traitement médicamenteux ?

- Non, pas à ce point-là.

- Vous avez songé à changer de voie ou de type d'exercice ?

- Oui. Soit à changer de région, soit à devenir médecin du travail, médecin conseil. Soit carrément à me suicider, voilà...

-Ah oui, quand même... Il y aurait peut-être besoin d'un antidépresseur, alors ?

-Peut-être... »

4.3.1.3. Lutte contre les signes de stress et de dépressions

M4 : « j'ai encore plus travaillé. Le sport m'a bien aidé »

Comme on l'a vu plus haut les médecins attaqués ont tendance à se retrancher dans leur solitude ; Il n'est donc pas étonnant qu'aucun n'ait seulement songé à aller consulter pour lui-même un psychologue ou ne serait-ce qu'un généraliste pour faire le point. Encore heureux quand ils ont d'eux-mêmes choisi d'en parler avec des amis médecins !

M13 : "Je me suis forcée à faire ma propre psychothérapie. (...) Je me suis dit que je me débrouillerais toute seule."

M12 : « J'y ai pensé [à consulter un psy] mais je ne l'ai pas fait. Ce n'est pas mon genre du tout, je n'aime pas étaler mes états d'âme devant les gens (...) -Et un traitement

médicamenteux ? -Non, pas à ce point-là » (Pour rappel, il s'agit du médecin ayant eu des pensées suicidaires)

Si cela est sans vraie conséquence lorsque le stress réactionnel reste adapté (quoique certaines stratégies compensatoires soient discutables, comme la reprise du tabac !), que dire pour les 3 médecins ayant subi une vraie souffrance morale ?

Pire encore, on observe un usage modéré, mais complètement inadapté, des antidépresseurs (vaguement débutés, interrompus plusieurs fois...) et des anxiolytiques...

M8 : "Je m'étais mis à picoler un petit peu (...) J'ai pris quelques anxiolytiques pour dormir... Jusqu'au jour où j'ai trouvé que cela suffisait"

M11 : « Je me suis remis à fumer... J'ai commencé un antidépresseur, mais je suis un mauvais patient, j'ai laissé tomber très vite. »

4.3.2. Après le verdict

On observe une grande importance du verdict dans le ressenti a posteriori ; c'est, dans le fond, aisé à comprendre, au vu de l'absence généralisée de sentiment de culpabilité (comme vu précédemment) : Les médecins « blanchis » par la justice sont dans l'ensemble satisfaits d'un verdict qui correspond à l'innocence ressentie ; Les autres ont un profond sentiment d'injustice (même lorsque leur responsabilité a été reconnue comme minime), et une impression nouvelle d'insécurité dans leur exercice

4.3.2.1. Les médecins "blanchis"

Il ne reste en général que le souvenir d'une procédure désagréable ; la honte et la remise en cause ont disparu avec le verdict positif

M7 : « C'est quelque chose qu'on est pressé d'oublier »

Toutefois pour 2 médecins au moins il y a une discrète angoisse persistante ; D'abord parce qu'un appel, un recours à une autre juridiction sont toujours possibles ; Et puis, ils ont bien conscience qu'ils ne sont pas à l'abri que cela recommence...

M11 : « je sais que maintenant ce n'est pas forcément fini, qu'ils peuvent nous poursuivre au civil. Donc je peux vous dire que le jour où j'ai reçu un recommandé qui n'avait rien à voir,

j'étais à la limite de péter un anévrisme en allant le chercher ! (...) Il reste quand même une certaine angoisse dans l'exercice quotidien, le même genre qu'au tout début de mon installation. »

M14 : « Même maintenant cela reste un truc perturbant »

4.3.2.2. Les médecins condamnés

M2 : « C'est vraiment un très mauvais souvenir »

M8 : « Rien que d'en parler, ça régénère de l'angoisse encore aujourd'hui... Ca laissera forcément une marque. Encore maintenant j'ai toujours l'angoisse que cela redémarre. Qu'elle fasse appel, même si depuis le temps cela doit être bien clos. J'ai toujours du mal à ouvrir le courrier.»

M12 : « -Maintenant que la procédure est définitivement close, ressentez vous une impression de délivrance, ou est-ce toujours la même amertume ? -Ah, c'est toujours pareil... »

Le verdict « coupable » est extrêmement générateur de colère et de honte, peu sont ceux qui parviennent à prendre de la distance.

Il y a moins d'angoisse que pendant le procès, mais plus de ressentiment, d'amertume, et cela peut se ressentir sur l'exercice quotidien....

M13 : "[maintenant que c'est fini] il y a moins d'angoisse quand même, parce que je ne reçois plus de courrier, parce que je ne suis plus dans l'expectative ; Mais il n'empêche qu'il reste quelque chose ; j'ai l'impression d'avoir plein de cicatrices (...) Je ne vois plus le métier comme avant ; je n'ai plus de plaisir à discuter avec les patients, et j'ai une méfiance permanente. Quelque chose n'est plus pareil (...) Depuis ce moment jusqu'à maintenant, je me dis que si c'était à refaire, je ne crois pas que je ferais de la médecine générale. Juste à cause de cette histoire. (...) Non vraiment, je ne conseillerais plus ce métier, le seul avantage que je lui vois c'est un confort financier et la sécurité de l'emploi. Mais le plaisir, franchement, il est parti ; la petite étincelle, il n'y en a plus. J'attends la retraite avec impatience. »

4.3.2.3. Changement de mode d'exercice

2 médecins sur 15 ont abandonné la médecine générale libérale à cause du procès

M6 : « Ce qui m'a fait changer de métier, c'est que je ne pouvais plus faire de la bonne médecine comme je l'entendais, avec une évaluation réfléchie des risques pour le patient : après cela j'envoyais systématiquement faire des radios ou des échos, ce n'était plus du tout du raisonnement médical. » *(Il est maintenant médecin sapeur pompier professionnel)*

M8 : « J'ai fini par quitter SOS médecin ; je ne m'en suis pas vraiment remis, de ce truc là...Je refais du SMUR et des urgences à l'hôpital. »

Pour un autre, cela va accélérer l'allègement sélectif de son activité

M2 : « ... Je crois que je vais arrêter la clientèle. (...) Mais je garderai la maison de retraite vraisemblablement, et peut-être l'hôpital »

Et cette démarche a traversé l'esprit d'au moins 4 autres :

M10 : « Evidemment à chaque fois qu'on a un procès on a envie d'abandonner la médecine, on se dit "à quoi ça sert". Et finalement les choses continuent, les gens viennent nous voir, on est très occupé... (...) De toute façon, vu mon âge, je pourrais choisir de prendre ma retraite tout de suite si vraiment les gens m'embêtaient trop... »

M12 : *[avez-vous songé à changer de voie ?]* « Oui. Soit à changer de région, soit à devenir médecin du travail, médecin conseil, ou quelque chose comme cela. »

M13 : « J'y ai pensé *[changer de voie]*, si j'avais eu la possibilité de le faire assez facilement je l'aurais fait. Mais pour une question financière, ce n'était pas possible. Par contre, depuis ce moment jusqu'à maintenant, je me dis que si c'était à refaire, je ne crois pas que je ferais de la médecine générale. »

M15 : « Mais je suis certain que s'il m'arrivait encore un truc comme cela, je prendrais ma retraite tout de suite. J'ai 64 ans, alors... (...) Si ça recommence, j'arrêterai tout, tout de suite. »

Et parmi les autres, on trouve une certaine compréhension pour ce type de choix

M7 : « Mon affaire ce n'était vraiment pas grand-chose, *[on]* m'a cité l'exemple de confrères que la procédure a tant déstabilisé qu'ils ont stoppé la médecine générale. Moi, après un

truc simple comme [*mon affaire*], je me suis rendu compte que si demain je suis attaqué sérieusement cette fois en justice, je me poserais sérieusement la question « le jeu en vaut-il la chandelle ? » au risque d'arrêter (...) Il suffit que cela s'ajoute chez un médecin au burn out, et il y a toutes les chances qu'il arrête. »

M9 : « les procès, cela va devenir le propre de tous les médecins. Il n'y a qu'à voir les chirurgiens, les gynécos : ça ne va pas tarder à toucher vraiment la médecine générale (...) Si on se met à faire des examens dans tous les sens, autant changer de métier»

4.4. Les facteurs de protection et les sources de soutien.

4.4.1. La personnalité

Un tempérament combatif et positif est utile seulement en pendant la procédure. Car en cas d'issue défavorable, il sera potentiellement à l'origine d'une grande amertume liée au sentiment d'injustice.

2 médecins de notre échantillon semblent en revanche particulièrement bien représentatifs de types protecteurs de fonctionnement psychique dans les situations de stress en général ; Ils en sont d'ailleurs conscients.

M11 est manifestement un médecin de famille **très empathique, dévoué et impliqué** peut-être même à l'excès avec ses patients : il se reconnaît « trop fusionnel ». Une procédure lancée par une de ses plus anciennes et plus lourdes patientes chroniques aurait donc pu être passablement destructrice, D'autant qu'il ressentait « une certaine affection pour ce couple ». Mais il a **identifié immédiatement la situation potentiellement traumatique** et a spontanément (et beaucoup) **verbalisé**. Et de fait a posteriori il ne reste guère de l'épisode que de la tristesse, et aucun affect pénible ou paralysant.

M11 : « Je suis quelqu'un qui parle. Je leur demandais [les collègues] où j'aurais pu faire une erreur, ils m'ont rassuré. J'ai une expérience de la chose, j'ai souffert d'un cancer il y a 10 ans. Au début je n'en parlais pas ; je me suis aperçu après en avoir parlé avec des amis que cela permettait de dédramatiser la situation (...) Il y a des langues qui se sont déliées quand j'ai raconté mon histoire, des gens qui m'ont dit « moi aussi, j'ai eu 2 conciliations, j'ai eu un procès (...). Avant, ils n'en parlaient pas ! »

La facilité à parler, à se confier à son entourage permet bien sûr une meilleure tolérance de la pression du procès. Mais le seul tempérament vraiment protecteur est l'aptitude à la distanciation et au détachement.

M10 n'est pas de nature expansive et émotionnelle, mais au contraire capable de **rationnaliser la situation**, de manière non feinte. Les 2 procès rapprochés (dont 1 en cours) sont rapidement replacés dans la perspective des trois décennies de carrière, et n'y prennent pas une place démesurée. Il est le seul des 15 chez lequel **l'objectivité prend d'emblée le dessus sur les affects**.

M10 : « J'ai pris du recul, je m'implique moins émotionnellement dans la procédure. (...) C'est du civil seulement, pas du pénal. (...) les gens ont maintenant une assurance qui leur permet de ne pas avancer les frais d'avocat ; Donc ils portent plainte très facilement. Mais 2 plaintes en 30 ans de carrière, ça fait peu finalement par rapport aux milliers de consultations qui satisfont les patients, au nombre de personnes qui vous disent merci »

Reconnaissons qu'il est rare de parvenir à une telle domination du cortical sur le limbique...

4.4.2. La famille :

M4 : «- vous en avez parlé dans votre famille ? -Non. »

M13 : « J'ai voulu épargner ma famille, j'ai peut-être eu tort. De ce côté là je n'ai pas eu vraiment de secours... »

Hors ces 2 exceptions, la plupart des médecins ont parlé de leur affaire à leurs proches, du moins au premier cercle, ne serait-ce que parce qu'il aurait été difficile de cacher les courriers et les convocations. Mais implicitement **peu semblent les considérer comme une source de soutien** tout à fait utile (de fait, seul 1 médecin cite spontanément cette source de soutien), probablement car leur soutien est de toute façon acquis et basé sur l'affection, et non sur une analyse rationnelle de la situation...

M15 : « Mais J'ai fait bonne figure vis-à-vis de mon entourage »

M2 : « oh, ma femme est au courant de tout, mais bon... »

M8 : « J'en ai parlé un peu avec mon épouse, qui est médecin aussi ; Après... »

4.4.3. Le réseau de pairs

Les médecins étant inscrits dans un groupe d'échange de pratique (GEP, dans un réseau médical, ou travaillant partiellement au sein d'une équipe (service hospitalier, SOS médecins, où même cabinet de groupe) ont tous trouvé beaucoup de soutien et de compréhension chez leur confrères ; **C'est LE facteur majeur de protection**. Dans le cadre des réunions d'un réseau, ou d'un GEP, et sans doute plus encore d'un groupe Balint (même si nous n'en avons aucun exemple dans les entretiens), le médecin est quasiment obligé de se confier ; Et comme on l'a vu plus haut, les médecins ont beaucoup de mal à chercher d'eux-mêmes une écoute, principalement entravés en cela par la honte.

Chez ceux qui n'ont aucun contact régulier avec des confrères, un congrès peut être une opportunité suffisante pour aborder (avouer ?) le procès pour la première fois.

M4 : « C'est agréable, car on a une grande confiance les uns envers les autres (les confrères du GEP), donc on a pu parler de cette histoire là. Bon moi, je n'ai pas trop insisté car je ne voulais pas trop raconter non plus, mais cela m'a permis d'évacuer le stress que cela représentait. (...)J'avoue que mes confrère ont reçu cela très naturellement »

M15 : « Oui, j'en ai parlé dans l'équipe, heureusement, parce que cela m'a fait du bien. Ma patronne en matière de VIH (...) m'a fait un courrier pour le dossier." "C'est vrai que j'ai eu besoin d'en parler à quelques collègues... »

M7 : « J'ai été bien soutenu par mon groupe de pairs : dans ce groupe il y a un médecin expert qui m'a bien aidé à dédramatiser, il m'a dit que je ne risquais rien, vu mon dossier. »

M10 : « Là, je suis soutenu partout [hôpital, réseau de soin] »

M8 : « A la fédération [SOS médecin] j'ai toujours été bien accueilli quand il fallait parler, on a le même boulot, les mêmes risques, les mêmes angoisses... Ca, ça m'a bien aidé par contre (...) J'ai un ami à SOS, à qui j'ai parlé de mon affaire, il m'a dit que cela arrivait à tout le monde, que c'était inévitable, surtout à SOS médecin »

M13 : « Il y en avait un [dans le cabinet de groupe] qui me demandait régulièrement comment allait mon moral ; Je ne peux pas dire que je n'ai pas été soutenue ; par rapport à ça c'est vrai que c'était sympathique, et cela permet de délier la langue, car on n'ose jamais en parler soit même. »

Par ailleurs l'un des médecins a pu éprouver que ce type de discussion pouvait n'être pas seulement utile à soi-même, mais également à des confrères plus inhibés, qui avaient besoin d'un déclic pour se confier eux même. On devine que dans ce cas, le soulagement de ne pas être le seul à vivre ce type d'épreuve s'ajoute à la satisfaction d'avoir pu aider un pair...

M10 : « Il y a des langues qui se sont déliées quand j'ai raconté mon histoire, des gens qui m'ont dit « moi aussi (...) j'ai eu un procès » mais sans parfois raconter pourquoi. Avant, ils n'en parlaient pas ! »

M4 : « mais oui, quand j'en parle, il y a des langues qui se délient »

4.4.4. Les formations médico-juridiques

Elles sont pédagogiques mais **ne préparent pas au vécu d'un procès**. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà vu, très peu des médecins de l'échantillon (moyenne d'âge assez élevée, situation provinciale) en ont bénéficié.

M11 : « J'ai fait partie d'une association de FMC pendant longtemps, donc j'avais eu quelques cours d'un avocat spécialisé. Mais je dirais que c'est comme tout, tant qu'on a pas trempé le doigt dans le pot de confiture on ne sait pas quel goût cela a... »

M4 : « Il faut vraiment être plongé dedans pour voir comment ça se passe »

4.4.5. Une expérience précédente de mise en cause professionnelle

Chez les 2 médecins ayant subi 2 procès dans leur carrière, le second semble avoir été mieux vécu, alors qu'on aurait aussi pu imaginer un effet d'accumulation propre à provoquer une grosse décompensation anxieuse ! Mais il semble que lorsque le terrain émotionnel est déjà connu, « balisé », le retentissement soit moindre.

M1 : « Quand la deuxième affaire est tombée, je me suis dit, maintenant je vais surement craquer, et puis non... »

4.5. Modification de la pratique médicale

NB : Les 2 médecins ayant maintenant abandonné l'exercice libéral apparaissent néanmoins dans les chiffres ci-dessous ; Ils ont en effet évoqué des modifications de leur pratique survenues avant cette décision radicale.

4.5.1. Médecine défensive, le « parapluie » :

M8 : « oui, je fais de la médecine parapluie »

M2 : « Je peux vous dire que depuis, j'ouvre des parapluies dans tous les sens... »

9 médecins reconnaissent bien mieux **tenir leur dossiers médicaux** (les 6 autres m'ont affirmé les tenir déjà au mieux avant leur procès !), 3 font même maintenant signer des décharges quand nécessaire.

M11 : « J'écris tout ce qui est négatif : a refusé, etc... et je fais signer des décharges. Mais au Sou Médical ils m'ont bien dit que cela n'avait pas de valeur juridique, que c'était juste opposable, surtout si c'est signé"

M15 : « Maintenant je fais plus attention, surtout sur l'information au patient, et je le marque (...) Je ferai à coup sûr signer une décharge si le patient refuse quelque chose que j'estime indispensable. »

M14 : « même quand ils refusent un arrêt de travail je le marque »

M10 : « Maintenant je refuse de faire certains certificats. Normalement le certificat n'est obligatoire qu'en compétition : s'il n'y en a pas de prévu, je ne fais pas de certificat. »

M7 : « Je suis les recommandations d'encore plus près, je ne mets plus de médicament n'ayant pas d'efficacité prouvée... »

Ils sont moins nombreux ; c'est-à-dire 6 sur 15, à avoir changé dans leur pratique, demandant surtout **plus d'avis de spécialiste** et ayant **plus recours aux urgences**, et dans une moindre mesure plus d'examen complémentaires. Attention toutefois, ce changement de pratique comme on le verra ci-dessous n'est pas toujours appliqué à l'ensemble de la patientèle...

M6 : « Maintenant dans toutes les situations où il faut faire un choix, même si le risque est vraiment minime, je choisis la prudence. Alors même que je sais que cela n'est pas utile !! »

M12 : « Effectivement, chaque fois qu'il y a un problème quelconque, je délègue à un confrère, j'envoie aux spécialistes, je demande des radios pour n'importe quoi... »

M4 : « Je fais plus d'examens qu'avant, avant de manipuler(...) Je crois que cela ne sert à rien (d'ailleurs le cas de mon patient me l'a démontré), mais je le fais quand même, parce que cela met les gens en confiance, et aussi pour qu'ils n'aient même pas l'idée de m'attaquer. »

Ce médecin évite par ailleurs les manipulations les plus risquées : « Je fais peut-être moins de manipulations cervicales ; pourtant elles ne sont pas violentes, ce ne sont que des impulsions. Mais s'il y a un AVC, à partir du moment où vous avez juste touché le patient, vous êtes coupable ! »

M2 : « Quand je vois un truc qui commence à déconner [*sous-entendu : pour certains patients seulement*], je parle un peu plus, je n'hésite plus à demander un avis de spécialiste, même si je sais que cela ne sert à rien »

M13 : « Toujours envoyer les gens à l'hôpital s'ils vous le demandent par téléphone, même si ce n'est pas justifié ! Tant pis pour l'encombrement des services d'urgences, mon boulot ce n'est pas de les désencombrer, par contre c'est un peu quand même de me protéger » « Bon je relativise quand même, ce qui fait que je ne suis pas complètement parano, surtout en ce qui concerne les examens complémentaires (...) »

M11 : "Effectivement (...) cela m'est arrivé de faire des bilans en me disant que cela sera opposable à la famille. »

Un médecin a constaté demander plus d'examens, mais ne l'attribue pas à son procès :

M15 : « En matière de VIH, je n'ai pas besoin d'avis spécialisés. Mais c'est la tendance générale : on demande plus d'avis spécialisés en cardio, en hépato à cause des comorbidités. C'est vraiment la tendance générale, donc je ne suis pas sûr d'en demander plus à cause de cela. »

Mais **6 médecins affirment clairement n'avoir rien changé de leur pratique**, parce qu'ils la jugent tout à fait correcte (il s'agit bien sûr principalement de médecins ayant gagné leur procédure), ou parce qu'ils estiment ce changement inutile ou impossible en pratique...

M9 : « Je n'ai rien changé du tout ; Je persiste à croire que la médecine n'est pas faite d'examen complémentaires, c'est avant tout un bon examen clinique, un bon interrogatoire. Si on se met à faire des examens qui ne servent à rien, autant changer de métier. »

M1 : « ça n'a pas changé du tout ma pratique médicale »

M11 : « Je continue à accepter de prendre des risques réfléchis. Mais avec quelques appréhensions »

M10 : « Ce n'est pas tenable [*de tout écrire dans les dossiers*], sinon le temps consacré à l'écriture prend le temps qu'on doit consacrer au patient, et on ne soigne plus les gens. »

M13 : « Mes dossiers étaient toujours tenus à jour(...) Toutes ces précautions n'ont pas empêché que cela me tombe dessus tout de même. »

M15 : « Quand vous prescrivez un traitement, il est difficile de dire "vous risquez de mourir »

4.5.2. Modification du rapport au patient.

6 sont plus méfiants envers les patients inconnus, exigeants ou manifestement procéduriers, avec lesquels ils pratiquent une médecine défensive typique (il n'est pas précisé comment on reconnaît un patient manifestement procédurier...). Pour ceux-là la pratique d'une médecine parapluie n'est donc que ponctuelle.

M15 : « Si vraiment un jour, je sens un patient très procédurier, je l'enverrais à l'hôpital, je me débrouillerais pour ne pas le prendre en charge. »

M2 : « Je cherche les procéduriers partout »

M3 : « Je me méfie plus des procéduriers éventuels »

M10 : « On est plus méfiant avec les gens qu'on connaît moins. Les autres, ça n'a rien changé » (plus d'examens ?) "Peut-être un peu, avec certains patients, mais pas vraiment en fait. »

M1 : « (...) ça n'a pas changé du tout ma pratique médicale. Mais sur le plan relationnel, c'est autre chose (...) je suis plus aiguisé pour repérer les éventuels procéduriers, et là être très prudent. En fait ma pratique n'a pas changé globalement, mais elle a changé pour certains patients seulement... »

Un seul (la seule femme de l'échantillon) s'estime « totalement désenchanté » vis-à-vis de la médecine et des patients, et s'exprime en effet en termes très amers.

M13 : « Je fais beaucoup moins confiance aux patients. Quelqu'un qui a l'air sympa, maintenant je me méfie et je ne le trouve plus sympa ! Je suis plus exigeante ; je leur dit « si vous ne faites pas comme je vous le dit et qu'il arrive quelque chose, ce sera votre faute... » (...) Je suis plus brutale. Je ne vois plus le métier comme avant ; je n'ai plus de plaisir à discuter, à partager avec les patients, et j'ai une méfiance permanente. Il y a quelque chose qui n'est plus pareil...(...) (...) Je leur conseille [aux remplaçants] de se méfier de tout le monde : il n'y a pas de copain ; on est médecin, pas copain !! »

4.5.3. Evolution du coût pour la sécurité sociale

Cette question n'a certes pas été posée aux 15 médecins ; mais il est possible d'évaluer grossièrement les modifications dans les dépenses de santé liées aux médecins interviewés :

Elles ne sont sans doute pas si importantes qu'on pouvait le craindre, car comme on l'a vu les pratiques défensives s'axent plutôt sur le médicolégal opposable, où sur un certain type de patient seulement.

Seul 1 médecin revendique avoir une pratique beaucoup plus dispendieuse maintenant (et il s'agit d'un des 2 ayant depuis stoppé l'exercice libéral).

M6 : « Cela a complètement changé ma pratique, j'en veux pour preuve mon relevé de la sécu évaluant mon coût en examen complémentaire ! (...) maintenant je suis passé dans la catégorie la plus haute des dépenses. »

En tout état de cause, quelque soit le médecin interrogé, il est évident qu'il se sent pas vraiment plus impliqué dans une démarche d'économie des coûts de la santé, maintenant...

4.5.4. Aspect pédagogiques du procès

M1 : « Pour moi c'est tellement évident qu'il y a eu un problème complètement indépendant de moi que ça n'a pas changé ma pratique elle-même. »

Quasi nul dans de nombreux cas. Les changements de pratique ne semblent souvent pas très réfléchis ; Ils tendent surtout à se préserver d'un nouveau procès.

Et lorsque l'on sort de la médecine parapluie caractérisée, les modifications de pratique relèvent parfois presque de la pensée magique, ou de la superstition : Par exemple l'un des médecins ne prescrit plus le médicament à l'origine de son procès, alors même qu'il a conscience qu'il est excellent et pas plus dangereux que les autres... Le médecin attaqué pour un conseil téléphonique refuse maintenant d'en donner ; Le médecin-ostéopathe mis en cause après une manipulation cervicale fait maintenant des examens (qu'il sait inutiles) avant ce type de manipulation...

M15 : « Maintenant je ne prescris plus du tout cette molécule : quand une chose pareille vous arrive, ça refroidit beaucoup ! Statistiquement, ce n'est sans doute pas rationnel (...) C'est dommage, c'est une très bonne molécule »

M4 : « Je fais peut-être moins de manipulations cervicales ; pourtant elles ne sont pas violentes, ce ne sont que des impulsions »

De même qu'il y a très peu de sentiment sérieux de culpabilité, on ne voit que très peu de remise en question personnelle parmi les médecins volontaires pour cette étude.

NB : les tableaux d'analyse de chaque entretien constituent l'annexe 4.

5. DISCUSSION

5.1.Limites de l'étude

Ce travail présente les limites inhérentes à tout travail de recherche, en particulier qualitative.

5.1.1. Biais liés au thème de l'étude

Il est difficile d'imaginer un sujet plus générateur de malaise chez un médecin qu'un évènement indésirable ayant conduit à une mise en cause juridique. La problématique de honte et d'échec dans laquelle on demande à les replonger est potentiellement si pénible, que la démarche de nous répondre doit relever du masochisme pour certains...

Quant à ceux qui ont répondu, on peut imaginer que certains aient artificiellement paru détachés, froids, parce qu'encore très mal à l'aise avec cet évènement particulier de leur carrière.

Enfin, cette étude étant rétrospective, on a pu parfois percevoir un flou léger dans le souvenir des éléments factuels de l'affaire (certains évènements indésirables remontant à plus de 10 ans). L'ancienneté des affaires alliée à leur charge émotionnelle peut également expliquer un glissement inconscient des souvenirs, limitant la responsabilité ou exagérant la persécution par exemple. D'ailleurs, le phénomène des faux souvenirs est bien connu en justice... Mais ceci n'est pas un problème dans une thèse traitant justement du ressenti et non du fait de justice.

5.1.2. Biais de puissance

L'effectif de médecins interrogés est faible mais il a été réduit par le faible taux de médecins s'étant portés volontaires. Néanmoins, même si chaque nouvel entretien apportait encore des éléments intéressants, l'analyse a fait l'objet d'une « saturation » c'est-à-dire que les hypothèses se sont stabilisées au fur et à mesure des entretiens, avec une sorte de récurrence qui a permis de s'assurer que ce nombre certes limite, était suffisant.

Enfin ce travail n'a pas pour but d'apporter des réponses exhaustives, mais plutôt un éclairage et des pistes de réflexion.

5.1.3. Biais de recrutement

La recherche qualitative repose sur le volontariat, ici totalement actif : impossible de « piéger » ou d'acculer des participants totalement anonymes. On peut donc penser que les médecins qui ont accepté de participer et de prendre du temps pour répondre à nos questions sont les plus concernés ou ont une sensibilité particulière pour ce sujet.

La méthode de sélection particulière de cette étude exclut de fait toute personne n'ayant pas le désir actif de s'exprimer. On peut penser en particulier à des médecins qui éprouveraient encore une honte trop cuisante ou la peur d'être reconnu malgré nos promesses de confidentialité. Et de fait, le recrutement du premier mail était relativement décevant, avec surtout des médecins détendus ayant obtenu une « simple » décision

favorable en CRCI, nous poussant à biaiser quelque peu le recrutement du second mail, en visant plus particulièrement les affaires conclues au bénéfice du patient...

Mais l'échantillon n'a pas à être représentatif, c'est là même le principe de la méthode qualitative. Sélectionner des personnes, impliquées, d'un profil spécifique, suffit à la richesse de l'entretien.

5.1.4. Biais liés au guide d'entretien

Le remaniement de ce guide au fur et à mesure de l'évolution fait que certains sujets n'ont pas pu être abordés avec tous les médecins interrogés, ce qui nous prive de certains points de vue que l'on aurait souhaité avoir.

Par ailleurs, il n'a pas été effectué d'entretien test, qui a pour but de vérifier et permettre de retravailler les hypothèses de départ et de modifier le guide d'entretien. J'ai pris le parti de n'occulter aucun entretien (ne serait-ce que parce qu'ils n'étaient pas si nombreux...) et de ne procéder aux corrections éventuellement nécessaires qu'au cours de l'enquête.

5.1.5. Biais de recueil :

Le caractère semi-dirigé des entretiens par un seul enquêteur entraîne forcément une influence sur le contenu de l'entretien. Ceci est d'autant plus vrai quand l'enquêteur est également médecin. Certains entretiens ont presque été éprouvants tant l'identification était aisée : les situations ayant conduit à l'évènement indésirable sont familières, les erreurs parfois aussi... L'émotion de l'interviewé est souvent palpable et communicatrice. Il m'a été difficile de rester constante dans les entretiens.

Malgré mes efforts pour rester neutre et ne pas orienter les réponses, lors de la retranscription, il est apparu que la parole a parfois été coupée un peu vite sur un sujet alors qu'il aurait fallu laisser plus de liberté dans la réponse, ou que des interventions pour donner mon avis ont été faites à mauvais escient.

Enfin, Il m'a été parfois difficile de maintenir l'entretien en limitant les digressions inhérentes à ce type d'exercice, ici parfois particulièrement présentes du fait de la charge émotionnelle liée au sujet.

Les conditions des entretiens ont également joué un rôle dans leur déroulement (de visu, téléphoniques voire téléphonique au volant pour un médecin franchement débordé)

En ce qui concerne 2 entretiens, malgré tous mes efforts, le caractère volubile du médecin ou les mauvaises conditions de déroulement de la conversation ont produit une retranscription très décousue. J'ai pris le parti de la découper et remettre en ordre (sans changer un mot), pour une meilleure compréhension.

On peut également envisager le fait que l'enregistrement par un dictaphone a pu provoquer une certaine gêne chez les médecins, en dépit du fait qu'il leur ait été assuré du caractère anonyme de l'entretien.

5.1.6. Biais d'analyse

Les données qualitatives sont particulièrement difficiles à analyser et interpréter. L'analyse a été construite en suivant les grands thèmes qui ont été dégagés de l'ensemble des entretiens, qui correspondaient à ceux du guide d'entretien, sans règles propres. Ce travail ne peut prétendre à un niveau de recherche comparable à celui atteint dans les sciences sociologiques.

De même, l'analyse n'a pas été soumise à plusieurs analystes.

5.2. Discussion des résultats

5.2.1. Profil des médecins

L'échantillon ne présente guère d'anomalie statistique qui pourrait faire sens dans une étude sur les médecins attaqués en justice, et suggérerait de pratiquer des recherches ultérieures sur un type éventuel de médecin plus « justiciable ».

- La moyenne d'âge de notre échantillon est de 53 ans, ce qui peut sembler élevé, mais n'est en fait pas si éloigné de la moyenne d'âge des médecins fournie par l'ODM : 51,4 ans. Cet âge moyen, ajouté à une forte représentation de la province pour nos 15 médecins, explique d'ailleurs que si peu d'entre eux ont bénéficié d'une formation initiale ou continue sur les événements indésirables ou le domaine juridique

- On peut être interpellé sur le fait de n'avoir obtenu qu'une unique femme pour 14 hommes. Aucun chiffre sur la part de femme chez les médecins attaqués en justice n'est disponible, mais rien ne laisse penser qu'elles puissent être « plus prudentes » ou épargnées par leur patientèle... rappelons juste leur faible part en médecine générale libérale : En 2010, elle n'était que 30%, dans une population médicale comme on l'a vu vieillissante [58]. Ce faible pourcentage, ajouté à notre petit échantillon, permet de qualifier de hasard probable le fait que nous n'ayons recruté qu'une seule femme.
- Sur nos 15 médecins, 7 exercent en milieu urbain, 5 en semi rural dans des villes de petites importance, et 3 en secteur rural. Des chiffres tout à fait cohérents avec les données géographiques : En 2006, 54% des médecins exerçant en France métropolitaine travaillent dans un pôle urbain pourvu d'un CHU, 31% dans un pôle urbain sans CHU, 7% en semi rural et 8% en rural ; Ces statistiques sont relativement stables dans le temps [59].

5.2.2. Vécu psychologique de l'épreuve

5.2.2.1. Une souffrance spécifique ?

Même lorsqu'on a déjà lu de nombreux témoignages sur le burn-out ou l'erreur médicale, il se dégage une impression assez spécifique lorsqu'on étudie les propos de nos 15 médecins. Il peut y avoir une impression de retenue, de froideur dans le ton et de fausse objectivité par rapport à la gravité des faits évoqués ; Parfois aussi une vraie ambivalence ou même des contradictions dans le discours (sur les sentiments envers le patient, sur le sentiment de culpabilité), voire un authentique déni. Dans 3 cas au moins la souffrance morale est encore intense alors que l'affaire est depuis longtemps terminée, évoquant **un blocage dans un processus de stress post-traumatique**.

En bref, une bonne partie de nos entretiens traduisent une nette dominance du domaine émotionnel (parfois encore assez confus) sur le rationnel.

Il est assez évident que nous avons là les marques **d'une honte particulière** liée à la cause de cette souffrance. Par rapport aux médecins relatant des évènements indésirables dont ils sont à l'origine dans la thèse de M. Chanelière [7], ils ne sont pas jugés seulement par eux-

mêmes et quelques confidents bienveillants, mais par l'ensemble de la société, et savent moins attirer la compassion qu'un patient présentant un dommage sérieux...

L'expérience de la justice occasionne bien chez un médecin une souffrance propre, mélange de honte intense, de besoin de soutien et d'agressivité embarrassée ; nous discuterons plus loin des conséquences potentielles de ce sentiment spécifique.

5.2.2.2. Mais une souffrance en rien unique

La souffrance psychologique réactionnelle n'est hélas pas vraiment exceptionnelle dans la profession médicale libérale : **Plus d'un généraliste sur 10 se dit en détresse psychologique**, 2 fois plus chez les femmes (19% contre 10%) [60]. Les troubles psychiatriques sont (et de loin) la première cause d'invalidité définitive chez les médecins selon les chiffres de la CARMF.

Le burn out est bien sûr l'origine la plus fréquemment citée au mal être psychologique : 60,8% des généralistes s'en sentent menacés, un chiffre par ailleurs supérieur à la moyenne des médecins libéraux [61, 62]. Si la forte charge de travail du médecin de famille n'a historiquement rien de nouveau, en revanche son acceptabilité a fortement diminué dans une société moderne où le temps plein d'un salarié est en moyenne à 38 heures par semaine (donnée Eurostat). Et certains facteurs démoralisants sont, eux, bien modernes : difficulté à trouver des remplaçants, faible probabilité de trouver un successeur pour reprendre cabinet et patientèle... Et bien sûr, la pression judiciaire.

Le suicide au sein des professions de santé est une réalité indéniable, mis en lumière récemment par les débats qui ont suivis celui d'un anesthésiste. Selon les derniers rapports de l'institut de veille sanitaire, le secteur de santé et de l'action sociale présente le taux de suicide le plus élevé ; **Les suicides de médecins sont ainsi 2,5 fois plus fréquents** que dans la population générale. Les idées suicidaires ne sont pas exceptionnelles, plus fréquentes chez les libéraux exerçant seuls, comme on peut s'y attendre. 2 à 3% des généralistes en activité ont ce type de pensées...

5.2.2.3. Le médecin mauvais malade

Nos entretiens ont révélés 3 dépressions caractérisées, avec une grande souffrance morale ; Pourtant aucun médecin n'a voulu consulter, ne serait-ce qu'un généraliste, et pire : tous affirment n'en avoir pas eu besoin...

Pourtant, les quelques soutiens extérieurs qu'ils ont pu trouver ne justifient vraiment pas qu'ils aient pu se passer d'un suivi professionnel... Chez l'un des trois médecins, le déni de la souffrance psychologique touche même à l'absurde, puisqu'il explique avoir eu des pulsions suicidaires juste après nous avoir affirmé qu'un suivi psychologique n'a pas été nécessaire.

Et comme on pouvait s'y attendre, l'automédication est certes très (trop ?) limitée, mais surtout inadaptée ou mal observée : La plupart du temps les médecins se contentent d'un anxiolytique ou d'un somnifère de temps en temps ; Le seul à avoir débuté un antidépresseur (et il n'était pas celui qui en aurait eu le plus besoin), avoue avoir stoppé très rapidement.

Une explication simple au refus de consulter est la honte spéciale liée à cette expérience, dont nous venons de parler.

Mais ce facteur ne fait qu'**aggraver la tendance naturelle du médecin à ne pas s'occuper de sa santé**, déjà mise en évidence dans de nombreuses études [63]...

En Espagne, d'après une étude du collège officiel des médecins de Barcelone en 2001, 48% des médecins n'ont pas de dossier médical complet, 47,7% déclarent ne pas suivre les prescriptions de leurs confrères, et 41% d'entre eux ne s'appliquent même pas le calendrier vaccinal [64] !

En France, les résultats d'un sondage réalisé auprès de 200 médecins en 2003 sont à peine meilleurs :

En cas de maladie, **7% des médecins seulement consultent un confrère**, en général parce que les symptômes sont inquiétants ou persistants. S'ils doivent absolument consulter, ils choisissent **en priorité un spécialiste** (72%) plutôt qu'un généraliste, alors que celui-ci, par sa proximité et ses capacités de suivi, semble le mieux placé pour répondre à ce type de problème ; Mais surtout **ils choisissent un médecin ami** (84%) plutôt qu'un inconnu, ce qui hélas ne favorise pas une consultation « naturelle ».

66% des médecins se disent toujours ou souvent observants, ce qui peut sembler satisfaisant, jusqu'à ce que l'on rappelle qu'il s'agit dans 93% des cas **d'une auto prescription**, faite en général **quand il est impossible de reculer plus longtemps** la prise en charge [65] ! Les médecins ont en effet tendance à longtemps **minimiser, banaliser leurs symptômes**, ainsi que le font les médecins de notre étude. Et lorsqu'ils décident finalement

de se traiter, ils choisissent souvent d'emblée les molécules les plus puissantes : anti-inflammatoires, antibiotiques en prévention d'une aggravation d'un épisode viral... Le but étant de préserver à tout prix leur activité professionnelle [66].

9 médecin sur 10 sont leur propre médecin traitant et n'ont aucun suivi externe régulier. Manque d'humilité ou pudeur excessive ?

Les médecins ont donc une tendance à mépriser la maladie quand il s'agit d'eux même, et ne choisissent pas les meilleures options pour leur suivi médical.

Néanmoins, même s'ils banalisent leurs symptômes, **ils ne sont pas forcément dans un déni caractérisé** : En 2008 1900 médecins de 5 régions ont été interrogés sur leur santé pour la DREES [60] : la part des généralistes s'estimant en bonne santé est plus faible que dans les autres CSP+ ...

Alors pourquoi une telle difficulté à se faire soigner ? Bien sûr il y a les contraintes financières liées au statut libéral, auxquelles s'ajoute un sentiment de responsabilité morale à être présent pour ses patients : Pour un généraliste il existe de vrais obstacles pratiques à prendre du temps pour consulter, ou pour se mettre en arrêt maladie... Mais les obstacles psychologiques sont tout de même bien réels : Dans une thèse de 2011 [68], de nombreux médecins expriment spontanément la honte ressentie au moment de consulter, et l'impossibilité psychologique à passer dans le rôle de patient ; Ils semblent les derniers à penser, comme disait Montaigne, que « la maladie du médecin est un scandale »... Et ajoutons que la difficulté n'est pas seulement du côté du médecin devenu patient, mais également du confrère devant soigner ce malade peu ordinaire... La littérature a montré que cet exercice est très anxiogène pour un médecin, qui a beaucoup du mal à mener une vraie consultation formelle et complète face à un patient pas comme les autres ; une identification réciproque, la crainte d'être jugé par un patient capable de le faire, l'agacement en cas de désaccord, l'hésitation à faire payer la consultation [61]...

Et en ce qui concerne la prise en charge psychologique ?

Dans une thèse de 2006, 1 médecin sur 3 a ressenti un jour le besoin d'un soutien psychologique, et parmi ceux-ci les 2/3 ont consulté un professionnel (psychologue, psychiatre, mais presque jamais de généraliste), ce qui est un ratio inattendu et rassurant [60].

Hélas, les autres études ne brossent pas un tableau si optimiste : Quand il y a anxiolytiques et antidépresseurs, c'est auto prescrits à 86% selon une thèse de 2006 [68] (60% selon d'autres sources ; Trop, en tout état de cause...) !

Donc, même si l'expérience judiciaire est peut être un facteur de repli supplémentaire, la situation de la santé (et notamment la santé psychologique) chez les médecins est encore loin d'être irréprochable, surtout chez les libéraux isolés... Dans une thèse de 2012, 63,9% des médecins étaient favorables à des dispositifs de soin spécifiques pour les soignants, avec des intervenants spécialement formés [62]

5.2.3. Pourquoi l'absence de sentiment de culpabilité ?

Si la honte semble très présente, on est étonné de ne pas trouver de vrai sentiment de culpabilité (Et cela apparaissait déjà dans la courte étude sur l'impact des mises en cause devant une CRCI réalisée en 2013 pour le journal « Responsabilité», que nous avons évoqué en première partie)

La moitié des médecins interrogés déclarent se sentir vaguement coupables mais de façon transitoire ou irrationnelle, « c'est la culture judéo chrétienne » ; Mais dans le **fond personne ne croit avoir fait d'erreur médicale !!** Tout au plus certains acceptent-ils de se voir comme « en partie responsable » (ce qui finalement est le langage même de la justice dans les affaires médicales : responsabilité partagée, pourcentage de perte de chance...)

Cette constatation contraste fortement avec les thèses et les études qualitatives sur l'erreur médicale, dans lesquelles la culpabilité est en général le sentiment le plus largement partagé dans les entretiens de médecin (dans la thèse de M. Chanelière, sur 66 évènements indésirables évoqués, 22 ont provoqué un franc sentiment de culpabilité [7]).

Certes **la sélection des médecins de notre étude, basée sur une démarche de volontariat actif, a probablement induit un biais** : Chez les médecins se sentant vraiment coupables, la honte doit être vraiment trop paralysante pour aller au devant d'une pénible confession.

Mais peut-il y avoir autre chose ?

Nous avons interrogé par téléphone une criminologue réputée, Michèle Agrapart-Delmas, auteur de 2 ouvrages sur l'expertise criminelle : Elle nous a expliqué qu'après un certain temps de procédure, **toute personne accusée devant une cour de justice peut se persuader**

de son innocence. Et que de même, tout plaignant abusif va finir après quelques mois par être intimement sûr qu'il est dans son bon droit... Ce problème n'est pas indépendant du fonctionnement de la justice elle-même, qui a tendance à identifier les accusés à leur acte et les réduire ainsi à un stéréotype, ce qui rend plus simple et plus légitime la sanction ; Or pour beaucoup de gens chez lesquels la culpabilité vécue n'est pas absente initialement, cette confrontation à ce qu'ils voient comme une caricature d'eux-mêmes est insupportable. Se refusant à se reconnaître dans cette caricature, ils finissent par adopter un point de vue inverse et également réducteur, celui d'être totalement innocent et injustement attaqué... Inutile de préciser **que dans ce cas la sanction n'a aucune utilité pédagogique...**

Ce type de réaction psychologique m'est confirmé par un psychiatre comportementaliste de mon entourage ; il rajoute toutefois **que ce n'est pas un cas majoritaire chez les gens impliqués dans une procédure de justice.** Comme il ne s'agit pas d'un syndrome aux conséquences pathologiques, il n'a pas de nom spécifique.

Ce mécanisme de défense est-il souvent présent chez les médecins attaqués en justice ? Si c'est le cas, cela serait très préjudiciable, car il empêche totalement une remise en question objective de sa pratique par le médecin.

Dans notre panel, l'absence globale de modification raisonnée de l'exercice médical fait en tout cas suspecter chez certains l'existence de cette sorte de déni de responsabilité.

5.2.4. La solitude ressentie

On retrouve dans la majorité des entretiens un sentiment de solitude voire d'isolement très réel ; La confraternité, pourtant inscrite dans le code de déontologie, est très faible et disparaît même totalement lors d'un procès, d'après nos témoins. Et ce sentiment est largement partagé : en 2008, les trois quart des médecins libéraux français déclarent avoir des difficultés relationnelles avec leurs partenaires [9] ...

Cette impression est plus aigue en province (en petite ville comme en milieu rural), mais cela ne doit sans doute que peu à la géographie. Il faut plutôt y voir un rapport avec la **rareté des contacts confraternels systématiques**, dans le cadre des groupes d'échange ou des réseaux de soins, qui sont quasi inexistantes sorti des grandes agglomérations.

En 2012 l'ODM s'inquiète de la faible proportion de jeunes qui s'inscrivent en libéral : seulement 9.5% des nouveaux inscrits de l'année. La crainte de cet isolement professionnel, y compris en milieu urbain, est certainement en cause dans cette désaffection qui modifie profondément la démographie médicale.

La réalité de l'isolement du libéral est à nuancer toutefois : Il y a une **grande ambivalence** chez les médecins de cette étude, qui trouvent que nul ne les soutient mais **qui n'ont cherché contact avec personne**. La méfiance domine, et force est de constater que certains interviewés reprochant l'indifférence ou le mépris de leur collègue pratiquent un procès d'intention sans doute immérité.

La solitude est parfois autant provoquée que subie, c'est un piège classique de l'exercice libéral. « Si la déontologie impose l'indépendance professionnelle à tous les praticiens, ce précepte contraignant entraîne chez le médecin le développement d'une personnalité, qui par la force des choses va l'isoler de son environnement tant professionnel que social » [66]

5.2.5. La vie après le procès

5.2.5.1. La médecine parapluie

Si l'on en croit les médecins interrogés, le coût pour la sécurité sociale d'un médecin choqué par son procès n'est pas si important qu'on pouvait le craindre, car en général les pratiques défensives s'axent plutôt sur le médicolegal opposable (tenue de dossier, décharge, consentement...), où sur certains type de patient seulement.

Néanmoins 4 médecins sur les 15 déclarent faire nettement plus d'exams complémentaires, de demandes d'avis de spécialiste ou d'envoi aux urgences. Si vraiment 25% des médecins mis en cause en font de même, le surcoût global n'est tout de même pas négligeable.

D'ailleurs, les chiffres disponibles sur les exams demandés en excès ne sont pas vraiment glorieux, même hors procès : Aux Etats-Unis, pays tristement à la pointe en matière de médecine défensive, une grande étude a évalué pour 2005-2006 un surcoût de 281 millions de dollars en exams complémentaires « de prudence » et de 1,1 milliards de dollars en hospitalisations inutiles, rien que pour une moitié des médecins du Massachusetts (de 7

spécialités dont la médecine générale) ! **De 18 à 28% des examens complémentaires relèveraient ainsi juste de la médecine défensive** [69]. En France, les chiffres sont moins choquant, mais néanmoins assez préoccupant : D'après une enquête TNS de 2012, les généralistes libéraux sont **60% à dire que le risque judiciaire les pousse à réaliser plus d'examens**, aucune autre catégorie médicale n'est aussi touchée !! Toutefois, si 27% jugent que plus d'un acte sur 5 n'est pas justifié, la peur judiciaire est pour eux moins souvent en cause que la pression des patients [70]

La peur du procès (ou d'un autre procès, dans notre cas), est donc un élément important, mais pas unique, dans l'augmentation inutile des coûts de la santé ; Une formation renforcée sur le sujet serait souhaitable, **car ce type de médecine n'empêche guère les procès**, et par ailleurs (c'est prouvé) peut même être à l'origine d'une augmentation des événements indésirables : Qu'on se rappelle par exemple les prostatectomies excessives liées au dépistage des PSA...

Finalement, dans la modification de la prestation médicale causée par l'expérience d'un procès, **le patient est sans doute plus perdant que l'assurance maladie...**

5.2.5.2. Aspects pédagogiques :

Car c'est l'un des éléments les plus perturbants de cette thèse : **le bénéfice pédagogique est quasi nul dans notre panel de médecin...**

Hormis chez 2 ou 3 d'entre eux qui déclarent coller maintenant au plus près des recommandations, on ne constate pas de changement vraiment réfléchi de la pratique.

Les médecins « blanchis » se sentent globalement confortés dans leur pratique. Et en ce qui concerne les autres, même lorsque l'on sort de la médecine défensive caractérisée, des examens peu justifiés et des décharges signées, **les modifications de pratique relèvent parfois presque de la pensée magique** : plusieurs de nos médecins ont changé précisément et presque exclusivement le point de leur pratique sur lequel ils ont été mis en cause la première fois ! (voir en 4.5.4)

Or comme l'a montré la thèse de Chanelière, évoquée dans la première partie, l'erreur médicale elle-même est fortement pourvoyeuse d'interrogation, de remise en question ; Le mal-être qui en découle est en général adapté, et l'expérience constructive...

On peut donc se demander si **voir un événement indésirable sanctionné par un procès ne serait pas un frein à un changement de pratique « utile »**, profitable à la sécurité du patient et pas qu'à celle du médecin. Cela est cohérent d'ailleurs avec l'hypothèse déjà formulée qu'un procès est un frein possible au sentiment de culpabilité, et donc à la remise en question et à l'introspection...

En tout état de cause, et que les évènements indésirable soit sanctionnés par un procès ou non, leur fréquence dans une carrière est -heureusement- trop rare pour en tirer un apprentissage générique. Comme l'écrit J. Brami en début de son ouvrage sur la sécurité en médecine de ville : « Notre exercice est finalement trop solitaire pour vraiment capitaliser sur un savoir collectif. Nous réagissons à nos propres erreurs et devenons moins vulnérables sur un point particulier, mais souvent avec une solution qui tôt ou tard nous jette par ignorance dans l'erreur suivante. ». **Le partage d'expérience reste indispensable dans l'apprentissage de la sécurité au cabinet...**

5.2.5.3. Grande importance du verdict dans le ressenti a posteriori

Sentiments exprimés	Médecins dont la responsabilité a été dérogée	Médecins dont la responsabilité a été reconnue
Déception/sentiment trahison	5	7
Ressentiment contre le système judiciaire	4	6
Sentiment global d'injustice	3	6
Honte	2	5
Solitude	1	6
Dépression	0	3

Le sentiment global d'injustice est bien plus évident chez les médecins ayant perdu leur procédure, et cela même quand leur responsabilité a été reconnue minime. Il peut être très mal vécu, rendre le médecin amer et blasé de son métier, voire carrément lui en faire changer...

Au final c'est la perception globale de l'évènement qui risque d'être altérée, les souvenirs transformés, à l'origine d'un mal être persistant qui pourrait diminuer le seuil d'apparition d'un burn out.

Cette notion devra être gardée en tête lorsqu'on tentera d'élaborer des moyens de soutien spécifiques aux médecins mis en cause en justice.

5.2.6. Comparaison avec une autre thèse sur le sujet

Il y a 1 an était soutenue à Paris Descartes une thèse au sujet très similaire, « Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale » [2]. Constance Robert de Saint Vincent a mené elle aussi des entretiens semi-dirigés avec 15 médecins, la seule différence étant que ces derniers ont été recrutés de proche en proche, et surtout dans des réseaux universitaires. Ce mode de sollicitation a produit un échantillon légèrement différent, avec une forte représentation de médecins travaillant en cabinet de groupe (11 médecins sur 15), et de maîtres de stage (9 médecins sur 15 accueillaient ainsi des internes en cabinet). Et tous avaient soit une part d'activité extérieure au cabinet, soit de fréquentes formations continues : Moins de « solitaires » isolés que dans le présent travail. Ce qui peut entre autre expliquer que les résultats de la recherche aient une moindre connotation « négative »...

Certes Constance Robert constate comme nous une totale absence de préparation à l'expérience d'une plainte de patient ; Elle note elle aussi la mise à l'écart progressive de tout sentiment de culpabilité, la colère contre le patient et/ou les intervenants de la justice, le refus majoritaire de consulter pour soi et le recours à une automédication ponctuelle, une peur persistante après la fin du procès, l'évitement spécifique des situations similaires à celle ayant mené à la procédure....

Mais, à la différence du présent travail, seuls 2 médecins sur les 15 se sont plaint de l'absence de confraternité, les autres l'ayant tous facilement obtenu de leurs associés... Et sur son échantillon de 15 médecins, 3 ont été spontanément consulter un psychanalyste voir même pour 2 d'entre eux un psychiatre, ayant bien discerné l'ampleur de leur détresse. Ces quelques différences ne font que pointer de nouveau **l'importance du tissu relationnel professionnel** pour faire face à une épreuve dans sa vie de médecin, et le facteur protecteur

que peut être une sensibilisation à l'expression de ses affects, acquise ici dans un cadre universitaire: **le déni chez les médecins n'est pas une fatalité**, les formations sur ce sujet doivent être encouragées.

Une dernière différence réside dans l'apport pédagogique du procès : selon les conclusions de Constance Robert, « tous les interviewés ont eu conscience d'avoir modifié leurs pratiques dans les suites du contentieux, sans pour autant tomber dans les travers de la médecine défensive », ce qui est **une conclusion radicalement opposée à la mienne**. Là, il s'agirait plutôt d'une différence liée au tempérament des aspirantes thésardes... Cette question n'a en fait pas été spécifiquement posée dans le guide d'entretien du Dr Robert, qui a donc dû parfois interpréter certaines réponses évasives de la façon positive correspondant à son caractère... Car du reste les verbatim de ses entretiens m'ont clairement indiqué des réponses très proches des miennes, avec autant de médecins dépressifs ou désenchantés, utilisant quasiment les mêmes mots que dans mes propres notes (et par ailleurs, 2 médecins ayant stoppé l'activité libérale, sans qu'il soit précisé si ce choix était en rapport avec le procès) ... **Nous n'avons juste pas insisté sur les même aspects dans nos entretiens puis dans l'analyse.**

Joie des travaux qualitatifs réalisés par des étudiants peu expérimentés...

6. Prospectives

6.1.1. La justice est-elle inadaptée à la médecine ?

6.1.1.1. Des généralistes condamnés injustement ?

Certains médecins pointent le fait **que cela a été à eux de faire preuve de leur innocence** alors que théoriquement un plaignant doit fournir la preuve de la culpabilité... D'autres soulignent qu'on n'a pas trouvé de faute médicale mais qu'ils ont été condamnés quand même pour que le patient puisse avoir une indemnité.

M Gombault, président du Sou Médical, me confirme que même si le concept de « **responsabilité sans faute** » est théoriquement totalement abandonné, certains juges parviennent encore parfois à contourner... L'un des médecins de notre étude est presque

favorable à ce qu'on le remette en place, pour éviter l'infamie du mot « coupable » : « Il devrait y avoir un genre de fond de compensation pour que le patient ne soit pas obligé d'attaquer quelqu'un en justice pour vivre! » (Notons que même si les CRCI répondent en quelque sorte à ce vœu puisqu'elles ne font pas partie des institutions judiciaires, elles sont toutefois perçues comme telles par les médecins de notre échantillon...)

Toutefois, la plupart des décisions considérées comme injustes par nos médecins sont, de fait, totalement en accord avec la loi : En effet, si l'obligation de moyen reste le principe en matière de responsabilité médicale, **les manquements pouvant aboutir à une condamnation justifiée sont de plus en plus nombreux**. La mission du **médecin traitant**, telle que définie dans la convention nationale du 12/01/05, est fondamentale, au cœur de la coordination entre les intervenant spécialisé, ce qui en fait **une position à haut risque**. Le texte de la convention est explicite : « Le médecin correspondant ne rend qu'un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant ; Il ne donne pas au patient de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions ».

Pour donner un exemple pratique, en cas de défaut de transmission entre un spécialiste et un généraliste suite à un problème de secrétariat du premier, le second est tout de même plus susceptible d'être attaqué pour ne pas s'être enquis lui-même de l'avis du spécialiste. De même si un laboratoire envoie au patient tous les exemplaires du résultat d'un examen et que celui-ci ne recontacte pas son médecin, ce dernier peut être condamné pour ne pas s'être inquiété de l'absence de retour d'une de ses prescriptions.

La mission d'un généraliste a donc été, sinon modifiée (car n'est-ce pas là ce qu'on a toujours attendu d'un médecin de famille ?), du moins précisée, et il en est de même pour ses obligations légales [71].

Les juges n'ont donc pas à pratiquer l'abus de pouvoir pour parvenir à une indemnisation du patient. Et si certains médecins estiment encore que la justice est inadaptée à la médecine, il n'y a pour eux aucun retour en arrière à espérer.

Les généralistes doivent donc maintenant accepter qu'outre le risque pour le patient, l'exercice de la médecine général comporte des risques aussi pour le médecin...

6.1.1.2. Des patients intouchables ?

A. En cas de plainte abusive

L'un de nos médecins interrogés a exprimé un sentiment bien partagé, celui que les patients ont en justice tous les droits, et qu'ils n'ont rien à perdre à lancer une procédure, même abusive... Ils l'ignorent, mais cette idée est en fait assez éloignée de la réalité.

A l'issue de la procédure contre le médecin, si le plaignant a manifestement été de mauvaise foi, les assureurs n'ont aucune hésitation à l'assigner à son tour, sans que le médecin n'en ait connaissance. D'après Mr Gombault (directeur du sou médical), **un quart des plaignants déboutés en 2010 ont été condamnés à verser une contrepartie des frais de justice engagés.** Au vu de l'amertume persistante chez certains médecins même disculpés, il pourrait être utile que les assureurs les informent de la réussite de cette démarche...

Du côté des instances ordinales également on a bien conscience que l'image du médecin s'est passablement détériorée, et que c'est parfois un responsable pratique qui évite d'avoir à responsabiliser les patients. Depuis 2008, **la procédure auprès du Conseil de l'Ordre, si elle est abusive, peut être sanctionnée d'une amende** (perçue par l'ODM, pas par le praticien) sans que le médecin n'ait besoin de la demander.

Mais il est vrai que du côté des médecins eux-mêmes, il est très rare de pouvoir obtenir des dommages et intérêts suite à une plainte jugée abusive. Suite à un non-lieu ou à une relaxe au pénal, le praticien peut théoriquement se retourner contre le patient pour « dénonciation calomnieuse » ou « dénonciation téméraire », mais il faut pouvoir prouver que le patient, qui n'est pas médecin, était pleinement conscient de la fausseté de ses déclarations (impossible dans la grande majorité des cas). Pour les procédures au civil ou devant une CRCI, le praticien peut engager une procédure en dommage et intérêt : Un malade ayant posé sa demande initiale avec légèreté, ou s'étant entêté malgré les rapports d'expertise, peut être condamné pour « abus d'ester » (seulement 4 condamnations en 2010) [72].

Les juges restent en tout cas très réticents à l'idée de condamner des malades qui a priori ne veulent que comprendre l'origine d'un préjudice personnel très traumatisant ; Et dans la plupart des cas les assureurs doivent décourager les nombreux sociétaires qui souhaitent se retourner contre leurs anciens malades.

B. Des patients plus responsables

Ce n'est donc pas en pénalisant des patients abusifs qu'on développera le concept de responsabilité du patient. Il semble plus constructif d'intervenir bien plus en amont ; Et, puisque la loi de 2002 a définitivement fait tomber le paternalisme en désuétude, de tâcher de construire un partenariat responsable dans le soin avec le patient. Cette idée fait son chemin y compris du côté des pouvoirs publics.

Le rapport du 24/02/2011, commandé 8 mois plus tôt par le ministère de la santé pour « l'année des patients et de leur droits », conclut qu'il n'est pas nécessaire de créer de nouveaux droits individuels de la personne malade : le dispositif législatif actuel est très complet (quoique pas toujours bien appliqué). Il est en revanche nécessaire de renforcer l'échange et le dialogue entre patients et professionnels de santé, afin **de responsabiliser tous les acteurs**, c'est-à-dire les malades aussi ! Il faut instaurer une pédagogie envers ceux-ci, et initier la population aux politiques de santé [73].

La loi Kouchner de 2002 a été le premier manifeste de l'autonomie du patient, qui a acquis les droits (élémentaires) de refuser des soins, d'avoir accès à son dossier. Mais l'information du patient, seul moyen d'ajouter la responsabilisation à l'autonomie, n'a jusqu'à présent pas été assez mise en avant. En juillet 2009, l'éducation thérapeutique trouve sa première existence légale dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (loi HPST), sur la constatation qu'un patient adhère mieux à sa prise en charge s'il l'a comprise. Il reste à mieux valoriser ce temps d'information auprès des praticiens (peut-être par la rémunération), car ces derniers ont sans doute autant à y gagner que leurs patients.

Maintenant que le droit des patients est correctement respecté, l'avenir verra sans doute se développer la notion de devoir des patients, de sa responsabilité [74].

6.1.2. Une aide psychologique aux médecins

Cette question dépasse largement le cadre des mises en cause judiciaires ou même des événements indésirables dans une profession soumise à de fortes charges de travail, aux exigences des patients, aux horaires fluctuants, bref, ce surmenage très spécifique qui allie fatigue physique et trop plein de rapports humain. On imagine bien que si l'anxiété d'une procédure judiciaire vient potentialiser un burn out préexistant, la détresse psychologique

peut devenir dévastatrice... Et dans ce cas le soutien d'un associé ou du groupe de pairs sera sans doute insuffisant.

Que la souffrance psychologique du médecin ne soit pas un problème récent mais juste mieux étudié depuis peu, ou qu'elle soit carrément en augmentation, la question est vraiment très préoccupante ; Fort heureusement, suivant l'exemple de pays à la pointe comme le Québec, **chaque année voit de nouvelles initiatives pour le soutien moral des médecins**. Elles sont de toutes origines : institutions, organisations de médecins, assureurs, voir initiative personnelle de personnes bien placées, tous semblent prendre le problème très au sérieux.

6.1.2.1. Les exemples étrangers.

Comme toujours à la pointe des problématiques modernes de la médecine, **le Québec** offre depuis 1990 déjà les services d'un organisme autonome aux médecins en difficultés. Le **Programme d'Aide aux Médecins du Québec** accompagne les médecins en détresse psychologique de la prise de contact téléphonique jusqu'au rétablissement et à la réinsertion professionnelle, le tout dans une confidentialité garantie. Ce programme reposant sur la démarche volontaire du médecin et nécessitant donc une pleine conscience de ses difficultés psychologiques, il a été complété **en 1999** par un programme de suivi administratif des médecins en difficultés physique ou mentale, qui consiste en une surveillance accrue de leur aptitude à exercer. Le Québec est ainsi le premier pays à s'être offert les moyen **d'intervenir activement même sur les médecins bloqués dans un déni douloureux** (même si le Collège des Médecins à l'origine de ce second programme avait avant tout en vue l'intérêt des patients de ces médecins...)

Mais le programme le plus performant est sans doute celui de l'**Ordre des Médecins de Barcelone**, qui parvient à réhabiliter dans le circuit professionnel 90% des médecins dépressifs, atteint de pathologie psychiatrique ou de dépendance... Son nom annonce le programme : le **Programme d'Aide Intégrale aux Médecins Malades** veut offrir non seulement une prise en charge médicale, mais aussi une assistance sociale, une assistance professionnelle pratique et même un support légal. Il possède **même sa propre unité d'hospitalisation** à Barcelone ! Le PAIMM supporte également spécifiquement **le** médecin traitant un autre médecin, une initiative nécessaire, comme vu en 5.2.2.3... Enfin **il**

encourage les médecins informés de la maladie d'un confrère à signaler ce fait à l'Ordre.

Ce type d'initiative effraie encore en France où l'on parlerait de flicage et de délation, mais au vue de la fréquence non négligeable des dénis chez les libéraux isolés, cette démarche peut être considérée comme de la simple confraternité... Sans parler même de la sécurité des patients [66].

Ces systèmes reposent pour résumer sur une prise en charge spécialisée, confidentielle et aussi précoce que possible ; Et également sur une confraternité qui a évoluée et accepte l'idée du signalement...

Et en France, quelles sont donc actuellement les sources disponibles d'aide psychologique « officielles » et adaptées ?

6.1.2.2. Par le Conseil de l'Ordre

Un responsable de l'Ordre de Paris nous rappelle que le Conseil de l'Ordre n'est pas un syndicat et n'a pas été créé pour garder les intérêts des médecins, contrairement à ce que croient de nombreux patients... Cependant, et même si cela ne fait pas partie de ses missions premières que de soutenir les médecins en difficultés psychologiques, cela le deviendra de plus en plus nettement dans l'avenir...

Comme le montre un rapport de la commission nationale de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008 [66], **nombreux sont ceux au sein même de l'ODM à vouloir un engagement plus actif de cette organisation** dans l'accompagnement social du médecin en difficulté, même au prix d'une révision du code de santé publique. Le rapport évoque par exemple la nécessité de promouvoir les contrats de prévoyance santé auprès de médecins notablement négligents envers les risques pesant sur leur activité. Il propose aussi d'organiser des rencontres confraternelles obligatoires, afin ne pas laisser à la seule initiative des laboratoires l'organisation de réunions conviviales ; De mettre sur pied des cellules de soutien, dont les membres seraient indépendants de l'ODM, mais qui recevraient des alertes de cellules de dépistage appartenant aux conseils départementaux. Le rapport demande aussi l'institution de médecine préventive spécifique et, tout au moins, l'encouragement à ne pas être son propre médecin traitant afin de limiter l'auto prescription. Enfin, il presse la direction nationale de l'ordre de rendre possibles les reconversions.

L'Ordre s'est longtemps concentré sur son rôle de garant de la qualité des soins, il est aujourd'hui rattrapé par d'autres réalités...

Mais en attendant ces hypothétiques réformes, il faut rappeler qu'il existe déjà une structure d'aide au sein de l'ODM : le **service d'entraide**, plus particulièrement dans certaines antennes départementales. Certes ce service d'aide confraternelle est surtout à vocation financière, mais de nombreuses initiatives sont prises au niveau local, et **certains conseils départementaux deviennent très actifs** en ce qui concerne la détresse psychologique des médecins. Hélas il ne s'agit pas encore d'une orientation nationale, elle dépend uniquement de la bonne volonté et de l'intérêt pour ce sujet du délégué aux entraides local. Sans compter que peu de médecins connaissent l'existence de ce service...

Et par ailleurs, il persiste parfois une telle méfiance à l'égard de l'ordre, qu'il se passera sans doute longtemps avant que cela ne devienne une démarche naturelle que de le contacter son service d'entraide...

6.1.2.3. Par l'assureur

Le Sou Médical réfléchissait déjà depuis quelque temps à l'opportunité de proposer une évaluation psychologique à ses sociétaires touchés par un procès. Les assureurs sont en effet les mieux placés pour savoir quel médecin vit cette expérience, les plus expérimentés pour donner des conseils techniques ou dépister un risque psychologique... Ils sont par exemple à l'origine de la publication trimestrielle « Responsabilité », qui a largement servi de support aux parties théoriques de la présente thèse.

Depuis 2013, l'assureur propose un service assistance psychologique, à souscrire en complément de son assurance en responsabilité pour une somme très modérée. Un sociétaire confronté à une procédure pourra bénéficier de contacts avec un psychologue. Malgré une faible publicité, 9000 sociétaires ont souscrit à cette « garantie » atypique...

6.1.2.4. Par les associations de médecins

Dans ce secteur très actif, de nouvelles initiatives surgissent régulièrement, en général portée par des médecins très impliqués sur le sujet.

Citons par exemple l'Association de Médecine Préventive pour les médecins libéraux mise en place en haute Normandie depuis avril 2010, sous le nom d'**Imhotep**, qui voulait pouvoir apporter, entre autre, un vrai service d'aide psychologique aux médecins. L'initiative a dû hélas être stoppée 18 mois plus tard, à cause du départ non remplacé de son fondateur, et d'un problème de financement.

Un autre réseau régional d'aide aux soignants est l'**ASRA**, dans la zone Rhône-Alpes, joignable 24h sur 24 ; Cette association a été montée spécifiquement pour répondre au syndrome d'épuisement professionnel des professions médicales. La création de cette association en mai 2012 est une initiative privée et indépendante, mais elle travaille maintenant en collaboration avec le conseil régional de l'ODM. Depuis sa création 200 dossiers ont été traités, dont la moitié concernait des difficultés d'ordre psychologiques. Les appels sont directement adressés à un psychologue, sans l'intermédiaire d'un secrétariat, ce que les médecins semblent apprécier.

Il serait souhaitable que ce type d'association puisse trouver une existence durable, et que la communication autour de leur existence soit plus poussée...

L'**AAPML** (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) est, elle, la seule initiative nationale. Elle propose un psychologue spécialisé dans ce type de consultation, joignable 7 jour sur 7 et 24h sur 24, avec un anonymat garanti. 5 entretiens maximum sont possibles ; Ensuite le médecin-patient peut éventuellement être redirigé vers un psychologue clinicien en ville. Le dossier sera de toute façon suivi.

6.1.2.5. Par les nouveaux moyens de communication

On y pense encore peu, mais un nouveau média pourrait s'avérer utile dans le soutien aux médecins isolés et fragilisés : Les réseaux sociaux, qui sont déjà intensivement parcourus par une toute génération de médecins, jeunes ou moins jeunes, mais tous connectés. On y raconte ses perles de patients, on y laisse éclater son ras-le-bol, on y pose ses questions pratiques de thérapeutique (En 5 minutes, une dizaine de réponses de followers médecins, voire un débat qui s'engage)...

Il est évident qu'il est plus simple se confier de cette façon, anonyme et désincarnée, et que la honte est moins paralysante face à des amis virtuels ; Et la plupart des utilisateurs reconnaissent que la tenue de leur blog, ou l'utilisation de twitter, a déjà largement dépassé

le seul intérêt récréatif, pour devenir une composante importante de la gestion de leur exercice...

Citons le blog de Jaddo, le plus célèbre, dont la lecture a montré des vertus cathartiques pour les étudiants en médecine.

Et surtout le site participatif REX-soignants (Retour d'Expérience négative de soignants), lancé en mars 2013, où chacun peut déposer anonymement son témoignage d'évènement indésirable, et commenter les autres.

L'utilisation de ce type de média par les médecins n'a pas encore été vraiment étudiée, mais il y a là matière à réflexion pour le développement de réseaux solidaires d'un nouveau type...

6.1.2.6. Mais les médecins acceptent-ils d'être aidés ?

Selon l'analyse que nous avons fait des entretiens, il y a deux moments où le médecin se retrouve particulièrement fragilisé : en début de procédure, quand le médecin découvre le système judiciaire est ses méandre et qu'il commence à se sentir souvent piégé, et après le jugement si ce dernier lui est défavorable, car c'est alors que se cristallise l'amertume.

Au vu de ces premiers résultats, le Sou Médical a finalement lancé en 2012 le test de proposer un entretien téléphonique d'évaluation psychologique à plusieurs médecins en début de procès : TOUS les médecins contactés se sont dit non intéressés... C'est à la suite de cela que l'assureur a préféré créer une garantie de soutien psychologique A SOUSCRIRE, dont nous avons déjà parlé. Avec cette garantie, les médecins choisissent d'avoir un accès possible à une source de soutien AVANT d'en avoir besoin ; Ce qui, en cas de procès difficile, simplifie une démarche déjà suffisamment pénible pour l'amour propre...

Le site REX-soignant, que nous venons d'évoquer, a enregistré une forte contribution dans les 2 premiers mois ; Mais depuis 6 mois, seul 2 témoignages ont été déposés (souvent des textes déjà publiés sur les propres blogs de leurs auteurs), et le site semble mort... La preuve qu'un site collaboratif simple, sans publicité, actualité ou mouvements sur les réseaux sociaux ne sera pas plus efficace que les initiatives plus traditionnelles.

Le service Imhotep cité ci-dessus n'a enregistré que 3% d'inscription suite à l'envoi d'une brochure avec formulaire à l'ensemble des médecins libéraux de la région Normandie ; Parmi les médecins qui se sont inscrits 4/5eme sont venu pour un suivi systématique, et

1/5ème pour une problématique de type burnout ; Mais de l'avis du fondateur Antoine Kurtz il ne s'agissait pas des plus sévère, qui mettent beaucoup de temps avant de consulter.

En ce qui concerne l'ODM, lors de l'inscription la présentation de service d'entraide est toujours faite, mais très peu y ont recours, même en cas d'impossibilité d'exercer les mettant dans une situation financière critique ; L'ODM les repère en général sur l'absence répétée de paiement de leur cotisation, ou sur signalement d'un confrère...

Et enfin, notons qu'après quelques années d'existence, le très efficace PAIMM catalan a pu calculer que les médecins en difficulté mettaient 8 ans en moyenne avant de consulter !

Bref, même en multipliant les opportunités de soutien, **les médecins ont toujours du mal à se voir comme des patients potentiels**, comme des êtres pouvant être légitimement fragilisés.

6.1.3. Formation initiale et continue

En ce qui concerne l'erreur médicale, comme on l'a vu en première partie, l'offre de formation continue est maintenant bien fournie. Le sujet commence également à se faire une place de plus en plus nette dans la formation initiale obligatoire ; C'est là une bonne chose, car plusieurs médecins interrogés en zone rurale n'ont que très peu de temps et de choix pour les formations continues en groupe.

Depuis plusieurs années, un enseignement est proposé à tous les internes de médecine générale d'Ile de France sur le thème « de l'erreur médicale à la sécurité du patient » [75]

Mais notre étude a bien montré que cela ne peut être considéré comme suffisant si la formation se borne à apprendre à éviter les évènements médicaux indésirables.

De fait, en pratique courante, la mise en œuvre de ces conseils n'est pas toujours possible, en particulier dans les zones de faible démographie médicale où un généraliste doit abattre le travail de 3 médecins, et n'a pas aisément recours aux avis de spécialistes...

D'ailleurs 2 médecins interrogés nous ont dit que le moment le plus utile de leur formation continue avait été de se faire dire : « cela vous arrivera de toute façon, c'est presque garanti » !

Et en effet, quand bien même tous les médecins auraient la possibilité de pratiquer une médecine totalement « sécurisée » comme on l'enseigne dans les formations théoriques, il est évident que les procédures ne disparaîtraient pas pour autant ; Et l'on peut intuitivement penser qu'un médecin sur-sensibilisé à la lutte contre les événements indésirables se sentirait d'autant plus honteux et stigmatisé d'être traduit en justice ! **Une formation qui traite exclusivement de l'erreur médicale sous l'angle de la prévention ne fera qu'augmenter le phénomène du médecin « seconde victime », de la souffrance psychologique et de l'angoisse réactionnelle lors d'un procès.** Et donc, c'est ce que suggère notre travail, du seul aspect positif de l'EIG : **la contrepartie pédagogique.** Il semble important que les cours théoriques sur le sujet abordent toujours d'une part le retentissement psychologique sur le médecin. Et d'autre part qu'ils évoquent le vécu d'une procédure en justice si elle doit arriver, sans pour autant la montrer comme une fatalité, car le comble serait d'arriver à de jeunes médecins d'emblée « blasés » vis-à-vis du risque judiciaire.

Conclusion

L'épreuve d'un procès pour un médecin généraliste libéral est loin d'être indifférente, pouvant induire des réactions psychologiques successives dignes des 5 étapes du deuil... L'expérience diffère quelque-peu de celle de l'évènement indésirable médical sans suite judiciaire ; Il ne s'agit plus d'un simple conflit avec sa conscience, mais d'une accusation portée par l'ensemble de la société, représentée par les instances judiciaires. Est-ce que cela suffit à expliquer une disparition rapide du sentiment de sa propre responsabilité dans l'incident ? Et un bénéfice pédagogique pour le médecin plus limité que dans le cas d'un EIG ? La question pourrait être à creuser ultérieurement...

Deux moments semblent particulièrement sensibles dans un procès : pendant les premières étapes de la procédure, lorsque le médecin fragilisé, perdu entre des sentiments contradictoires, risque de refouler toute responsabilité en se sentant agressé. Et après le procès, dans le cas des médecins sanctionnés, avec risque d'installation d'une amertume durable, voire de l'abandon de l'exercice libéral.

Le retentissement psychologique peut en tout cas être relativement sévère, et une procédure judiciaire peut parfois suffire à induire un état dépressif caractérisé. Et dans ce cas, la honte diffuse encore attachée au procès poussera encore plus au repli un médecin libéral déjà peu enclin à consulter pour lui-même en général. Un médecin qui se plaindra amèrement de l'absence de confraternité, sans voir qu'il participe lui-même à sa solitude.

Les possibilités d'aides psychologiques connaissent pourtant actuellement un développement très net, dans un contexte de reconnaissance du burn out comme une source de souffrance fréquente dans la vie d'un médecin. Hélas les médecins dans leur majorité ignorent tout de ces louables initiatives. Il faut prévoir de développer la communication autour de ce type d'offre anonyme et gratuite : on peut imaginer l'envoi d'une plaquette par l'assureur dans le cadre d'un procès, le développement de l'information fournie par l'Ordre des Médecins, voire d'une plus grande implication de celui-ci dans l'état de santé de ses affiliés... Et enfin, réfléchir aux potentialités d'internet et des réseaux sociaux dans l'aide aux médecins isolés et fragilisés.

Mais comme on l'a vu, un praticien peut être difficile à aider, surtout dans le cadre d'une procédure judiciaire, et peut aller jusqu'à repousser les offres de soutien que l'on vient lui porter. Il y a sans doute encore beaucoup à faire au niveau du cursus universitaire pour faire accepter aux futurs médecins l'idée de leur propre vulnérabilité et les sensibiliser au bénéfice d'un suivi régulier assuré par un autre médecin, comme n'importe quel patient... Bref, pour sortir le médecin libéral de cette sorte de « cécité professionnelle » quand il s'agit de lui-même, et qui lui est si préjudiciable.

Mais dans le fond, cette anxiété du procès qu'on retrouve dans tous les travaux sur ce sujet, n'est-elle pas démesurée ? Pourquoi une telle difficulté à relativiser cet événement, qui risque de devenir de plus en plus banal ? Ainsi que le reconnaissent avocats, assureurs, et juristes, il s'agit en général plus de soulager le patient victime que de vilipender le médecin... Alors pourquoi les praticiens mis en cause ne peuvent-ils faire autrement que de le prendre si personnellement ? Il faut sans doute faire en sorte d'aborder plus souvent les conséquences psychologiques sur le médecin d'un EIG et d'un procès pendant la formation initiale et continue, et non plus seulement leur prévention ;

Car une médecine parfaite est un pur fantasme ; Et un médecin mieux préparé aux conséquences de ces propres imperfections sera capable d'en tirer des enseignements sans forcément remettre en question sa valeur et ses compétences. Sans en être la seconde victime.

Bibliographie

1. GALAM E. la souffrance du médecin mis en cause par le patient. Responsabilités, dec 2009, vol 9, n° 36 : p 20-23.
2. ROBERT de SAINT VINCENT C. Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale. Thèse de doctorat de médecine générale. Paris : université Paris 5 Descartes, 2013, 145 p.
3. GOEDERT M. L'image du procès dans les yeux du médecin. Mémoire de DEA de droit privé. Nancy : université Nancy 2, 2004, 98 p.
4. MOUCHOT BRACARD M. La responsabilité médicale des médecins généralistes : fondements, évolution des affaires juridiques sur 15 années et proposition d'un référentiel de bonne pratique .Thèse de doctorat de médecine générale. Paris : université Paris 5 Descartes, 2007, 165 p.
5. Panorama des risques professionnels en santé, chiffres 2012. MACSF-Le sou médical, édition 2013, 152 p.
6. PLU I., DODET P., BERTAUT S. et al. Le médecin et la peur du procès. Rev Prat Med Gen 2007 ; 21 :295-7
7. CHANELIERE M. Impact des évènements indésirables sur la pratique des médecins généralistes ; Etude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes. Thèse de doctorat de médecine générale. Lyon : université Lyon 1, 2005, 183 p.
8. BRAMI J., AMALBERTI R. La sécurité du patient en médecine générale. Paris : Springer-Verlag, 2010, 196 p, ISBN : 978-2-8178-0001-1.
9. AMALBERTI R., BRAMI J. Audit de sécurité des soins en médecine de ville. Paris : Springer-Verlag, 2013, 180 p, ISBN : 978-2-8178-0347-0.
10. GALAM E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant, de la seconde victime au premier acteur. Paris : Springer-Verlag, 2012, 327 p, ISBN : 978-2-8178-0294-7.
11. WU A.W. Medical error : the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000, 320(7237), 726 – 727.
12. PARIZOT I., MORGNY C. Les patients face aux évènements indésirables dans le système de santé. Rapport pour la MIRE, Inserm, sept 2007.
13. DUCLOS D. Le grand théâtre des experts du risque. Le Monde Diplomatique, juin 2002
14. VINCENT C, TAYLOR-ADAMS S, CHAPMAN EJ, et al.. How To investigate and analyse clinical incidents : Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. BMJ 2000; 320: 777-81
15. KOHN L., CORRIGAN J., DONALDSON M. To Err is Human. Building a safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Washington (DC), National Academy Press 2000

16. Erreur médicale et mise en cause des médecins ; Un diplôme universitaire pour prévenir. Le Quotidien du Medecin, n° 8960, 11 mai 2011 : p. 8.
17. Les évènements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. Rapport de la DREES, Etude et résultat n°761, mai 2011. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf>)
18. Expérimentation portant sur la déclaration des évènements indésirables graves liés aux soins en établissement de santé : rapport d'évaluation. InVS. Automne 2011
19. STARFIELD B. Is US health really the best in the world ? JAMA 2000; 284: 483-5
20. BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical Practice study I. N Engl J Med 1991; 324(6): 370-6.
21. WEINGART SN, WILSON R, GIBBERD W, et al. Epidemiology of medical error. BMJ 2000 ; 320 : 774-777
22. ARANAZ JM, AIBAR C, VITALLER J, RUIZ P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalizacion. ENEAS, 2005. Consultable en français sur http://www.who.int/patientsafety/research/RESUMEN.ENEAS_FRANCES.pdf?ua=1
23. DOVEY SM et coll. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual saf health Care 2002; 11(3):233-8
24. RUBIN G, GEORGES A, CHINN D, et al. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. Qual saf health Care 2003; 12:443-447
25. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Rapport de la DREES. Etudes et résultats numéro 398, mai 2005.
26. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé, résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Rapport de la DREES, Dossiers solidarité et santé n°17, 2010
27. L'Etude nationale en Soins PRIMaires sur les évènements indésirables : ESPRIT 2013, réalisée sous la coordination du Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) consultable sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT_-_etude_natioanle_soins_primaires_evenements_indesirables_-_decembre_2013.pdf
28. WATCHER RM, PRONOVOST PJ. The 100,000 Lives Campaign: A Scientific and Policy review. Jt Comm J Qual patient Saf. 2006 nov ; 32(11): 621-6.
29. TAMBURINI S. Questions/réponses. Responsabilité, n°46, vol 12, juillet 2012 : p 21

30. Eviter l'évitable : Le soignant, l'erreur et son signalement. Rev Prescrire 2010 ; 30 (320) :456-460
31. CHANELIERE M., COMTE C., KERIEL-GASCOU M. et al. Mise en place d'une revue de morbi-mortalité en médecine Générale : à propos d'une expérimentation conduite en Rhône-Alpes. Presse Med. 2013 8
32. CHRISTENSEN J.F., LEVINSON W., DUNN P.M. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Med. 1992 Jul-Aug; 7(4): 424-31
33. NEWMAN M.C. The emotional impact of mistakes on family physicians. Arch Fam Med. 1996 Feb ; 5(2) : 71-5
34. AMALBERTI R. Le praticien, seconde victime. Responsabilité, oct 2012, vol 12, n°47 : p 5.
35. BAUMANN F. La responsabilité du médecin, une notion éthique ? Responsabilité, mars 2013, vol 12, n°49 : p 25.
36. PY B. Recherches sur les justifications pénales de l'activité médicale. Thèse de doctorat de droit. Nancy : université Nancy 2, 1993, 510 p.
37. CHAKER A. La responsabilité médicale à travers l'histoire de la médecine arabo-musulmane. Association Médical Avicenne de France. Consultable sur : <http://www.amaf-france.org/images/LaresponsabilitemedicaleDV.pdf>
38. SUREAU C. Fallait-il tuer l'enfant Foucault ? Paris : Stock éditeur, les essais, 2003, 390 p. ISBN : 978-2234053328.
39. STOFFT H. Une présentation de l'épaule négligée en 1825. Histoire des Sciences Médicales Paris, 1984, vol 18, n°4 : p 331-342.
40. PÉRÉ-VERGÉ O. Faute et assurance dans la responsabilité civile médicale. Thèse de doctorat de droit. Paris : Université de Paris 1, 1972, 243 p.
41. MERGER-PELIER M. Les CCI : pour un règlement amiable des accidents médicaux. Responsabilité, mars 2014, vol 14 : n°53 : p 6
42. DURRIEU DIEBOLT C. La responsabilité médicale. Sur le site d'information juridique gratuite « SOS-NET », 2013. Consultable sur : <http://sos-net.eu.org/medical/resp.htm>
43. PALEY-VINCENT C. Responsabilité du médecin, mode d'emploi. Paris: Masson, 2003: 278p
44. GOMBAULT N. Un fond de garantie pour défendre la pérennité de l'exercice libéral. Responsabilité, juil 2012, vol 12, n°46 : p 5.
45. VERON M., MELENNEC L. Traité de droit médical : La responsabilité pénale du médecin, volume 3. Paris : Edition Maloine, 1984, p 11. ISBN 978-8422410072

46. L.L.. Faute médicale et responsabilité pénale. La presse Médicale, 2 juill. 1988, vol 17, n°26 : p.1330.
47. FERRARI I. Le médecin devant le juge pénal. Rapport annuel de la cour de cassation, 1999.
48. LAMBLOT C. Santé et justice : quel bilan, 10 ans après la loi Kouchner ? Responsabilité, avril 2012, vol 12, n°45 : p 26.
49. BONS-LETOUZEY C., GOMBAULT N. Responsabilité civile professionnelle : Médecin traitant, métier à risque ? Article du 22/02/2013 disponible sur MACSF.FR
50. Introduction aux commentaires du code. Site Ordre des médecins, oct 12. Consultable sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr><http://www.conseil-national.medecin.fr/article/introduction-aux-commentaires-du-code-225>. (Dernière consultation 15/09/14)
51. BARTH C, VARGAS R. Quand l'Ordre règne. Paris : Mango édition, 2001. 193 p. ISBN : 978-2914353106
52. SUBE J. Responsabilité médicale et indemnisation des préjudices liés aux actes médicaux. Actualité juridiques du cabinet Daumas-Wilson et associés, 2011, sur leur site.
53. JEANBLANC A. les professionnels de santé inspirent toujours confiance. Le Point [en ligne], édito du 06/12/2011. Consultable sur : http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/les-professionnels-de-sante-inspirent-toujours-confiance-06-12-2011-1404456_57.php
54. DECROIX G. La confiance, pivot de la relation de soin. Responsabilité mars 2014, volume 14, n°53
55. Le risque des professions médicales de santé en 2010. Rapport d'activité MACSF- Le Sou Médical, hors série de Responsabilité, nov 2011, 95 p.
56. BLANCHET A., GOTMAN A. L'entretien : L'enquête et ses méthodes. Paris : Armand Colin, 2010, 128p. ISBN 978-2200248093
57. FENNETEAU H. Enquête : entretien et questionnaire. Paris : Dunod « les topos », 2007, 128 p. ISBN : 2100513370
58. Démographie et activité des professions de santé. IRDES (Institut de Recherche et Documentation en économie de la santé), mise à jour avril 2013 <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
59. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales. DREES, Etudes et résultats 2009 : n°679

60. DESPRES P, GRIMBERT I, LEMERY B, et al. La santé physique et psychique des médecins généralistes. DREESQ. Etudes et résultats 2010 : n°731
61. GALAM E. Soigner les médecins malades : première partie, un patient (pas tout à fait) comme les autres. Echange entre professionnels, Médecine, nov 2013 : p 1-4
62. GALAM E. Soigner les médecins malades : Seconde partie, quels médecins soignants ? Echanges entre professionnels, Médecine, dec 2013 : p 471-474
63. GAUTIER A. Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003. Saint Denis : INPES ; 2005, 271p. ISBN : 2-908444-86-0
64. COUMAU C. Les médecins, ces piètres patients. Impact médecin hebdo, 2 nov 2001, n°554 : p26
65. Comment les docteurs se soignent. Impact médecine, 7 mars 2003, n°29 : p 26-33
66. LERICHE B. Le médecin malade. ODM, Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil national de l'ordre des médecins 28 juin 2008, 81 p
67. BONNEAUDEAU S. Le médecin malade : un patient comme les autres. Thèse de doctorat de médecine générale. Paris : université Paris Diderot, 2011. 130p
68. GILLARD L. La Santé des Généralistes. Thèse de doctorat de médecine générale, Paris 2006, 97p
69. GULLA R. Massachusetts Medical Society First-of-its-kind Survey of Physicians Shows Extent and Cost of the Practice of Defensive Medicine and its Multiple Effects of Health Care on the State. Editorial sur l'enquête sur la médecine défensive conduite par la Massachusetts Medical Society, News from the MMS, nov 2008
70. Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés. Enquête TNS pour la Fédération Hospitalière de France, juil 2012. Disponible sur le site de la FHF
71. BONS-LETOUZEY C., GOMBAULT N. Responsabilité civile professionnelle : médecin traitant, métier à risque ? Article du site MACSF.fr, fev 2013. Consultable sur : <https://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/la-responsabilite-medicale/medecin-traitant-metier-a-risques.html>
72. GOMBAULT N. Mise en cause abusive de responsabilité médicale : que faire ? Responsabilité, avril 2012, vol 12, n°45
73. CERETTI AM, ALBERTINI L. Bilan et proposition de réformes de la loi du 4 mars 02. Rapport remis au ministère de la santé, fev 2011 : 310p. disponible dans le bulletin de veille juridique de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique du 16 au 18 fevrier 2011, site de l'EHESP
74. Galam E. La souffrance du soignant : une réalité à prendre en compte. Responsabilité, juin 2013, vol 13, n°50 : p 10.

75. Programme des enseignements du DES médecine générale : <http://desmgidf.fr/>
(consulté le 13 septembre 2014)

Annexes

Annexe 1. Fiche de conseils aux médecins confrontés à une erreur médicale ; extrait d'un article Du Dr Jean Brami.

Pour ne pas faire de « seconde victime » à une erreur médicale.

Une erreur médicale n'est souvent pas racontable, pas acceptable. Son occurrence blesse le patient, et son enterrement blesse en retour le médecin, laissant des traces indélébiles rejaillissant secondairement sur la pratique. Il est la « seconde victime » ; Sans aide, il peut facilement entrer dans une spirale négative pouvant conduire à une accélération du burn out, avec un impact réel sur la santé...

Rappelez-vous : Vous êtes la seconde victime.

Parlez et partagez avec votre entourage et vos collègues, provoquez les occasions.

Faites un break si la pression est trop forte.

Ne développez pas de stratégie de fuite : pas de médecine défensive, pas de minimisation ou d'ignorance du problème.

Rappelez-vous : Vous êtes un collègue.

Ecoutez et respectez le propos du collègue victime.

Aidez-le à banaliser son fait singulier, en reconnaissant qu'il peut arriver à tous.

Cherchez des solutions avec lui, en reconnaissant qu'elles vous feront progresser aussi ; vous n'êtes pas différent, vous avez simplement eu de la chance que l'évènement ne vous arrive pas personnellement.

Soyez confraternel, ne donnez pas de signaux d'évitement du collègue ; essayer au contraire de provoquer des occasions montrant que vous ne l'excluez pas.

N'oubliez pas : quelle que soit votre relation à ce problème, victime, aidant ou les deux, vous êtes concerné. Comme souvent en matière de sécurité, rien n'est totalement intuitif.

Annexe 2 : Le mail reçu par les sociétaires de la MACSF

« Cher sociétaire,

J'ai été sollicité par Mme Magali FINON qui réalise une thèse de médecine générale sur les répercussions que peut avoir une plainte d'un patient sur un médecin généraliste.

Ce sujet étant fort intéressant, j'ai décidé d'aider ce travail et c'est la raison pour laquelle je vous transmets ci-joint la demande de Magali FINON, en toute confidentialité.

Vous êtes bien entendu totalement libre de ne pas donner suite à sa demande, mais compte tenu de l'intérêt du sujet, je vous serais reconnaissant du lui réserver un bon accueil.

Je vous prie d'agréer, Cher sociétaire, l'expression de mes sentiments dévoués.

Nicolas GOMBAULT

Directeur Général du Sou Médical

Cher confrère,

Je suis jeune généraliste remplaçante, et j'effectue ma thèse de doctorat en médecine générale sur le "vécu des médecins généralistes confrontés à un procès ou une conciliation" sous la direction du Pr Eric GALAM de l'Université Paris Diderot.

L'expérience de la plainte est souvent traumatisante et a fait qualifier de "seconde victime" les soignants qui y sont confrontés. Mais cette reconnaissance est récente, et la procédure judiciaire en médecine générale n'est le plus souvent étudiée que sous un angle statistique ou préventif.

Pour explorer ce vécu, aider ceux qui l'ont expérimenté à le dépasser et ceux qui risquent de l'être à l'assumer au mieux, je souhaite m'entretenir avec vous de manière confidentielle pendant une trentaine de minutes.

Je n'ai évidemment pas accès à vos coordonnées. Si vous acceptez de partager votre expérience, merci de bien vouloir me le faire savoir (soit par mail, soit par téléphone soit par courrier) et je vous contacterai au plus tôt pour convenir d'un rendez-vous à votre convenance.

Très cordialement

Magali Finon

Etudiante faculté Paris Descartes »

Annexe 3

Guide d'entretien initial

(Établi pour couvrir 3 catégories de questions : sur *la procédure* elle-même, le *ressenti* du médecin et *l'influence sur son exercice* de la médecine générale)

- 1) *présentation de l'enquêteur, brève présentation de l'étude, rappel sur l'anonymat, accord de principe sur l'enregistrement numérique de l'entretien.*
- 2) Pouvez- vous me raconter brièvement votre affaire, sans trop rentrer dans les détails médicaux...

-> *Si pas précisé par l'interviewé* : Combien de temps de procédure en tout, après combien de temps de carrière ?
- 3) Que connaissiez-vous du système judiciaire avant ? Avez-vous eu des formations ? Quelqu'un de votre connaissance concerné ?

-> *Si pas précisé* : Prenez vous des « précautions » particulières sur ce sujet avant votre affaire ?
- 4) Vers qui vous êtes vous tourné pour demander conseil, à qui en avez-vous parlé ?
- 5) Par quels sentiments êtes vous passé ?

-> *Si pas précisé* : Vous sentez vous responsable, voir coupable ?
- 6) A posteriori, qu'auriez vous pu faire pour éviter cela ?
- 7) Qu'avez-vous changé à votre pratique de la médecine ? Avez-vous le sentiment de prendre moins de risque ?

-> *Si pas précisé* : faites-vous plus d'examens complémentaires ou de demandes d'avis spécialisés, alors même que les jugez peu utiles ?
- 8) Quelle sensation gardez-vous de l'épisode ?
- 9) Conclusion : *Demande de renseignements généraux, tel le type de médecine pratiquée, la date de l'installation. Remerciements*

Modifications en cours de recueil des entretiens :

Question retranchée après 4 entretiens :

La question 6, jamais comprise de la même façon selon les médecins, et finalement redondante avec la question « vous sentez vous responsable ».

Questions ajoutées après 4 entretiens :

Complément à la question 7) : votre rapport avec les patients en général a-t-il été modifié ?

- 9) Quelle impression gardez-vous du système judiciaire ?
- 10) Quel sentiment gardez-vous contre le plaignant ? L'avez-vous revu ? Quelle était sa motivation initiale, d'après vous ?
- 11) Si on vous avait proposé à un moment donné une évaluation psychologique, cela vous aurait-il intéressé ?