

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES (PARIS 5)

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2013 N° ____/

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 03/10/2013

Par

Madame Constance ROBERT de SAINT VINCENT – de METZ

Née le 04/09/1984 à Paris

**Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en
responsabilité médicale**

JURY

Président :

Jean BRAMI, Professeur Associé de Médecine Générale, Université Paris 5

Membres :

Pierre DURIEUX, MCU-PH, Université Paris 5

Grégoire MOUTEL, MCU-PH, Université Paris 5

François BLOEDE, Docteur en Médecine Générale, Université Paris 5

Géraldine BLOY, Docteur en Sociologie et MCU, Université de Bourgogne

A Hadelin,

REMERCIEMENTS :

En premier lieu, je tiens à saluer la patience et le dévouement de mes deux directeurs de thèse, François BLOEDE et Géraldine BLOY qui m'ont accompagnée et encouragée tout au long de ce travail. Je remercie aussi chaleureusement Jean BRAMI, Grégoire MOUTEL et Pierre DURIEUX d'avoir accepté de faire partie du jury.

Je vais ensuite m'attacher à remercier tous ceux et celles sans qui je ne serais pas parvenue à être médecin, par ordre d'apparition durant mes études :

Mes parents et mes frères et sœurs, pour votre gentillesse, votre compassion, vos encouragements et votre confiance. Je n'oublie pas votre relecture attentive et exigeante !

Grand-père, qui m'a accueillie à Paris les premières années pour que je puisse travailler dans de bonnes conditions.

Le Centre Laennec, en particulier le Père Jean-Claude DEVERRE, S.J., ainsi que mes sous-colleurs Tanguy, Aurélie, Aymeric, Anne et Benjamin. Je vous suis reconnaissante de m'avoir offert ce cadre de travail exceptionnel où j'ai trouvé à la fois de la bienveillance, de l'émulation et de l'amitié.

Hadelin, bravo pour tes encouragements et ton écoute, en particulier ces deux dernières années.

Gaële et Arnaud, Laure et Aurélie, votre soutien bienveillant et vos indications précieuses m'ont fait gagner du temps.

Les docteurs Philippe JUVIN, Dominique LAOUENAN, Véronique LEROY, Patrick BOCQUET, Bassam HADDAD, Hervé TESTARD et Dominique BELLI qui m'ont accueillie comme interne dans leur service ou dans leur cabinet. Grâce à eux, ma motivation pour devenir un bon médecin généraliste n'a cessé de grandir.

Toutes mes co-internes : Sophie, Anne, Anouck, Bénédicte, Solène, Charlotte, Claire, Emilie, Marion, Sarah, Irène, Anne-Lucie, Alice, Ajse et Sharon grâce à qui les bons moments devenaient exceptionnels et les mauvais, des moments d'entraide.

Mes beaux-parents, qui m'ont hébergée et soutenue.

Mon cher parrain, merci de m'avoir sponsorisée pendant une année, j'espère en avoir été digne.

Philippe GOLARD pour son soutien personnel discret et efficace.

Antoine de la CHEVASNERIE pour son aide précieuse dans le recrutement.

Pierre CHAIGNE, Florence LAGEMI et Sabine FAIVRE pour leurs idées éclairantes sur les relations entre droit et santé.

Mes petites mains, Domitille, Manolo, Manu, Charlotte et Amaury qui m'ont soulagée d'une partie de la retranscription.

Mes beaux-frères et belles-sœurs qui ont eu la patience de s'intéresser à mon travail.

Tous ceux qui depuis Genève, Paris, Londres, Tours ou ailleurs ont eu la gentillesse de m'écouter ou de m'aider à m'extraire de ma thèse.

Et pour finir, je remercie infiniment les quinze médecins qui ont accepté de m'accorder du temps et de me livrer une tranche de vie. J'espère que ma thèse est à la hauteur de leurs témoignages.

Abréviations :	8
Introduction	9
1. Problématique et état de la question	11
I. La sécurité des soins : une préoccupation actuelle	11
A. Emergence des concepts de qualité et de sécurité des soins	11
B. Nouvelle manière de penser la sécurité des soins en France.....	13
C. Sécurité en médecine générale	15
D. Evolution du droit de la responsabilité médicale (16).....	17
II. L’erreur en médecine et la plainte	18
A. Perception de l’erreur médicale.....	18
B. Erreur en médecine générale : déclaration, analyse et réalité du vécu	20
III. De la peur du procès à la médecine défensive ?	22
A. Etat actuel de la responsabilité médicale (27).....	22
B. Chiffres actuels des contentieux.....	25
C. Médecins généralistes et procès en France	27
D. Impacts de la judiciarisation et médecine défensive : mythes ou réalités émergentes ?	29
2. Matériel et méthode	32
I. La méthode d’enquête qualitative	32
II. Le guide d’entretien	33
III. Le mode de recrutement et l’échantillon	34
IV. Le déroulement des entretiens	38
V. La retranscription	40
VI. L’analyse	40
A. Constitution de la grille d’analyse	40
B. Exploitation des données	44
3. Le vécu par les médecins généralistes d’un contentieux en responsabilité médicale ..	45
I. Phase initiale	45
A. Perception de la responsabilité médicale.....	45
B. Risque de contentieux prévu ?	49
II. Face à l’instance	53
A. Au début de l’affaire	53
B. Réactions d’urgence	57
C. Faire face	61
D. Le moment de la confrontation.....	92
III. Bilan qu’en font les médecins	98
A. Leur manière de raconter l’histoire et les difficultés que cela provoque.....	98
B. Affaire qui fait écho à d’autres affaires ou erreurs : ils ont changé d’attitude	102
C. Retentissements immédiats : plus personnels, pas seulement sur le médecin mais aussi sur ses patients, sa pratique et les à côtés.....	104

D. Le pire moment	108
E. Moment charnière.....	109
F. Bilan de l'affaire : je n'ai pas changé, mais.....	111
G. Que dire si cela arrivait à un de mes collègues	121
IV. Synthèse :	124
<i>Conclusion</i>	130
<i>Annexes</i>.....	132
Index des illustrations	132
Guide d'entretien et son évolution	132
Entretiens avec des juristes	136
Florence Lagemi, magistrate:	136
Pierre Chaigne, avocat.....	139
Bibliographie	142

Abréviations :

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

EIG : Evénement Indésirable Grave

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins

PIP : Poly-Implants-Prothèse

IOM : Institute Of Medicine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MACSF : Mutuelle d'Assurance du Corps Sanitaire Français

GAMM : Groupe des Assurances Mutuelles Médicales

BMC family practice : BioMedCentral family practice

USA : United States of America

CRCI – CCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation – Commission de Conciliation et d'Indemnisation

ONIAM : Office National d'Indemnisation des victimes d'Accidents Médicaux

IPP : Incapacité Permanente Partielle

ITT : Incapacité Temporaire de Travail

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

FMC : Formation Médicale Continue

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

RCP : Responsabilité Civile et Professionnelle

URPS : Union Régionale des Profession de Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

RM : Responsabilité Médicale

Introduction

Dans un contexte d'évolution importante du statut du médecin généraliste en France ces 20 dernières années, il semble opportun de s'intéresser de plus près au sujet de la responsabilité médicale du généraliste ; surtout à l'aube d'une installation en médecine générale libérale. En effet, quand l'interne perd son statut d'étudiant, plutôt confortable au regard de sa responsabilité, il ne sait pas toujours bien les risques qu'il encourt en exerçant la médecine pour son propre compte. C'est à la suite d'une erreur médicale sans gravité commise pendant l'internat que ce sujet m'a interpellée car je me suis aperçue que, si comme interne on est peu exposé au risque lié à la responsabilité, comme médecin senior, ceci n'est plus vrai.

La question qui me préoccupait était alors, de savoir si réellement les généralistes étaient exposés au risque judiciaire ou si ce n'était qu'un fantasme autour des quelques affaires les concernant. Certaines sont relayées par les médias et donnent l'impression qu'il serait éventuellement plus risqué d'exercer la médecine. J'ai ensuite souhaité m'intéresser à ce qu'il se passait lorsqu'un généraliste se trouvait mis en cause par un patient. En effet, la question profonde que je me posais, encore plusieurs années après mon erreur, était de savoir comment un généraliste pouvait faire face seul à une telle épreuve.

Il fallait pour cela que je rencontre des médecins généralistes qui avaient vécu une affaire et qu'ils acceptent de m'en parler. L'étude d'entretiens approfondis était la méthode qui me paraissait la plus appropriée pour répondre à cette question. Pour cela, je suis allée à la rencontre de médecins ayant eu l'expérience d'une ou plusieurs affaires et qui ont accepté de lever le voile sur cet événement marquant de leur vie. Les questions auxquelles je voulais répondre étaient les suivantes :

- Existe-t-il un parcours type de vécu de cette expérience de contentieux, est-ce que tous les médecins réagissent de la même manière et comment ?
- Ou bien, au contraire, les réactions des médecins incriminés sont-elles très variées ? Et, si c'est le cas, peut-on mettre en évidence certains déterminants qui seraient à l'origine ces variations ?

Dans une première partie, j'ai donc cherché à retracer et délimiter le cadre actuel de la responsabilité médicale du généraliste qui appartient au cadre plus général de la sécurité des soins. Je me suis aussi attachée à faire un point sur l'erreur médicale qui peut conduire à la plainte et à son vécu par les médecins. Puis, à travers différentes études, je me suis intéressée de plus près à la vision par le médecin de sa responsabilité médicale et de la plainte du patient ainsi que de ses conséquences, pour dresser un état des lieux des connaissances et de la recherche à ce sujet.

Après avoir ainsi circonscrit le contexte de mon étude, dans une seconde partie j'expose ma méthodologie. Avec l'aide de mes deux directeurs de thèse, François Bloedé et Géraldine Bloy, nous avons préparé une enquête qualitative qui reposait sur le difficile recrutement de

médecins concernés via de nombreux réseaux ou médias. Lors d'entretiens semi-dirigés, j'ai obtenu de ces médecins des informations précises et personnelles qu'ils ont accepté de me livrer sur leur expérience passée de contentieux. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot en vue d'analyse.

Dans une troisième partie, je présente mon analyse. Celle-ci est organisée de manière chronologique pour plus de simplicité. L'idée était d'obtenir des informations de temporalité au cours des entretiens, autour desquelles je pouvais ensuite articuler et organiser les différents thèmes que nous avons abordés. J'ai essayé d'explorer rigoureusement l'hétérogénéité des situations rapportées par les médecins, dans le but de m'extraire de l'a priori ou des opinions trop tranchées. Je souhaitais en effet que mon analyse reflète la richesse de l'enquête avant de pouvoir esquisser un ou plusieurs modèles.

En conclusion de l'analyse et à la lumière d'auteurs sociologues de la santé, je propose une synthèse dans laquelle je tente de répondre formellement aux questions que je me posais au départ

1. Problématique et état de la question

Dans cette partie, je vais replacer la responsabilité du généraliste dans un contexte plus global afin de bien comprendre ses évolutions et ses limites. La plainte du patient correspond souvent à une exigence de résultat ou d'efficacité qui ne serait pas satisfaite. Depuis environ deux décennies, les patients ont en effet à leur disposition de nombreuses sources d'information médicale et souhaitent bénéficier pour leur santé des dernières nouveautés qui sont souvent extrêmement élaborées sur le plan technique. Cette augmentation de la performance de la médecine a un revers, elle fait parfois courir au patient des risques qu'il ne soupçonne pas. En effet, son exigence de soins s'inscrit dans une attente plus globale de sécurité, de garantie d'efficacité et de qualité. C'est pourquoi il m'a semblé important de retracer l'origine de cette notion de sécurité dans le soin en vue de mieux comprendre son impact pour le médecin en terme de responsabilité médicale.

I. La sécurité des soins : une préoccupation actuelle

A. Emergence des concepts de qualité et de sécurité des soins

Ces deux notions, qualité et sécurité, nouvellement entrées dans le vocabulaire sanitaire sont complémentaires. Il faut cependant bien noter que la sécurité et la qualité des soins ne s'appliquent pas tout à fait aux mêmes domaines.

Pour commencer je propose de reprendre la définition de la sécurité des soins proposée par l'OMS (1) : « la sécurité des soins peut se résumer à la prévention des erreurs, ou d'effets indésirables, liés aux soins pour les patients ». La qualité des soins englobe la sécurité des soins mais a un périmètre d'application plus large. Elle peut en effet concerner aussi bien l'accès aux soins que la restauration à l'hôpital. L'institut de médecine des Etats-Unis (Institute of Medicine, IOM) en propose une définition qui fait consensus dans le monde auprès des personnes chargées d'évaluer la qualité des soins. Pour l'IOM (2), la qualité des soins est « la capacité des services de santé, destinés aux individus et aux populations, d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Par service de santé, ils désignent tous types d'offre de soins, ambulatoire ou hospitalière, délivrés par toutes sortes de soignants (du médecin à l'infirmière en passant par le kinésithérapeute ou bien encore le podologue). Cette définition est donc assez large et facilement applicable à tout contexte de soin. Ces définitions permettent de bien comprendre comment la sécurité des soins est intriquée dans la qualité des soins qui est une notion plus globale.

Depuis un peu plus d'une dizaine d'années en France, l'importance d'évaluer la qualité des soins est mise en relief par différentes études nationales et étrangères, généralement réalisées à la demande des dirigeants des politiques sanitaires. Elles sont reprises par le chercheur Michel Setbon (3) dans son article « Qualité des soins, nouveau paradigme de

l'action collective ? ». Il met l'accent sur le fait que si, jusqu'à récemment, la médecine était essentiellement une affaire individuelle reposant sur l'art du médecin, on ne peut désormais plus maintenant la considérer de la même manière. Il s'agit au contraire d'appliquer à la médecine des objectifs de qualité en suivant les modèles de certaines industries telles que l'aéronautique. En effet, l'évolution de la science médicale demande aux médecins de sans cesse mettre à jour leurs connaissances et leurs pratiques au regard des dernières recommandations produites par « l'evidence based medicine ». Cela demande donc que leurs pratiques soient évaluables du point de vue de leur conformité aux nouveaux acquis de la science, dans l'idée d'augmenter la qualité des soins ainsi prodigués. Si cette notion de qualité des soins était jusqu'alors plutôt l'affaire du médecin seul, elle est maintenant devenue aussi un enjeu de politique et d'économie de la santé. La qualité des soins repose donc sur la mise en commun de différentes forces selon un modèle d'organisation et d'évaluation de l'action collective de soins dans une perspective d'efficacité curative et de maîtrise des dépenses. Elle nécessite aussi l'élaboration de nouvelles méthodes et techniques normatives qui touchent les intérêts, les modes d'organisation et les valeurs des nombreux acteurs liés par le système en visant à encadrer leur comportement professionnel. Ces nouvelles méthodes apparaissent ainsi comme des enjeux majeurs de négociations et de conflits.

Une des grandes difficultés de ce concept est son application aux médecins qui, s'ils souhaitent souvent exercer des soins efficaces et de qualité, ne se prêtent pas facilement à un contrôle externe de leur action (en particulier à des fins économiques), ni à une évaluation de leurs pratiques. Cette évaluation de la qualité des soins qu'ils prodiguent n'est pas encore entrée dans leur mode de fonctionnement individuel, cependant les médecins exerçant dans des établissements de santé sont de plus en plus sensibilisés à cela par les différentes étapes des accréditations en France.

L'amélioration de la qualité des soins passe nécessairement par l'augmentation de leur sécurité. Ce sujet est hautement actuel et médiatique que ce soit à propos d'affaires plus ou moins dramatiques telles que celles des prothèses PIP ou du sang contaminé ou bien à propos d'économie de la santé. En 2010, Philippe Juvin, un professeur de médecine français ayant des attaches politiques fortes, avait d'ailleurs alerté les médias à ce sujet dans une interview au Journal Du Dimanche où il rapportait que chaque année en France il y avait environ dix mille décès liés à des événements indésirables graves liés aux soins qui étaient évitables. Il se basait sur les résultats de l'étude ENEIS (4) réalisée en 2009 et dont les résultats ont été publiés en novembre 2010.

La notion d'événement indésirable grave correspond, d'après le Ministère de la santé, à un « Événement ayant une nature négative pour le patient avec un caractère certain de gravité (hospitalisation en réanimation, ré-intervention chirurgicale, risque vital ou décès), et qui est en lien avec les soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique ». Cette étude ENEIS, mise en place par la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des

Statistiques (DREES) du Ministère de la santé, dont le Comité de Coordination et de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) est le maître d'œuvre, a été conduite entre avril et juin 2004. Elle a ensuite été reconduite sur une même période de temps en 2009. Ce travail avait pour principal but d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer les évolutions par rapport à la même enquête réalisée en 2004. En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours d'une hospitalisation et 160 qui ont été à l'origine d'une hospitalisation. Une analyse approfondie des causes, conduite pour une partie des EIG observés, a mis en évidence le rôle essentiel des questions d'organisation et de communication. L'absence de protocoles, le défaut de communication entre professionnels, la charge de travail, les problèmes de planification des tâches et la qualité de la relation avec le patient ou la famille ont un impact certain sur la survenue des EIG.

Forts de ces connaissances nouvelles sur l'état des lieux de la sécurité des soins en France, les dirigeants politiques et les autorités sanitaires ont poursuivi cette démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins en pilotant de nouvelles études et en introduisant progressivement de nouvelles méthodes de gestion de la sécurité des soins à l'hôpital et en ville. Ces progrès en matière de sécurité ont été réalisés par étapes, c'est que je vais retracer maintenant.

B. Nouvelle manière de penser la sécurité des soins en France

Cette démarche de politique sanitaire s'inscrit en réalité dans la durée car dès 1996 (5) obligation était faite aux dirigeants des établissements de santé d'œuvrer pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Cela a eu un impact réel mais limité, en particulier sur la sécurité des médicaments ou encore sur la lutte contre les infections nosocomiales.

En 2004 (6), le Ministère de la santé adressait aux établissements de santé une circulaire relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques. Les indications de cette circulaire portent plus concrètement sur l'organisation des établissements de soins en matière de lutte contre les risques liés aux soins par l'élaboration d'un programme de gestion des risques piloté par la direction de l'établissement et dirigé par un nouveau gestionnaire des risques. Ce programme doit servir à définir les risques à évaluer et à diminuer selon des objectifs propres à chaque établissement de santé. Cet interventionnisme des dirigeants politiques au sein même de la direction et de l'organisation des établissements de santé montre l'importance donnée à ces nouveaux enjeux de la politique de santé. De nouvelles méthodes de gestion des risques provenant de l'entreprise sont alors appliquées dans les établissements par les personnels soignants, en principe avec le support de personnels administratifs dédiés.

En 2009, les articles relatifs à la gestion des risques médicaux de la loi HPST (7) entérinent ces nouveaux dispositifs.

En décembre 2010, la Haute Autorité de Santé produit un fascicule à destination des professionnels de santé s'intitulant « Culture de sécurité des soins, du concept à la pratique (8) ». L'objectif de cet ouvrage est de donner des clés concrètes d'application de critères de sécurité dans la pratique quotidienne des soignants. Ils peuvent se résumer à l'élaboration d'un ensemble cohérent et intégré de bonnes pratiques dirigées en prévention des risques liés aux soins pour faire de la sécurité une priorité de tous, des professionnels de terrain comme des managers.

Pour finir sur les modifications liées à la prise de conscience collective de l'importance des notions de qualité et de sécurité des soins, Marisol Touraine, notre actuel ministre de la santé, a fait de ces notions une de ses priorités à travers le lancement du « Programme national pour la sécurité des patients » qui devient une grande cause nationale de 2013 à 2017 (9). Ce programme vise à placer le patient au cœur des choix de politique de santé concernant la sécurité des soins. Il ne serait plus uniquement passif dans sa demande de soins, mais deviendrait acteur à part entière de l'efficacité, de la qualité et même de la sécurité des soins qu'il va recevoir, grâce à une information large sur les risques liés aux soins, mais aussi sur la qualité des soins qu'il est en droit d'exiger des soignants. Ce programme vise aussi à améliorer les démarches déjà entreprises dans les établissements de santé pour promouvoir la sécurité, à les étendre et à les diffuser sur l'ensemble du territoire lorsque cela est pertinent et à mettre en relation les chercheurs et les acteurs de la gestion des risques auprès des différents professionnels de santé.

Tout ceci est la preuve de l'implication des décideurs sanitaires pour promouvoir la sécurité dans le soin. Il ne s'agit plus simplement de prodiguer des soins de qualité mais aussi de prendre en compte le patient dans son contexte (âge, poly-médications, allergies...) et les soins prévus selon les connaissances actuelles de la science tout en y intégrant l'idée d'économie d'argent (de matériel ou de médicament) et de temps médical ainsi que de temps patient. Tout cela comporte évidemment des exigences de formation et d'information des différents professionnels de santé. Cela suppose également la mise en œuvre de dispositifs de contrôle et d'audit des soignants. Ces notions nouvelles de gestion du risque par la prévention, la déclaration des événements indésirables et l'analyse de ces derniers sont les piliers de la politique de sécurité des soins censée s'appliquer aujourd'hui. Les outils pour lutter contre les risques sont variés mais les plus utilisés sont les recommandations ou les guides de bonnes pratiques produits par la Haute Autorité de Santé. Cela a pour conséquence un encadrement plus étroit des pratiques et des champs de compétence des différents intervenants médicaux, notamment par l'utilisation de protocoles et de check-lists qui diminuent le risque d'erreur humaine ou d'oubli sur le modèle de la gestion des risques dans les compagnies aériennes.

Ce tableau, qui montre une nouvelle façon d'envisager la qualité dans le soin par les différentes politiques de santé, est à mettre en perspective avec le retard qu'a la France sur le sujet par rapport aux pays anglo-saxons (les Etats-Unis et la Grande-Bretagne ont pris

conscience de l'importance de la sécurité des soins dès la fin des années 80). Si dès 1996 le sujet est déjà mis en avant en France, il a fallu attendre 2010 pour que les dirigeants politiques et sanitaires s'attaquent de manière plus concrète au problème.

C. Sécurité en médecine générale

Si la sécurité des soins est de plus en plus évaluée en établissement de santé, qu'en est-il en ville et en particulier en médecine générale ? De quels outils dispose-t-on pour mesurer les risques liés aux soins et quels sont ces risques ? Ces problématiques ont été étudiées et éclairées dans l'ouvrage de Jean Brami et René Amalberti « La sécurité du patient en médecine générale (10) ». Ils rappellent qu'en matière de recherche sur les risques médicaux en médecine de ville, les pays pilotes sont les Etats-Unis et le Royaume-Uni qui ont pu utiliser les bases de données des généralistes et des assurances maladie. A ce sujet, l'OMS n'a pu dénombrer que peu d'études réellement valides sur le sujet dans le monde car les méthodes de mesure statistique ne peuvent reposer sur le seul recueil de déclaration des événements indésirables par les généralistes, qui sont largement sous estimés. Une revue de la littérature sur ce sujet de la sécurité des soins en médecine générale a été commandée par l'OMS en 2008 (11). Elle met en évidence que le risque de survenue d'événement indésirable en médecine générale se situerait entre 0,004 et 240 pour 1000 consultations : cette fourchette est donc très imprécise. Il apparaît aussi que 45 à 76 % de ces événements seraient évitables. La première cause de ces événements indésirables serait l'erreur diagnostique (26 à 57 %) et la seconde l'erreur de prescription (13 à 47 %). Cette revue de la littérature met donc en relief que si la médecine générale n'est pas épargnée par la survenue d'événements indésirables, il reste très difficile de les mesurer pour en analyser les causes afin de diminuer le risque de survenue. Pour mieux évaluer ce risque, on peut aussi s'appuyer sur les plaintes des patients, la sinistralité relevée par les assureurs, les erreurs relevées dans les ordonnances par les pharmaciens etc. Ces méthodes ont été utilisées dans une étude réalisée par Raymond Wetzels et al. et publiée en 2008 dans le BMC (12). L'activité de deux cabinets de médecine générale a été passée au crible pendant 6 mois. Les chercheurs ont demandé aux généralistes et aux patients de repérer les événements indésirables, ainsi qu'aux pharmaciens les erreurs de prescription. Ils recoupaient ces données avec une revue systématique des dossiers et des certificats de décès. Sur les 68 événements relevés auprès de ces 5 sources (médecins, patients, pharmaciens, dossiers et certificats de décès), très peu avaient été repérés par au moins deux sources différentes (par exemple, les pharmaciens ont bien relevé les erreurs de prescription mais pas les médecins ni les patients). Cela montre bien la difficulté de trouver un moyen de mesure fiable des événements indésirables en médecine libérale puisqu'ils sont très difficiles à mettre en évidence. On peut aussi supposer que ce nombre d'événements indésirables ainsi mesuré est probablement en deçà de la réalité au regard des proportions habituellement retrouvées dans les établissements de santé si on les extrapole en ville.

Une étude menée par Jean Brami et René Amalberti (13) porte sur l'analyse de 1074 dossiers de plaintes concernant des généralistes recueillies par la MACSF. Les résultats montrent que dans 25 à 30% des cas la responsabilité du médecin était retenue, et que les processus défailants étaient par ordre de fréquence le retard diagnostic de pathologie aiguë (infarctus du myocarde...), une conduite thérapeutique insuffisante, des effets indésirables des médicaments, des problèmes d'éthique ou de déontologie, des gestes thérapeutiques invasifs, une visite refusée ou décalée, des chutes ou blessures accidentelles au cabinet.

Un rapport anglais publié en 2011 à la demande du King's Fund, « Improving the quality of care in general practice » (améliorer la qualité des soins en médecine générale) (14), permet d'avancer un peu plus. Cette recherche avait pour objectif d'évaluer la qualité des soins et des services rendus par les médecins généralistes anglais afin d'émettre des recommandations en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués par les généralistes. Jean Brami en propose une analyse (15) dans laquelle il rapporte que l'évolution de la profession médicale en Angleterre semble comparable avec ce qui est observé en France. Les auteurs du rapport observent une forte augmentation des activités du médecin généraliste, notamment dans la coordination des soins. Ils relèvent aussi que les médecins anglais souhaitent faire évoluer leurs cabinets avec plus de recours au salariat et des structures dans lesquelles les infirmières auraient une plus grande place. Un autre point important qu'ils soulèvent est que les médecins tardent à adopter les nouvelles technologies de l'information. Par ailleurs, d'après eux, en Angleterre (comme en France), la répartition des médecins est inégale dans le pays et la perspective de manquer de médecins préoccupe. Une des conclusions de ces observations est que le patient anglais est amené à être plus actif dans sa maladie, et ses attentes sont mieux prises en compte.

Les auteurs de ce rapport anglais se sont ensuite demandés comment définir et mesurer la qualité en médecine générale. Pour eux, la qualité est complexe et multidimensionnelle. Un simple groupe d'indicateurs ne peut rendre compte de toutes les dimensions de la médecine générale ce que confirment les études préalables sur le sujet. Au final, seuls les résultats cliniques mesurent la qualité des soins. Encore faut-il pouvoir définir en amont les résultats espérés et les moyens pour y parvenir. La mesure de la qualité par des méthodes qualitatives est aussi importante que par des méthodes quantitatives et les audits de pratique devraient être développés car ils permettent de vérifier efficacement la qualité des soins. Enfin, il est indispensable de définir des standards de qualité dans le recueil des données contenues dans le dossier médical ; il faut également définir des indicateurs appropriés.

Le rapport de King's Fund évalue ensuite la qualité des soins dans les cabinets de médecine générale anglais et le résultat est plutôt positif même s'il existe des variations importantes dans les performances. Des dysfonctionnements sont identifiés tels que le nombre d'hospitalisations injustifiées ou encore le suivi insuffisant des pathologies chroniques. De nombreux problèmes dans la coordination des soins demeurent. Les améliorations

proposées reposent sur la nécessité d'une intégration des critères de qualité des soins, cela passe par la formation des généralistes sur le sujet et par une diminution des contraintes temporelles. Les anglais ayant produit ce rapport soulèvent aussi l'idée que si l'excellence doit être récompensée, à contrario, les mauvaises pratiques devraient être sanctionnées. La qualité doit donc être au cœur des préoccupations des généralistes qui devaient se préparer à faire face à la mutation progressive de leur exercice.

Il apparaît donc clairement, à l'issue de cette revue de la littérature sur la qualité et la sécurité des soins en médecine générale, que ce sujet est complètement actuel. La recherche dans ce domaine est débutante et les premiers résultats montrent déjà l'importance d'inscrire la qualité des soins au cœur de la pratique des généralistes. L'objectif de cela est d'améliorer la sécurité des patients en médecine générale afin de limiter la survenue des événements indésirables évitables et par là même de limiter le nombre de plaintes des patients. En effet, en cas de survenue d'un événement indésirable lié aux soins, quels sont les limites de la responsabilité médicale ?

D. Evolution du droit de la responsabilité médicale (16)

Au début du 20^{ème} siècle de rares procès pénaux étaient intentés contre quelques médecins pour des erreurs médicales souvent grossières. La notion de responsabilité civile médicale n'est apparue formellement qu'en 1935 avec l'arrêt Thouret-Noroy. Elle est devenue plus formelle dès 1936 avec l'arrêt Mercier qui introduit l'existence d'un contrat médecin-patient d'où découle un certain nombre d'obligations. Il stipule en effet : *« Attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, [...] du moins de lui donner des soins non pas quelconques, [...] mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. [...] La violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, c'est-à-dire contractuelle. »*

Le droit de la responsabilité médicale n'a cessé d'évoluer et de s'étoffer au gré de l'évolution de la technicité de la médecine. En effet, l'augmentation du nombre d'actes et le développement de soins hautement techniques mais parfois risqués a inexorablement conduit à une augmentation progressive du nombre de procès intentés en responsabilité médicale.

En 1997, l'arrêt Hédreul, qui fait encore aujourd'hui jurisprudence, rend le médecin responsable de la preuve de l'information du patient. L'affaire concernait un patient qui accusait son médecin de ne pas l'avoir correctement informé du risque de perforation digestive qu'il avait subi à la suite d'une coloscopie : *« Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation.[...] Le médecin est tenu d'une obligation particulière*

d'information vis-à-vis de son patient et il lui incombe de prouver qu'il a bien exécuté cette information »

Ces modifications peuvent être résumées en une « juridicisation » de la médecine qui correspondrait à l'apparition du droit dans la relation singulière médecin-malade et qui en fixerait les limites contractuelles et pénales. Cette évolution est parfois mal comprise et mal perçue par les médecins qui la considèrent comme une obligation supplémentaire assortie du risque augmenté de poursuites judiciaires. Pourtant elle peut aussi être regardée comme un progrès social qui permet la protection et la défense des patients victimes d'un accident, d'un aléa ou encore d'une faute médicale.

En 2000, l'arrêt Perruche (17) faisait grand bruit. Un jeune homme né poly-handicapé dans les suites d'une rubéole congénitale portait plainte contre l'obstétricien qui avait suivi sa mère pendant sa grossesse pour le préjudice d'être né. Par son arrêt, la cour de Cassation lui reconnaissait le droit d'être indemnisé au titre du préjudice d'être né handicapé. Cet arrêt a rapidement été contré par la loi dite « anti-Perruche (18) » pour éviter que d'autres procès du même genre ne se multiplient et pour qu'aucun jeune ne puisse porter plainte du préjudice lié au fait même de naître. La vive émotion provoquée par le cas de ce jeune homme et le vide juridique apparent qui existait en cas d'accident lié aux soins, ont conduit les dirigeants politiques à légiférer. Des modifications aux textes de lois concernant la responsabilité médicale ont été adoptées par la loi du 4 mars 2002 (19) dite du « droit des malades ». Cette loi est parfois lue à contresens par certains comme la loi des « devoirs du médecin ». En réalité elle a permis la mise en place d'un système destiné à prendre en charge une partie des dommages médicaux au titre de la solidarité nationale avec la création de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux. Cette loi laisse une autre partie de la prise en charge de ces dommages aux professionnels de santé au titre de leur responsabilité civile. Ils sont donc, par cette loi, tenus de contracter une assurance de responsabilité professionnelle qui n'était pas obligatoire jusque là.

Les médecins sont peu nombreux à connaître bien cette législation qui encadre leurs pratiques. Pendant leur formation, la notion de responsabilité est enseignée dans ses définitions civile, pénale et ordinale mais rien n'est dit sur les implications juridiques de cette responsabilité ni sur le fonctionnement et le rôle de la justice dans ce domaine. Cela contribue à augmenter les fantasmes et les craintes quant au risque de survenue d'un procès et d'une éventuelle condamnation.

II. L'erreur en médecine et la plainte

A. Perception de l'erreur médicale

Bien que ce travail n'ait pas pour objectif une réflexion sur l'erreur médicale, il semble indispensable d'aborder cette notion car si toute erreur n'est pas suivie de plainte et que toute plainte de patient ne correspond pas toujours à une erreur médicale, à chaque mise en

cause, le médecin commence par se remettre en question et à chercher la faille dans le dispositif qu'il a mis en place pour prendre en charge le malade. Il existe plusieurs définitions de l'erreur médicale, celle qui me paraît la plus explicite est celle de l'OMS : « *Une erreur est définie comme l'exécution non conforme d'un acte prévu ou l'application d'un plan incorrect, elle peut se produire dans la planification ou l'exécution de l'action ou en cas d'omission de tout ou partie de l'action nécessaire.* »

Jusqu'au début des années 1990, l'erreur médicale est restée un sujet relativement tabou et sous estimé bien que de nombreux praticiens en aient conscience. En 1994, Pierre Klotz (20) propose une première analyse et une classification des erreurs médicales en se basant sur les connaissances des mécanismes psychologiques à l'origine des erreurs humaines. Il les classe en trois catégories : les erreurs cognitives (diagnostique et d'exécution des décisions), les erreurs sensori-motrices (inaptitude à un geste...) et les erreurs d'attitude (propres au médecin, au patient ou aux circonstances). L'objectif de son ouvrage est de proposer un cadre de réflexion sur les erreurs pour pouvoir les analyser en vue de ne pas les reproduire. Ce mode de pensée est tout à fait nouveau en médecine.

En 1999, les Américains produisent un rapport au titre accrocheur « *To err is human, building a safer health system (21)* » [l'erreur est humaine, construire un système de santé plus sûr]. Ce rapport a été commandé par le secrétariat d'Etat à la Santé et piloté par l'IOM Quality of Health Care in America Committee. Pour la première fois ils estiment le nombre de décès lié aux erreurs médicales (entre 44000 et 88000 chaque année aux USA) et décortiquent les erreurs fréquentes pour mettre en évidence que la défaillance humaine est plus rarement à l'origine de l'erreur que la défaillance organisationnelle. Cette manière d'aborder l'erreur dans sa globalité et son contexte permet d'inciter les professionnels à déclarer ces erreurs, en vue de travailler dessus pour améliorer le système de soin avec des moyens simples.

A partir de ces premiers travaux de référence, de nombreuses études ont été menées pour confirmer localement les réalités et les impacts des erreurs médicales, en vue de diminuer leurs coûts et leurs conséquences pour les soignants qui se dévalorisent et pour les patients qui risquent de perdre confiance dans leur système de soins. Le voile est enfin levé sur cette réalité médicale. Mais pour autant, les médecins n'acceptent pas facilement de rechercher leurs erreurs, ni de revenir dessus pour cibler les failles et éviter qu'elles se reproduisent.

Pour les médecins, il existe fréquemment une confusion entre erreur et faute. L'erreur est souvent associée à la notion de faute, et de fait, à la culpabilité du soignant, qui se pense responsable. Il existe cependant des nuances essentielles entre ces termes, en particulier au regard du droit. L'erreur peut être associée à la notion d'imprévu, d'impondérable (par exemple, administration d'un médicament auquel le patient est allergique mais ne s'en souvient pas et ne le signale pas à un médecin de passage). La faute est plus liée à la notion d'intentionnalité, d'imprudence ou de mise en danger (par exemple ici, administration d'un médicament auquel le patient est allergique, c'est noté dans son dossier mais le médecin ne

l'a pas vu ou oublié). Pour la justice, ces nuances conditionnent fortement une éventuelle sanction.

Il existe un grand flou au sujet de la définition réelle de l'erreur médicale et malgré de nombreuses études dont l'objectif était de créer une définition commune mondiale de l'erreur (enquête Delphi OMS (1)), des difficultés persistent quant à la définition et la perception de l'erreur par différents soignants. En cas de survenue d'une évolution défavorable pour un patient, les causes peuvent être multiples et le soignant ne sera pas toujours fautif ni mis en cause. Tout cela montre que la perception de l'erreur peut être subjective du point de vue du soignant, alors que du point de vue du patient, en cas d'évolution défavorable, l'erreur peut sembler plus évidente puisqu'il en subit les conséquences.

Une étude canadienne de 2007 « The Emotional Impact of Medical Errors on Practicing Physicians in the United States and Canada (22) » propose une analyse de l'impact de l'erreur médicale chez les médecins de différentes disciplines par l'étude de leurs réponses à un questionnaire postal. Il ressort de ce travail qu'après avoir été impliqués dans une erreur médicale, les médecins étaient plus inquiets à propos de la possibilité de refaire une erreur (61 %), ils avaient une perte de confiance (44 %) et des troubles du sommeil (42 %), moins de satisfaction dans leur travail (42 %), et que les erreurs pouvaient nuire à leur réputation (13 %). Le stress lié au travail augmentait beaucoup lorsqu'ils avaient été impliqués dans des erreurs graves. Seulement 10 % des médecins interrogés s'accordaient à penser que l'organisation du système de soins pouvait les aider à agir efficacement face à une erreur (déclaration analyse...).

Au sein d'un établissement de santé, il peut apparaître moins contraignant de déclarer et revenir sur une erreur tant la responsabilité (et donc le sentiment éventuel de culpabilité) peut être parfois diluée dans la chaîne de défaillances qui a conduit à l'erreur. Pour un médecin généraliste, cela peut s'avérer plus difficile, engageant ou douloureux : il doit faire face seul à l'erreur et sa responsabilité est plus directe et donc plus évidente.

B. Erreur en médecine générale : déclaration, analyse et réalité du vécu

Dans un article de 2003 de la revue Prescrire (23), les éditorialistes ont relevé, après analyse de la littérature sur le sujet, que la recherche sur l'erreur en médecine générale restait très peu développée. Cela repose sur plusieurs difficultés ; d'une part c'est un sujet délicat et volontiers stigmatisant pour les médecins, mais aussi l'erreur est d'autant plus difficile à évaluer qu'elle est de causes multiples, et que le médecin n'en a pas toujours la perception. Le nombre d'erreurs médicales en médecine générale est difficile à calculer, même en prenant en compte à la fois la déclaration volontaire par les médecins, le nombre d'hospitalisations liées aux erreurs médicales des généralistes, les déclarations aux assureurs ou bien encore les certificats de décès. Toutes les tentatives de dénombrement des erreurs

médicales des généralistes ont été peu concluantes jusqu'à maintenant, mais au regard des différents travaux menés à ce sujet, on peut raisonnablement supposer que les patients courent autant de risques en médecine générale qu'à l'hôpital.

Une étude américaine des erreurs les plus fréquemment déclarées par des généralistes américains canadiens hollandais et anglais « Types of medical errors commonly reported (24) » a pour résultat : prescription médicamenteuse ou d'examen complémentaire inapproprié (mauvaise posologie, mauvais patient, mauvaise indication), dossier du patient incomplet ou mal rangé (document du patient dans le dossier d'un autre...), erreurs dans la prise médicamenteuse, négligence dans le suivi des résultats des examens complémentaires prescrits au patient. Si les modalités de recueil sont discutables, ces données peuvent être utilisées comme base de travail. Jusqu'à aujourd'hui aucune étude réellement efficace n'a permis une analyse fine du nombre et du type d'erreur en médecine générale, on peut cependant appliquer à la médecine générale des méthodes de réduction des risques provenant d'abord comme nous l'avons noté précédemment de l'industrie aéronautique qui ont été secondairement appliquées aux établissements de santé. En effet, si les causes d'erreurs sont sensiblement différentes, les manières de les lire et de les intégrer pour ne pas les reproduire, sont les mêmes. Ainsi, pour aider les généralistes à faire ce travail, des groupes de discussion ont été créés. On peut ici citer en particulier les groupes Repères, dans lesquels chaque médecin doit raconter une erreur au groupe, récit à partir duquel les généralistes vont réfléchir ensemble sur les causes, les conséquences et les modifications à apporter pour que cela ne se reproduise pas. De plus en plus de médecins participent à ces revues de morbi-mortalité mais cela reste encore trop peu répandu.

Le vécu par les généralistes d'une erreur médicale est plutôt douloureux. On peut citer ici le travail et l'ouvrage d'Eric Galam sur « L'erreur médicale, le burn-out et le soignant (25) ». Il compile différentes études sur ces sujets et rapporte en particulier que les sentiments les plus décrits après une erreur sont une grande déstabilisation émotionnelle reposant sur les sentiments de honte, de culpabilité, de dévalorisation et de crainte ainsi qu'une modification du regard porté sur les confrères et les patients qui est plus distancié et moins bienveillant. Cette première phase peut être parfois sévère et prolongée d'un véritable état de stress ou d'une dépression. Des effets plus bénéfiques peuvent apparaître dans un deuxième temps avec des modifications organisationnelles et des pratiques médicales, une réflexion globale sur les risques ayant conduit à l'erreur ou une augmentation de la formation personnelle.

Les conséquences des erreurs pour les médecins sont proches de celles des événements indésirables et cela a bien été mis en évidence par une étude qualitative réalisée pour une thèse d'exercice par un médecin généraliste lyonnais Marc Chanelière (26), publiée ensuite dans le journal « La presse médicale ». Il s'est entretenu pour ce travail avec 15 médecins généralistes maîtres de stage de la faculté de Lyon, ce recrutement comporte donc un biais car ce sont des médecins plus enclins à réfléchir sur ce type de sujet et donc à y répondre, il est aussi insuffisant pour prétendre à une quelconque exhaustivité. Lors des entretiens il

commençait par aborder la question des définitions d'événement indésirable et d'erreur médicale en soumettant aux médecins une définition de chacune de ces notions. Il cherchait à savoir combien ils adhéraient ou non à ces définitions. Les réponses des médecins vont plutôt dans le sens d'une non adhésion à ces définitions pourtant choisies comme références par une partie de la communauté médicale (la définition que le thésard avait choisie était celle de la DREES citée précédemment). Il existe donc un décalage apparent entre les décideurs médicaux et les médecins de terrain. Ce qui est plutôt retenu par les médecins en cas d'erreur est la notion de gravité : ils associent erreurs et conséquences mettant ainsi de côté les erreurs sans conséquences, beaucoup plus fréquentes. Pour l'événement indésirable, ils lui accordent un sens d'impondérable, d'événement inattendu et donc imprévisible, ce qui, là encore ne correspond pas à la définition communément admise. Ils ôtent donc à cette notion toute sa substance puisque le fait même que l'événement soit imprévisible revient à dire qu'il n'est pas utile de réfléchir dessus. Ces réponses me laissent penser que ces médecins ne semblent pas prêts à investir « la fabrique » ni les processus de l'erreur.

Les autres questions abordées dans ces entretiens étaient directement orientées sur les événements indésirables (EI). Les 15 médecins interviewés ont rapporté, en tout, 66 situations correspondant à leurs yeux à des événements indésirables. Pour eux, l'impact de ces EI le plus prégnant était plus psycho émotionnel avec survenue de sentiments tels que la culpabilité, le stress ou la colère. L'impact sur la pratique médicale était abordé autant que l'impact sur la relation médecin-malade et puis était parfois abordée la notion d'impact médico-légal. On comprend donc que les médecins ne font pas directement le lien entre l'erreur médicale et la sanction judiciaire, et qu'en cas de survenue d'événement indésirable ce qui leur pèse le plus c'est plutôt l'impact psychologique que le risque juridique. Cette étude se concluait par l'intérêt que portaient les médecins à l'idée d'une création d'un observatoire des événements indésirables en vue de faire de la prévention auprès des autres médecins.

Ce travail met donc en lumière le fait que les médecins généralistes sont exposés au risque d'événement indésirable et sont capables d'en rapporter un certain nombre dans l'espace d'un entretien (66 EI pour 15 médecins), il souligne aussi que les médecins ne sont pas très enclins à utiliser les définitions communément admises d'erreur et d'EI, mais aussi, qu'ils ne pensent pas immédiatement au risque juridique derrière chaque EI. Est-ce lié à la manière dont était abordé le sujet dans cette enquête ? Ou bien est-ce dû à la méconnaissance du risque juridique et de la responsabilité médicale ?

III. De la peur du procès à la médecine défensive ?

A. Etat actuel de la responsabilité médicale (27)

Comme nous l'avons vu plus tôt dans l'exposé, la responsabilité médicale est une notion évolutive au gré de la jurisprudence, de la loi et des progrès de la médecine. A ce jour, la

responsabilité médicale est multiple et lorsqu'un patient souhaite obtenir réparation d'un préjudice il peut exercer son droit de plusieurs manières qui ne sont pas incompatibles entre elles.

S'il s'agit d'un manquement au code de déontologie (28), le médecin peut être attaqué à l'Ordre des médecins. Devant cette instance il est jugé par ses pairs et risque une sanction qui peut aller du simple avertissement jusqu'à une amende voire une suspension ou une interdiction d'exercice avec radiation du tableau de l'Ordre. Il existe différents niveaux de juridictions, à l'Ordre départemental la plainte est reçue et examinée puis une conciliation est systématiquement proposée depuis la loi du 4 mars 2002. Si cette procédure n'aboutit pas, la plainte sera transmise à l'Ordre régional en première instance voire à l'Ordre national en cas d'appel de la décision. Ces deux derniers niveaux de juridiction sont seuls aptes à condamner un médecin, et sont présidés par un magistrat, seul juge professionnel siégeant à ces instances. Cette juridiction ne s'adresse qu'aux médecins et est organisée par eux-mêmes sous le contrôle des Ministère de la santé (via les Agences Régionales de Santé) et du Ministère de la justice. En dehors de la juridiction ordinaire, le médecin est un citoyen ordinaire qui peut être soumis aux différents niveaux de justice.

Si le médecin paraît fautif pour un manquement au contrat passé avec son patient il peut alors être attaqué pour sa responsabilité civile (29) en vue de verser à son patient une réparation pécuniaire à hauteur du préjudice subi. La preuve du lien de causalité entre la faute supposée du médecin, ou son manquement à l'obligation de moyens, et le préjudice subi par le patient, incombe au patient. En règle générale, la responsabilité civile du médecin est engagée en cas de retard ou d'absence de soins adaptés, d'erreur de diagnostic ou de traitement, d'insuffisance de moyens ou d'information ou encore de prise en charge non conforme aux données acquises de la science (30). Selon le montant supposé du préjudice, l'affaire sera jugée par un tribunal de Proximité en deçà de 4000 euros, un tribunal d'Instance si l'indemnisation ne dépasse pas 10000 euros et, au-delà de ce montant, l'affaire passera devant le tribunal de Grande Instance (ce qui est le plus fréquent car les demandes de réparation en cas de responsabilité médicale excèdent souvent 10000 euros). Les réparations seront prises en charge par l'assureur en responsabilité civile et professionnelle du médecin, sauf en cas de faute lourde avérée et intentionnelle (par exemple : homicide volontaire). Il faut bien noter que pour les médecins exerçant en établissement de santé, la responsabilité civile personnelle du médecin est dans la majorité des cas remplacée par la responsabilité administrative de l'établissement de santé que nous ne traiterons pas ici.

Le patient, ou son entourage, peut aussi attaquer le médecin devant la justice pénale (31) en cas d'atteinte à son intégrité corporelle, de décès imputable aux soins, ou encore en cas d'infraction telle qu'une violation du secret médical, un faux certificat ou une fausse déclaration, une mise en danger ou une non assistance à personne en danger... Le médecin engage alors sa responsabilité pénale et risque une amende et / ou une peine de prison. L'affaire sera jugée par un tribunal de Police en cas de contravention, la Chambre

Correctionnelle des tribunaux de Grande Instance en cas de délit et par la Cour d'Assise en cas de crime. Dans le cadre d'une procédure pénale, le plaignant peut se constituer partie civile pour obtenir réparation. En cas de faute manifeste du médecin, l'Ordre peut être sollicité pour diligenter une enquête en vue d'une éventuelle suspension ou interdiction d'exercice.

Dans les cas de procédures civiles ou pénales, le plaignant ou le médecin mis en cause peuvent tous deux faire appel de la décision de justice rendue et en cas d'échec de cette procédure, ils peuvent se pourvoir en cassation afin d'obtenir une révision du jugement (faire « casser » le jugement uniquement en cas de mauvaise application du droit et renvoi des plaignants devant une cour d'appel).

Le médecin est aussi responsable vis-à-vis de la Sécurité Sociale qui peut se retourner contre un médecin fautif pour lui demander le remboursement des prestations versées indûment à un assuré social si celles-ci l'ont été dans un contexte de faute médicale. La Sécurité Sociale s'associe aux plaintes disciplinaires, civiles ou pénales et parfois attaque directement le médecin mis en cause.

Il existe une dernière voie de réparation d'un préjudice lié aux soins qui a été mise en place par la loi du 4 mars 2002, ce sont les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) présidées par un magistrat et saisies après examen de la demande du patient par l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux). Ces commissions peuvent rendre un jugement sur la responsabilité du médecin à l'issue d'une procédure simplifiée donc plus courte, et d'une expertise gratuite, et ainsi proposer un calcul de réparation financière. Elle sera négociée, soit avec l'ONIAM en cas de responsabilité sans faute ou d'aléa thérapeutique, soit avec l'assureur. Cette possibilité de résolution plus rapide des affaires de responsabilité médicale s'est beaucoup développée depuis 2002 au détriment des procédures civiles ou pénales considérées comme plus longues et plus laborieuses. Une CRCI ne peut cependant être sollicitée qu'en cas de dommage dont les conséquences sont sévères dans la vie du plaignant, le taux d'IPP (incapacité permanente partielle) doit être strictement supérieur à 24 % et l'ITT (incapacité temporaire de travail) doit être d'au moins 6 mois consécutifs ou dans une année. En dehors de ces cas, le plaignant se verra orienté vers la justice traditionnelle ou vers l'assureur du médecin.

Enfin, la dernière possibilité qui existe pour obtenir réparation d'un dommage lié aux soins, est celle d'un règlement amiable direct entre l'assureur et le plaignant en vue d'une réparation pécuniaire si le médecin ou son assureur estiment que sa responsabilité a été effectivement engagée.

Un patient qui s'estime lésé peut exercer sa demande de réparation à tous les niveaux s'il pense que le médecin a manqué à ses devoirs déontologique, civil et pénal. La sollicitation de la CRCI n'empêche pas le dépôt de plainte au tribunal pénal et / ou civil. Le médecin peut

donc se voir attaqué par plusieurs instances différentes par un même patient en cas de contentieux en responsabilité.

B. Chiffres actuels des contentieux

Depuis quelques années en France, la notion d'une judiciarisation de la médecine par contamination des pratiques observées aux Etats-Unis est relayée par la presse et autres médias grand-public. De nombreux ouvrages et articles ont récemment abordé ces notions à l'intention des médecins. Derrière cette idée se trouve un certain nombre d'affaires qui ont fait grand bruit telles que celle du sang contaminé ou de l'hormone de croissance. Ces scandales ont contribué à faire descendre le médecin de son piédestal dans l'imaginaire collectif. Il ne semble donc plus à l'abri de devoir se justifier auprès de ses patients. Certains syndicats de médecins s'élèvent contre ces évolutions, car pour eux, dans ce contexte, l'exercice de la médecine est de plus en plus difficile.

Cependant, les médecins généralistes semblent relativement épargnés par ces scandales et les chiffres de contentieux concernant cette spécialité évoluent peu ces dernières années. Les assureurs du GAMM nous font en effet part via leur revue annuelle (32) d'une sinistralité pour les généralistes de 0,96% pour l'année 2010 contre 1% en 2009 pour les 44822 médecins généralistes sociétaires de la MACSF ou du Sou Médical.

Le risque annuel en 2010 de vivre un contentieux en responsabilité médicale pour un généraliste est autour de 0,15% (soit un risque annuel de condamnation de 0.09%). Il reste donc faible en regard de certaines spécialités plus exposées comme l'obstétrique : 0,9%, la chirurgie : 1,2%, et l'anesthésie : 0,4%. Ces chiffres sont relativement faibles et stables depuis 10 ans après une période de nette augmentation. Il y a eu 82 mises en cause de généralistes en 2010 sur 514 contentieux en responsabilité médicale au total, ce chiffre est à mettre en perspective avec le nombre de médecins généralistes en France (55891 d'après le rapport démographique du CNOM en 2010) ainsi que leur nombre d'actes. Le taux de condamnation à l'issue de ces mises en cause est de 59% en 2010. L'évolution du taux des condamnations civiles est de : 59% en 2010 vs 50% en 2004 et 68% en 2007. L'évolution des avis fautifs des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) créées en 2003 après l'application de la loi du 4 mars 2002 est de 33% en 2004 vs 15% en 2010. Ces avis sont rendus après une enquête et un rapport d'expertise qui conclut dans plus de 70% des cas à un abandon des poursuites car le lien de causalité entre le dommage au patient et la faute médicale n'est pas clairement imputable au médecin.

Ces chiffres affichent donc une relative stabilité, voire sont en régression. Il apparaît ainsi que la place médiatique de la judiciarisation de la médecine n'est pas fondée. Certains avancent qu'il est possible que les assureurs continuent à véhiculer l'idée qu'elle augmente pour justifier une partie de l'augmentation de leurs primes. Les spécialités les plus concernées par ce sujet sont la chirurgie, l'obstétrique et l'anesthésie, car si le nombre de contentieux n'augmente pas (proportionnellement à l'augmentation de l'offre et des actes

de soins), les montants des indemnités ont « explosé ». Les seules sources d'informations juridiques des médecins sont très souvent cette presse produite par les assureurs. On peut donc légitimement s'interroger sur leur validité.

Un rapport commandé par le gouvernement à l'IGAS en 2007 (33) sur l'activité des assureurs a permis de relever que les risques invoqués par les assureurs pour augmenter leur primes n'étaient pas en corrélation avec les données judiciaires ni avec les risques réels de condamnation. Cela malgré l'évolution et les contradictions de la loi en la matière (par exemple, l'arrêt Perruche [toujours en vigueur pour les enfants nés avant 2000 malgré la loi « anti-Perruche »] qui introduit dans la jurisprudence le préjudice de naître avec un handicap et implique des condamnations à des indemnités dont les montants sont très élevés mais ne concerne qu'une douzaine de procédures).

L'importance du risque judiciaire a été parfaitement évaluée dans l'étude (34) récemment réalisée par l'Institut Droit et Santé pilotée par le Anne Laude, professeur juriste et co-directeur de cet institut. Cette étude reprend les chiffres réels des contentieux entre 1999 et 2009 d'après les données recueillies auprès des juridictions administratives, civiles et pénales, auxquelles sont venues s'ajouter les statistiques fournies par le ministère de la justice le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les assureurs des professionnels et établissements de santé, l'AP-HP, l'ONIAM, l'Observatoire des risques médicaux et le défenseur des droits. L'objectif était d'évaluer l'impact de la loi du 4 mars 2002 sur le nombre de contentieux en responsabilité médicale et de mettre en lumière la réalité des contentieux en responsabilité médicale. Il apparaît clairement que le nombre de contentieux tend à se stabiliser depuis 2003 voire à diminuer en particulier pour les procédures pénales. Le nombre de demandes d'indemnisation auprès des CRCI augmente comme cela avait été prévu par la loi du droit des malades. On peut donc librement penser que cette loi constitue un progrès pour le risque juridique auquel sont exposés les médecins puisque le nombre de procédures judiciaires tend à se stabiliser au regard de l'offre de soins et du nombre d'actes qui augmente. Par ailleurs, les médecins sont plus souvent soumis à des contentieux en responsabilité ordinaire qu'à des contentieux judiciaires et le plus souvent pour des manquements aux devoirs envers les malades (19,1 % du total des motifs à l'origine de décisions) ; les manquements à la confraternité (9,8 %) ; l'immixtion dans les affaires de famille (7,8 %) ; les problèmes liés aux certificats médicaux (7 %). Cette étude montre donc que l'on est loin d'une dérive « à l'américaine » et cela s'explique notamment par les grandes divergences qui existent entre les deux systèmes juridiques. Les médecins peuvent donc être rassurés. D'ailleurs, l'étude réalisée par l'Institut Droit et Santé a également montré que les médecins étaient moins souvent en litige avec leurs patients que les avocats avec leurs clients. Ces résultats permettent de reprendre avec un peu de recul les chiffres de sinistralité annoncés par les assureurs afin de les mettre en perspective avec les chiffres réels de contentieux judiciaires. Grâce à cette étude, on sort du flou qui existait jusque là et qui était possiblement maintenu à dessein par les assureurs.

C. Médecins généralistes et procès en France

Bien que l'étude menée par Anne Laude soit plutôt rassurante pour les médecins, ceux-ci ne semblent pas prêts à entendre la réalité chiffrée du contentieux en responsabilité médicale et restent très inquiets à ce sujet. Cela a été très bien mis en valeur par une étude réalisée par des médecins en Côte d'Or en 2007, dirigée par Grégoire Moutel (35), elle a été publiée dans la Revue du Praticien de Médecine Générale. Cette enquête avait pour objectif de vérifier si la crainte d'un contentieux en responsabilité médicale existait chez les médecins généralistes ainsi que ses fondements éventuels. Des questionnaires ont été envoyés à 250 généralistes de Côte d'Or tirés au sort parmi les 476 généralistes du département inscrits à l'Ordre. Il y a eu 139 réponses. 75 % d'entre eux croyaient à une augmentation du nombre de procès. Leurs sources d'information sur le sujet étaient les compagnies d'assurance (73 %), la littérature médicale (52 %), le conseil de l'Ordre des médecins (45 %) et les médias grand public (40 %). Selon les participants, cette augmentation était expliquée par la plus grande exigence des patients (64 %), alors que leurs besoins de comprendre et de savoir ne semblaient pas en cause (58 %). Les médecins ont dit avoir modifié leurs pratiques professionnelles, en particulier la tenue du dossier médical (55 %) et le respect du secret professionnel (44 %). Si cette peur du procès semble donc exister et n'est pas sans objet, elle semble toutefois disproportionnée par rapport au risque réel de procès comme nous avons pu le montrer en analysant les chiffres réels des contentieux en responsabilité médicale dans le paragraphe précédent.

Il semble donc important de dépasser cette question de la crainte de la justice pour essayer de mieux comprendre l'image qu'ont les médecins de la justice. Une étude réalisée pour son mémoire de DEA de droit civil par Mélanie Goedert (36), une avocate, avait pour but de connaître la vision du procès par les médecins. Elle a procédé pour cela par l'envoi de questionnaires à 500 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle, et a obtenu 189 réponses exploitables, soit 37,8 % de répondants, ce qui est bien plus que les 10-15 % espérés avec cette méthode d'enquête. Cela montre l'intérêt porté par les médecins à ces questions médico-juridiques. Les questionnaires comportaient des questions fermées, des questions à plusieurs choix de réponses possibles et une question ouverte. Elle a ensuite analysé les réponses de manière qualitative pour la question ouverte et quantitative pour les autres questions. Elle met ensuite ces résultats en perspective avec les réalités chiffrées du contentieux médical ainsi qu'avec les réalités juridiques.

Parmi les 189 répondants, 44 médecins avaient déjà fait l'objet de poursuites. Les résultats montrent que les médecins craignent d'avantage la justice pénale et la juridiction de la sécurité sociale que la justice civile ou ordinaire. Une écrasante majorité considère que le nombre de procès contre les médecins a beaucoup augmenté, que les médecins ne sont pas assez informés et formés sur la responsabilité médicale et qu'il serait très utile d'améliorer la formation au cours des études médicales. Les médecins sont 44 % à penser que les magistrats sont plus exigeants avec les médecins qu'avec d'autres professionnels et cela

passer à 57 % quand ils ont déjà été confrontés à une juridiction. Lorsqu'elle demande aux médecins quelles sont à leur sens les motivations des patients pour porter plainte, les items les plus choisis sont le besoin de vérité et l'appât du gain qui arrivent devant la vengeance et le mépris de la profession. Ces réponses sont les mêmes selon que les médecins ont été poursuivis ou non et montrent combien les médecins ont parfois des idées très négatives concernant les éventuels plaignants parmi leurs clientèles !

A la question concernant les possibles soutiens qu'ils pourraient trouver en cas de plainte, les médecins qui n'avaient jamais été attaqués ont répondu pour 73 % leur avocat, pour 42 % l'assureur, pour 33 % un syndicat, pour 20 % le Conseil de l'Ordre et 9 % par les confrères. Les réponses des 44 médecins ayant déjà vécu une plainte sont sensiblement différentes ; en cas de nouvelle plainte, ils pensent trouver du soutien pour 65 % auprès de leur avocat, pour 38 % avec leur assureur, 27 % auprès des confrères, 25 % par leur syndicat et seulement 15 % avec le Conseil de l'Ordre. Ces résultats montrent que leur expérience a changé leur perception du rôle que peuvent avoir les différents intervenants en cas de plainte, et c'est tout particulièrement vrai pour les confrères qui s'avèrent plus soutenant que prévu, au contraire de l'Ordre qui semble être un moins bon soutien qu'espéré. Une autre question intéressante dans cette étude est celle du ressenti des 44 médecins ayant déjà vécu une affaire à propos de leur sentiment dominant à l'issue d'une accusation. Les réponses sont les suivantes : pour 39 % ce qui prime c'est le dégoût du métier, pour 36 % c'est un sentiment de trahison, 34 % admettent devoir rendre des comptes et 27 % considèrent que efficacité est synonyme de responsabilité. Pour finir avec ces résultats, le questionnaire de cette étude comportait une question fermée sur la confiance qu'avaient les médecins dans les experts médicaux. Ils ne sont que 46 % à leur accorder leur confiance contre 34 % à n'avoir pas confiance, les 20 % restant répondent pour 12 % par oui et non et pour 8 % qu'ils ne savent pas. Cela met bien en évidence que même si la majorité des répondants n'a jamais été confrontée à un expert, elle met déjà en doute la validité de son travail, moins de la moitié des répondants faisant confiance aux experts. Cette étude est à mon sens particulièrement intéressante car elle propose de quantifier des idées que je vais développer dans mon enquête, cependant si le nombre de répondants est important, les taux de réponses rapportés ne permettent pas de généraliser ces constatations sur un mode quantitatif mais proposent déjà une idée de ce que pensent les médecins généralistes français sur les juridictions auxquelles ils peuvent être confrontés.

Une autre étude qui apporte un éclaircissement au sujet de la responsabilité médicale des généralistes est celle de Marie Mouchot-Bracard, médecin généraliste. Elle a choisi pour sa thèse d'exercice (37) d'analyser les données de la sinistralité de 1991 à 2005 fournies par le GAMM qui regroupe le Sou Médical et la MACSF, assureurs de près de 60 % des médecins généralistes en exercice en France. Il s'agissait de proposer aux médecins généralistes un référentiel de bonnes pratiques afin d'éviter ou d'amoindrir le risque juridique par une meilleure connaissance des contentieux les plus fréquents mais aussi du cadre juridique de la responsabilité médicale.

Il ressort de ce travail qu'un certain nombre de changements seraient nécessaires dans la pratique quotidienne des généralistes pour diminuer le risque de contentieux et mieux appréhender ce dernier le cas échéant. Dans la majorité des cas la communication et la bonne relation avec le malade permettent de mieux aborder une difficulté dans la prise en charge et qu'en cas de survenue de complication il faut toujours continuer à accompagner et expliquer ce qui arrive. Par ailleurs, elle insiste aussi sur la mauvaise connaissance de la loi en ce qui concerne la responsabilité médicale. Elle a donc inclus dans son guide de bonne pratique une solide base juridique. Elle suggère aussi de porter une attention particulière à l'environnement autour de la relation que ce soit le cabinet, l'hygiène, la traçabilité ou encore l'accueil. Ces évolutions n'ont évidemment rien à voir avec une médecine défensive.

Ces trois études ont porté à mon attention l'importance de la crainte que les médecins peuvent ressentir à l'égard de la justice ainsi que l'idée qu'ils se font du rôle de la justice dans la responsabilité médicale. De plus, d'après les travaux de Marie Mouchot-Bracard, il semblerait que des moyens simples permettraient aux médecins d'appivoiser cette peur pour mieux l'intégrer dans leurs pratiques. Au-delà de cette rencontre entre droit et médecine, il semble important d'avoir une vision plus claire des conséquences que peut avoir cette judiciarisation supposée de la relation médecin malade.

D. Impacts de la judiciarisation et médecine défensive : mythes ou réalités émergentes ?

De nombreuses études ont permis d'évaluer le retentissement des évolutions de la responsabilité médicale en mesurant la probabilité de l'émergence d'une attitude défensive. L'intérêt est multiple, d'abord évaluer l'existence de pratiques défensives mais aussi, à partir de là, de pouvoir estimer leurs coûts à la fois en terme de dépenses de santé mais aussi de risque pour le patient lié à l'augmentation des prescriptions « défensives » de traitement ou d'examens complémentaires, c'est un véritable enjeu de santé publique. Les premiers à s'y être intéressés sont les Canadiens dès 1988 (38), puis sont venus les Américains (39), les Néo-zélandais (40), les Australiens (41) et enfin les Français (42). Ces études ont toutes été réalisées en incluant un nombre significatif de médecins spécialistes et/ou généralistes, libéraux ou hospitaliers, randomisés parmi les bases de données des Ordres nationaux. Un questionnaire envoyé par courrier leur a été soumis. Les résultats vont tous dans le même sens, il apparaît qu'après avoir été inquiétés par la justice pour un contentieux en responsabilité médicale, les médecins changent sensiblement leurs pratiques sans pour autant pratiquer une réelle médecine exclusivement défensive. Un autre effet de ce contentieux est une plus grande peur de la survenue d'un procès et une lassitude qui s'exprime par une diminution du temps de travail hebdomadaire et un désir de retraite anticipé. Ces résultats sont discutables dans le sens où ils ont tous, ou en grande partie, été obtenus par des questionnaires sans nuance. Les réponses ont pu être induites par des questions orientées soit par la formulation même de la question soit par les réponses à choix multiples.

L'impression d'une judiciarisation grandissante de la médecine, en particulier aux Etats-Unis, a amené les chercheurs à s'intéresser aux conséquences de cette modification dans la relation médecin malade, ils ont particulièrement étudié l'émergence de la médecine défensive. Cette attitude médicale nouvelle serait apparue en réaction au risque augmenté de survenue de procès en responsabilité médicale afin de prévenir ou de diminuer ce risque. En Pennsylvanie une étude quantitative a été menée auprès des médecins les plus exposés à ce risque (43) (les généralistes n'en font pas partie, ce sont les chirurgiens, les obstétriciens et les réanimateurs) pour évaluer l'existence d'une médecine défensive dans leurs pratiques. Il en découle que parmi les répondants, 9 sur 10 considèrent avoir parfois une pratique défensive, en particulier des sur-prescriptions de médicaments ou d'examen complémentaires, un adressage plus fréquent vers des spécialistes, la diminution de leur champ de compétence ou encore l'évitement de certains patients supposés comme étant à risque judiciaire. Par ailleurs cette étude confirme un fait qui avait déjà été mis en évidence dans d'autres études, l'exposition antérieure au risque judiciaire n'induit pas forcément une augmentation de la pratique défensive, c'est simplement le contexte global d'anxiété qui conduit certains médecins à une pratique plus défensive. Cette étude révèle aussi que certains éléments de la médecine dite défensive peuvent s'avérer positifs comme l'amélioration de la prise en charge par la meilleure tenue des dossiers ou la mise à jour régulière des connaissances du médecin. Ces résultats sont généralisables à tous les médecins américains mais on ne peut les extrapoler qu'avec précaution en France car les deux systèmes juridiques français et américains diffèrent (30). En effet, aux Etats-Unis, les notions de relation contractuelle et de non-assistance n'existent pas. La faute en matière de responsabilité médicale relève alors du « délit civil ». Dans 15 à 20 % des contentieux civils, les médecins sont condamnés. Ils verseront des indemnités dont les montants vont bien au-delà de ceux calculés en France. Les primes d'assurances des médecins américains sont donc extrêmement élevées. La responsabilité pénale du médecin américain n'est que très rarement engagée, et c'est le ministère public qui portera plainte contrairement à la France où le patient adressera sa plainte directement à la justice. Pour finir, en France, les patients sont moins procéduriers et les bases juridiques de la responsabilité médicale reposent, comme précisé précédemment, sur la notion de contrat.

Une étude française, réalisée par l'envoi de questionnaires avec enveloppe réponse à tous les généralistes de la région Auvergne (44) sans randomisation appuie le fait que les effets de l'idée de judiciarisation ne sont pas toujours néfastes. En effet, l'objectif était d'évaluer l'influence de la judiciarisation (réelle ou supposée) de la médecine sur les pratiques médicales. Les résultats révèlent qu'elle est un facteur de modification, souvent inconscient, des pratiques médicales qui entraîne une amélioration de la qualité des soins par un examen clinique plus complet, la meilleure tenue du dossier médical, etc. Mais elle montre aussi que cela a induit parfois la mise en place d'une « médecine défensive » qui a des effets pervers pour la collectivité ou les individus. Ainsi, le médecin par crainte de poursuites de la part de patients, prescrirait plus d'examen complémentaires, et/ou plus de médicaments, et/ou plus de consultations spécialisées, ce qui représente un facteur d'augmentation des

dépenses de santé et éventuellement du risque médical pour le patient. Ceci concourt cependant à une sécurisation de la pratique qui peut être justifiée dans certains cas. Ces résultats vont donc dans le même sens que l'étude américaine mais à une échelle moindre.

Une autre étude française a permis de remettre en question ce phénomène dit de médecine « défensive » qui serait pratiquée dans le but de couvrir le risque de contentieux. Janine Barbot et Emmanuelle Fillion (45), sociologues spécialistes des questions de santé, se sont intéressées à ce phénomène et ont mis en évidence combien ce concept était peu adapté aux réalités médicales. Il semble que c'est une interprétation dominante des conséquences de l'augmentation du nombre de procès mais qu'elle peut être très discutée. Elles ont analysé, lors d'entretiens de médecins exerçant en anesthésie réanimation et dans des services spécialisés dans la prise en charge des hémophiles, (46) comment était abordée la question de la responsabilité médicale. Ces deux spécialités ayant été particulièrement exposées ces dernières années à ce risque, il était fondamental de savoir si réellement, la peur et le risque de procès induisait une modification profonde des pratiques et l'émergence de cette médecine « défensive ». Il en ressort que, si effectivement certains laissent la crainte du procès l'emporter, la majorité continue à dispenser ce qu'ils pensent être des soins de qualité sans modifier réellement leurs pratiques malgré une peur du procès relativement prégnante. Les changements induits par cette judiciarisation de la médecine dans ces spécialités sont plus d'ordre organisationnel et structurel par le développement d'une médecine basée sur les preuves, collégiale et encadrée par des protocoles. L'équivalent de ce travail quantitatif à grande échelle pour les praticiens de médecine générale ne semble pas exister.

Cet état des lieux des connaissances autour du sujet de la responsabilité médicale pour le médecin généraliste amène à mieux comprendre comment l'évolution sociétale vers une augmentation de la qualité et la sécurité des soins a pu engendrer les changements de comportements des usagers des soins. Ils ont parfois des attentes immenses et de grandes exigences envers leurs médecins qui peuvent être à l'origine de mécontentements et de plaintes. En parallèle de ces évolutions sociétales, la médecine a progressé ces 20 dernières années pour devenir de plus en plus technique et efficace, mais aussi plus risquée, ce qui a pour conséquence une augmentation du risque de survenue d'événement indésirable et par là même de plainte. Les médecins généralistes semblent être conscients de ces évolutions sans toutefois toujours bien comprendre l'origine de ces changements. On connaît maintenant l'idée plutôt négative qu'ils se font de la justice civile, pénale ou ordinaire avant même d'y être confrontés. Il semble indispensable d'essayer de savoir ce qu'ils en pensent après en avoir fait l'expérience suite à une plainte de patient. Ce sera donc l'objet de l'enquête que j'ai réalisée selon les modalités que je vais détailler à présent.

2. Matériel et méthode

I. La méthode d'enquête qualitative

L'objectif premier de ce travail était de libérer la parole des médecins généralistes sur un sujet parfois douloureux et souvent tabou en vue d'améliorer l'information et les connaissances à ce propos des généralistes actuels et à venir. Pour cela nous avons choisi de réaliser une étude qualitative qui laissait aux interviewés une grande part de liberté d'expression, cela leur a permis de raconter ce qu'ils avaient vécu, parfois pour la première fois, mais aussi de proposer leur propre analyse de cet événement de vie et d'en extraire différentes attitudes et émotions en vue de mettre en évidence un ou plusieurs parcours « types » face à un contentieux en responsabilité médicale.

Il n'y avait pas d'hypothèse de départ sur l'existence de tel ou tel parcours. Des idées de plus en plus précises sur l'attitude des médecins mis en cause ont émergé au fur et à mesure des différents entretiens. La diversité des points de vue était recherchée dans le but d'affiner au plus près de la réalité le parcours ainsi mis en évidence.

La découverte de la méthode d'enquête qualitative et du mode de réalisation des entretiens s'est faite en plusieurs étapes. Pour commencer, les bases ont été posées par Géraldine Bloy, sociologue, qui m'a permis de mieux en comprendre l'intérêt à la fois scientifique et sociologique. Nous avons utilisé comme exemple la grande enquête de la sociologue de la santé Emmanuelle Fillion sur l'affaire du sang contaminé (47), cela illustre parfaitement l'objectif de ce type de travail même si nous n'avions pas la prétention d'arriver au même degré d'exhaustivité puisqu'elle a pu interroger presque tous les médecins de l'hémophilie concernés par cette affaire (environ 80) ainsi qu'une centaine de patients. Puis, je me suis appuyée sur différents documents et ouvrages en particulier « Le Récit de Vie » de Daniel Bertaux (48) et « L'entretien Compréhensif » de Jean-Claude Kauffmann (49) ainsi que sur l'article de Géraldine Bloy et Laurent Rigal (50), médecin généraliste, qui insiste bien sur les différences de point de vue entre chercheurs médecins ou sociologues. Forte de toutes ces connaissances nouvelles, le travail d'élaboration du guide d'entretien puis d'enquête de terrain pouvait commencer sous le contrôle bienveillant et régulier de Géraldine Bloy et de François Bloedé médecin généraliste, codirecteurs de ce travail de thèse.

Les difficultés que j'ai rencontrées pour appliquer cette modalité de recherche nouvelle pour moi ont été en premier lieu, lors de la réalisation des entretiens, de se placer face aux médecins avec suffisamment de neutralité en tant qu'intervieweur. En effet, étant médecin moi-même, une connivence et une certaine sympathie s'installent rapidement dans l'échange ainsi qu'une reconnaissance vis-à-vis de ces médecins qui ont accepté de me parler, ont sans doute nuit à la neutralité souhaitée. Dans un deuxième temps, j'ai eu du mal à appréhender la grande diversité apparente du matériau, puis ensuite l'intégration des techniques d'analyses pour pouvoir à la fois utiliser le matériau et s'en distancer afin de laisser émerger les concepts. En effet, les entretiens me semblaient apporter trop

d'informations pour pouvoir toutes les utiliser et les trier et c'est après plusieurs lectures sous différents angles que j'ai pu transformer ces entretiens, à l'issue d'une analyse concrète, en concepts. A plusieurs moments je me suis sentie submergée par le matériau qui paraissait trop précieux pour être transformé par l'analyse, trop varié, mais l'intervention de Géraldine Bloy ainsi que de François Bloedé m'ont permis de comprendre que ce n'était qu'une étape indispensable dans mon travail de recherche.

II. Le guide d'entretien

La constitution du guide d'entretien s'est faite en plusieurs étapes en partant des sujets clés qui semblaient indispensables à aborder. En passant à la formulation, les questions étaient élaborées en langage écrit puis adaptées en langage oral pour éviter une interruption trop brutale du dialogue avec une phrase qui aurait paru sortie de son contexte. Sept grands thèmes ont été choisis et chacun regroupait plusieurs sous-questions dont les réponses pouvaient parfois se chevaucher pour obtenir des nuances les plus précises possibles et pour inviter l'interlocuteur à repenser la réponse de manière plus précise. Les thèmes sont les suivants : qui êtes-vous / le problème / les acteurs de l'instance / les difficultés / les soutiens / les changements / les peurs / la synthèse.

La première question posée était très générale et apparemment hors sujet puisque elle s'intitulait ainsi « comment êtes-vous devenu médecin ? ». L'idée était de donner d'emblée la parole aux médecins sur un sujet a priori consensuel et non douloureux tout en étant assez personnel et large, la question pouvant être comprise de différentes manières telles que « qu'est-ce qui vous a conduit à choisir la médecine » ou bien « quel a été votre parcours universitaire et professionnel pour devenir médecin généraliste ». L'intérêt de cette première question était donc double, d'abord de mettre en confiance l'interviewé avec une question neutre, et ensuite, de récupérer des informations sur son origine géographique, son mode d'exercice, ses choix professionnels ou encore son organisation au cabinet.

Une fois ce cap passé, nous pouvions entrer dans le vif du sujet et passer au second thème du guide qui concernait l'affaire. Je proposais aux médecins de n'en dire que ce qu'il leur semblait utile ou ce dont ils se souvenaient, en essayant de le faire selon le déroulement chronologique. Puis ensuite selon ce que disait l'interviewé, j'intervenais pour approfondir ou rebondir sur ce qui avait été dit et enfin, je posais les questions du guide sur les points qui n'avaient pas été abordés par le médecin.

L'évolution du guide s'est faite d'abord avec une étape de test où il a été soumis à des non médecins qui essayaient de se mettre en situation pour mettre en évidence les questions trop directes ou mal formulées. Le guide a ensuite été reformulé après une série de trois entretiens. Les questions non pertinentes ou trop redondantes ont été supprimées et au contraire, des questions plus ciblées au sujet ont été ajoutées, en suivant les éléments mis en avant par les premiers médecins rencontrés. Enfin, ce guide nouvelle formule a été à

nouveau utilisé pour trois entretiens supplémentaires, et un travail de reformulation vers l'oralité la plus pure a été fait. Je me suis aussi attachée à écrire à nouveau les questions qui demandaient des réponses plus complètes. On est passé du « est-ce que... » qui appelle une réponse plutôt fermée à « quel est... » qui demande un développement de la réponse. Le guide d'entretien n'a, ensuite, plus été retouché.

Si dans certains entretiens, le guide a été suivi assez scrupuleusement, pour d'autres on s'en éloigne un peu en vue d'obtenir des informations nouvelles et d'enrichir le matériau au détriment parfois de certaines questions-clés. Dans ces cas là après retranscription et identification des manques, les données étaient récupérées par mail ou par téléphone avec évidemment comme écueil une perte de qualité de ce matériau et des réponses moins complètes.

III. Le mode de recrutement et l'échantillon

Si le recrutement a été à mon sens plutôt efficace (15 médecins recrutés en un an de recherche), cela n'a pas été sans difficultés qui sont liées à la fois au sujet même du travail qui reste tabou et douloureux, mais aussi à la volonté de ne rencontrer que des médecins volontaires qui avaient entendu parler de mon sujet. En effet, je n'ai pas essayé de recruter des médecins dont je pouvais déjà savoir qu'ils avaient été mis en cause pour une affaire de responsabilité médicale. Au contraire, j'ai voulu trouver des médecins ayant vécu des contentieux par des moyens indirects, les plus neutres et anonymes possibles, dans l'idée de favoriser la libération de la parole. Pour ce faire, j'ai procédé de différentes manières en diffusant une demande à travers plusieurs réseaux au sein desquels l'accès aux médecins était plus ou moins anonyme. Le sujet a été proposé à des médecins de l'entourage de mes deux directeurs de thèses qui n'étaient donc pas inconnus, il a aussi été posté sur des sites internet où il n'existait alors aucun lien entre le médecin interviewé et nous.

Pour participer à ce travail, il fallait que les médecins généralistes aient été mis en cause par un de leur patient pour responsabilité médicale devant une instance telle que l'Ordre des médecins, la justice civile ou pénale, la Commission de Conciliation et d'Indemnisation ou encore le tribunal de Sécurité Sociale. Pour ne pas mettre trop les interviewés en difficulté, il fallait que l'affaire soit terminée, d'une part pour que le médecin puisse l'aborder plus facilement avec un regard un peu distancié et d'autre part pour en appréhender toute la temporalité. Qu'il y ait une condamnation ou pas à l'issue du contentieux importait peu.

Huit médecins ont été recrutés via le réseau de formation SFTG¹, ils ont entendu parler de ce travail lors de plusieurs interventions de François Bloedé qui proposait à ceux qui le souhaitaient, s'ils étaient concernés, de me répondre. Parmi ces huit médecins, une a été

¹ Société de Formation Thérapeutique du Généraliste, société savante de médecine générale, indépendante, créée en 1977 ayant pour objectifs la formation des médecins généralistes, la recherche en médecine générale, une contribution à l'épidémiologie et aux sciences humaines en médecine générale ainsi que l'élargissement des compétences du médecin généraliste. Plus d'informations : www.sftg.net.

recrutée par boule de neige, son associée ayant entendu parler de ce travail lors d'une présentation faite à un congrès recherche de la SFTG, mais cette médecin n'appartenait pas à la SFTG ni son associée.

Quatre médecins ont répondu favorablement à ma demande qu'ils avaient reçue par mail diffusé à travers le réseau de recherche pharmacologique EURAXI² dans l'Ouest de la France auquel j'ai pu avoir accès par l'intermédiaire d'un généraliste de ma famille.

Un médecin a accepté de parler lorsqu'elle a entendu parler du sujet qui lui a été présenté par Géraldine Bloy avec qui elle avait travaillé dans le passé.

Un généraliste, père d'une amie, que j'avais sollicité pour diffuser ma demande dans son réseau de FMC m'a répondu favorablement d'emblée. Je ne savais évidemment pas qu'il avait été concerné par une affaire.

Et enfin, un médecin a répondu à une annonce en ligne publiée sur le site du syndicat MG France.

Les autres réseaux sollicités et qui n'ont pas été productifs sont des groupes de FMC en Haute Savoie, dans le Cher et en Loire Atlantique. La demande était diffusée soit par mail soit lors d'une réunion par brève présentation orale. L'Ordre des médecins de Haute Savoie a aussi été sollicité et j'ai reçu d'emblée un fin de non recevoir. Ils ne souhaitent aucunement diffuser ma demande à travers leur réseau de généralistes en arguant la préservation du secret et de la confidentialité.

Par ailleurs, cinq médecins avaient répondu favorablement à ma demande et n'ont finalement pas donné suite malgré plusieurs relances, trois médecins m'ont contactée pour une affaire qui n'était pas terminée ou qui ne concernait pas un patient mais un conflit avec un confrère, cela ne rentrait donc pas dans le cadre de mon travail.

Nous avons choisi de ne pas diffuser plus largement ma demande dans les réseaux universitaires, ces médecins étant déjà très sollicités d'une part et d'autre part, l'échantillon se composait déjà de plusieurs médecins ayant un lien avec la faculté. Cela aurait pu nuire à la diversité des profils.

Les profils des différents médecins interviewés varient, il y a 8 femmes et 7 hommes dont les âges vont de 33 à 70 ans dont la répartition est la suivante : 2 médecins ont moins de 40 ans, 6 médecins ont entre 50 et 60 ans, 7 médecins ont 60 ans ou plus. Dix d'entre eux exercent en province, en ville ou en semi rural, les cinq autres exercent à Paris ou en région parisienne. Onze médecins exercent dans des cabinets de groupe avec différents degrés de partage avec leurs associés, cela va de la mutualisation pure et simple des moyens jusqu'à un partage confraternel autour des dossiers des patients. Neuf d'entre eux étaient maîtres de stage et accueillaient des internes au cabinet. C'est une des grandes limites de mon

² Réseau d'investigateurs-médecins libéraux mis en place pour la société EURAXI PHARMA

échantillon bien qu'ils n'aient pas tous été recrutés par des réseaux universitaires. S'ils ont été si nombreux de ce profil à me répondre c'est sans doute parce qu'ils perçoivent les besoins et l'intérêt éventuel des travaux de recherche en médecine générale. Deux médecins avaient récemment pris leur retraite de la médecine libérale, un médecin a arrêté la médecine libérale pour se consacrer à une activité salariée de conseil médical pour une mutuelle ainsi qu'à des activités politiques, une autre est devenue urgentiste. Tous ont ou avaient des activités en dehors du cabinet en lien avec la médecine qui vont d'un mi temps à l'hôpital en gériatrie, de la médecine de crèche, de la formation continue, des réseaux de soins spécialisés, des soins palliatifs, médecin contrôle à l'EDF, deux ont siégés dans des instances nationales médicales.

Pour mieux visualiser l'échantillon de médecins recrutés, voici un tableau de présentation des médecins et des affaires. J'ai volontairement changé les prénoms et les âges (en laissant un âge proche) dans un but d'anonymat complet des médecins interviewés. Les médecins Emmanuelle, Alain et Didier ont vécu plusieurs affaires c'est pourquoi ils apparaissent à plusieurs reprises.

Tableau n°1 : l'échantillon

Profil du médecin	Instance	Seul accusé ou non	Plainte / Accusation	Qui porte plainte	Issue
Bernard 70 ans	Civil	Avec son associée	Perte de chance sur retard diagnostic fautif de cancer digestif	Mari de la patiente décédée	Condamné à payer des dommages et intérêts
Sylvie 60 ans	Civil	Avec son associé	Perte de chance sur retard diagnostic fautif de cancer digestif	Mari de la patiente décédée	Condamnée à payer des dommages et intérêts
Françoise 54 ans	Ordre Départemental puis CRCI	Avec hôpital somatique et hôpital psychiatrique	Retard de prise en charge somatique d'une patiente psy	Mari de la patiente	Pas condamnée
Véronique 52 ans	Ordre départemental puis régional	Seule	Refus de soin et non assistance à personne en danger	Sœur du patient décédé	Pas condamnée
Hélène 37 ans	Ordre puis sécurité sociale	Seule	Arrêt de travail avec utilisation frauduleuse	Patron de la patiente	Pas condamnée
Bertrand 63 ans	Pénal	Seul	Homicide involontaire par retard de prise en charge via la régulation du 15	Epouse du patient décédé	Condamné à trois mois de prison avec sursis

Hervé 62 ans	Ordre départemental puis régional	Seul	Refus de soins et non assistance à personne en danger	patient	Pas condamné
Pierre 65 ans	Pénal puis appel	Gynécologue et clinique	Homicide involontaire après décès d'un nouveau né	Mère du patient décédé	Pas condamné en première instance ni en appel
Emmanuelle 63 ans	Ordre puis civil	Avec urgences	Retard de prise en charge d'un jeune homme qui décède par la suite	Mère du patient décédé	Pas condamnée ni à l'ordre ni au civil
Emmanuelle 63 ans	Ordre puis sécurité sociale	Seule	Effet indésirable : phlébite après prescription de pilule chez une jeune femme	patiente	Pas condamnée ni par l'ordre ni par la sécu
Emmanuelle 63 ans	Ordre	Seule	Attestation et certificat dans un divorce	Epouse du patient	Suspension une semaine puis en appel : blâme et amende
Patrick 55 ans	Ordre et pénal	Seul	Coup et blessure volontaire sur une enfant	Mère de la patiente	Avertissement à l'ordre, classé sans suite au pénal
Caroline 33 ans	Ordre, pénal et conciliation assurance	Seule	Faux certificat de virginité et retard de diagnostic de grossesse chez une jeune mineure	Patiente et ses parents	A l'ordre : avertissement + amende, pénal : sans suite, conciliation assurance : 2000 euros de dommages et intérêt
Didier 52 ans	Civil	Seul	Retard diagnostic d'une tumeur cérébrale chez un jeune homme	Patient puis mère du patient	Pas condamné
Didier 52 ans	Ordre	Seul	Retard de prise en charge d'une femme décédée dans les suites d'un syndrome grippal	Enfants de la patiente	Conciliation
Alain 63 ans	Ordre	Avec son associée	Signalement dans un divorce transformé en certificat	Epouse du patient	Blâme et amende

Alain 63 ans	Ordre	Seul	Retard de prise en charge d'une pleuro-pneumopathie	patiente	Conciliation
Isabelle 54 ans	Ordre	Seule	Retard diagnostic d'une tumeur bénigne du rachis	patiente	Pas de suite
Nicole 53 ans	CRCI	chirurgien, service des urgences, clinique de rééducation	Infection nosocomiale avec prolongation de l'incapacité et perte de fonction	patient	Pas de suite

IV. Le déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans divers lieux de rendez-vous choisis par les médecins, dans leur cabinet pour 4 d'entre eux, je me mettais alors à la place du patient et eux à leur place habituelle. D'autres m'ont accueillie à leur domicile autour d'un café et enfin j'ai intercepté certains médecins de province lors de déplacements en région parisienne dans des cafés ou des salles de réunion. Aucun lieu ne fut plus propice qu'un autre à libérer la parole, les entretiens dans les lieux « publics » ont été plus difficiles à retranscrire et parfois certains fragments ont été perdus à cause des bruits environnants enregistrés.

Au début de chaque entretien, je leur rappelais brièvement qui j'étais, le but de mon travail, l'intérêt de l'enregistrement et la garantie de l'anonymat ainsi que le mode d'exploitation des données qu'ils allaient me fournir.

Trois entretiens se sont faits au téléphone pour plus de simplicité pour les médecins qui, soit ne souhaitaient pas que je me déplace, soit n'ont pas pu honorer le rendez-vous que nous nous étions fixé. Si le matériau ainsi obtenu est sans doute de moindre qualité, cela a tout de même permis d'avoir accès à des médecins qui n'auraient probablement pas parlé autrement. La perte du non verbal ne nuit finalement pas aux informations nouvelles apportées par ces entretiens.

Aucun médecin n'a refusé l'enregistrement, un seul a émis certaines conditions pour préserver un anonymat rigoureux par crainte du patient qui l'avait mis en cause, deux autres ont souhaité lors de l'entretien que certains propos ne soient pas retranscrits ni utilisés ; pour un par crainte de perte d'anonymat devant une affaire très singulière qui aurait alors pu être reconnue et un autre parce qu'il émettait des propos soupçonneux à l'égard de l'instance devant laquelle il s'est retrouvé.

Avant l'entretien certains ont préparé et ressorti le dossier médical et juridique du patient qui les avait mis en cause et ont réfléchi un peu à ce qu'ils allaient me dire. D'autres ont ressorti le ou les dossiers uniquement pour se rafraîchir la mémoire sur une affaire vieille de

plusieurs années et dont ils ne se rappelaient pas bien le déroulement. Et enfin, une partie des interviewés s'est prêté au jeu des questions réponses de manière plus « fraîche » sans y avoir trop repensé avant, les réponses étaient alors plus spontanées mais aussi parfois imprécises sur la temporalité, l'instance ou encore la formulation de la mise en cause. Deux ou trois médecins m'ont confirmé qu'ils avaient beaucoup réfléchi à ce qu'ils allaient me dire ou me taire à propos de leur affaire, ils ont essayé d'anticiper mes questions mais n'y sont pas toujours parvenus et ont parfois été déstabilisés par certaines d'entre elles. Une des questions qu'un médecin a trouvée difficile est celle concernant les soutiens qu'elle avait trouvés dans son entourage, elle ne pensait pas que j'irai « jusque là ». Une autre question qui les a parfois déstabilisés est celle concernant le retentissement personnel de l'affaire. Certains revivaient des émotions très fortes en abordant cela.

La moitié des médecins se sont placés d'emblée face à moi dans un rapport prof-élève tout à fait sympathique, soit parce qu'ils étaient eux-mêmes universitaires, soit parce qu'ils avaient accepté de parler de leur affaire dans un but d'exemplarité vis-à-vis d'une jeune consœur. Pour les autres, le rapport a été plutôt du type chercheur-interviewé, avec là aussi beaucoup de bienveillance. Ils semblaient tous désireux de répondre à mes questions de la manière la plus complète qui soit, sans omettre trop de détails. Deux médecins ont donné des réponses plus laconiques. J'ai rencontré beaucoup de difficulté pour les faire parler plus avant et obtenir des informations précises quant à leur vécu personnel de l'affaire, ces deux entretiens ont été plus directifs que les autres.

Parmi les 15 médecins, trois ont été très émus de reparler de l'affaire qui les avait concernés. Je leur proposais alors de ne pas répondre à l'une ou l'autre des questions qui les mettaient en difficulté, mais à chaque fois ils se reprenaient pour répondre de manière plus approfondie. Ces trois médecins ont vécu l'affaire avec beaucoup d'affects, ils ont aussi beaucoup analysé ce qui leur était arrivé et se sont fait aider par un tiers professionnel pour faire face par la suite.

A plusieurs reprises, certains interviewés cherchaient mon assentiment à propos de certaines situations vécues ou attitudes qu'ils avaient eues, dans le but de souligner l'universalité de leur propre point de vue. J'imagine que mon rôle d'intervieweur à la fois médecin et interne induisait cette demande et que mon attitude n'était pas toujours aussi neutre qu'elle aurait dû être. Mais comment faire autrement face à des pairs plus expérimentés qui se dévoilent et racontent un épisode qui a parfois été très douloureux ? Cet écueil est vite balayé par le fait que ces médecins n'auraient sans doute pas répondu à un autre chercheur non médecin. Ils l'ont d'ailleurs formulé plus ou moins clairement pour certains en disant « *si ça n'avait pas été toi, je n'aurai pas parlé* » ou bien « *je n'en ai parlé qu'à des médecins* ».

Les entretiens ont duré de 45 minutes à 2h15 avec une médiane à 1h30. Les entretiens les plus courts sont ceux faits par téléphone, le médecin étant interrompu par son entourage ou son travail lors de la communication. Au cours de l'entretien le plus long, de nombreuses

digressions, puis une discussion de 15 minutes en fin d'entretien à propos de l'orientation professionnelle, n'ont rien ajouté à l'étude que je réalisais mais ont été possibles grâce au climat de sympathie qui s'est mis en place lors de cette entrevue.

V. La retranscription

Pour retranscrire les entretiens, une grande importance a été donnée au respect de la syntaxe et du discours oral de l'entretien ainsi qu'à la formalisation du non verbal et du rythme du dialogue. Je l'ai réalisé personnellement pour 10 entretiens, et je me suis fait aider pour les 5 autres. Les consignes de retranscription mot à mot ont été suivies scrupuleusement et si parfois le non verbal était mal mis en valeur, cela a pu être corrigé avec une réécoute couplée à la lecture de la retranscription. Tous les entretiens ont été retranscrits dans le but de pouvoir analyser entièrement le matériau mot à mot sans perte d'information. Une étape nécessaire d'anonymisation des entretiens a été respectée pour que ne soient reconnaissables ni les noms de lieu ni les noms de personnes cités par les médecins. C'est à ce moment-là que les prénoms des médecins ont été modifiés pour des prénoms fantaisistes.

VI. L'analyse

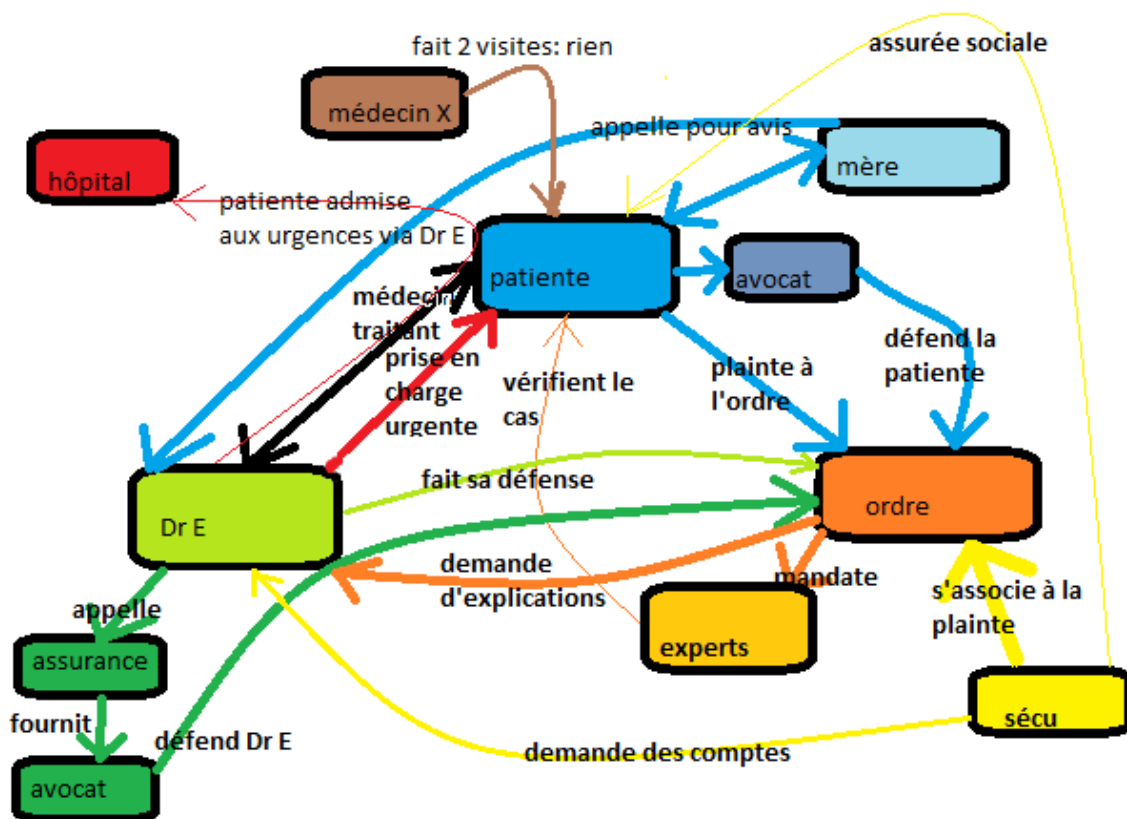
A. Constitution de la grille d'analyse

Avant de commencer l'analyse des différents entretiens, j'ai dû apprendre une méthode propre à l'enquête qualitative. Pour cela, Géraldine Bloy m'a proposé d'utiliser la méthode que donnent Didier Demazière et Claude Dubar dans leur ouvrage « Analyser les entretiens biographiques, l'exemple des récits d'insertion ». Elle avait préalablement résumé et simplifié l'ouvrage pour faciliter ma compréhension et me faire gagner en efficacité. A partir de là, je me suis approprié l'outil et ai choisi pour commencer mon analyse de constituer trois grilles de lecture des entretiens afin d'en extraire les informations et de les fichier.

La première lecture avait pour objectif de relever les termes et expressions en lien avec le cadre temporel ou la durée de l'affaire et l'enchaînement des faits et avec les actants ou encore les différents personnages ayant participé à l'affaire.

A l'issue de cette lecture, je pouvais alors illustrer avec un schéma les relations entre le médecin interviewé et les différentes personnes et institutions ayant participé à l'affaire. Cela permettait de bien mettre en valeur la place et le rôle de chacun vis-à-vis du médecin. Dans chaque affaire on peut ainsi déterminer différents groupes ayant évolué autour du triangle formé par le médecin, le plaignant et l'instance : les soutiens du médecin qui sont l'assureur, l'expert mandaté par l'assureur, l'avocat mandaté par l'assureur, des amis médecins, des soutiens professionnels, la famille ; face à cela on trouve aussi les soutiens du patient ou du plaignant autrement dit l'avocat ou un juriste, des médecins experts et enfin, il existe parfois selon le type d'affaire un groupe constitué par les autres médecins impliqués dans l'affaire ou dans la chaîne de responsabilité.

Schéma n° 1 : les différents intervenants

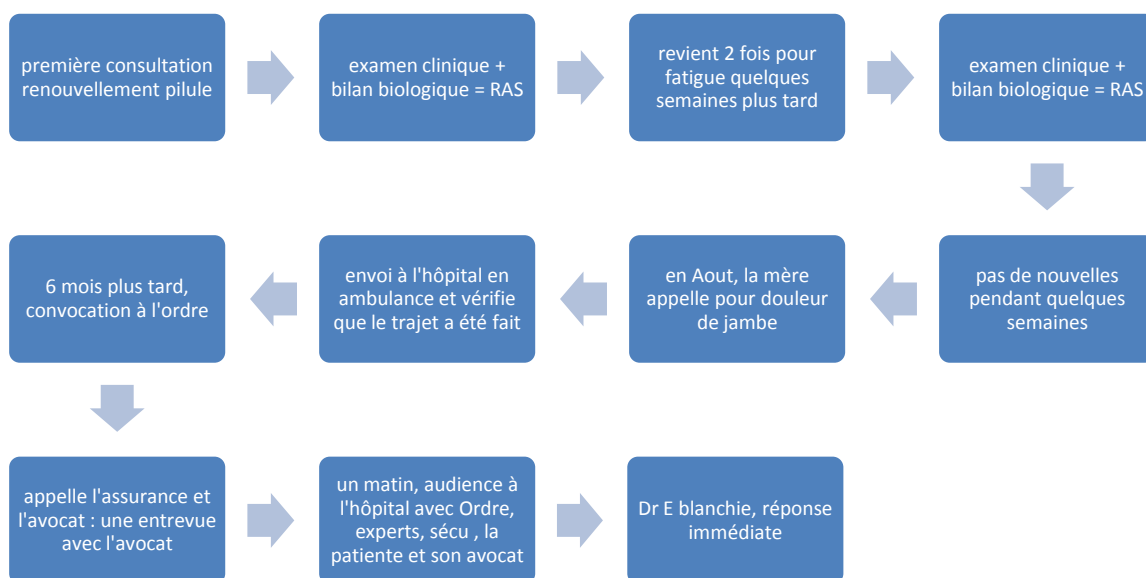


Pour bien comprendre : ce schéma illustre une affaire dans laquelle la patiente porte plainte contre son médecin dans les suites d'une thrombophlébite liée à une prescription de pilule qu'elle lui avait faite. Ce médecin, Emmanuelle ou Dr E., la suivait régulièrement en tant que médecin traitant et a fait le renouvellement de pilule après les vérifications d'usage. La patiente révisait un examen chez ses parents et s'est donc peu déplacée. Elle a ressenti une douleur dans la jambe pour laquelle elle a fait venir deux fois un médecin en visite qui n'a rien diagnostiqué d'inquiétant puis voyant que ça persistait, la mère de la patiente a téléphoné à Emmanuelle qui s'est tout de suite inquiétée en comprenant le risque de phlébite. Ne pouvant pas se rendre au domicile elle a donc fait venir une ambulance pour acheminer la patiente aux urgences les plus proches et a vérifié que le trajet avait été fait. Le diagnostic de phlébite a été rapidement posé et la patiente s'en est sortie sans séquelle avec un diagnostic d'anomalie congénitale rare de la coagulation qui n'aurait pu être suspectée lors des vérifications d'usage. Cette jeune femme a ensuite porté plainte contre Emmanuelle à l'Ordre Départemental puis Régional car, à cause de son hospitalisation, elle n'a pas pu passer l'examen qu'elle révisait. Emmanuelle a donc appelé son assurance qui lui a fourni un avocat. La Sécurité Sociale s'est associée à la plainte pour récupérer les indemnités perçues par la patiente si Emmanuelle avait été considérée fautive. Lors de la confrontation à l'Ordre, Emmanuelle a laissé l'avocat de la patiente et les experts exposer la situation puis

elle a pris le temps de bien expliquer comment ça s'était passé, et comment elle avait sans doute sauvé la vie de cette patiente. Les deux experts mandatés ont confirmé l'absence de responsabilité d'Emmanuelle et la patiente a été déboutée. A travers cette schématisation de l'affaire on voit clairement le triangle formé par la plaignante, l'Ordre et Emmanuelle autour duquel gravitent différents intervenants qui, soit ont pris part à l'affaire médicale (hôpital, médecin X, mère de la patiente), soit sont là comme soutien des différentes parties tels que l'assurance et l'avocat pour le Dr Emmanuelle, les experts pour l'Ordre ou encore l'avocat pour la patiente. On visualise bien aussi que la Sécurité Sociale, qui s'associe à l'Ordre pour demander des comptes, joue un rôle à la fois auprès de la patiente, qui est assurée sociale, et du médecin prescripteur. Par ailleurs, avec la présence d'un représentant de la Sécurité Sociale, le médecin se trouve jugé par une double juridiction puisqu'elle risque deux types de sanctions différentes : financière à la sécurité sociale et ordinale en cas de manquement à la déontologie

Les différents indices de temporalité extraits des entretiens, parfois complétés par l'étude des dossiers auxquels j'ai pu avoir accès, ont été intégrés sur une frise chronologique. Le but était de souligner à la fois la durée des affaires, le degré de précision des souvenirs rapportés par le médecin (validés ou non par l'étude du dossier) ainsi que le vécu de cette séquence où, certains moments ont paru plus lents que d'autres aux yeux du médecin mis en cause. L'objectif était de repérer un certain déterminisme dans ces séquences.

Schéma n°2 : Exemple de séquence :

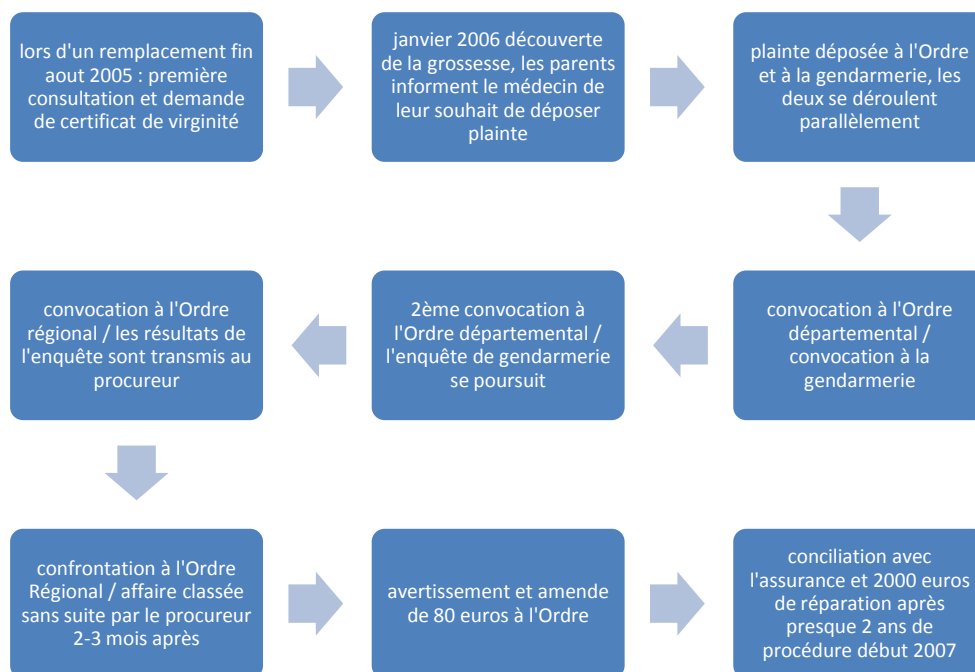


Pour comprendre ce schéma : il s'agit de la même affaire que précédemment. Il y a peu de repères temporels donnés par Emmanuelle pendant l'entretien, en dehors des semaines d'intervalle entre les premières consultations, puis le repère du mois d'août et enfin de la convocation reçue 6 mois plus tard soit en février de l'année suivante. On ne sait pas

combien de temps s'est écoulé entre la réception de la convocation et l'audience. On constate tout de même bien qu'il y a des longues périodes pendant lesquelles Emmanuelle n'entend pas parler de la patiente (au moins 6 mois) et a donc le temps d'oublier cette histoire.

Dans une autre affaire, Caroline avait une mémoire plus nette des repères temporels donc le schéma qui va suivre est plus complet même si les durées des délais entre les différentes convocations ne sont pas précisés. La plainte concernait un faux certificat de virginité qui a retardé le diagnostic d'une grossesse. Là encore elle s'est retrouvée jugée par deux types d'instances différentes : l'Ordre et la justice pénale représentée par la gendarmerie. Après avoir rédigé le certificat, elle n'entend plus parler de la patiente pendant 6 mois jusqu'à la découverte de la grossesse dont le début correspond à la date du certificat. A l'issue de l'affaire les parents de la jeune fille ont obtenu une conciliation avec l'assurance et 2000 euros de réparation. :

Schéma n°3 : autre exemple de séquence



Après cela j'ai relevé au sein de l'entretien les qualificatifs des différents actants pour comprendre bien la relation entre le médecin et la personne physique ou morale ainsi désignée. Cela a contribué à mettre en évidence l'évolution de la perception par le médecin de sa relation avec le plaignant ou le patient et avec les autres actants au cours de l'affaire ainsi que la considération et la place qu'il attribuait à chacun.

Au cours d'une deuxième lecture plus verticale, je me suis attachée à relever les réponses aux différentes questions du guide d'entretien. Etant donné qu'au cours des entretiens, j'ai laissé les médecins assez libres de parler, les informations n'étaient pas toujours clairement

formulées et faciles à extraire, ce fut un travail assez fastidieux parfois. Une fois ces données extraites du texte brut, je pouvais les comparer aux réponses données par les autres médecins pour une vue d'ensemble plus transversale ou horizontale.

Et enfin une troisième lecture a servi à extraire les mots utilisés par le médecin pour désigner l'affaire ainsi que les mots ou expressions exprimant le ressenti du médecin. L'idée était alors de mettre en évidence certaines contradictions exprimées plus ou moins clairement entre un discours de façade et des mots utilisés qui semblaient parfois très forts pour ajuster au plus près du vécu réel de l'affaire par le médecin et de son retentissement personnel. Le tout était mis en relation avec le profil du médecin élaboré avec les réponses obtenues à la première question de l'entretien.

B. Exploitation des données

Une fois terminées ces trois lectures et les données extraites, un difficile travail de comparaison et d'intégration s'est mis en place. De là ont émergé des idées qui étaient alors « testées » sur différents entretiens pour estimer leur validité. Et enfin, un plan d'étude s'est dégagé pour ordonner et trier ces différents concepts et hypothèses et pour finir, je me suis attachée à mettre en évidence un parcours « type » de cette expérience professionnelle des médecins généralistes.

3. Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale

Les médecins que j'ai interviewés m'ont fait part de leur histoire selon un cadre plutôt chronologique et c'est pourquoi j'ai choisi de présenter mon analyse en trois parties qui reprennent les grandes étapes du déroulement de l'affaire.

Dans un premier temps, j'ai étudié le contexte dans lequel se trouvent les médecins quand l'affaire survient. J'ai cherché à savoir quelles étaient leurs connaissances de la responsabilité médicale ainsi que leurs perceptions du risque juridique quant à la situation qu'ils m'exposent. Dans une deuxième partie, j'expose l'affaire à proprement parler et leurs manières d'y faire face en essayant de mettre en évidence différents moments ainsi que leurs ressentis quand ils traversent ces étapes. Et enfin, dans une dernière partie, j'ai souhaité dresser le bilan que les médecins établissent de leurs affaires ainsi que les retentissements de celles-ci dans leurs pratiques.

I. Phase initiale

A. Perception de la responsabilité médicale

1. *Connaissances générales préalables*

Pour commencer l'analyse des différents entretiens, il m'a semblé important de comprendre quelles étaient les connaissances et les perceptions des médecins sur la responsabilité médicale. Lorsque le sujet est abordé dans les entretiens, ils sont unanimes quant à l'impression d'une augmentation du risque judiciaire ces dernières années avec « une dérive à l'américaine ». J'ai mis en évidence au début de cette thèse que les médecins craignaient la survenue d'un procès et que cette impression semblait être partagée par une bonne part du corps médical. Il n'empêche que les généralistes sont parmi les médecins les moins exposés à ce risque au regard des chiffres de contentieux que nous avons analysés dans la première partie.

Sylvie, 60 ans, médecin proche de la retraite, soulève qu'elle se sentait plus libre 35 ans auparavant et qu'alors il lui semblait impensable que la justice s'immisce dans la relation médecin-malade. Elle précise aussi que l'évolution de la législation a encadré les pratiques des médecins et elle utilise comme exemple la loi Léonetti (51) sur la fin de vie. Elle explique à demi mots qu'avant cette loi, la pratique de l'euthanasie à domicile était envisageable et rappelle la polémique concernant la fin de vie de François Mitterrand qui aurait été « aidé » à mourir alors qu'il était déjà mourant. On comprend donc que pour elle, auparavant, la relation médecin-malade était tout à fait singulière et privilégiée et qu'elle pouvait être le lieu de discussions et de choix éthiques parfois en dehors de toute légalité. L'émergence et

l'accroissement de la responsabilité médicale ont changé cette relation qui n'est plus simplement bipartite et privée mais dans laquelle entre le regard de la société. Le médecin a donc des comptes à rendre devant ses pairs, la justice et la société lorsqu'il prend des décisions. On pourrait penser que ce cadre législatif rassure les médecins quant aux limites de leurs pratiques, en réalité il semblerait qu'ils vivent plutôt mal cette évolution qu'ils voient comme une intrusion peu légitime.

Chaque médecin rencontré reconnaît avoir eu peu de connaissances au sujet de la responsabilité médicale, ni des risques encourus par la pratique de la médecine en amont d'une première affaire. Un médecin, Emmanuelle, 63 ans, a fait face à trois contentieux en responsabilité médicale qui l'ont obligée à mieux connaître le cadre juridique de l'exercice de la médecine. Elle tient des propos assez éclairants : « *Avant [l'affaire], on travaille un peu comme ça, sans filet ! [...] On y pensait avant mais sincèrement on travaillait pas avec ça* ». Cela laisse penser qu'ils pouvaient prendre des risques sans avoir conscience de leurs éventuelles conséquences. 'On travaille sans filet' souligne bien l'idée que le médecin est un peu un équilibriste qui a conscience du danger et s'y expose mais ne s'en prémunit pas. Elle souligne que ce risque n'était pas intégré à leurs pratiques en disant 'on travaillait pas avec ça'. Si tous savent que « ça peut arriver », très peu parmi le corpus se sont renseignés en dehors de tout épisode de plainte pour savoir ce que recouvrait la notion de responsabilité médicale.

« *Tu as jamais été confronté à ça, tu sais pas comment ça se passe* » explique Bernard, 70 ans, médecin aguerri qui s'est retrouvé au tribunal de Grande Instance (justice civile) pour un retard de diagnostic après plus de 25 ans de pratique de la médecine générale sans aucun contentieux. En effet, aucun ne connaissait le déroulement normal de la procédure (autrement dit le 'comment'), quelles que soient les instances. Seuls ceux qui avaient déjà eu une première affaire se trouvaient plus armés en termes de connaissance de l'instance et de la procédure pour faire face à ce qui les attendait. Cette idée est confortée par les propos de Véronique, 52 ans. Cette médecin a été convoquée à l'Ordre pour un refus de prodiguer des soins dont elle était accusée par la famille d'un patient difficile, elle dit : « *On a beau savoir que ça va se passer, c'est pas pour autant que je me suis renseignée sur comment ça marche, comment on fait. C'est pas le genre de chose que j'étais allée chercher.* »

Autre fait étonnant, pour plusieurs médecins le risque lié à la responsabilité médicale existe, et est parfois réellement intégré à la pratique avant tout épisode de contentieux. Cependant, ils ne se sont pas du tout formés, ni renseignés sur ce qu'ils encouraient en cas de contentieux. C'est en particulier vrai pour Alain, 63 ans, qui exerce la médecine générale dans une petite ville de province. Il a subi deux affaires de contentieux à l'Ordre. Il précise au cours de l'entretien qu'il s'est toujours intéressé à la responsabilité médicale en ayant comme objectif de prendre le moins de risque possible. Pour lui, avant ses affaires, cela s'exprimait donc par l'adressage chez des spécialistes après deux ou trois consultations pour un même motif et aussi par la protection de ses confrères. En effet, lorsqu'un patient lui fait

part d'un mécontentement envers un confrère il lui dit : « *Vous pouvez attaquer mais attention, si votre plainte est pas bien fondée, le médecin il peut attaquer pour plainte abusive, alors prenez un bon avocat et soyez sûrs de votre dossier.* » Il avait été sensibilisé à cela par un de ses chefs qui lui disait souvent : « *attention il faut pas se tromper d'ennemi, hein, l'ennemi, c'est pas le confrère, c'est le patient !* » Il précise aussi « *ça je l'ai toujours fait puisqu'il y a une vingtaine d'année il y avait quand même des médecins condamnés, il y avait des gens qui s'amusaient, ça avait déjà commencé aux Etats-Unis et dans d'autres pays, et je me disais qu'en protégeant mes collègues, je me protégeais aussi.* » On comprend donc que pour lui la responsabilité médicale semblait être quelque chose de tout à fait prégnant dans sa pratique. A travers cette idée que ce sont les patients qui auraient tort, et pas nécessairement les médecins, je trouve aussi qu'il exprime une certaine idée de sa profession où le médecin serait plutôt au-dessus du patient, fort de son savoir et de la confraternité. Cette idée de la médecine m'apparaît un peu désuète mais il précise bien qu'elle lui a été transmise par un de ses patrons qui exerçait « son art » plus de cinquante ans auparavant. Par ailleurs, son opinion à propos des patients qui portent plainte est claire et transparait à travers ses propos « *il y avait des gens qui s'amusaient* ». Il me laisse croire qu'à ses yeux, ceux qui se plaignent ne le font que pour ennuyer leur médecin et « s'occuper » puisqu'il assimile cela à un amusement. Nous reverrons ceci plus tard dans le développement.

Ce même Alain s'intéressait aussi de près aux revues spécialisées produites par les assureurs qui résument toutes les histoires de contentieux vécus par les médecins au cours d'une année et triés par spécialité. « *En lisant la revue Responsabilités, cette revue m'avait rendu méfiant.* » Ils sont d'ailleurs plusieurs à m'avoir précisé que c'était une des sources d'information sur la responsabilité médicale qu'ils utilisaient. Certains la voient comme une revue de cas, ils lisent donc les différentes affaires décrites dans cette revue pour essayer de s'en souvenir par la suite et être plus alerte si un cas similaire se présente.

« Je recevais la revue Responsabilité que peu de généralistes reçoivent, pour savoir pourquoi les médecins généralistes étaient condamnés, non pas pour savoir quelle condamnation mais parce que je trouvais que sur le plan diagnostic c'était un très bon outil pour heu... Oui, le gars il avait ça, ça et ça et on n'y a pas pensé, il y a des trucs maintenant j'y pense. » Alain.

Pour d'autres, ces petits cas de contentieux en responsabilité sont des rappels à l'ordre, ou encore des exemples de ce qu'il ne faudrait jamais faire. Ils laissent transparaitre ce qu'ils pensent des confrères qui se sont mis dans de telles situations. Les médecins disent cela de manière très elliptique et plus dans le non verbal. Véronique explique ainsi que sa connaissance du risque inhérent à la responsabilité médicale passe uniquement par les histoires de chasse qui sont relayées dans les médias : « *On entend des choses retentissantes à la télévision ou aux infos, oui aussi parce que quand on reçoit, bon je les lis pas systématiquement, mais ça m'est arrivé deux ou trois fois de feuilleter ce que renvoie l'assurance et je me dis quelquefois heu il y a des trucs heu, voilà, quoi !* » Par ses derniers

mots elle sous-entend, sans le dire, que certains médecins font vraiment des erreurs grossières, accompagnant ses propos d'une mimique sans équivoque.

2. *Opinion sur la formation reçue et anticipation*

Les interviewés s'accordent globalement pour dire que leurs connaissances de la responsabilité médicale étaient faibles au regard de ce qu'ils ont découvert lors de leur affaire. On peut donc légitimement se demander dans quelle mesure l'enseignement de ce sujet est inadéquat. J'ai donc posé la question aux médecins que j'ai rencontrés pour savoir comment ils avaient perçu cette notion de responsabilité au cours de leurs études de médecine et comment on la leur avait enseignée.

Il existe des nuances dans les réponses qui semblent liées à l'âge des médecins. En effet, pour les plus âgés du corpus, l'apprentissage de la responsabilité médicale dans ses dimensions juridiques n'était tout simplement pas intégré dans la formation. Ils ont parfois découvert le risque judiciaire lors de plaintes de patients, alors qu'ils étaient internes à l'hôpital, mais cela restait, à leurs yeux, quelque chose de très exceptionnel.

Certains se sont inquiétés de ça lorsqu'ils ont commis des erreurs pendant leur internat. Une plainte aurait pu être déposée et ils sentaient bien que leur hiérarchie ne les aurait pas nécessairement soutenus. C'est ce que rapporte Isabelle, généraliste de 54 ans. Pendant un stage d'internat en cardiologie elle a appelé son chef pour un patient anxieux admis quelques jours auparavant pour un accès de tachycardie dont la cause était encore en cours d'exploration. Le chef a suggéré l'administration d'anxiolytique. Le patient est décédé dans la nuit d'une probable embolie pulmonaire massive. Elle a donc essayé de savoir ce qui avait pu se passer pour mieux comprendre et ne pas renouveler ses erreurs. La réponse qu'elle a reçue était terrible pour elle ; le chef lui a demandé pourquoi elle n'avait pas passé sa nuit au chevet du patient au lieu d'aller donner un coup de main aux urgences. Elle en dit donc : « *quand on parlait d'erreur, on était beaucoup dans la culpabilité* ». Elle regrette beaucoup que l'apprentissage par les erreurs ne soit pas plus valorisé. Elle a eu l'impression d'apprendre uniquement à taire ses erreurs pour mieux les oublier dans la crainte d'une possible sanction. A ses yeux c'est de cette manière qu'on lui a enseigné la notion de responsabilité médicale.

Pour certains si la formation existe elle est insuffisante. Hélène, médecin de 37 ans installée depuis une dizaine d'années, en a retenu ceci : « *On nous expliquait voilà, tu fais de la prison si tu vas au pénal, tu vas au civil, tu donnes des pépettes et voilà, point barre ! Je savais rien du tout, la formation c'est de la grande rigolade* ». Les seules choses qu'elle a retenu sont les sanctions possibles, rien sur le fonctionnement de la justice ni l'attitude à avoir devant un plaignant.

Les plus jeunes du corpus semblent plus au fait des risques liés à la responsabilité médicale et des différents niveaux de responsabilité, « *maintenant, on nous sensibilise à ça, on ne*

peut pas avoir une carrière sans avoir eu 2 ou 3 procès » rapporte Caroline, un jeune médecin de 33 ans. A la lumière des précisions apportées par la première partie de cette thèse, ce qu'elle dit à propos des 2-3 procès relève plus du fantasme et des idées reçues que d'une réalité chiffrée. Cependant, elle a bien intégré la notion de risque lié à la responsabilité médicale, sa pratique semble en être améliorée par rapport à celle de ses confrères plus âgés. Elle sait en effet, par exemple, qu'il est important de bien renseigner un dossier pour pouvoir se justifier en cas de litige. Elle se rend bien compte de la différence de pratique entre ce qu'elle fait, et ce que font des médecins plus âgés, qu'elle remplace, et qui ont tendance à ne pas beaucoup écrire. Elle trouve aussi qu'on apprend aux plus jeunes à se méfier de certaines situations à risque et en particulier des certificats, bien que tous les cas de figures ne soient pas envisagés lors des courts temps de formation.

Globalement, tous se sentent assez démunis devant une juridiction. Aucun ne sait à quoi il peut s'attendre ni quels sont les objectifs du plaignant ou de l'instance à laquelle il est confronté. Les médecins ne sont pas plus au fait du fonctionnement de la justice que la population générale alors même qu'ils exercent un métier qui les expose au risque juridique de manière particulière.

B. Risque de contentieux prévu ?

Les médecins se disent surpris quand un contentieux survient. Je me suis attachée à comprendre dans quelle mesure ils avaient pu anticiper l'arrivée de ce contentieux, soit parce qu'ils avaient perçu le mécontentement du patient, soit qu'ils avaient eu l'impression de s'être trompé ou de ne pas avoir fait tout ce qu'il fallait. Les réponses qu'ils m'ont données sont parfois étonnantes car, s'ils savent que le contentieux est « possible », ils n'imaginent jamais qu'il va vraiment arriver. J'ai essayé de trier les différents mécanismes d'anticipation ou non des litiges avec les patients, bien qu'il n'existe pas de situation « type » en la matière.

1. Litige possible avec parfois une erreur reconnue mais le risque est refoulé

Quelques uns des médecins interviewés avaient tout à fait conscience que les soins qu'ils avaient apportés à leur patient ou que les décisions qu'ils avaient prises n'étaient pas optimales. S'ils se sont sentis gênés immédiatement après le soin, ils ont vite oublié ou refoulé l'affaire en se disant que cela « passerait » jusqu'au moment où l'affaire s'est rappelée à eux quand le plaignant s'est manifesté.

Hervé, un médecin d'expérience de 62 ans, ne souhaitait plus prendre en charge un patient avec lequel il était en désaccord profond. Après lui avoir rendu son dossier médical et avoir prévenu l'Ordre de la manière dont il avait renvoyé de ce patient, il rapporte : « *oui je m'attendais à une réaction de sa part, mais pas que ça irait aussi loin* ». La manière dont il avait préparé le terrain pour se prémunir de toute difficulté en prévenant l'Ordre lui

semblait la meilleure qui soit et il se sentait à l'abri. Il a donc été très désemparé quand la plainte est arrivée.

Caroline, jeune médecin qui a été attaquée pour un faux certificat de virginité précise bien « *Au moment où je l'ai fait je savais qu'il fallait pas le faire, en écrivant je savais que je faisais une bêtise. Mais après j'ai oublié, il s'est rien passé* ». Elle avait rediscuté de ce faux certificat avec une amie généraliste le soir même pour lui exposer la situation dans laquelle elle s'était retrouvée et savoir ce qu'il fallait en penser. Elle était bien convaincue de ne pas avoir bien fait mais dans le même temps, elle avait aussi l'impression d'avoir rendu service à la jeune fille. Or, dans ce cas précis, la jeune fille l'ignorait mais elle était enceinte. Un délai de 6 mois s'est écoulé entre la consultation pour le certificat et la découverte de la grossesse, Caroline a pu imaginer qu'elle n'entendrait plus parler de cette erreur et a été très surprise de la plainte des parents et de la jeune fille.

Il est amusant de constater que si les médecins savent bien qu'ils sont dans une situation « à risque », ils essaient tout de même de se convaincre qu'il ne va rien se passer. Cette attitude pourrait faire penser à une forme de déni. C'est sans doute favorisé par le fait que dans la majorité des cas, les patients ne portent pas plainte.

2. Contentieux imprévu car concerne un patient peu connu ou une vieille histoire

Dans quelques affaires, la plainte intervient longtemps après l'intervention du médecin, parfois jusqu'à dix ans après. Naturellement, le médecin ne s'en souvient pas ou plus et donc lorsque la mise en cause survient il ne s'y attend pas. Emmanuelle, un médecin qui a pris en charge un jeune patient qu'elle rencontrait pour la première fois dans le cadre d'une permanence au tout début de son installation raconte :

« Dix ans plus tard, une dame arrive dans mon bureau et vient me raconter une histoire horrible de ce jeune homme qui est mort pendant le transport en allant de l'hôpital où je l'ai fait arriver à un autre hôpital. [...] Je dis bon, mais qu'est-ce qu'il s'est passé ? Pourquoi on ne m'a jamais tenue au courant ? [...] une histoire de 10 ans qui se ré-ouvrait comme ça c'est déjà un choc. »

Au moment où elle prend connaissance de la plainte, non seulement elle ne se souvient plus de la situation initiale mais en plus elle apprend la « suite » tragique de l'histoire médicale. Elle n'avait en effet vu ce patient que quelques minutes, le temps de se rendre compte que quelque chose n'allait pas. Elle l'avait envoyé aux urgences en ambulance et ne s'était pas du tout préoccupée de ce qui s'était passé ensuite, ayant continué sa permanence. On peut comprendre sa surprise quand la mère de ce patient vient la voir 10 ans après pour l'informer de sa plainte.

Une autre situation dans laquelle le médecin ne s'attend pas à la plainte c'est quand il ne s'est que peu impliqué avec un patient « de passage » pour lequel il n'a souvent peu ou pas noté dans le dossier.

3. *Risque non anticipé car très bon lien avec le patient*

A contrario, lorsque le lien avec le patient est considéré comme de bonne qualité, car ancien ou bien avec une confiance mutuelle telle que le patient a pu se livrer sur des sujets parfois difficiles, lorsqu'une plainte survient, le médecin est souvent très étonné et parfois meurtri, surtout quand il s'est beaucoup impliqué auprès de ce patient. Il peut exister parfois une réelle impression de trahison par ce patient pour lequel le médecin dit s'être « tant dévoué ». Cette rupture de la relation déstabilise fortement les médecins.

Didier, un médecin de 52 ans, raconte qu'il ne s'attendait pas à une plainte émanant d'un jeune patient qui l'accusait d'un retard diagnostic fautif car il avait suivi le père de ce jeune homme à domicile pour une prise en charge palliative dans le cadre d'une fin de vie et « *cela s'était très bien passé, la mère était très contente, il y avait une bonne accroche. Et donc ça m'a d'autant plus choqué qu'il y avait cette relation qui paraissait très forte ! [...] je m'attendais absolument pas à ce que cette famille me crée des problèmes !* ».

On peut s'étonner ici de la manière dont il associe la fin de vie du père avec l'impression que 'cela s'était très bien passé'. Probablement, c'est une façon pour lui de me faire comprendre combien la relation était bonne puisque cela s'était passé paisiblement et que la mère avait continué à venir le voir. La façon dont il présente les choses me laisse penser qu'il s'était impliqué personnellement auprès de cette famille à ce moment-là et qu'il s'attendait sans doute à plus de reconnaissance. Il est aussi intéressant de noter les mots qu'il utilise pour désigner la plainte, qu'il prend à cœur : 'me crée des problèmes'. Par là il me fait comprendre qu'il a vécu cette plainte comme si cette famille avait pour projet de lui nuire.

Cette surprise ressentie par les médecins quand la plainte arrive est bien mise en évidence par Isabelle, médecin de 54 ans qui était alors installée depuis un peu moins de 10 ans. Elle a été bouleversée par l'attitude d'une de ses patientes qui la mettait violemment en cause pour un retard de diagnostic, alors même que la pathologie avait pu être prise en charge avec succès. Isabelle avait été très disponible avec cette femme pour entendre son histoire familiale très douloureuse. « *C'est une dame que je connais depuis très longtemps, je connaissais tous les détails de sa vie, hein, [...] moi j'étais très secouée par cette histoire, [...] le fait de l'avoir beaucoup écoutée, que ça ne pèse plus rien tout d'un coup...* » Elle s'est sentie blessée d'être ainsi accusée, alors qu'elle lui avait consacré beaucoup de temps. Cette plainte venait casser la relation qu'elle pensait très forte avec cette patiente.

4. Notion d'existence d'un facteur favorisant

Quand ils avaient fini de m'exposer leur affaire, et s'ils ne me l'avaient pas précisé spontanément, j'ai proposé aux médecins de se replacer dans le contexte et de rechercher s'il a pu exister un facteur ayant favorisé la plainte du patient, tel qu'une préoccupation personnelle ou bien un agacement lors de la consultation. La majorité n'en trouve aucun, ayant eu l'impression d'être totalement disponible pour le patient. S'il y a pu avoir une incompréhension, celle-ci n'est, pour eux, pas liée à un manque de disponibilité. Ils n'ont pas du tout abordé les questions d'organisation du cabinet et la possibilité que parfois cela fonctionne mal et puisse favoriser un manquement et / ou la survenue d'un litige.

Seulement deux médecins estiment qu'ils n'étaient ce jour-là, avec ce patient-là, pas aussi attentifs ou disponibles que d'habitude pour différentes raisons.

Patrick, médecin de 55 ans, accusé de violence sur une enfant, admet s'être rendu en visite en étant déjà dans un mauvais état d'esprit vis-à-vis de la mère de cette enfant. Etant déjà agacé avant même de commencer sa consultation, il s'est laissé emporté et a frappé la petite fille qui ne se laissait pas examiner pour qu'elle se calme.

Isabelle reconnaît que si, personnellement, à ce moment-là, elle était tout à fait disponible pour ses patients, elle a été induite en erreur par le fait de savoir tout ce qui se passait dans la famille de la patiente et parce que cette dernière se plaignait de maux de dos alors qu'elle consultait pour ses enfants. Elle a donc orienté son interrogatoire qui a été sans doute mal perçu par la patiente. Cela a ainsi pu favoriser le mécontentement et la plainte :

« Alors dans l'histoire c'est vrai qu'il y a quand même quelque chose de particulier, c'est que le frère de cette femme-là, c'est un garçon qui a fait beaucoup de bêtises et donc juste quelques semaines avant, il était suspecté de trafic de hachisch [...] et donc quand je l'ai vue arriver un peu hagarde je me suis dit qu'elle prenait aussi du hachisch [...] c'est quelque chose qu'elle m'a reproché d'ailleurs, parce qu'elle a bien senti que je lui ai posé la question de manière un peu détournée pour voir si elle en prenait et tout ça. A mon titre personnel, non, moi je cours tout le temps mais je n'avais pas de drame spécial dans ma vie, quoi. » Isabelle.

Est-ce que le fait qu'elle « court tout le temps » a pu participer à cette mauvaise interprétation d'un des symptômes ? Elle ne se pose pas la question. Cependant, elle admet tout de même avoir très mal compris cet état 'hagarde' de sa patiente qui en réalité s'était surdosée en antalgique dérivé de la morphine (ce qu'elle a su plus tard). Aurait-elle mieux orienté son interrogatoire si elle avait pris plus de temps ? Ce questionnement rejoint l'idée que le temps du médecin n'est pas toujours le temps du patient. Elle pense avoir été parfaitement disponible pour cette patiente mais peut-être qu'il fallait davantage de temps à cette patiente pour bien s'exprimer sur sa douleur. Je m'étonne encore ici qu'aucun des médecins n'ait soulevé ce sujet dans sa réponse.

Un autre facteur favorisant a été mis en évidence par deux jeunes médecins. Elles pensent que si elles se sont retrouvées mises en cause par des patientes, c'est sans doute lié à leur inexpérience. Face à une situation qui les mettait en difficulté, elles n'ont pas su dire non. Dans un cas, Hélène, alors tout juste installée, a prolongé un arrêt de travail sur une demande téléphonique émanant du mari de la patiente concernée qui elle-même n'était pas en France : *« J'étais jeune installée, donc peu de bouteille, je lui ai établi un duplicata. »* L'employeur de cette patiente a signalé l'anomalie à l'Ordre des médecins et elle a été condamnée à un blâme. Elle précise clairement dans sa réponse qu'elle avait 'peu de bouteille' ce qui signifie qu'elle n'était pas assez méfiante et ne se doutait pas une seconde que des patients puissent avoir ce genre d'agissement envers leur médecin.

Dans l'autre cas, Caroline a rédigé, à la demande très pressante des parents d'une jeune fille, un faux certificat de virginité explique : *« Ce sont des gens qui ont profité de mon inexpérience. [...] Ils ont fait exprès de venir me voir moi et pas les autres médecins qui étaient plus vieux et plus âgés et qui devaient savoir qu'il ne fallait pas le faire. »* Elle se souvenait bien d'avoir été mise en garde à la faculté pour la rédaction des certificats mais ne se rappelait pas avoir su ce qu'il fallait faire en cas de demande de certificat de virginité. Un médecin plus âgé aurait sans doute eu par l'expérience, la capacité de résister car on peut imaginer qu'il aurait déjà été confronté à ce type de demande. Je me demande, après avoir relevé les difficultés de ces deux jeunes médecins, s'il n'a pas manqué quelque chose dans leur formation qui leur aurait permis de s'affirmer face une demande qui leur apparaissait comme étant inappropriée.

A l'issue de ce début d'analyse, je fais l'observation que les médecins ne semblent pas toujours capables d'anticiper la survenue d'un contentieux, même si parfois ils reconnaissent s'être retrouvés dans des situations qu'ils ont perçues comme étant « à risque ». D'un autre côté, ils ont su faire eux-mêmes une analyse de la situation qui les a conduits aux contentieux pour retrouver des facteurs favorisants. D'autre part, il ne paraît pas exister de lien évident entre l'insuffisance de formation et le risque de contentieux puisque de jeunes médecins, plutôt mieux informés, sont confrontés eux aussi à des affaires.

Quand l'affaire commence, qu'ils aient pu la prévoir, ou qu'ils puissent comprendre qu'elle arrive au regard de la situation médicale d'origine, différentes attitudes émergent selon le type de contentieux, la situation médicale initiale ou bien encore le tempérament ou l'expérience du médecin.

II. Face à l'instance

A. Au début de l'affaire

1. Prendre connaissance de la mise en cause

L'affaire peut débuter de différentes manières plus ou moins stigmatisantes pour le médecin. Ce qui semble être le moins difficile est le courrier simple ou bien le coup de téléphone par lequel le médecin apprend sa mise en cause. Vient ensuite le courrier recommandé qui est le moyen le plus utilisé par les différentes instances pour signifier la mise en cause.

Didier, un médecin de 52 ans, a reçu une assignation à comparaître qu'il a dû aller chercher à la mairie de son domicile. Il a trouvé cela très désagréable car il a pris sur son temps de travail pour s'y rendre. De plus, il a eu l'impression d'être regardé de travers par certains des employés municipaux qui étaient aussi des patients.

Enfin, deux médecins ont vu arriver un huissier au cabinet. Cette situation semble être la plus pénible car l'huissier ne met pas toujours de gants pour expliquer le but de sa visite au milieu d'une journée de consultation. Il signifie parfois la mise en cause assez ouvertement et les patients qui sont dans la salle d'attente sont alors mis au courant. Cependant, à ce moment-là, le médecin est encore théoriquement présumé innocent...

« Un beau matin un huissier arrive au cabinet avec un papier bleu, au vu et au su de tout le monde, hein, il y avait des patients autour, il y avait ma secrétaire, et il a dit – ben je viens pour déposer un papier pour convoquer le docteur puisqu'il est inculpé dans une histoire d'homicide involontaire – ce qui est très agréable quand ça se passe au cabinet. » Explique Pierre, un médecin à la retraite. Cette affaire lui est arrivée quand il était encore jeune installé, dans les années 80.

Parfois le plaignant se manifeste avant même que les instances aient sollicité le médecin. Dans deux affaires les médecins ont eu à faire face à des patients très en colère. Ils ont parfois eu peur de subir de la violence physique tout en se laissant atteindre par les propos très violents des patients à leur égard.

Isabelle raconte en effet que lorsque sa patiente a su le diagnostic de sa tumeur, par le biais d'un autre médecin consulté en parallèle, et cela quelques semaines seulement après qu'elles se soient vues pour ce même problème au cabinet, elle a eu à subir son mécontentement : *« Un jour je reçois un coup de fil, une furie, 20 minutes au téléphone en train de hurler [...] donc, elle vient me voir au cabinet, une furie, une furie... je pouvais pas en caser une et j'étais... j'étais très secouée par cette histoire-là. »*

Certains ont insisté sur l'opacité des formulations de la justice qui engendre un stress supplémentaire car ils comprennent mal ce dont on les accuse et ce qu'ils encourent. Bernard, précise en effet à propos d'une plainte déposée devant la justice civile pour un retard de diagnostic de cancer par la famille de la patiente décédée : *« Tu lis le papier, tu comprends rien parce que c'est des termes juridiques. »*

Un autre médecin, Sylvie, 60 ans, souligne à quel point les mots contenus dans le document qui signifie la mise en cause peuvent être mal perçus d'autant plus qu'elle se sentait attaquée injustement pour un retard diagnostique fautif pour une patiente très difficile et exigeante : « *la mise en cause était insupportable et puis les textes qu'on a reçus étaient horribles* ».

D'autres enfin précisent que dans la mise en cause formalisée sur le document qu'ils reçoivent, ils ne peuvent aucunement savoir ce qu'ils doivent faire ni ce qui va se passer ensuite et cela participe à l'anxiété du départ. C'est notamment le cas de Didier, médecin accusé par son jeune patient d'un retard diagnostique : « *Alors, oui, très agréable, on reçoit un papier complètement sec en plus, c'était pas très drôle.* »

2. Ressenti immédiat

Au moment où le médecin comprend qu'il est mis en cause par un patient ou sa famille il ressent toujours cela comme une mauvaise nouvelle avec un degré d'intensité variable mais souvent élevé. La surprise est souvent totale comme je l'ai montré précédemment. A la lumière des différents entretiens, je peux aussi affirmer qu'elle est en tout cas vécue comme telle par les médecins interviewés. Pour ceux qui ne savaient pas du tout ce qui était arrivé à leur patient, c'est parfois l'occasion de découvrir un décès ou une aggravation importante, et cela augmente l'impression de catastrophe. Les mots qu'ils utilisent pour désigner ce moment sont : « on ressent un grand vide », « un stress intense », ou bien « une sidération » « ça fait peur parce qu'on sait pas ce qui va nous arriver ».

Bernard, ce médecin à la retraite, rapporte pudiquement son ressenti après avoir signé l'assignation que lui apportait l'huissier à son cabinet : « *la première chose que ça fait, c'est un drôle d'effet, sur le moment ça m'a fait un drôle de coup.* » C'était pour lui la première fois qu'il était mis en cause par un patient devant une juridiction après de nombreuses années d'exercice.

Françoise, médecin de ville de 54 ans, raconte au sujet d'une affaire où elle a été mise en cause par le mari d'une de ses patientes psychotiques : « *C'est vraiment une situation de stress, la tachycardie, une situation d'urgence. Vous imaginez pas que ça peut vous tomber dessus.* » La mise en cause est arrivée bien après le début de l'histoire médicale litigieuse, et peu de temps avant, le mari était venu la voir pour qu'elle remplisse le dossier de sa femme pour la MDPH³. Ils avaient alors discuté de ce qui arrivait à la patiente qui était encore hospitalisée. A aucun moment elle n'a pu ressentir d'animosité ni de rancœur de ce patient envers elle au cours de la consultation. Les mots qu'elle choisit pour désigner ce moment sont très forts tels que 'situation d'urgence'. Elle établit une comparaison avec l'urgence

³ MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées, le dossier à déposer pour obtenir des prestations sociales est à remplir par le médecin traitant, c'est assez long et fastidieux. Plus d'info : www.MDPH.fr

médicale dans laquelle la vie d'un patient est en jeu. C'est dire si elle a mal vécu ce moment !

Hélène, jeune médecin, explique qu'après avoir ouvert le recommandé dans lequel la plainte était signifiée : *« Je savais pas que j'allais déjà avoir des problèmes ! Enfin ça a tout de suite voulu dire problèmes. Je sais pas pourquoi, mais problèmes. Fallait que je m'explique, que je me justifie donc beaucoup de surprise heu, et pas savoir comment faire parce que jeune installée hein, au moment d'ouvrir la lettre heu, oui, tiens, c'est quoi c't'histoire ? Beaucoup de surprise et des ennuis ! »* Elle était mise en cause à l'Ordre par un employeur pour un arrêt de travail supposé de complaisance et ne se souvenait pas très bien de ce qu'elle avait écrit dessus. A ses yeux, la surprise est majorée par le fait qu'elle n'y connaît rien. Elle est face à deux découvertes, celle de la plainte et cette facette de la responsabilité médicale.

Nicole, une médecin de 53 ans installée dans une banlieue plutôt défavorisée, m'a expliqué la seule image qu'elle avait du contentieux en responsabilité médicale. Il s'agissait d'une affaire dans laquelle un de ses confrères s'était retrouvé menotté entre deux policiers à l'instant même où on lui signifiait son accusation. Et ce, devant ses patients. Il était mis en cause pour avoir soigné une plaie par balle sans la déclarer. Quand Nicole a reçu sa propre mise en cause, elle a craint que le même scénario lui soit infligé.

Une idée récurrente qui revient quelques entretiens c'est la crainte éprouvée au tout début de l'affaire par les médecins d'avoir à verser eux-mêmes une indemnité financière du fait de leur mise en cause.

3. Importance de la mémoire du cas

Au moment où le papier de mise en cause arrive, dans la majorité des cas étudiés ici, le médecin ne souvient pas toujours du patient qui l'incrimine, ni à quelle histoire cela fait référence. D'autant plus qu'il existe parfois un délai entre la prise en charge et la plainte. Tout ceci contribue à augmenter la sensation d'incompréhension et d'arbitraire et en conséquence de stress.

Bernard le dit bien clairement et spontanément : *« Ma première angoisse ça a été de me dire ben, je me souviens plus de cette histoire. C'est une histoire qui avait été classée. »* La plainte arrive en effet 2 ans après la dernière consultation.

Au début de l'entretien, les médecins disent qu'ils ne se souviennent plus de ce qu'il s'est passé au moment de la prise en charge du patient pour lequel ils sont mis en cause. Progressivement dans la suite de l'entretien, ils se remémorent l'histoire et finalement la racontent la prise avec des détails d'une précision surprenante. Ils peuvent même parfois décrire dans le détail le contexte dans lequel a eu lieu la consultation à l'origine du contentieux. Cette apparente contradiction est étonnante et met en valeur le souhait qu'ils ont d'oublier ce patient sans y parvenir.

A contrario, certains se souviennent parfaitement du cas qui peut être récent. Ayant d'emblée l'impression d'avoir parfaitement fait leur travail, ils ne comprennent pas la mise en cause. Ils étaient bien conscients d'être face à une situation d'urgence et d'incertitude ayant la sensation que le patient n'allait pas bien sans savoir pourquoi. Ils ont donc eu à leurs yeux une attitude adaptée.

4. Avertissement

Au début de l'affaire, quelques médecins savaient que le patient et / ou sa famille étaient mécontents. Ils avaient parfois été informés de la décision de porter l'affaire en justice mais, invariablement, ne s'attendaient pas à de telles conséquences et n'avaient pas anticipé le contentieux.

Bernard explique encore, un peu plus tard dans l'entretien : « *Le chirurgien m'avait appelé en me disant - j'ai vu [le proche] il est très revendicatif, heu, je préfère vous prévenir - . Ça, pendant deux ans, j'en ai pas entendu parler et puis quand le petit papier bleu est arrivé, j'ai compris que c'était [le proche] qui avait porté plainte [...].* » Le chirurgien a en effet opéré la patiente en extrême urgence mais elle est décédée pendant l'opération. Il a donc été en contact avec la famille à ce moment là et a pu leur expliquer ce qui s'était passé. Etant donné la soudaineté de ce décès, la famille a sans doute été très choquée. Je comprends à travers ses propos que le Dr. Bernard avait été averti mais qu'il a sans doute pensé que cette menace de plainte arrivait dans un contexte de peine et de colère, et donc que les proches n'iraient pas au bout de ce processus une fois la douleur apaisée. Cette réaction de mise à distance initiale d'un mécontentement repose sans doute sur sa grande expérience du comportement des patients. Tout ceci est bien confirmé par la réalité chiffrée du nombre de contentieux, les médecins savent bien, en effet, que ce n'est pas parce que le patient manifeste un mécontentement qu'il va nécessairement porter plainte. Cette expérience des patients favorise clairement cette attitude de déni que présente Bernard.

B. Réactions d'urgence

Quand le médecin est au courant de l'accusation portée contre lui, une fois passé l'effet de surprise désagréable du départ, arrivent les premières réactions. Les attitudes varient beaucoup mais j'ai pu les regrouper en quatre cadres.

1. *Je ne sais plus ce que j'ai fait*

Si le médecin peut parfois assez vite se re-souvenir du patient pour lequel il est mis en cause, l'anxiété ressentie bloque souvent les souvenirs de la prise en charge médicale. Après avoir retrouvé le dossier qui parfois est assez inaccessible ou mal rangé : « *Après la panique où tu te dis est-ce que je vais retrouver le dossier parce que... si tu veux, un jour je t'emmènerai dans notre cave de cabinet, je te dis pas comment c'est !* » dit Bernard. Cet écueil quant à la traçabilité existe parfois dans les cabinets de médecine générale quand le système

d'archivage n'est pas clair, ou bien encore par exemple quand les médecins changent de logiciel de consultation. Ce pourrait bien être un critère de qualité et de sécurité facile à mettre en œuvre pour les généralistes.

Une fois le dossier ressorti, les médecins peuvent raviver le souvenir de la consultation pour laquelle ils sont mis en cause. « *Tout de suite je me suis dit merde, mais qu'est-ce que j'ai fait !* » Bernard.

Didier explique : « *Quand on m'a assigné, ma première inquiétude ça a été d'aller tout de suite regarder dans mon dossier ce que j'avais mis [...] et donc en relisant, pour moi, en conscience, j'avais fait ce qu'il fallait et en plus, je ne sais pas par quel miracle, parce qu'il faut bien reconnaître que parfois dans notre bousculade il y a pas forcément tous les éléments qu'il faut, mais là, justement, il y avait beaucoup de choses assez détaillées* » Il était mis en cause par un jeune patient pour un retard diagnostique d'une tumeur et s'est félicité d'avoir bien formalisé dans le dossier l'incertitude qui persistait à l'issue de la consultation. Il avait aussi noté à la fois tous les éléments positifs et négatifs de l'examen clinique qui pouvaient le dédouaner de toute responsabilité en cas de litige. Là encore, il relève l'importance d'avoir des critères de notation très précis dans les dossiers. Par ailleurs, il emploie le mot : 'bousculade' pour expliquer que parfois les médecins vont trop vite, mais n'a pas eu l'impression lors de cette consultation de n'avoir pas pris suffisamment de temps pour comprendre ce qu'il se passait.

Parfois ils n'ont pas suffisamment noté pour confirmer ou non qu'ils ont bien agi et ne se souviennent pas. Là, ça devient un peu plus difficile. En effet ceci est bien éclairé par les propos d'Hélène, la jeune médecin mise en cause par un employeur pour un arrêt de travail supposé de complaisance, qui explique : « *Donc je lui ai établi un duplicata n'ayant pas noté dans l'ordi si j'avais fait une semaine ou 15 jours [...] et donc moi j'aurais toujours le doute de lui avoir prescrit une semaine et pas 15 jours et en fin de compte elle était pas en France quand j'ai fait le duplicata à son mari.* » Non seulement elle ne sait plus exactement ce qu'elle a fait, mais en plus elle n'a aucun moyen de justifier son attitude auprès du conseil de l'Ordre puisqu'elle n'en a aucune trace écrite.

Un autre médecin, Véronique, 52 ans, abonde dans ce sens : « *C'était un patient de passage, je ne savais même pas si j'allais le revoir donc du coup je n'avais pas mis autant de chose que ce que j'aurais mis dans le dossier d'un patient normal que je suis plus régulièrement, où j'aime tracer les choses.* » Heureusement pour elle, la plainte est arrivée assez peu de temps après la consultation, elle a donc été capable de se souvenir de ce qu'elle avait fait tout en admettant qu'elle n'était plus tout à fait certaine de certains détails. Elle fait bien la distinction entre ce patient inconnu pour lequel elle n'a pas pris de précaution et ses patients habituels où elle 'trace les choses' dans l'idée sans doute d'améliorer le suivi mais aussi peut-être de pouvoir répondre de ses actes. Elle précise aussi dans cet extrait avoir un peu « survolé » la prise en charge de ce patient. Deux autres médecins l'ont aussi souligné, parmi eux, Patrick, 55 ans, a même précisé « *à quoi bon se faire chier pour des gens qui*

reviendront pas ! » On sent que l'expérience de ces médecins, hommes et femmes, joue plutôt en la défaveur de ces patients 'intermittents' mais aucun de ces trois médecins n'a établi de lien entre l'affaire et cette attitude que les patients doivent sans doute ressentir.

En relevant les propos des médecins du corpus concernant les dossiers-patients, je comprends combien leur qualité peut dépendre parfois de critères très subjectifs tels que le temps ou bien l'absence d'implication avec un patient de passage. Par ailleurs, le classement de ces dossiers, qui constituent à eux seuls un outil de défense devant la justice, semble être un sujet qu'il faut traiter avec précision afin de pouvoir retrouver les documents rapidement et sans perte d'information. Il me semble pourtant que la majorité des médecins que j'ai rencontrés avaient conscience de l'importance du dossier et que celui-ci constituait clairement à leurs yeux un critère objectif de qualité et de sécurité dans leur prise en charge. Savoir cela ne les a pas empêchés de perdre une partie de leur objectivité dans ce qu'ils ont laissé comme trace de la consultation et cela a parfois pu en mettre en difficulté l'un ou l'autre.

2. *Je cherche l'erreur*

Au début du contentieux, certains se remettent en cause : si le patient se plaint et va aussi loin, c'est que forcément quelque part ils sont commis une erreur. Alors ils épluchent le dossier et leur mémoire pour trouver la faille dans leur prise en charge afin de comprendre le pourquoi de la plainte. Isabelle explique qu'après avoir repris le dossier sans trouver d'erreur manifeste dans une affaire de retard diagnostique *« Je reprenais le soir 300 fois quoi, [...] donc il y a un moment où on devient fou avec ça. »* Elle cherchait sans cesse à se justifier et n'a pu admettre la bonne qualité de sa prise en charge que lorsqu'elle a été amenée à l'exposer au président du Conseil de l'Ordre. Ce médecin cherchait l'erreur dans la prise en charge qu'elle avait proposée et ne la trouvait pas. Elle restait en effet incapable d'analyser les faits plus sereinement, tétanisée par l'agressivité de la patiente envers elle. Au sein du corpus, elles sont deux femmes à avoir subi ce type de comportement très violent. Pour Isabelle, cela a été très difficile car elle connaissait bien la plaignante qui était sa patiente depuis longtemps et ne s'attendait pas du tout à cette agressivité mêlée de colère. A l'opposé, Véronique a reçu cette véhémence de la plaignante avec plus de recul. Elle connaissait peu le patient ou la plaignante et était tout à fait convaincue d'avoir fait de son mieux.

Une autre, Emmanuelle, explique : *« j'ai cherché à savoir, je me suis dis est-ce que j'ai fait une grosse connerie est-ce que je suis passée à côté d'un truc que j'ai rien vu, que je suis nulle, que bon ! Mais non ! C'était pas ça. »* Dans notre corpus, cette recherche de l'erreur dans un but de compréhension de la situation semble être d'avantage exprimée par les femmes. Les hommes auront plutôt tendance à chercher à savoir s'ils ont commis une erreur simplement dans l'idée de mieux se défendre. Au travers de ces différents exemples, une différence d'attitude des médecins suite à la plainte semble émerger selon que c'est une

femme ou un homme, mais aussi selon la manière dont le médecin a pris connaissance de la plainte et a été ou non confronté au plaignant. Cependant, cette impression de différence d'attitude entre les hommes et les femmes reste à manier avec beaucoup de précaution car le recrutement manque d'exhaustivité pour pouvoir affirmer cela plus nettement.

3. *Forcément coupable*

Parfois cela va plus loin et les médecins se disent immédiatement que s'ils sont devant la justice, si la justice a retenu le dossier et s'en mêle, c'est qu'ils sont coupables et qu'ils vont de toute façon devoir payer. Dès l'instant où ils se trouvent mis en cause ils ne regardent plus le dossier concerné avec le recul nécessaire et se dévalorisent en ne voyant que ce qu'ils ont raté ou pas fait aussi bien qu'ils auraient pu. Cette perte de confiance apparaît plutôt dans des cas où il est arrivé quelque chose de grave au patient même si souvent le médecin a agi selon les règles scientifiques et déontologiques et n'a, a priori, pas commis d'erreur.

Françoise, 54 ans, décrit son ressenti au début de l'affaire : « *ben dans ces cas-là, on se sent forcément coupable ! J'étais complètement partie sur l'histoire psy, j'ai bidouillé les psychotropes et puis après je me suis dit mais pourquoi elle est dans le coma ?!* » Sa patiente était difficile à prendre en charge, c'était une psychotique dont le traitement ne permettait pas de réguler les symptômes. Le mari de cette femme appelait régulièrement Françoise pour des visites. La dernière fois qu'elle l'avait vue, la patiente était très « décompensée » au niveau psychique et en piteux état physique (délirante, cachectique...). Elle a proposé de la faire hospitaliser mais la patiente et son mari ont refusé, elle a donc uniquement modifié le traitement. La remplaçante de Françoise a été appelée peu de temps après cette consultation pour une autre visite et a jugé utile de faire un bilan sanguin dont elle a pisté les résultats normaux dans la journée. Elle avait parfaitement noté tous les éléments de cette visite dans le dossier médical. La nuit après cette visite, la patiente est tombée dans le coma. Comment, à la place de Françoise, ne pas s'en vouloir de cette prise en charge qui ne semblait pas optimale ? Elle n'a pas su tout de suite la cause du coma et a donc eu le temps de penser qu'elle en était responsable.

4. *Attaque personnelle*

J'ai été surprise de comprendre que pour deux ou trois médecins, la première réaction a été de penser qu'on venait les attaquer personnellement avec la plainte, que le plaignant n'en voulait pas tant à la façon dont ils avaient travaillé qu'à eux-mêmes. Les propos tenus par Didier vont tout à fait dans ce sens : « *D'abord j'ai pensé : qu'est-ce qu'on vient m'enquiquiner avec cette histoire ?* » Il présente les choses d'une telle manière que je comprends qu'il ne s'attendait pas à être ainsi attaqué. Il me semble aussi qu'il se considère au dessus de tout soupçon. Didier est sûr d'avoir raison, il n'accepte pas tellement que le plaignant l'attaque. Par ailleurs, il choisit de désigner la mise en cause par le terme 'enquiquiner' ce qui peut aussi laisser penser que ça ne l'ennuie pas tant que ça dans le sens

où c'est une petite affaire, mais qu'on ne fait ça que pour lui faire perdre du temps. Il semble que Didier se positionne d'emblée au dessus de cette 'attaque' et qu'il est conforté en cela par la qualité de son dossier et de sa prise en charge.

Plus tard dans l'entretien il précise bien les circonstances dans lesquelles le plaignant a essayé de le mettre en défaut : « *Un jour il vient me voir, c'était au début de son histoire, - je déménage est-ce que vous pouvez me donner mon dossier médical ? - [...] je lui donne et il s'en va. Et en fait, l'objectif c'était de me planter* ». Il ne retient donc qu'une seule chose de cette mise en cause, c'est la duplicité du patient et son intentionnalité, qu'il met bien en valeur par l'expression 'me planter' qui peut être comprise de plusieurs manières mais qui dans ce contexte signifie 'me faire tomber'. Il tombe en effet de haut avec ce jeune homme et sa famille avec lesquels il pense avoir une bonne relation tissée autour du décès du père de famille. Cette façon de considérer la plainte comme une intention de lui nuire est commune à trois médecins dont Didier. Pour les deux autres, Alain (63 ans) et Emmanuelle (63 ans), cette pugnacité s'exprime lors d'une seconde affaire. Dans ces trois cas il faut bien noter que les médecins n'ont pas été condamnés et on peut donc légitimement penser que les plaignants n'avaient pas d'argument solide pour les mettre en défaut. Ces médecins ont eu des réactions plutôt rapides pour préparer une défense et ont été assez combatifs car sûrs de la qualité des soins qu'ils avaient prodigués à leur patient.

J'ai donc dressé un tableau des réactions immédiates des médecins à la découverte de la mise en cause. L'importance du dossier médical et de ce que le médecin y a écrit apparaît clairement comme nous l'avons déjà précisé plus avant dans l'exposé. Dans certaines procédures, ce dossier peut être saisi en vue d'expertise. Devant la justice civile, seuls les éléments constituant formellement le dossier (comptes rendus d'examen, d'hospitalisation ou de consultation) peuvent être demandés. En revanche, en cas de procédure pénale, l'ensemble du dossier est saisi, y compris les notes personnelles du médecin au sujet du patient. Parmi ceux que j'ai interviewés, ils sont peu nombreux à avoir éprouvé des difficultés liées à cette levée du secret puisqu'ils étaient sûrs d'avoir suffisamment formalisé les choses pour pouvoir se justifier et se faire comprendre. Que le dossier soit saisi entièrement ou partiellement ne semble ne pas avoir d'incidence sur l'inquiétude du médecin.

C. Faire face

Une fois passées les premières réactions qui découlaient de l'effet de surprise lié à la découverte de la mise en cause, les médecins vont s'attacher à se préparer à faire face à cet événement de vie devant lequel ils sont souvent très démunis au départ. Ils vont pour cela traverser plusieurs étapes et c'est ce cheminement que je vais essayer de mettre en lumière à présent.

1. Construire sa défense

C'est une des étapes communes à tous les médecins que j'ai rencontrés, chacun à sa manière s'est préparé à répondre de ses décisions dans l'idée de pouvoir anticiper le moment de la confrontation avec la juridiction. Cette construction de leur défense est souvent progressive et parfois laborieuse.

- Se rassurer et enquêter

Après avoir pris connaissance de la mise en cause et dépassé le stade de la découverte, certains ont eu besoin en premier lieu de comprendre ce qu'il était arrivé à leur patient. Surtout dans le cas où une chaîne de responsabilités a abouti à la plainte. Ils vont donc se tourner vers l'hôpital ou vers leurs confrères qui ont pris le patient en charge ou vers des experts pour avoir leur opinion sur le cas. Le succès de cette entreprise est parfois limité et, s'il permet à l'un ou l'autre de se rassurer, il induit parfois un stress supplémentaire quand on leur ferme l'accès aux données. Ils se sentent alors stigmatisés et ont l'impression qu'ils seront d'avantage soupçonnés s'ils fouillent un peu trop dans les archives du patient. C'est ce qu'a ressenti Emmanuelle quand elle s'est renseignée pour savoir ce qu'il était arrivé à son patient pris en charge 10 ans auparavant :

« De mon côté j'appelle un copain cardio car je savais que c'était du côté cardio que ça se passait, et il me donne une hypothèse de l'histoire, je dis d'accord ça devait se passer comme ça, et je me dis ben tant qu'à faire, je vais aller à l'hôpital et je vais essayer d'en savoir plus, [...] il a fallu que je fasse ma propre enquête... quand j'ai parlé à mon copain cardiologue, et qu'il m'a dit ce que ça pouvait être, j'ai compris, ça collait bien avec l'histoire, je me suis dit bon, voilà, laissons le truc heu je m'en mêle plus, parce que plus je m'en mêlerais, plus ça va être compliqué et plus on va penser que je suis participante à ce merdier. Sauve qui peut, il y a déjà un mort, j'ai pas envie que le deuxième ce soit moi ! » Ces derniers mots sont très forts même si elle les a, en réalité, prononcés sur le ton de l'humour. Il y a tout de même une part de vérité dans cette crudité de langage. Elle n'a jamais su exactement ce qu'avait eu ce patient et c'est l'histoire médicale qu'elle désigne par 'le merdier'. Elle ne sait pas du tout dans quelle mesure elle n'a pas raté quelque chose et reste donc très inquiète de l'issue de l'affaire. Cela transparaît bien dans sa dernière phrase où elle parle d'un deuxième mort. Elle voit donc sa place dans l'affaire judiciaire comme celle d'une potentielle victime qui pourrait 'mourir' d'être reconnue coupable injustement. C'est aussi pour ces raisons qu'elle a absolument cherché à savoir tout ce qu'il s'était passé après qu'elle ait envoyé le patient aux urgences.

- Se défendre

Certains parviennent à se défendre eux-mêmes face à la juridiction à laquelle ils sont confrontés soit par naïveté vis-à-vis du système soit parce qu'ils sont sûrs de leurs bons soins, et plutôt pugnaces. Je vais là encore citer comme exemple Emmanuelle, mise en cause

devant la justice civile dans les suites du décès inattendu de son jeune patient. Elle refuse l'avocat que son assurance lui propose avant de se rendre devant le juge car elle sait qu'elle a bien agi et a préparé sa défense en enquêtant sur l'histoire pour pouvoir comprendre et expliquer ce qu'il s'était passé. De plus, elle a découvert au cours de son enquête que l'Ordre des médecins, plusieurs années auparavant, avait écarté sa responsabilité dans cette affaire sans qu'elle ne soit tenue au courant de quoi que ce soit. Cet exemple permet de bien comprendre les différentes étapes par lesquelles elle est passée pour traverser cette affaire mais aussi l'attitude qu'elle a eue face au juge.

Encadré n°1 : défense d'Emmanuelle

- *Et il commence à me poser des questions et moi je lui réponds et tout comme je peux comme je pense bon voilà. Et puis heu au bout d'un moment, il me pose une question, et je sens que, heu, je pourrais être coupable de quelque chose, il cherche un coupable. Alors je dis ben écoutez Monsieur, je comprends pas très bien parce que je me suis renseignée, le Conseil de l'Ordre heu a statué que j'étais responsable en rien dans cette histoire et puis ils avaient rien à me reprocher.*
- *Oui*
- *Donc je comprends pas très bien le, le pourquoi de vos questions pour moi, quoi !*
- *Oui*
- *Et là, il se penche en avant, il me regarde dans les yeux [en riant] et les yeux dans les yeux il me dit : 'mais vous avez jamais eu affaire à la justice ?' Alors j'ai dit ben non Monsieur le juge, j'ai jamais eu affaire à la justice – et là, tout d'un coup, je me souviens de la carte [de l'avocat] dans ma poche, et je comprends, le juge il y comprend rien aux affaires médicales, surtout les affaires médicales foireuses comme ça*
- *Oui*
- *Et il faut que les choses soient soit noires soit blanches pour savoir où il doit aller. Alors j'ai dit écoutez Monsieur le juge, je vais vous re-raconter l'histoire. Il me dit : 'bien entendu'. Je lui re-raconte l'histoire en mettant les choses au clair, bien, claires nettes etc.*
- *Hum, hum*
- *Il était tout content, il me dit : 'ah ben voilà une histoire qui est claire'. Je dis ah bon, d'accord. Ma version*
- *Ouais*
- *Pour me protéger complètement*
- *Oui*
- *Il me dit : 'bon ben écoutez heu, juste une petite question', je lui dit bien sûr Monsieur le juge ! Il me dit : 'qu'est-ce que vous pensez de toute cette histoire ?' Oh je dis alors là, je dis je pense rien du tout, c'est vraiment une histoire de spécialiste, je peux rien vous dire je comprends pas du tout. Il me dit : 'bon ben je vous tiendrais au courant, je suis très content'. J'ai jamais plus eu de nouvelle.*

Il est étonnant de constater que cette entrevue avec le juge lui permet de comprendre que l'objectif n'est pas simplement de comprendre ce qu'il s'est passé, mais plutôt de déterminer les responsabilités de chacun dans l'histoire médicale. Cela lui ouvre des perspectives sur les différences entre la médecine et la justice et elle entrevoit à ce moment là l'importance du rôle de l'avocat dans une telle affaire. Il aurait pu l'aider à décrypter cela en amont et faire le lien entre elle et le juge. Heureusement elle juge rapidement et finement la situation pour pouvoir reprendre les rênes de la discussion et de sa défense. Sûre d'elle-même et de ses bons soins, elle ne se laisse pas déstabiliser et a assez d'aplomb pour expliquer sa vision de l'histoire et donc se libérer de l'affaire. Elle insiste d'ailleurs bien sur l'idée qu'elle donne 'sa version pour se protéger complètement'. Je comprends aussi par là qu'elle donne sa vérité qui correspond sans doute à sa perception du cas. Je ne crois pas qu'il y ait une quelconque manipulation de sa part mais on pourrait y penser dans sa façon de présenter les choses. En réalité c'est une manière de dire qu'elle a exposé les faits de telle façon que le juge puisse comprendre ce qu'elle-même a compris dans cette histoire médicale mystérieuse mais tragique. Elle a donc su se défendre par elle-même mais a tout de même mesuré la nécessité de la présence d'un avocat pour être soutenue face à un juge.

D'autres préparent leur défense dans l'idée de se rassurer mais aussi de pouvoir mieux répondre de la situation dans laquelle ils se sont trouvés avec le patient et expliquer les décisions qu'ils ont prises. C'est aussi une manière de se prouver à eux-mêmes qu'ils ont bien agi et qu'ils peuvent avoir confiance dans leurs compétences médicales.

« J'ai essayé de reprendre l'histoire et d'argumenter comme si c'était moi qui allait faire la défense moi-même de cette histoire en expliquant pourquoi j'avais eu ce comportement » dit Bernard. Il a repris l'histoire médicale et l'a retournée dans tous les sens pour bien comprendre ce qui l'avait amené à prendre ou ne pas prendre certaines décisions.

Certains sont tout à fait combatifs, comme Didier, qu'on peut citer là comme exemple. Il était accusé par un de ses patients du retard diagnostique fautif d'une tumeur. Le diagnostic définitif avait été porté une quinzaine de jours après la dernière consultation au cabinet de Didier, dont le motif premier n'avait apparemment rien à voir avec cette tumeur. Les symptômes s'étaient précisés et un autre médecin consulté par le patient a facilement pu organiser les examens complémentaires qui ont conduit au diagnostic. Une fois connu, ce diagnostic terrible permettait de relier les différents symptômes présentés par le patient lors des consultations avec Didier. Ce dernier avait pris le temps de noter dans le dossier du patient le doute qui existait alors sur l'origine des symptômes au début de l'affaire. En revoyant son dossier, il a pu reprendre posément les faits. Il a compris que ce qui lui était reproché ne correspondait pas à la réalité. Il a répondu à la mise en cause après avoir joint son assurance puis un avocat, le tout dans les 48 h qui ont suivi. Ce processus lui a permis de prendre rapidement de la distance avec sa propre culpabilité.

«Je reçois cette lettre le 11 mars, moi ma réponse elle date du 12 mars hein, c'est allé très vite hein, moi j'ai été très réactif, tout de suite je me suis retourné vers mon assurance et je leur ai dit ben qu'est-ce qu'il faut que je fasse. Donc on m'a commis un avocat et l'avocat m'a dit ben vous me racontez ce qu'il s'est passé, vous me faites une lettre et vous me l'envoyez. Donc heu j'ai repris point par point tous les éléments que l'huissier me reprochait dans sa lettre en les démontant un par un. [...] et j'ai donc envoyé cette lettre à mon avocat et à partir de là, pour moi c'était clair et c'était limpide parce que dans ma tête je ne pensais pas être coupable de quoi que ce soit. » Didier.

Il a écrit cette lettre à la demande de son avocat et la lui a transmise, lui confiant ainsi sa défense. En effet, le fait de préparer sa défense est une étape pour la majorité des médecins qui ne vont pas seuls face à la juridiction.

- Transmettre ses arguments

Ceux qui ne se sentent pas la carrure d'assurer eux-mêmes leur défense, autrement dit la majorité des médecins que j'ai rencontrés, ont tous préparé une argumentation et un dossier qu'ils ont transmis à leur avocat avec plus ou moins de réussite.

« J'ai essayé de le transmettre à l'avocat. Je crois que un des sentiments qu'on peut avoir aussi c'est que tu te fais ton scénario [...] tu te fais ton dossier de défense toi-même, tu le transmets aux gens qui vont le présenter au tribunal et t'as l'impression que ça a été mal présenté et que du coup le juge il a pas tout compris. Tu te dis j'aurais presque pu y aller moi-même et en même temps tu te dis j'aurais pas le courage de me lancer dans ce truc-là. »
Bernard, 70 ans

2. Accepter la plainte

Dans trois affaires, le médecin est favorable à la plainte du patient d'autant plus qu'ils entretiennent plutôt un bon rapport. S'il est prêt à reconnaître sa participation à l'histoire médicale en vue d'aider le plaignant à obtenir réparation ou bien à comprendre ce qu'il s'est passé, il n'imagine pas toujours se retrouver impliqué devant la justice. Dans ces trois affaires, le médecin peut éloigner d'emblée sa culpabilité car le problème à l'origine de la plainte ne lui semble pas de sa propre responsabilité.

Un des médecins, Emmanuelle, qui a compris la plainte de la mère d'un jeune patient décédé brutalement raconte : *« Elle acceptait pas la mort de son fils, ce que je comprends très bien surtout dans des circonstances comme ça, que je comprends pas non plus et heu, elle venait me demander des renseignements. Elle venait pas m'accuser, elle venait me demander - qu'est-ce qui c'est passé ? – Elle remontait, elle refaisait toute l'enquête elle aussi ! Elle repartait aux sources ! »* Elle explique aussi que dans cette affaire elle n'a jamais eu l'impression d'avoir mal agi pour son patient ni d'avoir retardé sa prise en charge : *« J'avais jamais deviné que ce type là que je voyais en garde, encore vivant, allait mourir*

quelques heures après pour certainement une erreur médicale mais qui ne venait pas de moi ! »

Pierre, médecin de 65 ans, était accusé d'homicide involontaire suite au décès d'un enfant d'une de ses patientes. Il avait vu le bébé à la maternité pour le contrôle du premier jour et ensuite pour constater le décès. Il explique : *« Je me suis renseigné auprès [de la maman] pour savoir si elle avait eu des nouvelles des résultats de l'autopsie, enfin, où en était la demande. Je lui dis : mais vous êtes dans quel état d'esprit vous ? Et là, elle me dit : bah écoutez, j'ai été contactée par heu – dans la mesure où il y avait eu une autopsie, il y a eu un juge d'instruction qui avait été nommé et donc elle me dit : bah je ne sais pas encore ce que je vais faire parce que j'ai envie de demander euh enfin de déposer une requête pour déterminer la cause exacte du décès de l'enfant. – Moi je dis : ça me semble tout à fait justifié. C'est un peu dans ce but que j'avais demandé une autopsie d'ailleurs. [...] Mais moi je me suis toujours bien entendu avec elle, je n'ai jamais eu de litige avec elle. Et même après la mort de son bébé, j'ai été amené à la revoir et on a discuté longuement sur ce qui avait pu se passer. Elle, elle pensait qu'il y avait eu un problème au niveau de la clinique. [...] Je l'ai pas incitée, j'étais d'accord, oui, j'étais d'accord avec sa démarche »*

De là, quand il a été convoqué par le juge d'instruction il n'a pas été inquiet, se disant qu'on attendait son témoignage dans l'enquête. Quelle ne fût pas sa surprise de se retrouvé co-accusé avec le gynécologue et la clinique. Surtout quand le juge lui confirme : *« je vous inculpe d'homicide involontaire »*

« Mais ça me semblait tellement, tellement énorme, je me suis dis mais c'est pas possible, moi j'y suis pour rien là dedans ! Je l'ai vu cet enfant effectivement, mais ce qui s'est passé après, moi, je suis pas concerné ! Moi j'ai pas fait de faute. » Pierre.

Les mots qu'il utilise et la répétition du « tellement » montrent combien sa surprise était grande et combien lorsqu'il en parle aujourd'hui, près de trente ans après, il est encore sous le choc de cette mise en cause. Ce n'est pas parce qu'il était en accord avec la démarche de cette patiente, qu'il avait lui-même initiée en demandant une autopsie, qu'il envisageait de se retrouver sur le banc des accusés. Il se sent plutôt étranger à cette affaire et n'en porte aucune culpabilité mais plutôt de la compassion pour cette mère.

3. Gérer sa culpabilité

Pour certains des médecins mis en cause par un patient, il n'y a effectivement pas de sentiment de culpabilité car ils sont d'emblée sûrs que les soins qu'ils ont prodigués à ce patient correspondaient à la fois à ce qu'il y avait lieu de faire et à l'état de l'art en la matière. Le Dr. Didier dit clairement : *« j'étais désolé de ce qu'il était arrivé à ce patient mais je ne voyais pas en quoi je pouvais être responsable. »*

Pour réussir à appréhender la situation dans laquelle ils se trouvent, ceux qui se sentent coupables vont devoir élaborer des stratégies pour avancer. *« C'est par rapport à ta propre*

culpabilité que c'est le plus dur, essayer de te persuader que ce que t'as fait c'était pas si mal vu le contexte » Bernard.

Certains qui avaient ressenti dès le départ une grande culpabilité, vont réussir à la mettre à distance en relisant posément le dossier avec parfois l'aide de tiers qui seront pour eux des soutiens. Pour que cette étape se passe, il faut toujours un peu de temps, que la surprise passe et que l'adaptation commence. Au cours de l'entretien on remarque que leurs mots pour désigner l'affaire évoluent. Ils la décrivent souvent par ordre chronologique et on comprend bien le processus qui les amène à pouvoir faire face à la situation, en mettant à distance leur sentiment de culpabilité. C'est bien clair dans le récit de Françoise, 54 ans, qui a vécu la plainte du mari d'une patiente psychotique dans les suites des conséquences catastrophiques d'une dénutrition sévère ayant conduit à un coma secondaire à un AVC par carence en facteur de coagulation. Au début de l'histoire médicale, elle s'en veut beaucoup de ne pas avoir correctement évalué la gravité de la situation pour cette patiente. Par la suite, progressivement, je comprends qu'elle n'en veut plus tant à elle-même qu'au mari de la patiente qui refusait l'hospitalisation. Ses mots pour le désigner sont très durs. Puis il devient clair qu'elle en veut tout simplement au mari de lui faire vivre ces deux procédures puisqu'il a porté plainte à l'Ordre et à la CRCl. Cela devient très évident à partir du moment où, lors de la conciliation à l'Ordre elle comprend l'objet de la plainte et ce que ce Monsieur lui reproche exactement :

« Et lui ce qu'il reprochait, parce que je savais pas ce qu'il me reprochait. Alors évidemment, il avait été excessivement frappé par tout ce qui était arrivé à sa pauvre femme mais qui finalement allait mieux, au moment de la conciliation ! Parce qu'on va voir la suite. Et finalement, ce qu'il avait le moins digéré dans toute cette histoire où elle avait eu des pathologies gravissimes, c'était le fait qu'on lui mette un pacemaker parce que il comprenait pas comment on pouvait mettre un pacemaker à une femme de 59 ans alors que sa mère qui en avait 85 venait d'avoir un pacemaker. En fait ça a choppé sur ça. » Françoise.

L'histoire du pacemaker n'a pas de lien direct avec ce qu'elle-même pouvait se reprocher au départ, bien que ce soit une conséquence de l'histoire médicale grave de cette patiente. Ce n'est pas elle qui a décidé que la patiente devait bénéficier d'un tel dispositif médical, et c'est pourtant ce que le mari lui reproche. A partir de là, elle comprend que cet homme n'a rien compris à l'affaire et ainsi qu'elle n'a rien à voir avec cette plainte. Elle retourne donc son agacement vers le patient en mettant de côté les reproches qu'elle pouvait se faire. Dans son entretien, on peut relever qu'avant cette conciliation, elle dit de l'affaire que *« c'est excessivement désagréable »*. Après la conciliation, elle dit de l'affaire que c'est *« un problème »* car elle a compris l'erreur de jugement du plaignant, et le médecin de l'Ordre a clairement expliqué à ce plaignant qu'il ne serait pas soutenu. Il affirme aussi que Françoise n'était pas fautive de ce qu'il lui reprochait. Sa différence de perception est bien nette entre ces deux moments de l'affaire.

Parfois, un des processus qui leur permet de mettre à distance leur sentiment de culpabilité est de comprendre que le plaignant a aussi sa part de responsabilité. Parfois parce qu'il n'a pas voulu faire un examen, n'a pas livré au médecin tous ses symptômes, ou encore parce que la situation médicale et psychologique était si compliquée et différente des tableaux usuels qu'il était impossible de s'orienter vers le bon diagnostic.

Caroline, jeune médecin attaquée à l'ordre par la famille d'une jeune fille pour un faux certificat de virginité ayant eu pour conséquence la méconnaissance d'une grossesse, reconnaît tout à fait avoir commis une erreur et en être coupable mais elle explique « *Je me retrouve dans une situation très, très embêtante et très ennuyeuse à cause d'elle, et donc oui, je lui en voulais. Elle balance tout comme si elle était la victime, alors qu'elle était pas complètement innocente non plus. [...] On me reproche d'avoir gâché sa vie alors que moi, là dedans, ma responsabilité... voilà, quoi ! C'est pas moi qui l'avais mise enceinte !* » Cette façon de reprendre de la distance sur la situation et de mettre en perspective les responsabilités de chacun lui a permis de reprendre le dessus. Elle a accepté la responsabilité de son manquement à la déontologie, mise sur le compte de son inexpérience et d'une impression de manipulation, mais n'a pas laissé cela s'étendre et ne s'est pas laissée trop déstabiliser psychologiquement.

Une autre attitude du même type, qui permet au médecin de mettre à distance toute culpabilité, est de regarder l'histoire médicale sous un angle éthique. En effet, dans quelques cas, la mise en cause du médecin a induit chez lui un questionnement profond à propos de la situation médicale. Cela débute souvent par l'idée que les médecins ne voient pas ce qu'ils auraient pu faire de mieux pour éviter l'aggravation de la situation médicale et l'accusation. A partir de là ils me font part de leurs réflexions sur ce qu'il était possible de faire dans un cas idéal, puis dans la situation donnée et dans quelle mesure leur manière d'agir était, pour eux, dans le strict respect de la volonté du patient. Ils replacent donc la situation médicale dans un cadre plus global ; cela cesse d'être une situation particulière pour devenir une situation-type qui soulève une réflexion éthique. Cette manière de penser les protège donc de toute fausse impression de culpabilité. Dans ces cas là, la plainte émane souvent de la famille du patient qui est décédé. Aux yeux du médecin, il est difficile de laisser entendre à cette famille que leur proche refusait les soins.

« Je dirais que oui avec le souci bah de respecter leur choix mais en même temps d'évaluer un petit peu les risques et tout mais je dirais ce que j'aurais fait si j'avais eu le temps pour lui quoi. Quelque part je me dis : « Si il était pas mort à ce moment là, qu'on avait réussi à aller à l'hôpital local, qu'on avait pu avancer un petit peu, heu, éventuellement ré-équilibrer son cœur, si tant est qu'il était ré-équilibrable. Je me dis si on est mort, c'est sans doute que on était à la toute fin et qu'il y avait peut être pas trop le choix. Heu je crois que oui, j'aurais été dans cette chose, là aussi, négocier avec lui, voir comment on pouvait faire. Heu, si il voulait rester chez lui, bah, comment on pouvait faire pour qu'il reste chez lui quand même malgré tout ça mais avec un minimum de soutien. » Véronique, 52 ans.

Pour les autres, la souffrance ne les quittera pas durant une longue période et ils s'attachent alors à s'y habituer et à essayer de continuer à avancer malgré cela. Ils ne désignent pas cette souffrance comme étant clairement liée à une quelconque culpabilité mais se laissent atteindre très profondément par l'affaire. Je pense que pour ces médecins-là, le processus de mise à distance ne peut aboutir du fait de leur propre personnalité, ou de ce qui s'est passé, ou de ce qu'ils ont fait ou pas fait. Ils se remettent totalement en question à cause de cette affaire et ne savent pas trop quoi faire ou quoi changer pour reprendre le dessus et vivre comme avant.

Je réalise donc que les attitudes des médecins sont très diverses et que leur sentiment de culpabilité n'est pas lié à la gravité du cas médical ni à la plainte mais plutôt à la démarche qu'ils ont eue avec le patient. Dans tous les cas ils vont chercher à éloigner ce sentiment négatif de différentes manières pour éviter de trop se dévaloriser. Cela passe parfois par le dénigrement des autres acteurs de l'affaire.

4. Dénigrer pour mieux s'adapter

Autour du triangle d'intervenants formé par le plaignant/patient, la juridiction et le médecin, gravite un certain nombre de personnes telles que les autres intervenants médicaux (que ce soient des personnes ou des institutions), ou bien encore les avocats et l'assureur. Dans sa démarche de positionnement personnel vis-à-vis de la plainte du patient et de la culpabilité qu'elle engendre parfois, il n'est pas rare que le médecin utilise des termes durs pour désigner l'un ou l'autre de ces intervenants qu'il déconsidère fortement. Il semble que les médecins, en choisissant cette stratégie, s'appuient sur le fait que ces personnes ont mal agi, ou ont peu de valeur à leurs yeux, pour se requalifier eux-mêmes. Ce n'est pas toujours très élégant mais cela semble s'avérer « efficace » pour les médecins qui y voient là un moyen de reprendre confiance en eux-mêmes en raffermissant l'image qu'ils ont d'eux.

- Dénigrement du plaignant

Le plaignant est souvent considéré comme responsable de ce qui arrive au médecin et ainsi est souvent très dénigré et mal considéré. Au fil de la discussion, le médecin utilise des termes forts, surtout quand il considère qu'il n'a fait aucune erreur. J'ai été étonné de constater que les langues se déliaient au fur et à mesure de l'entretien et du climat de confiance qui s'était installé entre nous.

Pour illustrer cette idée, je vais prendre comme exemple la désignation des plaignants par Didier qui s'est vu attaqué au tribunal civil pour un retard de diagnostic présumé fautif d'une tumeur cérébrale chez un jeune homme. La plainte a été déposée par ce patient puis poursuivie par sa mère après son décès. Au début du récit, il le désigne comme : « *Un jeune que je voyais ponctuellement* ». Puis l'histoire se poursuit et il est agacé car « *Je lui dis de revenir et il est allé voir un de mes confrères.* » Dans la suite de son explication apparaît alors « *Je le voyais pas très souvent, comme un gamin de 20 ans* », là on sent déjà que l'attitude

empathique du départ laisse place à un ton un peu plus familier. La plainte arrive, il y répond par une lettre dans laquelle il corrige précisément chaque accusation puis il la conclut par « *Cet événement dramatique pour le patient et sa famille est beaucoup plus facile à supporter avec un coupable désigné.* » Il fait donc preuve au départ d'une attitude plutôt compréhensive à l'égard de cette famille. Par la suite, il n'a plus de lien avec le patient qui décède assez vite après le début de l'affaire et il parle alors de la mère : « *Elle m'amenait tous ses gamins* » puis « *La mère m'accusait d'un tas de choses horribles et tout ce qu'elle me reprochait était faux* » et enfin « *Elle était dans une situation financière difficile et elle a vu là un moyen de gagner de l'argent* » il conclut par « *C'étaient des gens simples, je les analysais comme des gens un peu limités.* » On peut même noter un peu de cynisme lorsque l'affaire se conclut car il a rétorqué à la plainte, qu'il considérait comme étant injustifiée. Pour que ces plaignants le comprennent bien, il a porté plainte contre eux pour accusation mensongère : « *J'ai demandé un euro de dommage et intérêt pour marquer le fait que on m'a enquié pendant deux ans avec cette histoire [...] on jouait pas avec ça !* » Il explique bien que pour lui, ces gens ont déposé une plainte fantaisiste, de l'ordre du 'jeu', et qu'il considère qu'il n'avait pas à subir cette affaire, toujours dans une impression que ces plaignants souhaitaient lui nuire. Effectivement, à la fin de l'affaire, il est blanchi. Pour finir, il a cette phrase qui me semble marquante, dite en riant : « *Le patient est décédé alors je crois que c'était [tel ou tel type de cancer], évidemment, il avait pas beaucoup de chance de toute façon ! Retard ou pas de diagnostic !* »

On comprend donc qu'au fur et à mesure du déroulement de l'affaire le médecin ne se sentant responsable en rien dans ce qui arrive à son patient perd toute empathie et compassion pour cette famille à partir du moment où il se sent injustement accusé. L'accusé devient même accusateur avec la demande de réparation pour le préjudice qu'ils lui ont fait subir.

- Dénigrement de la justice et/ou des experts médicaux

Pour les médecins, un premier contact avec la justice est souvent très angoissant. En effet, comme nous l'avons souligné précédemment, ils n'y connaissent rien ou pas grand-chose. Si quelques uns ont admis avoir déjà eu un contact avec la justice dans le cadre de divorce ou de témoignage pour des patients, tous ont souligné l'idée que lorsqu'ils se retrouvaient dans la situation d'accusé ce n'était pas du tout la même chose. S'ils ont tous au départ l'impression qu'ils vont pouvoir expliquer ce qu'il s'est passé, ils comprennent rapidement que cela ne sera pas tout à fait aussi simple.

Un des médecins mise en cause, Emmanuelle, s'est rendue compte devant le juge que ce qui importait n'était pas tellement la recherche de la vérité, mais surtout de savoir s'il y avait un responsable et que ce n'était plus simplement une histoire médicale. A mon sens, c'est une des seules parmi les médecins du corpus à avoir saisi de manière aussi claire les différences qui existent entre les professions juridiques et médicales. Elle le dit d'ailleurs assez crûment : « *quand les emmerdes arrivent, c'est pas de la médecine qu'il s'agit, c'est du médico-*

judiciaire. ». Ces deux mondes, la justice et la santé, ont en commun de promouvoir le bien de la personne mais cela passe par des visions tout à fait différentes de l'individu.

Pour éclaircir ces propos, je propose de citer un extrait du mémoire de DEA de Mélanie Goedert (36) :

Si le médecin connaît la loi sous l'aspect de la loi biologique, le juriste la connaît sous l'aspect de la loi civile.

Le médecin, exercé à lutter contre la loi biologique, de manière à échapper à son caractère inexorable, prend naturellement la même attitude contre toute loi, donc est instinctivement rebelle à la loi juridique.

De plus, si l'art du juriste est inséparable de l'équité, c'est-à-dire d'une pesée entre les intérêts de plusieurs hommes, l'art du médecin ne connaît qu'un seul homme : son malade.

Si le juriste peut craindre un médecin se sentant investi d'une toute puissante science au détriment du patient, le médecin quant à lui, redoute légitimement que le juriste remette en cause son indépendance dans la libre appréciation des traitements et l'existence des inévitables aléas de son art.

La discipline juridique a ainsi une représentation globalement négative vis-à-vis du corps médical.

Cette avocate expose distinctement et en peu de mots les différences entre droit et médecine qui sont souvent une source d'incompréhension, d'inquiétude et même de souffrance pour les médecins qui se sentent incompris, voire accusés à tort. Ce qu'Emmanuelle a perçu, c'est qu'il fallait qu'elle adapte son discours pour faire comprendre au magistrat les décisions médicales qu'elle avait prises. Un ajustement était nécessaire pour sa prise en charge soit claire au regard du droit et des réglementations et plus seulement au regard du contexte médical et individuel du patient.

Certains, en se remémorant les histoires, insistent sur les détails du contexte autour duquel la confrontation avec le juge a lieu et ce n'est pas toujours très en faveur de la justice. C'est particulièrement le cas d'Emmanuelle : « *Je me pointe à la convocation, un matin, il pleuvait, je vais au Palais de justice, [...] grands couloirs, grands machins. Il [le juge] me reçoit dans une pièce immense, haute de plafond, il était tout maigre, tout noir, il pleuvait, enfin bon. Autour d'une grande table, on avait une distance respectueuse entre nous, et il commence à me poser des questions.* » En insistant sur le contexte, elle montre combien à ses yeux tout est fait du côté de la justice pour impressionner ceux qui s'y trouvent confrontés et combien cela lui a semblé difficile à vivre. L'angoisse ressentie à l'idée de se retrouver devant le juge a cristallisé l'instant dans sa mémoire.

Deux médecins ayant subi ensemble une procédure civile, Bernard et Sylvie, ont manifestement vécu un moment très difficile lors de la première expertise par des médecins spécialistes, et ils racontent :

« *On est tombés je dois dire sur des experts qui ont été assez immondes, je pense qu'ils n'ont jamais vu un patient de leur vie [...] j'ai trouvé que cette façon d'être jugés non pas par nos pairs mais par des gens qui ne voient pas de patient, des spécialistes qui ne savent pas ce que c'est que la médecine générale [...] qui ne posent que des questions qui n'ont aucun sens...* »
Sylvie, 60 ans.

Leurs manières de désigner ces experts montre bien le peu de crédit qu'ils leur accordent. Ils ne les estiment pas capables de les juger n'étant pas des pairs car pas des généralistes. Ils ne se sentent pas à égalité face à eux et trouvent cela injuste. Cette inégalité se traduit donc par un rejet violent de ces personnes. Par ailleurs, ces propos s'inscrivent aussi dans un contexte plus global de différence entre la médecine spécialiste, souvent hospitalière, et la médecine générale toujours ambulatoire. Ces deux entités médicales se sont construites parfois l'une contre l'autre. Ce sont deux mondes qui se jaugent mutuellement. L'identité de la profession des médecins généraliste s'est développée, pour une part, en réaction à celle de la profession médicale hospitalière, et autour d'idées fortes telles que l'autonomie du patient ou l'importance de la relation médecin-patient. Pour les spécialistes, une grande importance est donnée au cours de l'apprentissage aux nouvelles connaissances médicales. En effet tous les médecins ont en commun d'avoir appris la médecine dite 'générale' jusqu'à la 6^{ème} année puis les spécialistes approfondissent leurs connaissances sur un organe contrairement aux généralistes qui doivent plutôt mettre à jour les connaissances générales déjà acquises. A l'hôpital les généralistes sont souvent dénigrés et je sens bien à travers les propos de Sylvie qu'elle se pose un peu en victime de ces spécialistes au nom d'un idéal du métier de généraliste qui serait méprisé par ces médecins experts qui 'ne savent pas ce qu'est un patient' et contre lesquels elle semble avoir construit son idée de la médecine.

Les experts médicaux font parfois l'objet de vives critiques de la part des interviewés, cela peut être vrai aussi pour les magistrats qui les mandatent. Deux médecins qui se sont trouvés confrontés à un juge d'instruction, Pierre et Bertrand, ont manifestement peu apprécié les hommes qu'ils ont rencontrés. Pour Pierre, c'est vraiment l'état d'esprit du juge et ses insinuations qui ne lui ont pas plu, pour l'autre cela tient plus à la fonction même du juge d'instruction.

Voici les propos rapportés par Pierre dès le début de son entrevue avec le juge d'instruction :
« C'était à l'époque en plus où, vous êtes beaucoup trop jeune pour vous en rappeler, mais il y avait des histoires entre [un ministre] et un cousin du même nom que moi. [...] Et il me dit avant que je ne m'assieds, quel est le lien de parenté avec [cette personne] ? – Bah je dis c'est un cousin germain. – il me dit - oui je m'étais renseigné. - Voilà l'état d'esprit du juge, hein, quand on arrive. Ca c'est passé exactement comme ça. »

Quand Pierre comprend qu'il est inculpé pour homicide involontaire *« Je lui dis bah il manque quelqu'un tout de même, l'infirmière qui était responsable du bébé la nuit ! – Oh mais monsieur, moi je n'inculpe que les gens qui peuvent payer ! Elle, elle ne peut pas payer donc je ne l'inculpe pas. »*

Un peu plus loin dans l'entretien et dans le déroulé de l'histoire, quand le juge a en main le dossier médical de la plaignante : *« C'était toujours le même juge avec la même tournure d'esprit à telle enseigne que cette femme qui avait accouché et qui a perdu son bébé c'était une mère célibataire et que je, quand j'avais fait sa déclaration de grossesse j'avais mis dans*

le dossier - rapport fécondant telle date – [...] et le juge me dit je vois que vous êtes très intime avec la plaignante puisque vous avez mis la date du rapport fécondant. »

Ces faits ainsi rapportés montrent combien l’instruction du dossier a pu être violente pour ce médecin, et combien il a trouvé que le juge en question était une personne méprisante étant donné l’attitude qu’il avait eue ainsi que le manque de respect dont il avait fait preuve à son égard. Est-ce lié uniquement à la fonction du juge d’instruction de déstabiliser un accusé ou bien est-ce que ce médecin a manqué de recul pour prendre ces questions déplacées avec plus de distance ? Toujours est-il que manifestement dans cette affaire, la confrontation avec ce juge est une des choses les plus difficiles que ce médecin ait eu à vivre. Plus loin dans l’entretien il précise d’ailleurs : *« J’ai très bien senti qu’elle [la patiente] avait eu des entrevues avec le juge d’instruction qui la poussait vraiment à porter plainte au pénal, quoi. [...] Lui, il voulait bouffer du médecin ! »*

Pour Bertrand, médecin de 63 ans, les propos sont plus généraux, il dénigre plus la fonction du juge d’instruction que de la personne qu’il a rencontrée : *« Passer dans le cabinet d’un juge d’instruction c’est horrible, horrible [...] Le juge m’a cuisiné mais vous, on vous faisait, vous êtes méprisé c’est incroyable ! »* De plus, il n’a pas du tout apprécié, au cours de la procédure, que ses compétences médicales soient remises en cause par le procureur. Il a en effet dû retrouver tous ses diplômes et attestations de formation pour les produire et justifier ainsi des connaissances qu’il avait acquises au cours de sa vie de médecin.

« Alors après, la procédure, on vous salit au niveau du procureur et tout, donc j’étais incompetent, j’avais pas fait de formation ! Alors qu’il y a des listes de formations où j’étais présent. Mais il faut tout démontrer ! » Bertrand.

Il ressort de ses propos que ce médecin se place un peu en victime de la justice, mais aussi au dessus, dans le sens où il lui semble ‘salissant’ d’avoir à justifier ses connaissances. Cela appuie l’idée que le médecin n’a parfois pas l’impression de pouvoir être un justiciable ordinaire.

La rencontre des médecins avec la justice est donc plutôt une source d’inquiétude et d’incompréhension liée à la fois à la méconnaissance mutuelle de ces deux institutions et aux hommes qui les composent. Si le médecin a parfois un regard sévère sur la justice, qu’en est-il quand il est soumis au regard de ses pairs par le biais de l’Ordre ?

- Dénigrement de l’Ordre des médecins dans sa fonction disciplinaire

A propos de l’Ordre, les avis divergent mais quelques uns des médecins du corpus ont eu des mots violents au sujet des médecins de l’Ordre. Le fait d’être jugé par des pairs est en général mal vécu. Alors que les médecins s’attendent à être plutôt soutenus par des homologues bienveillants, ils sont heurtés par l’attitude très neutre ou bien même accusatrice des personnes des Conseils de l’Ordre. Ce privilège de juridiction de la profession

médicale que constitue l'Ordre des médecins dans sa fonction disciplinaire n'est pas toujours vu comme tels par les médecins qui s'y trouvent confrontés. Ils ont parfois des avis très tranchés et pas du tout à la faveur de cette institution. Les propos d'Alain à ce sujet sont éclairants, il a une façon assez personnelle de présenter les choses :

« L'Ordre des médecins est heu, est une cabane de shérifs, dans chaque heu contrée d'Arizona que sont nos différentes régions, si on est copain avec le shérif, hein, pour heu, X raison, et ben on passe les battants du saloon et on peut heu, on tire plus vite que son ombre heu, et on écarte ceux qui nous gênent, et si on fait partie de certains groupes, certains réseaux d'influence, et certaines amitiés de l'Ordre des médecins, voire d'être à l'Ordre des médecins, on peut parfaitement échapper et que la plainte soit rejetée. Sinon, la plainte elle est reçue, non pas par un procureur assermenté et compétent, mais par heu, une secrétaire du Conseil de l'Ordre qui fait la pluie et le beau temps ! » Alain, 63 ans

Il reproche en effet à l'Ordre de ne pas avoir perçu que la plainte dont il faisait l'objet était certes justifiée mais que l'erreur n'était pas de son fait. En effet, la plaignante l'accusait d'avoir versé à un dossier de divorce une attestation dans laquelle il s'interrogeait sur sa santé mentale. Ce papier était destiné au juge des affaires familiales en tant que signalement d'une situation à risque pour l'enfant de cette femme. L'avocat d'Alain a commis l'erreur de le verser au dossier du divorce. Selon Alain, les médecins de l'Ordre avaient bien perçu cette erreur mais, du fait de leurs opinions divergentes sur la fonction de cette juridiction, ils n'ont pas souhaité l'aider. Pour Alain, l'Ordre ne devrait exister que pour conseiller ou soutenir les médecins devant la justice. Il dénigre totalement la fonction disciplinaire de l'Ordre et considère même qu'elle ne devrait plus exister, le médecin étant un justiciable ordinaire. Il n'évoque pas du tout la régulation de la profession exercée par l'Ordre, il la sous-entend peut-être lorsqu'il évoque par des propos imagés les copinages qui peuvent exister entre les médecins composant les Conseils de l'Ordre. La régulation de la profession se résumerait à ses yeux aux relations, bonnes ou mauvaises, que les médecins pourraient avoir avec l'Ordre, un mauvais médecin avec de bonnes relations passerait ainsi entre les mailles du filet.

Le médecin se trouve souvent seul devant l'Ordre ou une autre juridiction. L'histoire médicale à l'origine du contentieux n'est pas toujours simple, il arrive parfois que plusieurs médecins soient intervenus de manière plus ou moins importante auprès du patient et que tous ne soient pas mis en cause. Quand on est seul accusé, que penser de ces confrères coresponsables mais non accusés ?

- Dénigrement des autres intervenants médicaux

Quand, dans l'affaire, il existe une chaîne de responsabilités avec l'intervention de plusieurs soignants, les interviewés émettent l'idée que certains de ces confrères co-intervenants pourraient eux aussi s'interroger sur leur part de responsabilité voire même se retrouver à leur place. Emmanuelle souligne que dans une affaire où elle a dû aller se justifier à l'Ordre,

un autre médecin avait vu la plaignante deux fois avant que la famille ne la contacte. C'est elle qui a décidé d'envoyer la patiente en urgence à l'hôpital, alertée par les symptômes : « *Vraiment, s'il y a un chapeau à porter, je pense que c'est pas à moi de le porter !* » Elle laisse ainsi penser que le médecin, qui s'est déplacé deux fois au domicile sans s'alarmer, aurait peut-être dû être à sa place car il n'avait pas fait le diagnostic et a donc fait perdre du temps à la patiente, ce qui aurait pu être très préjudiciable.

D'autres médecins ayant été soit seuls accusés, soit co-accusés dans une affaire où il n'existait pas une responsabilité clairement définie du fait du nombre d'intervenants médicaux avant l'issue fatale, ont évoqué l'existence « *d'une responsabilité multiple* ».

Bertrand, médecin de 62 ans, raconte en effet : « *Et puis ce qui c'est passé, je l'ai appris aussi après, en fait j'ai tout pris, tout pris. Le médecin de nuit qui l'avait vu, que je connais bien, il l'examine à peine, heu, syndrome grippal heu... Lui il était tout de suite hors de coup alors qu'il l'avait pas examiné. Ça, c'est dur. [...] Le médecin qui s'était déplacé le midi... l'a pas, voulait pas l'hospitaliser, il partait et c'est la famille qui a insisté [...] ben finalement il l'a regardé dans le blanc des yeux et dit – bon on hospitalise. – Vous voyez ? Lui il est épargné !* » Dans ses propos, on note bien qu'il est assez critique vis-à-vis de l'attitude des autres médecins intervenus dans la chaîne. Ses propos laissent penser qu'ils n'ont pas soupçonné un instant la gravité de ce qu'avait le patient. Je me demande simplement de quelle manière il avait présenté ce cas à ses collègues avant de les envoyer en visite puisque c'est lui qui, via le 15 et la régulation, les a contactés. Avait-il minimisé, n'ayant lui-même pas perçu la gravité ? Sans doute, et s'il reconnaît sa part de responsabilité, il met gravement en cause ses confrères qui ont pu voir le patient en rapportant la légèreté de leurs attitudes. Dans sa manière de me raconter l'affaire, il précise qu'à ses yeux, son attitude professionnelle a été exemplaire puisqu'il a parfaitement respecté les règles édictées pour prendre en charge les appels au 15. La première chose qu'il était censé faire après avoir évalué la gravité du cas de ce patient était de l'orienter vers la structure médicale la plus adaptée. Dans ce cas précis, il a adressé le patient à son médecin traitant qui avait programmé la visite en fin de matinée, l'appel ayant été passé à 8h00.

Ayant reçu deux nouveaux appels téléphoniques de la part du patient et de sa femme, il a envoyé en plus le médecin de garde car il ne parvenait pas à joindre le médecin traitant. Il semble donc qu'il n'avait pas lui-même ressenti la gravité des symptômes présentés par ce malade puisqu'il proposait une prise en charge ambulatoire en dehors de tout contexte d'urgence. Il a donc sans doute eu une démarche exemplaire mais malheureusement inappropriée dans ce cas. C'est une des immenses difficultés de l'évaluation de l'urgence par téléphone. A aucun moment il ne remet ses décisions en question, considérant avoir appliqué les règles en vigueur. Il lui paraît plus facile de partager la responsabilité avec les autres médecins de la chaîne, voire même de les accabler. Selon lui, ils n'ont pas fait ce qu'il fallait. Plutôt que d'admettre qu'il a peut-être induit leur fausseté de jugement en orientant la prise en charge, il préfère mettre en valeur l'injustice qu'il a ressentie en étant le seul

accusé. Il faut tout de même préciser que le problème médical à l'origine des appels était une rareté difficilement prévisible même par un médecin aguerri.

Pour Isabelle, la plainte a été d'autant plus difficile à gérer que sa patiente était habituellement suivie par son associée. Elle trouve que son associée, qui avait davantage reçu la patiente, aurait pu se sentir solidaire. Pendant toute la durée de l'affaire, leur relation confraternelle a été fragilisée. *« J'avais peur de la remettre en cause. Je lui en voulais un petit peu et puis je ne voulais pas rentrer là-dedans donc j'ai préféré ne pas lui en parler du tout ou très peu. »*

- Dénigrement global

Parfois, le médecin adopte une stratégie de dénigrement global des différents intervenants ce qui lui permet de se revaloriser et de reprendre confiance en lui afin de faire face à son affaire. C'est le cas de Bertrand qui s'est retrouvé attaqué au pénal pour homicide involontaire dans le cadre de la régulation du 15. Il a reçu trois appels d'un patient puis de sa femme, il a donc envoyé les médecins de garde à domicile. Ceux-ci ont transféré le patient à l'hôpital et ce dernier est décédé quelques heures après au bloc opératoire. Ce médecin s'est retrouvé seul sur le banc des accusés. Le processus qui lui a permis de faire face à cette accusation consistait en un dénigrement de tous les participants de l'affaire, que ce soit le patient ou son épouse qui avait porté plainte, le juge, la justice ou bien encore les autres médecins qui avaient participé à l'affaire comme nous l'avons vu précédemment. N'ont eu de valeur à ses yeux que ses avocats et les quelques médecins – amis qui l'ont soutenu.

A ce stade de l'analyse, il apparaît clairement que la bienveillance et l'empathie, censées caractériser le médecin dans sa relation au malade, sont souvent mises de côté lorsqu'une plainte survient. Ces stratégies de dénigrement sur lesquelles s'appuient les médecins ne suffisent cependant pas pour construire une défense et reprendre confiance en vue d'affronter la justice. C'est pourquoi le médecin cherche des soutiens qu'il trouve avec plus ou moins de difficulté dans son environnement professionnel et familial.

5. *Se faire aider, chercher des soutiens*

- Par les professionnels de la responsabilité médicale (assureurs, Ordre, avocats...)

Parmi les différentes étapes que traversent les médecins confrontés à une juridiction, beaucoup ont eu d'emblée le réflexe d'appeler leur assureur pour déclarer le problème ou bien pour demander conseil à propos du cas ou de la procédure. Dans la majorité des dossiers, les médecins sont plutôt satisfaits des conseils de l'assureur. Ils sont contents de trouver rapidement un soutien. De plus, leurs interlocuteurs qui sont coutumiers de ce type de questions leur répondent et les orientent, c'est quelque chose de très rassurant dans ce stress intense qu'ils ressentent au début des affaires.

Isabelle, médecin de 54 ans, mise en cause par une de ses patientes, est bouleversée par l'affaire qui débute et raconte : *« J'ai appelé mon assurance et au téléphone, j'ai fondu en larmes, heu... et la dame de l'assurance, très gentille m'a dit mais madame, à partir du moment où vous avez fait une faute, c'est plus votre problème, c'est le nôtre. »* Elle a donc pu à la fois apaiser son inquiétude en trouvant une oreille attentive et compatissante qui non seulement ne la culpabilisait pas, bien qu'elle souligne la possibilité d'avoir commis une 'faute'. Cette personne de l'assurance RCP a remis l'affaire d'Isabelle dans la perspective de toutes les affaires du même type qu'elle traite, ce qui contribue à dédramatiser. De plus, elle indique immédiatement à Isabelle que sa responsabilité, si elle est engagée, sera portée par l'assurance. Comme nous l'avions souligné précédemment, une des idées qui traverse l'esprit des médecins dès le début de l'affaire est qu'ils vont avoir à payer des choses « de leur poche ». Le médecin est donc tout de suite rassuré à ce sujet. Un autre éclairage apporté par cet extrait est que les médecins souscrivent une assurance sans savoir réellement à quoi elle sert, c'est une preuve supplémentaire de leur méconnaissance des implications juridiques de la responsabilité médicale.

Non seulement, l'assureur prend la responsabilité du médecin à sa charge mais il accompagne aussi le médecin dans la préparation de sa défense. Les objectifs des assureurs sont en effet de permettre au médecin d'exercer sa profession et d'en prévoir les risques, en particulier en cas d'indemnisation, car les montants sont parfois tels qu'ils ne peuvent être assumés par une personne seule. Ainsi, les assureurs proposent souvent un conseil juridique dans le but d'élaborer la meilleure défense qui soit pour que l'affaire se termine vite et à moindre coût. Pour l'affaire qui a concerné les deux médecins Sylvie et Bernard, l'assureur a organisé des réunions de travail autour du dossier afin de les préparer à répondre aux questions et à se défendre. Sylvie a d'ailleurs trouvé que ce contact avec l'assureur a été déterminant et lui a permis de reprendre pied. Elle en dit ceci : *« Notre assurance, qui je dois dire a été formidable, enfin, ils ont fait leur boulot, [...] on allait [là-bas] préparer nos entretiens justement et heu, il y a eu deux ou trois phrases de prononcées qui ont été suffisamment importantes pour que je ressorte la tête de l'eau »* Une des personnes travaillant pour l'assurance présente à cette réunion de travail lui a fait comprendre à demi-mots qu'elle connaissait quelques uns de ses patients et qu'ils étaient très attachés à elle. Le fond du message était qu'elle était toujours considérée comme un bon médecin et que cette affaire ne remettait pas toute sa vie professionnelle en question.

Ces jugements sont parfois plus nuancés, en particulier quand l'assureur propose un « mauvais avocat », à savoir quelqu'un qui semble ne rien entendre à la responsabilité médicale, ou bien quand l'expert médical mandaté par l'assureur n'est pas du tout au fait de l'affaire. Il existe souvent une contradiction dans les propos des médecins que j'ai rencontrés ; ils mettent en évidence le fait que si au départ ils sont très soulagés de trouver un soutien immédiat de la part de leur assureur, plus tard dans l'affaire lorsqu'ils constatent qu'en réalité ils sont un peu seuls pour se défendre ils sont plutôt moins enthousiastes de la

prestation fournie par leur assureur. Ce sentiment est partagé par les médecins dans cinq affaires parmi les dix-huit évoquées ici.

Si l'avocat fourni par l'assureur est supposé être le meilleur soutien du médecin face à la juridiction devant laquelle il doit se défendre, il faut bien noter qu'il existe souvent quelques incompréhensions entre le médecin et l'avocat. Ils ne sont parfois pas d'accord sur la prise en charge ou l'attitude à avoir car ils ne voient pas les choses de la même façon : pour l'avocat l'important est d'aller vite, et au plus simple, alors que pour le médecin il faut faire la lumière sur l'affaire.

« Maître B m'avait dit - surtout vous dites rien, vous jouez l'imbécile, vous prenez le regard vague, vous louchez et la bouche en biais, vous faites comme si vous aviez rien compris et moi je me charge du reste. – Et puis moi, ça m'embêtait un petit peu, j'ai [parlé] au président alors que l'avocat était pas très content que je prenne la parole » Alain, 63 ans

Emmanuelle explique qu'à l'issue d'une audience au Conseil Régional de l'Ordre où elle a pris la parole pour remettre les faits dans leur contexte et expliquer qu'elle avait sans doute permis à la plaignante d'échapper à des complications graves, échappant ainsi à toute condamnation. *« Donc je vois mon avocate et je lui dis : ben voilà, ça c'est passé normalement ! Elle me dit – ah mais pas du tout ! – Je dis comment ça pas du tout ? – Vous avez eu beaucoup de chance, vous auriez pu avoir des experts qui auraient retourné l'affaire et puis voilà, vous aviez pas raison. »*

Pour Alain, malgré les divergences de point de vue sur la manière de se défendre, la rencontre avec le deuxième avocat qu'il avait lui-même choisi a été le moment clé qui lui a permis de reprendre de la distance et d'arrêter de s'inquiéter. Il a enfin eu l'impression de pouvoir se reposer sur quelqu'un de compétent qui comprenait l'affaire et qui du coup le défendrait bien, il a eu confiance.

« Alors je suis tombé sur quelqu'un de charmant qui a dit – mais docteur, il n'y a pas mort d'homme ? – j'ai dit non – bon, très bien, alors qu'est-ce qu'il y a ? Bon ! Ah oui, l'avocat s'est trompé, encore un imbécile ! [...] Bon, le gars il connaissait par cœur l'affaire, il dit – alors un, vous allez commencer par ne pas vous inquiéter, par travailler sereinement, et c'était très bien parce que les avocats d'habitude ils font monter la pression, c'est ce qu'avait fait [notre] première avocate. »

L'Ordre, dans sa mission de conseil sur le plan déontologique, peut être pour certains un bon recours : certains ont appelé pour obtenir des informations sur la conduite à tenir face à la justice ou sur les modalités de délivrance du dossier médical. Ils reçoivent plutôt un bon accueil et se sentent tout à fait épaulés par l'Ordre, même s'ils admettent que l'aide se limite à des informations données par téléphone. D'autres au contraire n'ont pas du tout été soutenus par l'Ordre et en gardent un souvenir plutôt amer en particulier Pierre, le médecin qui s'est retrouvé dans une affaire pénale où il était accusé d'homicide involontaire. Cela se déroulait dans les années quatre-vingt, alors que ce type d'affaire restait encore rare : *« moi*

j'ai essayé d'aller les voir [à l'ordre] pour avoir un soutien ; pour savoir comment faire ; ils sont restés très en retrait en disant – écoutez, nous on peut rien pour vous, vous vous débrouillez ! »

- Soutien par l'entourage familial

Pour se faire épauler dans cette affaire, qui parfois les déstabilise beaucoup, certains comptent sur le soutien de leur famille. J'ai demandé à un de ceux-là, Hervé, : « *Vous me parliez de votre épouse, est-ce que pour vous la famille ça a été un bon soutien ?* » Sa réponse : « *Elle est plus forte que moi, moi je suis vraiment soupe au lait et elle m'a soutenu à fond* ».

D'autres ont choisi au contraire de préserver leur famille en ne disant de l'affaire que le strict minimum, sans dire à quel point ils peuvent être touchés ou déstabilisés par ce qui leur arrivait.

Pour d'autres enfin, la famille n'a pas été considérée comme un bon soutien dans le sens où les proches étaient dans la compassion et prêts à rassurer. Le médecin impliqué n'a vu là que de vaines paroles venant de personnes qui ne comprenaient pas vraiment ce qui lui arrivait. Ce soutien là, s'il était précieux, n'était souvent pas suffisant.

« Oui mais les gens ne sont pas dans la partie médicale, les gens ne sont pas juristes forcément et heu... Les gens compatissaient mais c'est tout » Pierre, 65 ans.

« Parce que quand vous racontez à la famille, la famille elle dit – [à propos de la plaignante] elle exagère heu [...] tatati, tatata - et elle est totalement pour vous ! » Véronique, 52 ans.

De son côté, Isabelle a souligné qu'il lui avait été difficile d'expliquer la situation à ses proches car elle avait l'impression de devoir leur dire si elle avait eu tort ou raison. Ne s'en sentant pas capable, elle préférait attendre pour cela la conclusion de l'affaire, même si elle croyait en son âme et conscience avoir bien agi :

« Mais en même temps on est tenus au secret et puis heu... On ne peut pas demander aux gens de nous absoudre, quoi ! [...] Puisque l'autre, finalement, quand on en parle à un tiers, il va se trouver en situation de nous absoudre ou de ne pas nous absoudre et c'est mission impossible, quoi ! [...] En dehors du boulot, les gens ils nous disent mais tu as fait une faute ou tu n'as pas fait une faute ? Ils ne veulent pas choisir et puis c'est normal. » Isabelle, 54 ans

Je relève dans les propos d'Isabelle la référence au terme « absoudre » qui a une connotation religieuse. Elle place donc ses proches mis dans la confiance dans une posture de « confesseurs », leur conférant presque un pouvoir divin de discernement, qu'ils refusent de peur de se tromper. Elle attend beaucoup d'eux et comprend finalement qu'ils ne vont pas pouvoir lever ses doutes quant à sa propre culpabilité.

Dans la même ligne de comportement envers ses proches, Caroline, médecin de 33 ans, m'a expliqué qu'elle aurait souhaité ne rien dire à sa famille, mais quand elle a été convoquée au commissariat, elle a craint d'être gardée à vue ou que ça devienne public. Elle a donc préféré les avertir à ce moment là pour qu'ils ne s'inquiètent pas trop en exposant brièvement le cas pour lequel elle a été amenée à faire ce faux certificat de virginité. Elle a d'ailleurs parfois essuyé des réponses un peu difficiles venant de quelques uns de ses proches. Elle s'est sentie réprimandée d'avoir mal agi et accusée d'avoir mis en péril son diplôme. Ses proches, d'origine sociale modeste, étaient fiers de ce diplôme chèrement obtenu. Ils n'ont pas compris pourquoi Caroline avait pris tant de risques en commettant une erreur grossière pour une patiente avec laquelle elle n'avait aucun lien particulier puisqu'elle n'avait pas hésité à porter plainte. En réalité, Caroline ne courait pas le risque de perdre son diplôme, elle le savait quand elle a prévenu ses parents, mais ces derniers se sont inquiétés et ont tout de suite imaginé le pire. C'est aussi une des raisons pour lesquelles elle voulait éviter de les informer de ce qui lui arrivait :

« A mon entourage, je ne voulais pas trop leur en parler mais par contre à un moment, je leur en ai parlé [...] je leur en ai parlé après avoir vu la gendarmerie parce que je me suis dit ça va certainement aller plus loin, probablement au pénal, au civil et tout. [...] Alors je leur ai dit [l'histoire]. Il y en a qui, j'ai mes proches qui m'ont soutenue et il y en a d'autres qui m'en ont voulu en me disant mais quoi, ça va pas la tête ! »

- Soutien de l'entourage professionnel

C'est à ce moment-là que, parfois, le soutien de confrères peut être précieux, d'autant plus qu'ils ont déjà vécu une affaire ou ont plus d'expérience. En effet, cet extrait est encore tiré du récit de Caroline, elle revient sur ma question des soutiens en m'expliquant comment elle s'est créé un réseau de professionnels bien étayant au cours de son affaire. Elle les a trouvés parmi les différents médecins qu'elle remplaçait (en dehors du médecin A. qu'elle remplaçait le jour où la patiente est venue chercher le certificat de virginité) :

« Donc j'ai continué à remplacer quand même le jeune homme [qui travaillait dans le cabinet du médecin A.] qui, en plus, était à peu près de ma génération. Il avait 2 ou 3 ans de moins que moi, donc euh... C'est vrai qu'on s'entendait sur la prise en charge et c'est quelqu'un que j'appréciais et qui, lui, par contre m'a beaucoup soutenue pendant l'histoire et en fait, il avait repris le cabinet de son père que je connaissais un petit peu de vue, qui m'avait reçue ici pour m'aider, pour me conseiller ensuite par rapport au passage devant le Conseil Régional, par rapport à voilà... [...] Mais bon, du coup, il m'avait soutenue et tout et ça, je l'ai beaucoup plus apprécié. [...] Lui il m'avait donné deux, trois tuyaux qui ont été importants. »

D'autres en ont parlé à des amis médecins pour entendre leur expertise sur le cas et se rassurer ou pour chercher le soutien d'un ami, tout en admettant qu'il est un peu biaisé par le lien de sympathie. Le regard d'ami, même médecin, n'étant pas toujours très objectif sur la situation.

« J'ai un très bon copain qui est psychiatre, donc bien évidemment, la première personne ressource c'est lui. Ça je lui ait raconté, je lui ai expliqué et tout, [...] en plus il fait des expertises donc heu, il m'a dit, écoute, dans ce que tu me montres, a priori ne t'inquiète pas, écoute, je vois pas, heu, tu risques rien. » Françoise, 54 ans.

Dans cet extrait on peut noter que Françoise a sollicité les compétences de son ami à double titre : sa connaissance en matière de psychiatrie mais aussi ses connaissances juridiques puisqu'il est expert près des tribunaux.

Parfois le soutien des professionnels de la santé arrive de la part de personnes auxquelles ils ne s'attendent pas : Pierre a recherché des soutiens un peu partout pour finir par trouver secours auprès d'un pédiatre hospitalier, avec qui il savait ne pas partager les mêmes convictions sur les relations entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Il en a été agréablement surpris et admet que cette personne a été son seul soutien alors que toutes les portes s'étaient fermées jusque là.

« Il y a juste un pédiatre avec qui je travaillais, je lui expose un peu la situation, et il me dit – bah écoutez, mais c'est quand même aberrant comme situation, c'est pas normal. [...] Je vais en parler au patron de la pédiatrie à l'hôpital ! – J'ai laissé faire parce que je lui faisais confiance, mais j'étais pas très chaud pour ce patron qui avait des idées que je partageais pas forcément. [...] De toute façon je n'avais pas beaucoup le choix ! Et donc il lui en parle et, très curieusement, ce patron a pris fait et cause pour ma défense et pour monter un dossier qui se tienne pour organiser une défense »

Si pour la majorité, le soutien des associés est assuré, même s'il n'est pas toujours au premier plan, deux médecins n'ont pas trouvé l'appui espéré là où ils avaient eu l'impression de le solliciter.

« Ce que j'avais trouvé un petit peu difficile, c'est que bah, j'en avais parlé à mes collègues évidemment, [...] donc l'un m'avait un petit peu soutenue [...] et ce que j'ai trouvé un petit peu pénible c'est que j'ai eu l'impression que mon autre collègue bah elle s'en foutait un peu quoi [...] on a l'impression qu'elle ne voulait même pas en entendre parler. Quelque part, j'ai l'impression que ça lui faisait un petit peu peur. » Véronique, 52 ans.

Un autre médecin, Caroline souligne : *« Et, quand il y a eu cette histoire, la femme que je remplaçais ne m'a pas beaucoup soutenue parce qu'elle n'avait pas envie d'être incriminée dans le truc, elle n'avait pas du tout envie d'être impliquée, donc elle s'est retirée. »*

J'ai l'impression que cette impression de peur qui serait partagée par les confrères correspond au fait que les médecins savent qu'ils peuvent se retrouver mis en cause pour un problème de responsabilité médicale, mais préfèrent évidemment que ça arrive aux autres. Cette attitude de rejet correspond peut-être à une forme de déni : plus l'affaire est loin de moi, mieux je me porte. On peut peut-être définir ceci comme inquiétude à propos d'une possible « contagion morale ».

- Chercher du soutien auprès de psychiatres, psychologues ou psychanalystes ; automédication et autre

Il n'est pas venu à l'esprit de la majorité des médecins que j'ai rencontrés d'aller chercher du soutien auprès d'autres personnes que celles sollicitées dans leur entourage. Ils n'ont pas éprouvé le besoin d'aller « consulter », ayant l'impression d'être suffisamment armés personnellement ou entourés. Cependant, trois médecins ont dit avoir choisi d'évoquer cette histoire avec un psychanalyste pour réussir à prendre du recul et avoir une vision plus objective des faits. Ils avaient tous déjà fait une psychanalyse et, se sentant très déstabilisés par l'affaire, ils ont ressenti le besoin de retourner voir leur analyste à ce moment-là. Aborder en entretien ce sujet sans être trop frontal n'était pas chose facile. Les réponses obtenues quand je posais la question spécifiquement n'ont peut-être pas été sincères. Cependant, quand en fin d'entretien je leur demandais s'ils avaient tu volontairement des éléments de l'histoire, la réponse a toujours été négative. Ceux qui m'en ont parlé l'ont fait spontanément et ont anticipé ma question. Je fais l'hypothèse que les autres médecins du corpus ne se sont peu ou pas dissimulés dans leurs réponses.

« Oui je suis allée reparler [au psychanalyste] parce que c'était... [...] Il y a quand même un truc qu'il faut dire c'est que c'est impartageable » Sylvie, 60 ans.

« J'étais à l'époque en analyse euh... donc j'en avais beaucoup, beaucoup, beaucoup discuté avec mon analyste. [...] J'en ai parlé à tout le monde je dirais ! [...] mais c'est surtout l'analyse qui a fait du bien ! [...] L'analyste qui dit mais pourquoi vous avez [fait ça], parce que si vous avez [fait ça] c'est que vous étiez en échec. Et là-dessus c'est plus la même chose donc ça suppose de réfléchir beaucoup plus profondément !! Et de voir pourquoi j'étais en échec et donc ça, ça m'a beaucoup apporté ! » Patrick, 55 ans.

Un autre sujet abordé au cours de l'entretien était celui de la consommation de médicaments ou d'autres substances (alcool, cannabis...), dans cette période parfois difficile. Ma façon de poser la question était clairement maladroite, à hauteur de la gêne que je ressentais à ce moment là face aux interviewés ! Je présentais cela plutôt comme une idée « d'automédication ». La réponse venant en premier est donc toujours négative, puis certains ont admis avoir pris de temps à autre, pendant l'affaire, des anxiolytiques pour les aider à trouver le sommeil. Cela, soit parce qu'ils ne dormaient plus depuis plusieurs nuits, soit simplement pour « tenir » dans une période difficile pendant laquelle le cabinet continue de tourner et où il est donc difficile d'assurer la journée quand la nuit a été courte. J'abordais ensuite le sujet des substances ou des comportements de compensation, là encore, tous ont répondu par la négative. En demandant cela, et alors que nous avions discuté avec mes directeurs de thèse de la manière dont il fallait aborder ce sujet, je me retrouvais un peu dans la même situation qu'un médecin qui aborde ce sujet avec un malade et éprouve des difficultés à le faire. Mon manque d'aisance vis-à-vis des interviewés qui n'étaient ni malades, ni mes patients, a possiblement nuit à la qualité des réponses. Un seul médecin a clairement évoqué le sujet en entretien. Dans un premier temps, il nie avoir

consommé de l'alcool ou d'autre substance, mais plus tard dans la discussion parle d'une des pires « cuites » de sa vie, prise juste après une des expertises considérée comme très difficile. Cette retenue apparente des médecins interviewés vis-à-vis de ces questions très intrusives, rejoint sans doute celle de la population générale à propos des addictions.

- S'isoler

Malgré toutes les possibilités qui s'offrent à eux pour être soutenus dans cette épreuve, certains médecins n'arrivent pas à utiliser ces ressources au mieux. C'est en particulier le cas de Bertrand qui admet s'être lancé à corps perdu dans la bataille juridique pour constituer le dossier de défense le plus solide possible, tout en s'isolant de sa famille et de ses amis, étant sans cesse préoccupé par son affaire. Il savait être très soutenu par un entourage professionnel dense, mais appuie bien l'idée que, quoi qu'il arrive, devant la justice le médecin se retrouve tout seul. Il parle d'une « bulle » dans laquelle il se trouvait à cette période là ainsi que d'une « carapace ». La première image de la bulle renforce bien l'idée de l'isolement dans lequel il s'est mis, au travers de cette affaire à laquelle il pensait sans cesse, et cela créait une limite invisible entre lui et le monde extérieur. Il ne se trouvait disponible pour rien d'autre. La carapace semble décrire un phénomène de protection plus conscient ; il explique s'être érigé une carapace pour « tenir ». C'est donc comme si cette 'chose solide' qui l'entourait pouvait le soutenir, comme un tuteur soutient une plante fragile, mais c'est aussi pour se protéger et ne pas se laisser atteindre par les difficultés auxquelles font parfois face les médecins au quotidien, en particulier pour ne pas absorber les émotions de ses propres patients ni leur communiquer les siennes.

Au travers des différents soutiens qu'ils sollicitent, les médecins cherchent aussi à découvrir les éléments qui leur font défaut pour comprendre plus finement l'histoire médicale ainsi que la manière dont s'y exerce leur responsabilité.

6. Pour faire face, se former et s'informer

- Le fonctionnement de l'instance

Une autre étape que traversent les médecins mis en cause est celle de chercher à comprendre et mieux connaître l'instance à laquelle ils sont confrontés. Ils vont pour cela se mobiliser pour trouver les informations qui leur manquent. Se retrouver face à une juridiction correspond souvent à un saut dans l'inconnu car - je l'ai évoqué plus haut - aucun des médecins que j'ai rencontrés n'en connaissait le fonctionnement avant d'avoir à y faire face. Véronique explique d'ailleurs à propos de la fonction disciplinaire de l'Ordre des médecins : « Bah, je savais que ça existait sur le fait, mais c'est tout. Rien de plus que ça quoi. Je l'ai vraiment découvert au fur et à mesure, quoi, comment ça se passait ».

Ils pensent donc tous être devenus plus ou moins 'experts' du fonctionnement de l'instance, que ce soit l'Ordre ou la justice, en se renseignant auprès de différentes sources : assureur,

avocat, Ordre ou bien amis. Tous soulignent que lors de leur premier contact avec la justice, ils se sont sentis très démunis, ne connaissant pas du tout le fonctionnement ni le rôle de chacun et encore moins la procédure et son objectif. A l'angoisse initiale, ils ont tous répondu par une avidité d'informations sur le sujet mais cela, dans un second temps, après s'être rendu à une première convocation sans savoir ce qui les attendait et s'être heurté à un monde qui les dépassait un peu.

Une incompréhension du fonctionnement de l'instance les a parfois conduits à adopter de mauvaises stratégies. L'exemple d'Hervé illustre bien cette idée. Il se retrouvait attaqué à l'Ordre par un patient qu'il jugeait malveillant et a refusé de se rendre à la conciliation au conseil départemental considérant qu'il n'avait pas à perdre de temps pour cette plainte « fantaisiste ». Il s'est senti humilié que sa parole n'ait pas plus de poids face à l'Ordre. Dans son habitude, en cas de litige avec un patient à l'Ordre cela se réglait par simple échange de courrier. Il a donc dû se rendre devant le Conseil Régional pour se justifier et a trouvé cela très traumatisant... Il aurait sans doute pu se simplifier la vie en prenant le temps de se renseigner sur la marche à suivre usuelle et par conséquent se rendre à la conciliation ; l'affaire se serait sans doute terminée là. Il a adopté un positionnement très supérieur, parfois même suffisant vis-à-vis de l'Ordre. Cette posture était une conséquence son aversion pour le patient concerné, mais aussi de son tempérament. Il le reconnaît d'ailleurs dans l'entretien en disant qu'il s'emporte facilement « *je suis un peu soupe au lait* ». Cela a aussi été favorisé par le type de plainte émanant de ce patient qui lui reprochait une « non assistance à personne en péril ». Le patient a déclaré au Conseil de l'Ordre avoir fait un malaise qui serait survenu lors de la consultation de suivi usuel au cours de laquelle Hervé lui a rendu son dossier médical en lui signifiant qu'il ne souhaitait plus être son médecin traitant. Il a affirmé que le médecin l'avait « mis dehors » en refusant de le soigner ou d'explorer la cause ce malaise qui en réalité, d'après Hervé, n'avait pas existé.

« C'est ça qui m'avait un peu choqué parce qu'en fait on était pas plus considéré que ça par rapport à un quidam bon heu, on a pas toujours raison, mais si vous voulez, je pensais qu'ils allaient voir en leur expliquant. Que ça allait suffir, et ils m'ont indiqué après, en fait ils m'ont expliqué que c'est la démarche normale quand un patient dépose plainte, il y a toujours un truc de conciliation etc. »

Dans ce qu'il dit, je relève aussi l'idée qu'il lui est plutôt désagréable d'être un justiciable ordinaire face à un patient « *truand* » (qu'il qualifie aussi de « quidam » pour ne pas le nommer, son ton est sans équivoque). J'observe qu'il n'a pas pris le recul nécessaire pour mieux évaluer l'affaire et s'apercevoir ainsi qu'à l'Ordre des médecins, ils n'avaient d'autre choix que de recevoir cette accusation, qui paraissait grave, pour établir la vérité. Non seulement il ne connaissait pas bien le fonctionnement de l'Ordre, mais, à travers ces propos, on comprend qu'il n'a pas non plus saisi la fonction disciplinaire mise en place dans le but de protéger les patients de certains médecins incompetents ou malveillants.

Face à la justice, les médecins sont encore plus démunis. Ils ne connaissent pas le fonctionnement de cette instance mais en plus, contrairement à l'Ordre, ils n'ont aucun accès 'direct' pour demander de quoi il retourne. A l'Ordre, le médecin mis en cause peut téléphoner à la secrétaire pour se faire expliquer ce qui va se passer et parfois même, en mobilisant son réseau, joindre un des médecins de l'Ordre en face duquel il sera amené à être jugé. Face à la justice, le médecin est donc devant une inconnue 'muette', voire devant un mur. Certains font d'ailleurs parfois preuve d'une naïveté déconcertante, comme Pierre, à l'époque jeune médecin, qui se rend à une première convocation chez le juge d'instruction, dans le cadre d'une procédure pénale, sans se renseigner plus avant :

« Donc heu, je suis allé à la convocation qui était quelques jours plus tard et je dis au juge – heu je suis quand même surpris de la façon dont ça se passe parce que une convocation à inculper, je ne me sens pas dans la peau d'un inculqué quand même - Ah bah détrompez-vous, je vous inculpe d'homicide involontaire ! [...] la première fois j'y suis allé tout seul [voir le juge], le vrai blaireau quoi ! Je suis allé le voir naïf en me disant ben c'est la procédure, c'est normal, il nous convoque, ils veulent m'interroger mais heu, bon c'est tellement évident qu'il y aura pas de suite, quoi ! Et puis pas du tout, 'je vous inculpe d'homicide involontaire' »

Par malchance, il s'est retrouvé face à un juge d'instruction plutôt déterminé et incisif. Il ne s'y était pas du tout préparé, s'attendant à être simplement interrogé comme témoin de la bonne santé préalable de l'enfant décédé qu'il avait examiné deux jours avant son décès. Il ne connaissait pas le rôle du juge d'instruction et ne s'attendait pas à être inculqué. Pourtant, cela lui avait été signifié par l'huissier qui lui avait remis la convocation. En effet, la procédure en cas d'homicide involontaire est plutôt directe et sans équivoque. Je m'étonne que Pierre n'ait pas saisi cela. Les termes juridiques (ici « inculpés »), semblent parfois bien opaques aux yeux des médecins. Pierre n'avait pas compris le sens de ce mot mais il n'est pas allé vérifier ce que cela recouvrait comme réalité avant de se rendre chez le juge. C'est simplement après qu'il a commencé à se renseigner ayant bien conscience qu'il lui fallait comprendre ce qui l'attendait et ce qu'était la justice. D'ailleurs, un peu plus tard dans l'entretien, il aborde de la réforme du juge d'instruction, qu'il semble bien maîtriser, et qu'il trouve être une bonne chose. Après cette expérience, il connaît bien le fonctionnement de la justice pénale et, plus de trente ans après son affaire, il s'intéresse toujours à ce sujet.

Par la loi du 4 mars 2002 dite 'loi du droit des malades' ont été créées les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) qui sont un autre type de juridiction à laquelle les médecins peuvent être confrontés. Elles ont été mises en place afin de répondre rapidement (sous 6 mois) à la demande d'indemnisation d'un patient dans les suites d'un dommage corporel d'origine médicale, considéré comme modéré à sévère. L'expertise médicale est gratuite et doit déterminer la responsabilité des médecins concernés par le dommage en vue de proposer un montant d'indemnisation qui sera alors versé soit par l'assureur du ou des médecins considérés comme responsables, soit par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) en cas de responsabilité sans faute médicale ou d'aléa

thérapeutique. Cette nouvelle instance reste très méconnue des médecins alors qu'elle est pourtant de plus en plus sollicitée par les patients. En effet, le Dr Nicole, mise en cause devant une CCI pour une infection nosocomiale, n'avait aucune idée de ce qu'était cette instance et il lui a fallu plusieurs mois pour trouver l'information. Elle s'est informée d'abord auprès de l'Ordre qui l'a renvoyée vers son syndicat qui l'a ensuite renvoyée vers l'URPS⁴. Elle a fait toutes ces démarches rapidement puis ne s'est plus inquiétée. Pourtant, elle n'avait encore pas reçu cette information, qui n'est arrivée qu'au bout de trois mois et qui l'a beaucoup rassurée quant aux risques encourus. Elle s'est par ailleurs vite convaincue d'avoir bien agi pour son patient et donc de n'avoir rien à se reprocher.

« J'en ai parlé à l'Ordre [...] l'Ordre des médecins me dit on vous aidera enfin, je n'ai pas eu grand-chose. Après, j'étais syndiquée donc en fait heu, le Dr T. [président du syndicat] m'a dit – écris à l'URPS ils vont t'aider – parce que moi je savais pas du tout ce que c'était que cette commission ! - Et vous avez su en combien de temps ? Oh, longtemps après hein, peut-être au mois de septembre – Ah oui, quand même, et entre juin [début de l'affaire] et septembre heu... ? - Oh, je suis partie en vacances ! »

Comme je viens de le mettre en évidence à la lumière des extraits des entretiens, la confrontation de la médecine à la justice est une source d'incompréhensions que les médecins perçoivent avec plus ou moins de finesse. En plus de se renseigner sur la juridiction à laquelle ils sont confrontés, pour l'un ou l'autre des interviewés, la constitution du dossier de défense est très méticuleuse et, ils vont chercher à savoir quelles ont été les précédentes décisions de justice dans des cas similaires au leur.

- La jurisprudence

Bertrand, le médecin mis en cause pour une 'perte de chance' et se trouvant seul accusé dans une affaire où le patient avait croisé la route de plusieurs médecins avant de décéder, s'est énormément renseigné sur ce qu'il risquait et la jurisprudence en la matière. Il est allé s'informer sur le sujet en France, mais aussi aux USA et en Angleterre, avec l'aide de plusieurs amis. Il souhaitait consolider les arguments de ses avocats et aussi sans doute se rassurer sur les risques encourus.

« Et dans la jurisprudence, alors je peux vous assurer que j'ai bossé, et des copains m'ont aidé ! Dans ce genre de truc, effectivement il y a multiplicité des responsabilités mais il n'y en a pas qu'un qui est... et c'est là qu'on voit le dysfonctionnement de la justice »

Il note bien qu'à ses yeux, la justice n'est pas infaillible, en particulier dans son cas où les juges ont peut-être laissé de côté une part de l'affaire afin de simplifier les choses. Il ne revient pas pour autant sur les défaillances du système de permanence médicale, pourtant bien sollicité dans cette histoire. En effet, le patient a été vu en visite à domicile par trois

⁴ URPS = Union Régionale des Professionnels de Santé créée par la loi HPST, union de syndicats de médecin représentative devant les Agences Régionales de Santé, contribue à l'organisation de l'offre de santé régionale.

médecins de garde après avoir téléphoné au 15 où Bertrand répondait en tant que médecin régulateur, il a ensuite été transféré aux urgences de l'hôpital où, là encore, il a été vu par des urgentistes avant d'être pris en charge par des chirurgiens et des réanimateurs avant de décéder. Dans cette longue chaîne, beaucoup de temps a été perdu et, le diagnostic effectivement très rare et difficile, n'a été fait que très tard, juste quelque temps avant que le patient ne meure. Bertrand ne parle que de responsabilité multiple, c'est d'ailleurs ce qu'il a retrouvé dans la jurisprudence. Il n'envisage pas dans son récit qu'il y ait eu un dysfonctionnement dans la prise en charge de ce patient. Il serait hasardeux de refaire l'histoire a posteriori dans ce cas de diagnostic rare, cependant, on peut légitimement s'interroger sur l'efficacité du système médical dans lequel s'est retrouvé le malade.

- L'état de l'art médical sur le cas

Si les médecins sont enclins à chercher le soutien de leurs pairs, ils sont souvent en quête d'un avis d'expert sur leur affaire. Ils se renseignent beaucoup sur ce qu'ils auraient dû ou pu faire pour que leur prise en charge soit optimale, et n'aboutissent pas à une plainte ; ou bien, pour s'assurer qu'ils ne seront pas condamnés si leur prise en charge était correcte. Bertrand a cherché des avis multiples, venant même des quatre coins de la planète. Il a eu accès à tous ces avis à travers un syndicat de médecins dans lequel il occupait un poste important. De plus, il était très impliqué dans la vie politique et associative locale et était donc « connu » des décideurs sanitaires et politiques dans une ville française à rayonnement national.

« J'ai fait des recherches heu bon, par le syndicat j'ai été en contact avec des patrons etc. Il y avait jamais eu dans la littérature, une rupture de diaphragme réparée, ça pétait jamais ! [...] Je continuais à bosser dans mon truc, j'ai passé des soirées et des nuits blanches à étudier la littérature, à appeler des médecins étrangers qui me donnaient leur avis et tout. »

- Se renseigner sur les risques encourus (amendes, prison...)

Avec presque chaque médecin rencontré, à un moment de la discussion, nous évoquions leurs peurs au cours de l'affaire. Une des plus grandes inquiétudes, partagée par presque l'ensemble des médecins du corpus, était d'être condamné à la peine maximale encourue. Ils avaient tous cherché à la connaître, soit pour se rassurer, soit pour être au fait de ce qu'ils risquaient vraiment dans cette affaire. Certains ont craint, jusqu'à l'issue de l'affaire, de ne pas réussir à bien se défendre et ainsi d'être condamnés à des peines de prison ou des suspensions d'exercice. Si au départ ils ont tous eu peur d'avoir à payer quelque chose et donc de devoir hypothéquer leur maison et vendre leurs meubles, la majorité a été rassurée à ce sujet par l'assureur ou l'avocat.

« Je commence à demander au groupe [ses associés], bon, le groupe il me répond pas, je me dis qu'est-ce qu'ils veulent, bon l'autre il me parle de blâme, oh, blâme ? Attends, alors j'ai été sur internet [...]. On était effectivement sur un certificat de complaisance donc déjà, une

*sanction ordinale : le blâme, l'avertissement, l'interdiction d'exercer et puis les sanctions financières ben pour certificat de complaisance, c'est heu, donc de mémoire, 45000 euros d'amende et trois ans d'emprisonnement. J'ai dit heu, là, faut pas rigoler avec ça ! »
Emmanuelle, 63 ans.*

Ainsi, pour évaluer au mieux leur situation, les médecins rencontrés ont eu globalement tendance à chercher à bien connaître l'instance, son rôle et son fonctionnement, le « gold standard » médical de leur cas et les risques encourus suite à cette mise en cause. Si cette attitude leur a servi, ce ne fut pas le seul moyen utilisé pour faire face à cette épreuve de leur vie professionnelle. Effectivement, dans tous les cas, ils avouent s'être, un peu, réfugiés dans le travail pour de multiples raisons que je vais détailler.

7. Pour faire face : beaucoup travailler

- La vie continue et il faut continuer à gagner sa vie

Devant des histoires judiciaires et médicales parfois tragiques, il peut sembler un peu déplacé d'aborder le sujet de l'argent, et j'admets que je n'y avais pas du tout pensé en préparant mon guide d'entretien. Cependant, quelques uns parmi les quinze médecins que j'ai interviewés ont souligné ce détail très concret : ce n'est pas parce qu'ils étaient 'pris' dans une affaire qu'ils pouvaient se permettre d'arrêter de travailler. Pierre, qui a eu à faire face à une accusation d'homicide involontaire, m'expliquait qu'aller aux expertises n'était pas toujours simple parce qu'il devait se faire remplacer. Quand je lui ai demandé comment il avait réussi à continuer à travailler avec un tel poids dans la tête, il m'a tout simplement répondu qu'à l'époque il avait déjà quatre enfants et qu'il fallait bien faire tourner la maison : *« Il y a eu des moments difficiles après, voilà, il fallait continuer à avancer. Et puis de toute façon, il faut payer les charges, il faut payer la maison donc il faut bosser ! »*

En effet, le médecin n'étant pas salarié, il ne peut pas tellement se permettre de s'arrêter car il doit continuer à gagner sa vie. Un autre médecin, Bertrand, a dit aussi que s'il avait pu, il aurait levé le pied et que cela aurait sans doute eu moins de conséquences sur sa vie familiale...

- Pas de temps pour gamberger

Plusieurs ont indiqué que le travail leur permettait de ne penser à rien d'autre, et de ne pas trop s'apitoyer ni s'inquiéter de leur sort. Ils reconnaissent aussi qu'à cette période-là, ils ont plutôt eu tendance à multiplier les activités pour ne pas trop penser. Ils ont tous beaucoup travaillé en parallèle de leur affaire.

« Après bon bah on travaille et puis en plus je pense que j'étais un peu dans l'hyperactivité à ce moment-là, justement pour m'occuper d'autre chose. Et en fait, j'avais besoin de travailler plus pour heu, parce que je pense que dans ma tête, c'était : plus j'en fais, et plus je vais avoir

d'expérience, et plus je vais faire attention, et moins je me ferais avoir. [...] Je pense que c'était pour compenser cette erreur et pour pas cogiter. » Caroline, 33 ans.

Dans cet exemple, l'hyperactivité semble être un refuge pour ne pas penser à ce qu'elle risque. L'objectif avoué d'acquérir plus d'expérience peut aussi signifier, pour ce jeune médecin, l'acquisition d'une légitimité franche vis-à-vis des patients. En effet, cette jeune femme m'a fait part au cours de l'entretien qu'elle avait souvent rencontré des difficultés à se positionner en tant que médecin face aux patients. Pour elle, cela avait plusieurs causes, la première est son jeune âge et son apparence juvénile, la seconde est simplement le fait d'être une femme. En effet, je l'ai aussi expérimenté et je crois que, dans l'imaginaire collectif, le médecin est plutôt un homme ! La troisième raison qu'elle a évoquée, est son origine étrangère qui, pour elle, peut être un frein de crédibilité pour les patients qu'elle rencontre. Il semble que ses propos traduisent aussi une certaine idée de 'rachat' ou de réparation de cette erreur par le mot « compensation ». J'ai l'impression qu'elle cherchait à se pardonner à elle-même cette erreur et à reprendre confiance en travaillant davantage. C'est la seule des quinze médecins interviewés qui évoque cette idée. Est-ce lié à son jeune âge et au fait qu'elle soit médecin débutant au moment de la plainte, est-ce un trait de tempérament plus répandu chez les femmes ? C'est probablement lié à un peu de tout cela, malheureusement, je ne dispose pas d'un corpus suffisamment étoffé pour confronter ces idées aux autres entretiens.

- Se sentir valorisé et garder la confiance dans ses patients et dans ses compétences

Pour d'autres interviewés, un intérêt du surinvestissement du travail était de se sentir valorisés par le seul fait d'avoir, malgré leur mise en cause, des patients qui revenaient régulièrement et étaient satisfaits de leurs soins. Certains ont aussi ressenti le besoin de continuer à travailler pour ne pas perdre confiance dans leurs patients, et ne pas devenir totalement 'paranos'. Pour finir, le travail leur apportait aussi des satisfactions personnelles, en particulier quand ils avaient l'impression de faire un diagnostic difficile ou de rendre service efficacement à un patient. Cela leur a permis de garder ou de reprendre confiance dans leurs compétences.

« Pendant ce temps là, le travail ça aide beaucoup, je me rendais bien compte qu'avec les patients ça se passait bien. » Pierre, 65 ans.

Patrick, médecin de 55 ans attaqué à l'Ordre et au pénal pour avoir donné une fessée à une enfant récalcitrante, s'est senti fortement atteint et remis en question par cette affaire et a même eu par moment envie d'arrêter la médecine. Il explique ce qui l'a poussé à continuer : *« Je crois que j'ai été emporté par les bonnes nouvelles de tous les jours et que finalement ça ne se passait pas si mal que ça [avec les autres patients]. »*

- Travailler pour ne pas laisser croire qu'on est atteint

Caroline a évoqué un autre aspect de l'importance qu'avait eue pour elle l'investissement dans le travail pendant la mise en cause. Si elle avait continué à remplacer, en particulier dans le cabinet où consultait la jeune patiente qui l'accusait, c'était pour prouver qu'elle ne s'était pas laissée atteindre par cette plainte : « *C'est pour ça que je suis restée pendant deux ans à continuer là-bas. Je ne voulais surtout pas leur montrer que ça m'affectait, quoi. Pour moi c'était non, surtout pas !* » Ses propos suggèrent encore cette idée de retrouver une légitimité et un juste positionnement face au patient, ce qui était pour elle une difficulté au début de son exercice et qui a probablement été fragilisé par la mise en cause.

Le travail est donc une source de valorisation d'eux-mêmes pour les médecins déstabilisés par une plainte de patient. Ils savent l'utiliser au maximum avec comme écueil, pour certains, le risque d'une fuite dans le travail qui constitue alors une échappatoire. Cela peut parfois les isoler un peu du reste de leur vie car, réussir à faire face à la fois à une mise en cause et au quotidien qui continue à se dérouler en parallèle n'est, a priori, pas simple. C'est pourquoi je me suis attachée à relever au travers des différents entretiens la manière dont les médecins que j'ai rencontrés pouvaient aborder ce sujet de la gestion du temps à la fois dans la vie professionnelle, personnelle mais aussi du temps de l'instance.

8. Gestion du temps

- Temps de la justice : lent et préoccupant

L'analyse verticale des entretiens permet de mettre en valeur la temporalité des affaires. J'ai pu remarquer que dans un grand nombre de cas, le temps de la juridiction s'écoule à son propre rythme et est plutôt subi par le médecin : « *La machine se met en marche et tu ne peux rien y faire* » Bernard, 70 ans. La vie professionnelle et la vie personnelle du médecin continuent, ponctuées par les rebondissements de l'affaire. Le déroulement de la procédure est en effet souvent long et discontinu. L'affaire avance de courrier en expertise, d'expertise en convocation jusqu'à la décision finale.

Beaucoup évoquent l'affaire comme étant une épée de Damoclès, toujours présente à leur esprit, de manière plus ou moins rapprochée, jusqu'à ce que la décision prise par la juridiction tombe. Quelques uns ont eu l'impression de n'avoir jamais pu mettre à distance l'affaire. C'est notamment le cas de Bertrand, ce médecin de 63 ans attaqué au pénal pour un retard diagnostic : « *Non, j'ai pas pu mettre à distance, non, c'est quelque chose de prégnant, on y pense tous les jours, à la fois à ce qu'il s'est passé, à la mort de l'homme et puis, bien, à la procédure, c'est épouvantable !* »

D'autres ont vécu les périodes de calme comme des moments de répit pendant lesquels ils parvenaient à ne plus y penser, voire à oublier, jusqu'à ce que l'histoire se rappelle durement à eux lorsqu'ils recevaient des courriers : « *C'est les montagnes russes du stress, tu n'y pensais plus et ça se rappelle violemment à toi !* » Françoise, 54 ans.

Pierre, raconte aussi : « *C'était par périodes, pendant 6 mois je n'en entendais plus parler puis patatras, j'étais re-convoqué au tribunal et puis après, il y a eu une nouvelle expertise... »*

Une autre, Véronique dit : « *Même si ce n'était pas tout le temps là, ça revenait régulièrement quand même. [...] Donc c'est vrai qu'il y avait à la fois ce truc là qui était un peu comme une épine qui revenait de temps en temps... Ou le caillou dans la chaussure on va dire ; et puis en même temps tout ce qu'on avait à faire à côté qui était intéressant »*

Selon la personnalité du médecin et la gravité de l'affaire, les mots pour désigner cette discontinuité sont plus ou moins forts. Véronique qui évoque le « caillou dans la chaussure » a vécu l'histoire avec de la distance, ayant bien intégré l'idée qu'elle n'aurait pas pu faire mieux pour ce patient qu'elle ne connaissait pas. A l'opposé, Pierre qui dit « patatras » était en réalité convoqué chez un juge d'instruction dont les méthodes de travail étaient particulièrement dures et déstabilisantes.

- Temps pour faire face et élaborer sa défense

Cette lenteur de la procédure est toujours mal vécue par les médecins, bien que, pour beaucoup, elle puisse être l'occasion d'élaborer des stratégies de défense. En effet, constituer leur dossier de défense prend du temps. Ils doivent compiler des informations provenant de sources disparates et plus ou moins accessibles.

Ce temps a permis à certains de mettre à distance la culpabilité et de prendre du recul. Ils ont pu élaborer complètement le processus qui leur permettra par la suite de faire face et donc, même s'ils restent préoccupés, ils admettent que le temps qui passe est parfois du temps gagné pour mieux se défendre.

« Le fait que ça s'étire, il y a plus cet effet de sidération du départ, [tu as le temps de faire ta défense], je me suis construit un système pour moi que j'ai gardé ensuite, que j'ai pas remis en question. » Bernard, 70ans.

Ce « système » qu'il évoque ici consistait pour lui en un dénigrement profond du plaignant qu'il qualifie même de « salaud » ou encore « sale type ». Il s'est appuyé sur ce postulat pour se créer un point de vue de l'affaire, et remettre la faute sur cette personne qui avait porté plainte. Bernard considérait non seulement que ce plaignant était à l'origine de l'épreuve qu'il était en train de traverser, et il lui en voulait pour cela, mais aussi, qu'il était sans doute responsable pour une part non négligeable dans l'histoire médicale tragique qui était arrivée à la patiente. Il percevait la malhonnêteté de cette personne comme le point de départ de toute cette affaire, et cela lui a permis de reprendre pied en se valorisant en tant que médecin « honnête » dans une affaire médicale où il ne considérait pas avoir démerité.

- Temps imparti à l'affaire : chronophage et cher ?

Deux ou trois médecins ont souligné combien une telle situation peut les accaparer. En effet, il faut se rendre aux expertises, aux convocations rencontrer l'avocat et l'assureur pour préparer le dossier, trouver des remplaçants. Ils admettent bien volontiers que cela coûte du temps, mais aussi de l'argent lorsqu'ils ne travaillent pas. S'il est plutôt commun que les médecins évoquent ce genre de sujets matériels, je ne m'attendais pas à ce qu'ils m'en parlent dans ce contexte d'affaires parfois très remuantes ou graves. C'est un des points qui montre combien c'est prégnant dans leur quotidien de médecin, et combien cela peut parfois déstabiliser leur organisation.

« J'ai dû annuler, j'ai dû raccourcir mes vacances pour me rendre à cette conciliation donc en plus, ça m'a bouffé mes vacances [...] J'ai dû me faire remplacer ce samedi matin-là [pour se rendre à une expertise] » Françoise, 54 ans.

Si le temps est un des facteurs qui permet au médecin accusé de se ressaisir et de faire face, il est bien net qu'au sein de l'affaire qui se déroule lentement au gré des convocations et des expertises, certains moments-clés sont restés gravés dans les mémoires des médecins que j'ai interrogé.

D. Le moment de la confrontation

1. Au plaignant

La confrontation avec le plaignant est souvent un moment difficile à plusieurs titres. Cette personne est responsable de ce que vivent les médecins, puisqu'il est à l'origine de l'affaire. Parfois il a tort, ou pire, le médecin estime qu'il ment, et là c'est presque insupportable. Le plaignant représente aussi parfois le patient décédé et est donc le rappel pour le médecin d'un échec ou d'un très mauvais souvenir. En effet, même s'il n'est pas responsable aux yeux de la juridiction à laquelle il fait face, perdre un patient est toujours un moment délicat pour le médecin et cela engendre souvent une forme de culpabilité.

Un plaignant qui a mis en cause le généraliste de son épouse, le docteur Bernard, pour retard diagnostique fautif et perte de chance, a été assez vite très mal considéré par le médecin accusé comme nous l'avons noté précédemment. Ce médecin redoutait beaucoup de se retrouver face à lui : *« Ce que j'avais jamais voulu, ce que j'avais toujours craint [...] parce que j'avais une espèce d'aversion pour ce type, [c'était de] me retrouver face à face avec lui, c'était insupportable. J'avais envie de lui taper dessus mais je me disais c'est pas une bonne idée ! »* Bernard connaissait ce plaignant, qui avait été aussi un de ses patients quelques années avant. Avec ses associés, Bernard s'était beaucoup investi pour ce patient qui les sollicitait pour des difficultés psychologiques. Pour ce médecin de famille, le fonctionnement du plaignant et de ses proches semblait bien clair. Cependant, devant la justice, il ne pouvait pas se servir de cela pour étayer le contexte dans lequel se trouvait la patiente, c'eût été contraire aux règles déontologiques. Tout cela a contribué à la constitution d'une défense personnelle de Bernard qui reposait surtout sur le dénigrement

de ce plaignant. On comprend donc combien cela lui était difficile de se retrouver face à cette personne pour qui il avait développé une réelle aversion.

Hervé, ce médecin de 62 ans, m'a fait comprendre, à mots couverts, que s'il ne voulait plus voir le plaignant qui avait été son patient c'est aussi parce qu'il en avait peur. Il craignait, en plus de cette procédure et sans les nommer ouvertement, d'autres sortes d'ennuis qui auraient été moins 'conventionnels'.

« Ça m'embêtait d'aller discuter avec quelqu'un comme ça, j'avais plus du tout envie de le voir. Il m'avait tellement... Vous savez ce gars c'était un truand ! [...] J'ai toujours une petite crainte surtout que ce gars-là il a fait de la prison [...] il connaît plein de choses... »

Didier, le médecin de 52 ans mis en cause par les enfants d'une patiente décédée, explique que ce qu'il a le plus mal vécu dans cette affaire, c'est d'avoir à faire face à la tristesse des enfants qu'il a rencontrés pour la première fois lors de la conciliation : *« Il a fallu en plus que je me déplace pour qu'on ait cette confrontation avec des jeunes effondrés... C'était lourd quoi. Oui, ça c'était fort et puis j'étais consterné. [...] Et puis en plus d'être confronté aux enfants, tu vois, c'était pénible, ils faisaient de la peine, vraiment quoi. »*

2. A celui qui juge (magistrat, l'expert...)

Le moment où le médecin se retrouve physiquement face aux personnes chargées d'évaluer sa responsabilité est toujours un moment décrit comme assez crucial par les interviewés.

A l'Ordre, alors qu'ils s'attendent à quelque chose de plutôt simple et informel, ils sont toujours très étonnés de se retrouver devant un véritable « tribunal » dont les débats sont ouverts au public.

Hervé m'a expliqué : *« Je sais pas si vous avez déjà assisté à des trucs comme ça, mais c'était libre en fait, tout le monde peut y assister, peut assister à des procédures, c'est un vrai tribunal. Et juste avant moi, il y a deux médecins qui sont passés, un confrère qui a été méchamment sanctionné et un ophtalmo [...] et en plus qui ont été harcelés pendant ¾ d'heure chacun ! Moi, ça a duré cinq minutes ! »*

Une autre, Hélène, 37 ans, raconte aussi : *« J'ai été convoquée au Conseil de l'Ordre [...] on veut me parler ben soit, je vais m'expliquer. Et puis, ben ça a été une chaise installée au milieu d'une grande table heu, installée en U, et donc avec 10 à 15 personnes installées tout autour. Donc je m'attendais pas à ce genre de situation ! C'était vraiment la sensation d'être jugée, d'être un peu au tribunal. »*

Le premier était un médecin en fin de carrière et l'autre une jeune installée. Je remarque qu'ils sont tous les deux aussi impressionnés par ce qu'ils ont vécu et utilisent les mêmes termes.

Au tribunal pénal, c'est la rencontre avec le juge d'instruction qui est la plus déstabilisante. Alors qu'au moment de l'audience, le président du tribunal a un rôle plus neutre que le juge d'instruction. Il donne à penser aux médecins qu'ils seront jugés en équité avec tous les éléments du dossier. *« Le président du tribunal a exposé les faits, vraiment c'était un type très, très bien. D'une clarté avec des idées très claires. C'étaient les faits, rien que les faits sans aucun parti-pris ce qui changeait de l'attitude du juge qui avait instruit l'affaire. »* D'entrée de jeu, Pierre a compris que l'affaire prenait un tournant et qu'enfin il allait pouvoir souffler et se détendre. Il était intimement convaincu qu'il serait blanchi, ce qui a effectivement été le cas. Cependant, il explique que pendant toute l'instruction il a craint le pire et que le jour de l'audience sa femme a refusé de l'accompagner, ayant trop peur du verdict.

Au tribunal civil, les médecins se sont sentis jugés par les experts médicaux mandatés par le juge. En effet, si ce ne sont pas eux qui rendent le jugement, bien souvent, le juge rend son verdict en s'appuyant sur les résultats des expertises. Quelques uns ont souligné l'angoisse liée aux expertises. L'attitude et la prise en charge du médecin se retrouvent en effet évaluées directement par leurs pairs. Ce n'est pas un exercice auquel les médecins généralistes libéraux sont régulièrement soumis. Face aux experts, ils se retrouvent en situation de jugement de leurs compétences médicales. Ils décrivent cela comme très stressant. Les médecins du corpus ont émis des avis sur les différents experts auxquels les médecins se sont trouvés confrontés et on peut parler du « bon » et du « mauvais » expert tant les propos sont tranchés à leurs égards.

Deux médecins ayant vécu ensemble une expertise très difficile dans une affaire où ils ont été co-accusés, Bernard et Sylvie, racontent :

« Quand on a passé la première expertise, l'expertise a été plutôt en notre défaveur et on s'est retrouvés avec un expert enfin, ils étaient deux si je me souviens bien, [...] qui étaient assez agressifs par rapport à nous. Donc on est sortis très, très mal de cette affaire et on s'est dit bon ben heu je sais pas ce qui nous attend mais c'est pas bon. » Bernard

Sylvie précise : *« On allait quand même pliés en deux aux expertises heu je sais pas si [mon associé] vous a dit qu'il avait mal au ventre mais enfin il avait mal au ventre. Heu, il dira pas ça ! Quant à moi, je dormais plus enfin bon. On sortait de l'expertise, je crois que j'ai pris une des plus grandes cuites de ma vie, en sortant d'une des expertises, c'est dire que enfin bon, il était trois heures de l'après midi, je ne sais même pas comment je suis rentrée chez moi et comment il est rentré chez lui ! On est... Mais c'était une expertise épouvantable ! »* On peut donc bien imaginer à travers ses mots la pénibilité du moment qui a été pour eux un des plus difficiles de l'affaire.

A l'inverse, Pierre parle des expertises comme d'un moment où il avait la sensation d'avoir enfin la parole, de pouvoir discuter du cas pour lequel il était mis en cause et essayer de comprendre ce qui avait pu se passer et ainsi déterminer vraiment les responsabilités de

chacun : « *Les autres expertises, là, j'y ai assisté et là, véritablement, il y avait une discussion, quoi. Une discussion médicale. [...] On pouvait dire un peu ce qu'on pensait.* »

Plusieurs médecins ayant vécu des expertises plus ou moins traumatisantes ont soulevé la question de l'absence d'expert généraliste. En effet lorsque la situation médicale est évaluée par les experts, ceux-ci sont mandatés par le juge selon leur spécialité, un problème digestif sera donc expertisé par un gastro-entérologue ou une histoire pédiatrique par un pédiatre. Aucune affaire n'a été expertisée par un généraliste. L'expert spécialiste est apte à apprécier, à la demande du juge, la situation médicale « pure » et donc édulcorée d'une partie de son contexte. Des médecins du corpus pensent cependant qu'il serait sans doute judicieux que ce contexte soit mieux pris en compte pour juger les prises en charge médicales faites par les généralistes. C'est l'idée que formule Bernard :

« Il y a plein d'éléments qui jouent sur tes facteurs de décision, toi-même si t'es pas bien, le patient, sa famille heu... et ça dans l'expertise heu. [...] Pour eux, il y a des publications, il y a eu des cancers qui ont été décrits donc, [vous] auriez du faire [faire l'examen qui aurait conduit au diagnostic.] Ils tiennent pas compte du fait que la patiente refuse de le faire, qu'à ce moment là elle est en train de divorcer, que son mari est particulièrement agressif donc heu... Tout ça, ça ne rentre pas en ligne de compte ! Donc il faudrait que les juges puissent désigner des experts généralistes. »

Sylvie et Bernard rapportent, qu'à leurs yeux, le contexte n'a pas été pris en compte par les experts. En réalité, dans cette affaire médicale complexe, ils ont sans doute été désorientés par le contexte psychologique difficile dans lequel les symptômes de la patiente étaient apparus (anxiété, violence familiale et désir de séparation avec son mari). Ils n'ont pas su, ou pu la convaincre que la première option diagnostique, qu'elle évoquait avec eux, qui était celle d'une possible « somatisation », méritait d'être explorée par des examens plus poussés afin d'éliminer d'autres diagnostics plus rares mais graves. Ils les avaient évoqués avec elle sans trop y croire, étant donné leur rareté.

Cette confrontation à la juridiction et aux experts n'est globalement pas bien vécue par les médecins que j'ai rencontrés. Une seule, Isabelle, a apprécié de pouvoir soumettre le cas médical à un tiers pour avoir enfin un avis tranché et une réponse quant à sa responsabilité. Son affaire a été discutée à l'Ordre des Médecins en vue d'une conciliation, et la personne qui l'a reçue pour entendre sa version de l'histoire médicale était très neutre. Grâce à cela, Isabelle a ressenti qu'elle serait 'jugée' sans complaisance et que la réponse qu'elle aurait serait fiable. En effet, l'affaire l'avait tellement déstabilisée qu'elle était absolument incapable de prendre du recul, et d'évaluer posément les faits en vue d'éloigner toute culpabilité.

Ces moments-clés sont très précis dans la mémoire des interviewés. Au fil des récits, j'ai pu aussi constater que, s'il était difficile de faire face à la justice ou au plaignant, il n'était pas

tellement plus simple d'avoir à revenir sur l'affaire auprès de curieux qui ont su ce qui c'était passé, soit parce que l'affaire était publique, soit parce que les gens ont parlé.

3. Aux patients et à ceux qui ont su

Quand l'affaire est publique elle est parfois dans la presse le lendemain de l'audience. C'est toujours quelque chose de difficile à accueillir pour les médecins qui se sentent cloués au pilori une seconde fois, et donc jugés par l'opinion en plus de la juridiction à laquelle ils ont fait face. C'est encore plus fort quand certains patients leur en parlent : comment répondre aux questions qui sont posées et garder une relation de confiance ?

Pierre, ce médecin de 65 ans qui était mis en cause au pénal dans les années quatre vingt et dont le procès s'est retrouvé en première page des journaux raconte à ce sujet : *« Non, il n'y a pas eu de souci de ce côté-là, mais je dirais ça a été une infime minorité qui m'en a parlé parce que parmi les clients, s'il y en a dix qui m'en ont parlé, c'est un maximum. Donc ça ne fait pas beaucoup quand même. »* Il a tout de même été contraint d'expliquer aux patients qui étaient dans la salle d'attente le jour où l'huissier est venu ce qui se passait : *« Je leur ai expliqué là, par contre. Bah d'ailleurs, je leur avais expliqué le jour même parce que je leur... ils m'ont dit - bah dites donc, ils y vont pas de main morte, la convocation avec l'huissier ! - Et je leur ai dit bah oui heu, et je leur ai raconté l'histoire. Et puis – Ah ouais, bah dites donc, la justice elle est raide, hein ! »* Si la première réaction des patients est plutôt compassionnelle, on peut facilement imaginer qu'ils n'ont pas forcément gardé ça pour eux, d'une part, et ont pu avoir des doutes quant aux compétences de leur médecin d'autre part.

Les médecins exerçant en région parisienne semblent plutôt épargnés grâce à l'anonymat plus grand qui règne dans cet espace très urbanisé. Tous ont eu l'impression que personne n'avait su ce qui leur était arrivé, même si parfois des patients ont compris qu'ils vivaient des moments difficiles. Je m'étonne tout de même un peu que personne n'ait su car une grande part des décisions juridiques concernant les médecins sont publiées (dans les mairies, les journaux locaux, à l'Ordre...). Parfois ils ont pu évoquer leur affaire avec quelques patients plusieurs années après pour justifier un refus de produire l'un ou l'autre document. C'est en particulier vrai pour justifier le refus de produire certains certificats.

Alain, 63 ans, qui exerce dans une petite ville de province, s'est senti meurtri de se retrouver face à certains confrères à l'Ordre dont il ne partageait pas les opinions. Il a eu l'impression qu'ils avaient pu se gausser de lui, et se réjouir de ce qui lui arrivait. En effet, il a subi la plainte de son ex belle-fille pour une attestation qu'il avait produite en vue de protéger son petit-fils dans le divorce d'avec son fils. Il a eu l'impression que cette affaire privée se trouvait donc étalée sur la place publique. Il faut cependant bien comprendre que si cela est arrivé, c'est parce que le document qu'il a produit pour faire un signalement⁵, et qui n'aurait

⁵ Il voulait signaler au juge chargé de la protection de l'enfance que son petit-fils risquait de se retrouver dans une situation dangereuse, sa mère ayant présenté des symptômes de fragilité psychique.

jamais du être communiqué dans le dossier du divorce, contenait des éléments très « privés », du ressort de l'intime :

« Ça m'a vexé quant au contenu assez confidentiel et que ce soit lu par tous les mecs de l'Ordre, y compris par certains confrères qui ne m'aiment pas beaucoup, y compris certains confrères concurrents. Oui, ce qui m'a vexé, aussi, c'est la publication dans le journal local. Il y a quelques patients qui m'en ont parlé ». La réponse qu'il a donné aux patients qui lui en ont parlé : « Rien ! La parole est d'argent, le silence est d'or. »

En règle générale, les médecins ont eu peu de retour à propos de l'affaire par leurs patients, et n'ont pas eu l'impression d'avoir « perdu » des patients à cause de ça. Ils admettent avec le recul avoir trouvé très désagréable que l'affaire soit publique, mais que ça n'a finalement eu quasiment aucun impact sur leur patientèle.

Un médecin, Françoise, 54 ans, a pu se prémunir du risque de retentissement sur sa patientèle en déposant une main courante à l'encontre du plaignant qui tenait dans son quartier des propos diffamants à son encontre. Elle en a été informée par un de ses patients vivant dans le même quartier : *« Le gardien de cette résidence, il est venu un jour, alors, c'est mon patient, il m'a dit – oh ben j'ai vu monsieur machin qui m'a dit que – justement, c'est lui qui me l'a dit – ah ben ma femme est morte ça serait à cause de vous... C'est pour ça que j'ai déposé une main courante, je me suis protégée. [...] Heu non, [le gardien], je l'ai pas ressenti comme bienveillant [comme pour me dire méfiez-vous] non, c'était plutôt interrogatif heu, ah bon, ben sa femme elle est morte ? Heu... C'est... C'était plutôt ça ! »* Dans son ressenti, ce patient qui l'informe du comportement du plaignant essaye de savoir si elle est vraiment fautive.

Avoir à se justifier auprès de patients d'une affaire médicale qui concerne un autre patient n'est pas simple. Le secret médical s'applique, bien sûr, mais les médecins pensent parfois avoir à faire en sorte que la confiance mutuelle médecin-patient ne soit pas fragilisée par ce silence imposé, sans pour autant pouvoir se justifier. C'est un exercice périlleux auquel ils se prêtent parfois.

Pierre a fait fi du secret médical, d'autant plus que l'affaire était déjà publiée dans les journaux. Il a donc choisi d'expliquer aux patients curieux ce qu'il en était : *« Ceux qui m'en ont parlé bah je... Je leur ai exposé, un petit peu, ce qui s'était passé »*. Je relève dans ses propos qu'il a essayé de minimiser ce qu'il leur dit du dossier avec les termes « un petit peu ».

Isabelle a fait preuve de plus de retenue car, dans son cas, l'affaire n'avait pas été rendue publique : *« Puis je soigne son voisin de palier, et puis il me dit « oh bah ma voisine de palier elle s'est fait opérée, elle a une canne là en ce moment. » Je ne sais pas, il avait du la croiser dans le cabinet. Je lui ai dit « Oh vous savez, elle est un peu fâchée contre moi en ce moment. » Et puis ce n'est pas allé plus loin et puis il est resté client du cabinet. »*

Au long de ces derniers paragraphes, je me suis attachée à explorer tous les mécanismes utilisés par les médecins que j'ai interviewés pour faire face à cette mauvaise surprise, pouvoir bien réagir et se défendre sans se laisser déborder et continuer à travailler. Tout ceci correspondait pour une grande part aux premières questions que je posais dans l'entretien, après qu'ils m'aient raconté 'l'affaire'. Je les invitais ensuite à me donner leur vision actuelle, et donc distanciée, de ce qu'ils avaient vécu.

III. Bilan qu'en font les médecins

A. Leur manière de raconter l'histoire et les difficultés que cela provoque

J'ai choisi de n'interroger que des médecins dont les affaires étaient complètement terminées, pour avoir leur point de vue actuel sur l'affaire et pouvoir ainsi capter l'évolution de ce point de vue avec le temps. Systématiquement, quand dans l'entretien nous arrivons au moment d'aborder leur affaire, les médecins commencent par dire qu'ils ne se souviennent plus très bien, qu'ils essaient d'oublier puis une fois lancés dans le récit ils sont capables de rapporter avec précision des détails et cela me permet de comprendre que cette apparente contradiction n'est en réalité que le reflet de leur mécanisme de protection vis-à-vis de ce souvenir douloureux.

« La procédure a dû durer deux ans, je suis incapable de dire précisément en quelle année c'était » dit Bertrand, qui quelques phrases plus tard, évoque le contexte de la première confrontation avec le juge d'instruction ; il parle de l'assistante de son avocat qui n'est venue qu'une seule fois le représenter : *« Oui je me souviens, je me souviens, une jeune femme blonde assez jolie, très à l'aise, qui me dit ah, mais détendez-vous à 98 % c'est le non lieu ! »* Ce qui est certain, c'est que les souvenirs temporels sont plutôt imprécis, ils admettent tous ne pas se souvenir exactement de la date du début de l'affaire ou hésitent longtemps avant de la retrouver, ils ne savent pas non plus précisément combien de temps cela a duré.

Quelques médecins m'ont permis de consulter le dossier de l'affaire, j'ai alors, en effet, pu noter que les souvenirs temporels étaient souvent très imprécis : l'affaire paraissait souvent plus longue qu'elle n'avait duré en réalité. Je fais l'hypothèse que pour ceux dont je n'ai pas pu consulter le dossier on aurait pu retrouver la même contradiction. On peut sans doute mettre cela sur le fait que la discontinuité et la pénibilité des affaires les fait paraître plus longues. Bernard précise bien d'ailleurs : *« C'était très lent. [...] T'es convoqué plus d'un mois après. C'est en termes de mois, c'est pas en termes de jours. [...] J'ai plus les dates en tête mais ça paraît très long. »*

Ils me racontent l'affaire quelques années voire quelques décennies plus tard, et leur manière de décrire les plaignants est parfois encore pleine d'émotions, selon qu'ils étaient d'accord ou non avec leurs griefs ou bien selon l'image qu'ils en avaient. Plusieurs catégories de personnages-plaignants semblent exister dans les différents récits que j'ai recueillis. Les

mots qu'ils utilisent pour les dépeindre, me permet de pouvoir les imaginer à travers leurs yeux. Les portraits sont plutôt caricaturaux et m'amènent à les classer selon leurs niveaux sociaux-culturels, c'est le critère qui paraît faire la différence entre ces personnages.

La première catégorie serait à mon sens celle des plaignants décrits comme étant des gens simples, limités ou encore peu cultivés. L'opinion des médecins envers eux est parfois assez franche comme je l'ai mis en évidence dans le paragraphe sur le dénigrement des plaignants. Dans quelques cas, longtemps après l'affaire, les médecins peuvent à nouveau les considérer en comprenant que ces plaignants, un peu limités, se sont sans doute trompés de combat ou ne savaient pas trop ce qu'ils cherchaient en portant plainte.

Ce type de plaignant a été bien décrit par Françoise : « *c'était un monsieur très bête* », un « *ancien alcoolique en invalidité* », « *il travaille pas* ». Pour compléter le tableau, elle dépeint la femme de ce monsieur, pour laquelle elle a été mise en cause, avec des mots du même registre, tout en insistant bien sur le fait qu'elle la considérait comme malade : « *c'est une psychotique [...] très délirante, excessivement grave, complètement anorexique* », « *sa pauvre femme, elle refusait de se faire soigner* » et plus tard, lorsque les complications médicales arrivent et que la plainte survient, l'attitude change un peu : « *elle commençait à me faire suer* » !

Une autre catégorie est celle des plaignants plutôt de classe moyenne, notables de petite ville ou salariés bien insérés socialement et qui comprennent un peu mieux ce qu'ils attendent en portant plainte. Ce sont d'ailleurs souvent les proches d'un patient décédé qui accusent le médecin, en vue d'obtenir des explications pour mieux comprendre et accepter le décès. Dans un cas, c'est un patient qui demande réparation pour un dommage, et qui est d'ailleurs accompagné par son généraliste dans cette démarche.

La plaignante qui a mis en cause Pierre entre bien dans cette seconde catégorie. Elle est décrite avec plus d'empathie que dans les autres exemples choisis pour illustrer ces descriptions car le médecin est d'accord avec sa démarche initiale qui consistait à rechercher la vérité. C'était « *une mère célibataire* », « *elle était enseignante, elle raisonnait sainement* », « *la pauvre mère de famille* », elle a enduré toute la procédure, mais « *ça lui a pas rendu son enfant* », et, sans doute, « *ça lui a coûté de l'argent* ». Elle a été « *mal conseillée* ».

Et pour finir certains plaignants sont décrits comme des gens plus cultivés dont la plainte n'aurait pour seul objet que de rendre le médecin responsable de la disparition d'un proche, ou bien, dans les cas d'attestation dans les divorces, de nuire à « l'ex » contre lequel on se trouve confronté.

Les propos de Bernard concernant un plaignant de cette catégorie sont très clairs et imagés : c'est une personne issue d'une « *famille très connue* », notable, « *un grand intello* », « *on l'avait suivi [lui] pour ses problèmes* », il était « *violent* » et « *a eu un rôle épouvantable auprès de sa femme* », « *ce mec se présentait en père martyr* » alors que ce n'était qu'une

« *crapule* », « *c'est un salaud manipulateur* ». Je crois que ces mots se suffisent à eux même pour comprendre comment ce plaignant est perçu par le médecin et pour l'imaginer.

Certains sont encore très émus de revenir sur cette tranche de vie. Un des médecins était, au début de l'entretien, très en retrait, presque agressive. J'avais initialement mis ça sur le compte de ma maladresse et de la brutalité de mes questions, puis pendant l'entretien elle m'a coupée pour savoir exactement pourquoi j'avais choisi ce sujet. Peut-être avait-elle le sentiment d'être jugée, quoi qu'il en soit, ma réponse a du lui convenir puisque dès qu'elle a repris le fil de son histoire, les réponses étaient beaucoup plus personnelles et fouillées qu'au début.

Encadré n°2 : moment clé de l'entretien avec Sylvie

- [nous finissons d'évoquer son affaire et elle conclut] Donc voilà, vous avez un aperçu de... Pourquoi vous avez choisi ce sujet ?
- (rire) heu pourquoi ? parce que j'ai eu l'impression en tant qu'externe qu'on me sensibilisait à ça, pourquoi, je ne sais pas très bien, est-ce que j'étais plus réceptive quand on m'en parlait. On nous a parlé de pas mal « d'histoires de chasse » un peu terribles, heu. J'étais à Ambroise Paré à Boulogne, une histoire qui s'était passée aux urgences. On nous apprenait à toujours nous méfier des patients, de ce qui leur arrive, de rien rater, des examens complémentaires, donc voilà. J'ai l'impression qu'on m'apprenait à me méfier du patient et de sa famille. Et puis...
- C'est qui votre directeur de thèse ?
- C'est François Bloedé [...]
- C'est vachement bien, hein d'avoir choisi ça
- Oui
- Quand il m'a envoyé un petit mail en disant écoute, qu'est-ce que t'en penses ?
- Oui
- Et pourtant j'ai très honnêtement j'ai plus envie de parler de ça, ça m'a...
- Oui
- J'ai encore,
- C'est encore douloureux ?
- Ah, très douloureux.
- Oui, enfin voilà. C'est pour ça que j'ai choisi ce sujet là. J'ai moi-même fait une erreur en tant qu'interne qui m'a fait très mal parce que j'étais toute seule devant ce truc là, que j'avais fait une vraie bourde qui aurait pu être très grave, voilà. Ça a été récupéré à temps et tout ça, mais je me suis fait descendre par mon chef de service, je me suis retrouvée toute seule du coup face à ça, face à la famille, évidemment, heureusement, c'est pas allé plus loin parce que ça aurait pu être grave.
- C'était en quoi ?
- J'étais en médecine adulte dans un petit hôpital, le chef était pas là souvent et
- Il vous a descendue ?
- Oui, oui, oui. Totalement.
- C'est dégueulasse ! Voilà, on est exactement dans le problème, heu... [...] Quand on a beaucoup de boulot, qu'on est crevée, alors moi, j'avais l'habitude de dire à une période quand je faisais encore des cours, [...] j'avais l'habitude de dire, il faut se méfier de la dernière consultation quand on est crevé, c'est à dire celle où les gens, quand on accompagne les gens à la porte, on a déjà fait la consultation, on a qu'une envie c'est de rentrer à la maison et

- Hum
- Et ils nous livrent une petite information ce qui fait que de deux choses l'une, ou on passe à côté d'une information essentielle, soit on décide qu'on va se rasseoir et on remet le patient en face de nous et on lui demande de dire ce qu'il en est. C'est comme ça que j'ai suivi mon premier cancer de l'estomac chez une très jeune femme.

Cet extrait permet de comprendre combien sa question arrive de manière abrupte dans le dialogue. J'ai été un peu déstabilisée puis ai répondu avec beaucoup de franchise, en me plaçant dans la position de celle qui avait fait une erreur et en avait été meurtrie. On comprend bien qu'à ce moment-là, elle change d'attitude et s'ouvre davantage. Sa position physique a d'ailleurs changé, au départ, elle était enfoncée dans son siège, les bras croisés en me regardant de côté puis après ma réponse, elle s'est penchée en avant, s'est rapprochée du bureau et a planté son regard bien en face du mien. Après mon explication, elle me voit plus comme une « élève » puisqu'elle fait allusion au cours qu'elle donnait aux internes en médecine générale, elle ne se sent donc pas jugée. Elle a admis souffrir encore beaucoup de son affaire et avoir donc hésité à en parler et c'est seulement après l'avoir informée de l'origine de ma démarche que le climat de confiance, propice à un échange plus libre, s'est installé.

Trois médecins ont admis être encore très touchés par l'affaire qui avait marqué profondément leur vie et si, globalement ils étaient d'accord pour dire qu'ils étaient passés à autre chose, le fait d'en reparler éveillait chez eux de mauvais souvenirs. Un de ceux-là, Alain, m'a dit : « *c'est pour ça que ç'aurait pas été toi, j'aurai eu du mal à en parler. J'essaye d'étouffer quelque part, j'y repense jamais.* »

Au gré de mes multiples lectures des entretiens, j'ai remarqué que souvent les réponses à mes questions concernant leur ressenti étaient bien plus plates que certaines phrases dissimulées ça et là dans le fil du récit. Elles apportaient alors bien plus d'informations sur ce qu'ils avaient réellement ressenti pendant tel ou tel moment de l'affaire. Véronique semblait tout à fait à l'aise de me raconter son histoire, absolument pas émue, d'autant plus qu'elle avait le sentiment d'avoir fait tout ce qui était possible pour le patient concerné. En surface, elle répond effectivement à mes questions de manière très générale : « *C'est quelque chose d'intéressant, c'est une expérience particulière qui à mon avis n'est pas archi-fréquente mais n'est pas forcément si rare que ça* » mais plus tard elle dit « *il n'en reste pas moins que c'est une expérience désagréable* » dans une phrase où elle répondait à une tout autre question. C'est elle aussi qui désigne l'affaire comme étant un « *caillou dans la chaussure* ».

Ils livrent souvent, au cours de l'entretien, leur interprétation de l'histoire en montrant que leur opinion sur les protagonistes a évolué avec le temps. Ils ont essayé de comprendre la démarche du plaignant, de savoir pourquoi la personne est allée jusqu'à la plainte.

Le jeune médecin, Caroline, accusée d'avoir produit un faux certificat de virginité à une jeune fille qui était enceinte raconte : *« Parce que le souci, en fait, c'est que c'est pas moi qui l'ai mise enceinte la gamine, hein. [...] Et je pense que la fille avait peur, après, que son copain soit inquiet, parce que, justement, elle était mineure et il était majeur, [...]. Donc, euh, je pense que la solution pour elle c'était, au départ, de faire la morte et je pense qu'après ses parents ont dû être assez autoritaires et assez influents pour que... Enfin, c'est mon analyse maintenant, au départ je lui en voulais quand-même. Parce que moi, dans ma tête, je n'avais pas fait ça pour lui nuire mais plutôt pour la protéger. Parce que quand je l'ai eu toute seule au cabinet, que sa mère était sortie de la consultation, elle avait vraiment très peur de ses parents et surtout de son père. »*

Leur point de vue sur leur propre culpabilité peut aussi évoluer énormément au cours du récit et à distance de l'affaire. C'est en effet le cas pour Bernard : *« C'est par rapport à ta propre culpabilité que c'est le plus dur, essayer de te persuader que ce que t'as fait, c'était pas si mal vu le contexte »*, puis plus loin dans l'entretien et dans l'histoire : *« Quand le jugement est prononcé, c'est fini, on en parle plus. Je me sentais pas coupable. Je mets tout ça dans un carton je le sors plus. »* Dans cette affaire le médecin a été condamné à verser à la famille une somme d'argent modique en réparation des dommages liés au décès de la patiente. Je trouve tout à fait étonnant de constater que, si ce médecin se sentait plutôt coupable au début de l'affaire, lorsqu'elle se termine et qu'il est condamné, donc considéré comme coupable par la justice, lui-même a réussi par un processus tout à fait extraordinaire à se dédouaner et à éloigner toute mauvaise culpabilité possiblement destructrice

Il apparaît donc bien que le temps écoulé, entre l'affaire et l'entretien, permet que les sentiments vis-à-vis des protagonistes ou du jugement évoluent. Je constate aussi que pour quelques uns, l'émotion est encore vive longtemps après les faits.

B. Affaire qui fait écho à d'autres affaires ou erreurs : ils ont changé d'attitude

Durant l'entretien, les médecins évoquent spontanément d'autres affaires qui font écho dans leur esprit à celle qu'ils sont en train de me raconter. Ce sont des histoires d'erreurs médicales, plus ou moins dramatiques, et certaines les ont, semble-t-il, beaucoup marqués. Ils en parlent souvent en disant que dans ces affaires, où ils reconnaissent leur erreur, ils auraient accepté d'être attaqués en justice, ils l'auraient compris, et ils font donc le parallèle avec l'affaire qui les a conduits devant une juridiction et pour laquelle ils n'ont pas eu l'impression d'avoir mal fait leur travail.

« Je sais parfaitement les gens qui auraient pu me faire condamner, et Dieu sait s'il y en a. Même de temps en temps on se dit mince, c'était ça ! Et ça arrivera toujours tant qu'on aura pas l'IRM corps entier en deux secondes dans le cabinet avec un lecteur code barre... Et encore ! » Alain, 63 ans.

Il y a une espèce de discours commun et de surface : « *des erreurs on en fait tous* » ou bien « *si on commence à avoir peur de faire des erreurs on ne fait plus ce métier* » ou encore « *des erreurs, je passe mon temps à en faire !* » S'ils reconnaissent leur impuissance à éviter toutes les erreurs, ils les incluent dans une espèce de lot commun, sans doute dans l'idée de pouvoir les supporter ; puisque tout le monde en fait, ils ne sont pas plus mauvais que tout le monde. Par ailleurs, je me permets de penser aussi que ces erreurs ainsi évoquées, ils les assimilent parfois à des « aléas » qui échapperaient donc aux procédures d'organisation du travail et contre lesquels ils seraient démunis.

J'observe aussi parfois que mes interlocuteurs admettent faire ou avoir fait des erreurs, en revanche, dans le cas pour lequel ils sont mis en cause, ils n'ont souvent pas l'impression d'avoir mal agi. Est-ce un biais lié au recrutement ? Ce n'est pas impossible, aucun médecin se sentant fautif, ou entièrement responsable, et ayant été condamné, n'a accepté de témoigner. Tous ceux qui m'ont répondu ont réussi à mettre à distance leur culpabilité et s'ils ont été condamnés, ils ont l'impression que c'était à tort. Il semble que pour eux, les affaires qui passent en justice ne sont pas toujours celles qui le méritent, il existe probablement un certain déni qui pourrait expliquer ce biais apparent.

Toutes ces erreurs qu'ils évoquent ne sont pas suivies de plaintes. Parmi le corpus, quelques-uns ont cependant fait l'expérience d'autres plaintes de patients après une première affaire. Je remarque que ces médecins se comportent tout à fait différemment lors d'une seconde, voire d'une troisième affaire. Ils se sentent plus armés et connaissent mieux les rouages de la juridiction. L'effet de surprise passe plus vite et ils gagnent en efficacité pour se défendre. Ils ont aussi une attitude plus détachée, ne sont plus déstabilisés ni dépassés par leurs émotions. Ils sont aussi plus confiants dans leurs avocats puisqu'ils ont déjà travaillé avec eux. Leur manière de raconter ces affaires est différente, le discours est plus rapide, plus fluide. Ils vont plus vite au but et n'hésitent pas à dire s'ils pensent que le patient a tort.

Alain, ayant eu une première affaire à l'Ordre pour laquelle il a été condamné, adopte une attitude très offensive lorsqu'une seconde patiente le met en cause.

Encadré n°3 : la deuxième affaire d'Alain

« J'ai eu une autre plainte de patient qui a eu tout faux, hein, qui a eu tout faux. Mais j'ai quand même passé un mauvais moment, j'ai perdu du temps à colliger les arguments, les courriers les trucs... Elle avait tout faux ! [...] Elle a porté plainte comme quoi je l'avais pas bien soignée. [...] J'ai dit heu écoutez, Mme Lambda, je comprends, vous avez porté plainte alors je vous dit d'abord, un, je ne suis plus votre médecin, donc heu c'est pas la peine d'aller voir ma secrétaire pour signer un nouveau contrat de soins, vous n'êtes plus heu, bon. D'autre part, je trouve que vous avez été très déloyale et moi j'ai vu avec mon avocat - j'ai bluffé un peu - moi j'ai vu avec mon avocat, heu c'est moi qui vais, je vais porter plainte contre vous. Je vais vous attaquer pour plainte abusive parce que on est, ce matin je devais être à l'hôpital, il est midi moins dix, il va falloir que je rattrape toute une demi journée à l'hôpital, où il y a des gens qui sont contents de mes soins et je ne veux pas m'embêter avec des gens pour qui je ne suis pas responsable et qui ne sont pas contents de mes soins. Donc

je vais vous attaquer, je vais vous faire un procès et j'espère que ce procès fera jurisprudence et que ça calmera un peu tous les patients mécontents qui devraient être mécontents d'eux-mêmes et qui sont mécontents du médecin en projetant leur mécontentement, qui nous font perdre du temps et qui en plus nous génèrent du stress. Donc je demanderai des dommages et intérêts et pour la mauvaise foi de votre dossier qui tient pas la route, contrairement à ma défense. »

Le changement d'attitude est très net. Le médecin qui se sent agressé devient « agresseur ». La patiente, qui, aux yeux d'Alain, semble avoir tort, récupère en boomerang l'agacement du médecin déjà été échaudé par sa première affaire. Il n'est plus du tout empathique, considérant avoir travaillé consciencieusement et dans ce sens avoir droit au respect. Cela se manifeste quand il la menace de porter plainte pour lui faire peur. A travers ses propos, j'ai l'impression qu'il la remet à sa place vertement pour qu'elle comprenne la portée de sa plainte et ses éventuelles conséquences. L'attitude d'Alain était probablement en accord avec la réalité puisqu'il a en effet été blanchi dans cette affaire.

Ce changement de posture s'est vérifié aussi pour Isabelle. Elle avait été bouleversée par sa première affaire, et restait fragile même après avoir été mise hors de cause. En fin d'entretien, en dehors de l'enregistrement, elle m'a expliqué être actuellement mise en cause à l'Ordre par un jeune homme paranoïaque qui lui reprochait son état psychique très dégradé. Dans cette nouvelle affaire, elle ne se sent pas responsable et ne s'implique pas personnellement. Pourtant, les patients qui l'ont mise en cause dans la première et la seconde affaire ont été assez violents dans leurs propos envers elle. La première fois, elle a été très atteinte alors que la seconde, les menaces du patient n'ont eu aucune prise sur elle. Lorsque je lui ai fait remarquer ce changement d'attitude, elle a simplement souri en disant qu'elle ne pensait pas avoir tant changé. Elle m'a rappelé un mois après l'entretien pour me dire que la conciliation s'était très bien passée.

Les médecins du corpus n'ont pas toujours pu percevoir ce changement d'attitude n'ayant été mis en cause qu'une seule fois. Cependant, quand je leur demandais quels étaient, à leurs yeux, les retentissements qu'avaient eu l'affaire dans leur vie professionnelle, ils avaient souvent noté quelques modifications.

C. Retentissements immédiats : plus personnels, pas seulement sur le médecin mais aussi sur ses patients, sa pratique et les à côtés

- Inquiet de ce qu'il peut lui arriver

Au début de l'affaire et par la suite, après s'être renseigné, le médecin s'inquiète de ce qui peut advenir à l'issue de l'affaire. Il imagine le pire et se dit : « Si je ne parviens pas à leur partager ma version des choses, que va-t-il m'arriver ? » Ou bien encore : « Si la justice peut

aller jusque là, comment pourrais-je m'en sortir ? » Tant que l'affaire n'est pas terminée, ils gardent une inquiétude latente, même si ce n'est pas toujours au premier plan.

« Je ne vois pas où ça peut s'arrêter, si le juge décide que je suis coupable, je ne voyais pas comment me défendre parce que moi, j'étais de bonne foi. [...] A chaque fois qu'il y avait une nouvelle étape, j'étais en droit de me demander mais comment ça va se terminer ? Garde à vue ? Prison ? On ne sait jamais ! » Pierre.

Emmanuelle, dit aussi : *« Tant que l'affaire est pas terminée, on est jamais tranquille ! »*

Un autre point d'inquiétude durant l'affaire qu'ils sont nombreux à avoir relevé est la réception d'un courrier recommandé. Même s'il n'était pas en lien avec la mise en cause, cela engendrait chez eux un stress démesuré : *« Je ne pouvais plus les ouvrir je les ai tous portés chez l'avocat » Bertrand.* Ou bien : *« Quand je voyais le facteur avec une lettre recommandée, chaque fois c'était tachycardie à cent à l'heure, c'est excessivement désagréable ! » Françoise.*

Caroline, avait été prévenue de cela par un confrère : *« [il] m'avait dit chaque fois que tu vas recevoir un courrier ça va te remuer le couteau dans la plaie. »*

S'ils sont tous plus ou moins préoccupés pendant toute la durée de l'affaire, certains sont aussi très déstabilisés, voire se sentent dévalorisés par l'accusation dont ils font l'objet.

- Dévalorisé dans ses compétences de médecin ou ses qualités relationnelles

Pour plusieurs médecins, l'accusation par le plaignant les a meurtris. Après une période de culpabilité et de dévalorisation, ils se sont beaucoup remis en question. C'est particulièrement vrai pour Sylvie qui s'est sentie complètement remise en cause par la plainte qu'elle a subie. Elle ne savait pas quoi changer dans sa manière d'exercer la médecine à partir des reproches qui lui étaient faits. Ce qu'elle vivait le plus mal dans cette affaire, c'est d'être accusée de ne pas avoir correctement informé sa patiente. En effet, l'information du patient était un combat qui lui tenait particulièrement à cœur, pour lequel elle militait depuis ses premiers pas à l'hôpital.

Encadré n°4 : Retentissement personnel pour Sylvie

« Alors ce que ça, ce que ça a déclenché, moi j'étais extrêmement mal, ça m'a profondément... démolie, ça a duré des années en plus donc ça m'a profondément démolie pendant des années, à plusieurs titres. La première c'est que je voyais pas, vous avez vu le contexte enfin la façon dont moi je travaille, heu, heu, j'ai trouvé ça profondément injuste [...] Je voyais absolument pas comment je pouvais remettre en cause ma façon d'exercer, [...] ça a été très, très difficile pour moi. [...] Donc quand on m'a reproché de pas avoir informé ma patiente des risques qu'elle prenait en ne faisant pas de colo, j'ai trouvé ça parfaitement dégueulasse et comme en plus [...] sur la question de l'information heu, compte tenu et de ma pratique militante sur cette question là, sur le fait de, de m'être beaucoup battue sur

cette question là avec les associations de malades, heu, d'avoir toujours considéré depuis que je suis très, très jeune médecin, même depuis que j'étais étudiante en médecine que le droit d'information au patient, c'est un droit non discutable. [...] Depuis toujours, l'information au patient c'est... dire à un patient qu'il a un cancer n'est pas pour moi, n'a jamais été pour moi un problème. »

Ces propos de Sylvie illustrent combien il est difficile pour les médecins d'accepter qu'une seule histoire, puisse remettre en cause toute leur vie de médecin et leur façon d'exercer la médecine. Ils ont l'impression que lorsqu'ils font face à la justice tout ce qu'ils ont fait de bien jusque-là n'est pas pris en compte et ils le vivent plutôt mal !

Dans l'entretien de Bertrand, accusé par la veuve d'un patient d'homicide involontaire dans un contexte de retard de prise en charge via la régulation du 15, je retrouve aussi des éléments qui étayent cette idée quand il m'explique : *« Le hasard, le jour où je reçois le recommandé de la mise en examen, ce jour là, j'arrive chez moi j'étais de garde et j'avais fait un diagnostic d'intoxication au monoxyde de carbone, c'est quand même pas fréquent et à l'époque, on avait pas les détecteurs. Donc sur un jeune qui a été transféré en caisson hyperbare, enfin vous voyez, ce genre de truc, enfin où j'ai sauvé la vie de quelqu'un. Alors j'arrive chez moi et ma femme me donne le recommandé qu'elle avait eu de la mise en examen je me dis putain, on fait quand même un métier vachement dur ! »*

Il établit un parallèle entre ce cas, où il a montré ses compétences réelles et son affaire où ses compétences ont été remises en cause. Effectivement, il a été obligé de fournir des attestations et des diplômes à la justice pour confirmer qu'il avait bien le niveau requis. Il se revalorise auprès de moi en se montrant capable de faire un diagnostic difficile « sans détecteur ». Il souligne combien il semble lui pénible en parallèle d'être accusé, ayant l'impression d'être performant dans son métier.

- Préoccupé donc nécessairement moins disponible pour ses patients ou sa famille

Parmi les interviewés, nombreux sont ceux qui ont admis que, immédiatement après la mise en cause ou après un nouveau rebondissement de l'affaire (courrier ou expertise), ils sont tellement préoccupés qu'ils ne sont plus totalement présents à ce qu'ils font. *« C'est sûr que le jour où vous avez reçu la lettre recommandée, vous êtes moins disponible. Peut-être pas le jour mais au moins dans les deux heures qui suivent. Quand vous êtes convoqué à un truc, c'est sûr que de tout façon vous êtes pas disponible, enfin beaucoup moins disponible parce que après ça, ça habite vos pensées tout le temps, quoi. »* Pierre.

Un des médecins, Bertrand, a expliqué que pour faire face à la situation et se protéger il s'est constitué une « carapace » et a beaucoup travaillé à la fois pour son cabinet mais aussi pour sa défense. Il s'est donc isolé de sa famille et a finalement divorcé quelques temps après la fin de l'affaire. *« Je m'étais complètement occulté de ma vie de famille et autre. C'était*

invivable pour la famille ! Je m'en rendais pas compte. Si, j'en parlais à ma femme et à mes enfants, mais j'étais complètement enfermé dans ma bulle. Les enfants ont souffert de ça. »

Les autres médecins du corpus ont souvent cherché du soutien auprès de leur conjoint mais n'ont pas su me dire si l'affaire avait eu un impact dans leur vie familiale. L'un ou l'autre a pu évoquer l'inquiétude de son conjoint qu'il a donc essayé de préserver en lui livrant le minimum d'information sur l'affaire.

Pour Isabelle, l'affaire a fait tâche d'huile car ses propres enfants étaient dans la même école voire dans la même classe que les enfants de la patiente qui l'accusait. Elle a donc cessé de rentrer dans l'école avec ses enfants du jour au lendemain sans pouvoir tellement leur en expliquer la cause. Elle craignait en effet que cette affaire ait un impact sur eux : *« Donc, les enfants étant dans la même classe, heu, je me dis faut que je les prévienne, mais je suis tenue au secret, je peux pas dire qui c'est, donc j'ai dit aux enfants, il y a quelqu'un de l'école qui est fâché contre moi, si jamais tu en entends parler, tu leur dis heu moi je m'en fous, c'est pas mes histoires, c'est les histoires de ma mère. Parce que, comment... 'fin c'est ce que j'ai trouvé après avoir réfléchi, donc je ne vais plus dans la cour de l'école, les chercher, je les attends dans ma voiture sur le trottoir, parce qu'on était en avril, parce que je me dis mais furibarde comme elle est, heu, infecte comme elle est, elle est capable de, elle est peut-être capable de me faire une scène dans la cour de l'école. Et moi, comment je vais m'en sortir, quoi. Je voyais pas comment je pouvais m'en sortir ! »*

- Hyper vigilant = énergivore

Deux ou trois m'ont expliqué qu'immédiatement après le début de l'affaire, ils ont redoublé d'attention pour éviter de passer à côté d'un symptôme. Cette vigilance extrême qu'ils exerçaient en vue de prévenir le risque d'un nouveau procès les a souvent fatigués : *« Je dirais presque, quand il y a un problème comme ça, on fait encore plus attention à ce qu'on fait pour éviter de faire une bêtise quelconque, quoi. »* Pierre.

- Déprimé, atteinte psychique

Pour certains, comme relevé précédemment, le recours ponctuel à un psychanalyste a été nécessaire afin de prendre le recul suffisant pour aborder la situation et construire leur défense. Parmi ceux-là, pour deux médecins, un homme et une femme, le soutien supplémentaire d'un psychiatre et un traitement par antidépresseurs ont été indispensables tant ils avaient été déstabilisés psychiquement par leur affaire. J'imagine que la durée de l'affaire a pu contribuer à un tel retentissement sur ces médecins qui ont épuisés leurs ressources psychiques. J'ai noté que ces deux personnes ont en commun d'être très impliquées dans différents projets autour de la médecine, plutôt sur le plan social ou éthique. Ce sont des médecins qui ont possiblement idéalisé à minima le statut de médecin et ont le désir, en tant que médecin, d'améliorer les choses autour d'eux.

« J'ai perdu le sommeil pendant plusieurs années. [...] J'étais très, très déprimée. [...] Moi, ma douleur au cabinet, je dirais... Il y a des moments où ils l'ont senti par contre mes associés. J'étais... Parfois il m'arrivait de pleurer dans mon bureau et tout ça. C'était une période difficile, hein. [...] Je me suis retrouvée dans un gouffre. [...] J'ai pris un traitement antidépresseur pendant plusieurs années. » Sylvie.

D. Le pire moment

Au sein de mes questions concernant le bilan qu'ils faisaient de leur affaire, et s'ils ne l'avaient pas évoqué spontanément, je demandais aux médecins de me dire quel était à leur sens le moment le plus difficile dans l'affaire qu'ils ont vécue.

Pour certains, le plus dur était la mise en cause, avec l'impression qu'une catastrophe s'abattait sur eux et qu'ils ne sauraient pas du tout quoi faire. Nicole explique en effet, en reprenant les termes du premier courrier qu'elle a reçu :

« Je reçois ça je veux dire oula ! Je veux dire, heu, ça m'a fait quelque chose quoi. D'être mise en cause alors que en fait j'avais dépatouillé son histoire, je veux dire heu... à oui han, la oui, oui ! [...] Oui effectivement gros stress. Oui, oui oui. C'est vrai que peut être effectivement, la première nuit, je n'ai pas dormi. Puis après heu... je me suis dit bon... enfin c'est... comme ça et puis je dis j'ai rien à me reprocher quoi. [...] C'est mise en cause, mise en cause, hein ! – ça fait peur ? – Ben ouais, c'est, on demande pas heu, moi je veux dire heu, c'est vrai que c'est le terme quoi, on aurait dit Mr Z. porte plainte pour infection nosocomiale heu et l'ayant vu avant heu, voilà, vous êtes dans la boucle heu quoi, bon, voilà ! Je savais qu'effectivement c'était mon rôle quoi, je devais faire heu... Mais heu là, plus l'impression d'être coupable quoi, considérée comme coupable. Ben oui, oui parce que j'étais nommée en deuxième après le chirurgien quoi. Oui, après j'ai relativisé quoi, je veux dire, oui, oui, parce que je savais pas ce qui allait m'arriver. »

On peut préciser qu'étant convaincue d'avoir bien fait son travail, Nicole a rapidement mis à distance son inquiétude après une nuit difficile. Cependant, elle ne savait pas vraiment à quoi s'attendre de cette fameuse mise en cause. Elle a été rapidement rassurée, mais admet avoir éprouvé de la peur à la lecture du papier et que ça a été pour elle le moment le plus difficile et le plus stressant.

Pour deux médecins, le plus dur à été de se retrouver face à des experts médicaux très incisifs et qui n'hésitaient pas à les dénigrer dans leurs qualités relationnelles et humaines, pour mieux mettre en valeur les faits médicaux purs, sortis de leur contexte, en s'appuyant froidement sur la littérature médicale. « Et heu... J'ai ni démerité de la façon dont je suis d'habitude en temps normal et j'ai ni démerité vis-à-vis de cette patiente. J'ai fait mon boulot. Et je me suis trouvée devant des gens, heu, qui heu... Précisément qui heu, où précisément je n'existais plus c'est à dire, je n'avais pas fait le boulot, ils s'en tenaient à des choses heu... Heu... c'est tout juste si on a pu s'en expliquer d'ailleurs, donc ça pour moi c'était insupportable, c'était physiquement insupportable. » Sylvie.

Pour d'autres, le plus difficile à été de se retrouver face au plaignant à qui ils reprochaient ce qu'il leur faisait subir : « *Donc je suis passée en conciliation alors heu, la secrétaire du conseil de l'ordre heu elle me dit - Ah ben le monsieur est déjà arrivé, je vous fais attendre à côté ? - J'ai dit NAN, NAN, vous me faites pas attendre à côté ! Quand même ! - Ah bah oui, oui - Vous voyez, bon, c'est des petits trucs. C'est quand même heu 100'000 volts entre les deux, quoi. Moi de toute façon je pouvais déjà plus le voir en peinture, quoi !* » Françoise.

Isabelle explique aussi à propos de la plaignante : « *Sa haine, c'est ça qui est dur. Vraiment cette envie de me détruire, ça c'est vraiment difficile, elle voulait me mettre à terre.* » Elle a subi le comportement de cette patiente et en a été bouleversée, alors que la plainte s'est arrêtée avant même qu'il y ait une conciliation à l'Ordre. Elle n'était pas fautive au plan médical mais elle se sentait quand même coupable : « *S'il y avait pas eu sa violence, je me serais pas sentie coupable. Le fait d'être face à une violence pareille, on se dit mais c'est pas possible, il y a un truc que j'ai pas fait, ça remet en cause la perception qu'on a de la situation, ça fait douter de soi énormément.* »

Les deux médecins attaqués au tribunal pénal ont trouvé que le moment le plus dur était celui de leur comparution devant le juge d'instruction.

Certains ont rapporté que le moment le plus marquant a été celui où ils se sont retrouvés face à un « tribunal » à l'Ordre des médecins. La solennité de l'endroit les a beaucoup plus déstabilisés que la mise en cause elle-même.

Pour Patrick, le plus dur est la conséquence de l'affaire qui l'a blessé au point de craindre encore d'être capable de commettre la même erreur. Il s'était agacé avec une enfant et l'avait frappée. « *Depuis cette date là, chaque fois qu'il y a un môme qui rentre dans le cabinet médical, j'ai peur ! Donc ça fait quinze ans que j'ai peur maintenant quand un môme rentre dans le cabinet médical. [...]* Et ça c'est, je suis toujours marqué par cette histoire-là. Ouais, il y a comme un regret quand même de ce côté-là parce que je crois que c'était ma passion et là il y a quelque chose où j'ai été fragilisé dans ma passion [de la pédiatrie], ce qui fait que heu, je fais, mais fêlé ! [...]. Ça m'a laissé une blessure et on arrive à travailler avec cette blessure » Les mots qu'il utilise sont très lourds, il souligne le côté définitif de la trace laissée par cette affaire, qui en elle-même a duré peu de temps et pour laquelle il n'a pas été condamné. Il insiste bien sur l'idée qu'il s'est senti atteint dans l'exercice du domaine qu'il préférait dans la médecine. Il parle de fêlure, cela dit bien la fragilisation qu'il a ressentie. La fêlure du début de l'entretien se transforme un peu plus loin en blessure comme pour exprimer que ce n'est pas guéri, qu'il souffre toujours.

E. Moment charnière

Ce n'est pas d'évidence égale pour toutes les affaires, mais dans une grande majorité, on peut noter qu'à un moment précis le médecin cesse de subir ce qui lui arrive, devient plus combatif et finalement reprend le dessus. Du fait d'une rencontre ou d'une prise de conscience, le vécu de la situation s'inverse.

Pour un des interviewé, Bertrand, ce moment arrive très vite après qu'il ait pris connaissance de la mise en cause. Rédiger un courrier pour répondre à ses accusateurs, l'a obligé à faire une relecture de l'événement. Au regard de ce qu'il a noté dans son dossier médical, il découvre qu'il a eu une prise en charge correcte malgré ce que lui reproche son patient. Ce moment précis de relecture le conforte dans ses compétences et lui permet d'acquiescer le recul nécessaire vis-à-vis de l'affaire. Il peut alors continuer à travailler sans y penser et choisit de laisser son avocat le représenter.

Isabelle raconte très nettement qu'à un moment, elle a décidé de ne plus se laisser faire alors qu'elle se retrouvait à côté de la plaignante bien malgré elle : « *il y a un moment où j'ai dit, si elle continue c'est moi qui porte plainte pour harcèlement abusif. Quand je l'ai vue à la sortie de cette nouvelle école, il y a un moment où j'ai dit non, je ne veux plus avoir peur, je ne veux plus me cacher. [...] Cette fois je cède pas même si elle est à 20 centimètres de moi, j'assume.* »

Pour Alain, le moment où il a commencé à reprendre confiance est celui où il a rencontré son nouvel avocat. Il s'était senti culpabilisé par la première avocate qui lui avait fait penser qu'il était totalement responsable de ce qui lui arrivait (plainte pour attestation dans un divorce). Il avait peu apprécié ce positionnement, se sentant comme un enfant puni. Le second avocat, au contraire, avait tout de suite dédramatisé la situation et permis à Alain de faire face plus sereinement.

Les deux médecins qui ont très mal supporté une première expertise, Sylvie et Bernard, ont pu à nouveau respirer lors d'une seconde expertise. En premier lieu, ils comprenaient par là que le juge « n'achetait pas » la première expertise, et ensuite, le second expert connaissait leur manière de travailler. Ils ont donc mieux accepté que leur responsabilité soit évaluée par cette personne. De plus, celle-ci a davantage pris en considération le contexte de l'affaire médicale, en particulier les éléments qui ont pu contribuer à « l'errance diagnostique » ainsi que le refus de la patiente.

Pierre qui était attaqué au pénal a été rassuré pendant le procès, quand il entendu le président qui siégeait en première instance exposer l'histoire médicale en s'en tenant aux faits puis en interrogeant tous les protagonistes : « *C'était la première fois où on avait la possibilité de s'exprimer* ». Or, il était convaincu de n'avoir aucune responsabilité dans le décès du petit patient et a su à ce moment là qu'il serait entendu. Il a en effet été acquitté en première instance et en appel.

Nicole qui ne semblait pas trop inquiète de l'issue de son affaire, avoue tout de même qu'elle a repris son souffle après avoir compris que le patient ne la poursuivrait pas au pénal : « *Ben c'est juste après l'expertise heu, si, à la fin quoi, quand il dit qu'il attaque au pénal sauf heu... là oui ! Oui ! Sur le moment quand il dit ça je me suis dit ah, non, c'est quoi encore cette histoire, ouais, je me dis heu oh là là, SAUF [moi et l'urgentiste], et là ouuf ! Oh*

là heu soulagement, quoi, c'est... il peut vous arriver n'importe quoi, [rire] c'était bon ! On pouvait m'annoncer n'importe quoi ce jour-là ! »

Je constate donc, à l'issue de ce regroupement des différents moment-charnières, que ceux-ci surviennent quand le médecin accusé comprend qu'il ne sera pas considéré comme coupable ou bien quand il cesse de se juger trop sévèrement. Il réussit alors à reprendre confiance dans ce qu'il a fait pour le plaignant et donc à espérer éliminer toute culpabilité. Ces moments arrivent aussi quand le médecin comprend que la condamnation ne sera peut-être pas aussi sévère que ce qu'il croyait initialement. C'est donc soit un changement d'attitude volontaire, soit lié à la résonance d'une parole d'un des acteurs de l'affaire.

Les médecins n'ont pas toujours identifié ce moment clé. C'est en faisant l'analyse que cette notion m'est apparue. A ce moment, un changement leur permet de faire face jusqu'à la fin de l'affaire. J'ai demandé aux médecins quelles conclusions ils tiraient de leur mise en cause et quel impact celle-ci avait pu avoir pour eux.

F. Bilan de l'affaire : je n'ai pas changé, mais...

1. A moyen terme : modifications d'ordre médical

- Plus attentif sur un sujet donné corrélé au cas pendant un temps donné

Un des médecins que j'ai rencontrés, Bernard, a d'emblée répondu par la négative à ma question sur les changements que l'affaire avait induits chez lui puis. Plus loin dans l'entretien, en évoquant une autre affaire d'errance médicale il admet cependant une modification passagère de sa pratique : « *à chaque fois qu'il y a une histoire comme ça, ça remet en question ta pratique pendant un certain temps, quoi. [...] Donc tu te couvres au maximum pendant 5-6 mois puis tu oublies. [...] Quand cette histoire est arrivée, j'ai dû demander des [examens d'imagerie] à plein de gens dans les six mois qui ont suivi. Puis finalement j'ai repris mon tempérament naturel ! »*

- Augmentation du temps passé en formation médicale ou médico-juridique

Hélène, 37 ans, explique à ce sujet qu'avant l'affaire elle n'avait quasiment aucune connaissance sur la responsabilité médicale et que par la suite elle a ressenti le besoin de se former vraiment à l'exercice de cette responsabilité : « *En allant plus loin dans la formation, dès qu'il y a un sujet juridique j'y vais. Je vous cache pas que j'ai jamais eu d'avocat dans les coordonnées [...], mais donc heu j'ai eu une [formation] juridique heu même pas sous couvert d'un labo et donc heu j'ai demandé sa carte à monsieur l'avocat. »*

Caroline, jeune médecin, a admis qu'elle passait beaucoup de temps en formation médicale continue car, depuis cette affaire, il lui semble indispensable que ses connaissances médicales soient à jour pour mieux justifier ses choix auprès des patients.

- Evitement de la situation à risque ou du même type de patient

Lors des entretiens, je demandais aux médecins s'ils craignaient de se retrouver à nouveau dans une affaire de plainte de patient. Ma question était très globale, et le sens que j'y mettais était plutôt de savoir s'ils avaient gardé une crainte à propos du risque juridique. En réalité, ils ont souvent compris ma question dans un sens beaucoup plus proche de la situation qu'ils avaient vécue, et leurs réponses ont souvent été très claires ; ils font en sorte de ne pas se retrouver dans une situation médicale similaire à celle pour laquelle ils avaient été mis en cause.

Ainsi Françoise qui avait été accusée par le mari d'une patiente psychotique m'a expliqué : *« Oui ça a simplement remis en cause le fait de suivre des patients psy. Oui je me suis dit ça les psys, maintenant je vais m'en méfier, quoi. Soit je les verrais et je pose d'emblée les conditions, et j'en ai d'ailleurs qui m'ont quittée parce que suite à cette histoire là, j'ai eu des psys, et je leur ai dit écoutez, moi je veux bien vous voir pour tout ce qui est somatique, mais pour la pathologie psychiatrique, vous avez un psychiatre, c'est lui qui vous suit pour ça ; et on vous suit en parallèle. Et j'en ai deux ou trois qui m'ont quittée parce que ils n'acceptaient pas. Ah moi je regrette pas du tout, je veux pas du tout, du tout repartir dans une histoire comme ça ! »*

Les médecins mis en cause pour des certificats ou des attestations ont tous eu le réflexe de se procurer un livre leur permettant de connaître le cadre légal strict de la rédaction des certificats. Par ailleurs ils sont devenus très précautionneux quand des patients leurs demandent des attestations ou des certificats. S'ils ont des doutes sur la manière de rédiger, ils n'hésitent pas à prendre conseil soit à l'Ordre des médecins, soit auprès du service juridique de leur assurance en responsabilité professionnelle. Un de ceux-là, Alain, m'a clairement dit qu'il ne faisait plus les certificats à portée médico-légale tels que les certificats de coups et blessure. Lorsque je lui ai fait remarquer qu'il en avait fait jusqu'à l'affaire et qu'il ne lui était rien arrivé, puisque sa mise en cause ne concernait pas ce type de document, il m'a répondu : *« Chat échaudé craint l'eau froide ! »*

Pour Pierre qui a été attaqué dans les suites du décès d'un bébé à la maternité, sa manière d'éviter de se retrouver dans la même situation a été d'arrêter les visites aux nouveau-nés à la maternité : *« Je suis plus retourné en clinique faire des visites, c'est le seul changement qu'il y a eu. »*

Plusieurs médecins ont aussi souligné le soin qu'ils mettaient à essayer de repérer les patients procéduriers : *« Et moi je fais toujours un truc quand ils viennent me voir en me disant je voudrais que vous soyez mon nouveau médecin, je me méfie parce que bon, on est*

pas meilleur que les autres et ils arrivent avec un gros paquet de radio en disant vous savez le Dr Untel on est pas contents de lui, je dis attention, je les écoute, ils ont un quart d'heure, je les écoute, je leur dis non, je serai pas votre médecin parce que c'est trop compliqué avec toutes les radios que vous avez ! » Alain.

Il me semble que l'impact plus ou moins durable de l'affaire dépend du type d'acte ou de compétence mis en cause. Il est possible de s'abstenir de passer à la maternité ainsi que d'éviter les autres types de situations évoquées ici. L'effet sur le médecin sera plus durable quand le problème a concerné quelque chose qu'on ne peut pas soustraire à sa pratique. Une erreur de certificat n'atteint pas de la même manière le cœur des compétences cliniques qu'une mauvaise prise en charge médicale et n'a pas les mêmes conséquences physiques sur le malade. Ainsi donc, si l'évitement est possible dans quelques situations. Dans d'autres, rien ne permet au médecin de se protéger de la survenue d'un cas médical similaire à moins d'arrêter de travailler.

Dans le cas de Nicole qui avait été mise en cause avec plusieurs praticiens pour un cas d'infection nosocomiale, sa manière de ne plus faire face au même type de situation a été de ne plus adresser de patient au chirurgien qui avait opéré son malade, et qui était habituellement son correspondant. Elle ne se considérait pas fautive et ne remettait pas en question sa prise en charge, alors même qu'il y avait eu un retard diagnostique de plusieurs semaines. Sa bonne communication avec le patient avait permis que celui-ci la mette spontanément hors de cause. Elle a donc choisi, personnellement, de rendre ce chirurgien responsable et donc de lui infliger une sanction « personnelle » en l'excluant de son réseau de spécialistes.

- J'ai été obligé d'en reparler (Balint, psychologue ...)

Toujours dans cette évaluation des conséquences à moyen terme des affaires sur les médecins, quelques uns m'ont dit avoir eu besoin d'en reparler après que l'affaire soit terminée. Deux médecins qui espéraient parvenir à tourner complètement la page, ont dû recourir à l'aide de professionnels. Pendant l'affaire, ils ont trouvé les ressources pour tenir le coup. Quand elle s'est terminée, ils n'arrivaient plus à se défaire de cette histoire. Isabelle est donc allée voir un psychologue trois ans après la fin de l'affaire. Ce professionnel l'a aidée à comprendre pourquoi ce qu'elle avait vécu avait eu autant d'impact sur elle-même. L'autre médecin a choisi d'entamer une psychanalyse.

« Après j'ai laissé courir et puis deux ou trois ans après, je suis allée voir une psy pour lui dire écoutez heu... maintenant je vais mieux, mais je voudrais comprendre pourquoi ça m'a atteint comme ça heu ... l'accusation quoi. L'accusation mensongère...enfin avec une part de mensonges, une part de mauvaise foi on va dire, peut être pas de mensonge mais une part de mauvaise foi et puis vraiment la volonté de me faire du mal. - Oui. Et donc ça après, trois ans après, vous avez pu faire un travail ? - Sur moi oui. - Mais que vous n'auriez sans doute pas fait à ce moment là ? - Ah non je n'étais pas en état. » Isabelle.

D'autres médecins ont sollicité, longtemps après leur affaire, l'avis de leurs pairs au sein de groupe Balint ou de revue de morbi-mortalité. Beaucoup admettent que ça les aurait sans doute aidés s'ils avaient pu avoir accès à ces groupes pendant leur affaire. S'ils en parlent encore longtemps après, c'est aussi parce qu'ils ont besoin de se sentir valorisés par l'empathie du groupe d'une part et, d'autre part, parce qu'ils souhaitent raconter leur affaire comme un exemple de ce qui peut arriver à tous les médecins.

2. Conséquences à plus long terme : perte de naïveté

- Intégration du risque et amélioration des connaissances

Une idée revient souvent dans les propos des médecins, c'est l'impression de perte d'innocence vis-à-vis des risques encourus en exerçant la médecine et vis à vis des patients et de leur famille qui sont des plaignants potentiels. Tous font le constat qu'à la suite de leur affaire, ils ont compris en quoi consistait le risque lié à la responsabilité médicale. Ils exercent leur métier autrement. Ils savent maintenant à quoi ils s'exposent en étant médecin et, si cela ne change pas totalement leur manière de travailler, ils reconnaissent avoir intégré ce risque pour mieux l'éviter ou l'anticiper. Ils sont quelque part plutôt satisfaits d'avoir été « forcés » de découvrir le fonctionnement des différentes juridictions auxquelles ils pourraient avoir à faire face. Ils savent qu'ils seront capables de réagir plus rapidement et plus efficacement en cas de plainte de patient. Cela se confirme d'ailleurs pour les médecins qui ont parlé de plusieurs affaires, ils ont tous été plus pugnaces et rapides pour faire face lors d'une seconde ou troisième affaire, ils se sont aussi moins laissés atteindre, considérant que cela faisait partie de leur métier.

« J'ai rien changé à ma pratique, c'est ça qui m'a un peu fatiguée ! [...] [Non, je n'ai pas peur que ça recommence] mais je suis inquiète. Moi, je ne peux plus faire 'comme si', il n'y a plus de naïveté. J'ai résolu de continuer la médecine, mais sans naïveté. » Sylvie.

Quand je leur demandais comment ils envisageaient ce risque pour la suite de leur carrière, invariablement les médecins disaient qu'ils savaient que ça pouvait se reproduire. Cette idée ne leur plaisait pas, mais qu'ils se sentaient mieux à même de faire face. *« Ça ne me plaît pas du tout le côté querulence de la médecine, je trouve ça vraiment assez pénible parce qu'on travaille dans une relation de confiance. [...] Je comprends bien que je suis obligée de tracer certaines choses mais en même temps bah, on peut pas tout tracer quoi. » Isabelle.*

Une autre, Françoise m'a répondu : *« Ce serait moins de flip, moins de stress, moins de questions »* appuyant par là le fait qu'elle connaissait mieux les juridictions, savait donc à quoi s'attendre, et ainsi aurait moins peur.

Pour Hélène, être mise en cause lui a permis de comprendre qu'il fallait aussi qu'elle se protège d'elle-même, qu'elle soit plus à l'écoute de ses propres limites et les respecte plutôt que d'être sans cesse disponible pour les patients. Elle est une des seules, parmi tous les médecins du corpus, à avoir abordé la découverte de cette limite « physique » à l'exercice de

la médecine, dans la crainte d'un retentissement juridique. *« J'ai pas peur, je sais que ça va recommencer, j'en suis convaincue. Dans les moments où je suis moins bien, ça m'incitera même à m'arrêter avant de faire des bêtises. Avant, je continuais à fond la caisse. »*

Isabelle m'a aussi expliqué qu'avoir vécu cette plainte, et la colère de sa patiente, a été assez déterminant pour la suite de sa carrière. Elle a changé son attitude vis-à-vis des patients agressifs et sait poser un cadre professionnel strict à chaque consultation. Grâce à cela, elle ne se laisse des relations de soins bancales s'installer et n'hésite pas à renvoyer les patients mécontents vers un autre médecin. Elle admet que cela lui a aussi permis d'élargir son champ de compétences car elle se sent désormais capable de prendre en charge des patients migrants dans une consultation dédiée pour laquelle elle s'est formée spécifiquement. Avant son affaire, elle se serait laissé totalement déborder par les demandes multiples de ces patients très particuliers, dont les exigences et les attentes sont immenses. Le changement apporté par son affaire lui a donc finalement ouvert des perspectives dans la médecine qu'elle ne se serait pas autorisées avant.

- pas d'attitude défensive mais de la méfiance

Dans plusieurs cas les médecins font part de l'émergence d'une certaine méfiance envers les patients à la suite de leur affaire. Ils ont parfois l'impression que le patient a trahi la relation de confiance qu'ils avaient avec lui, ou bien que la famille du patient qui porte plainte trahit cette même confiance. Cela ne les empêche pas de continuer à croire leurs patients, tout en gardant une certaine réserve : *« Oui, je suis plus méfiante s'il y a des situations que je sens à risque. Ça m'a fait changer, ce changement là il existe, c'est en moi, je fonctionne comme ça. »* Sylvie.

Pour beaucoup de ceux qui ont été mis en cause suite au décès d'un patient dans des circonstances inattendues ou suite à une errance diagnostique, un effort est porté sur la manière de signifier une incertitude. Ils insistent pour bien dire au patient, en cas de doute, qu'il existe différentes options, « on commence par en choisir une mais si ce n'est pas la bonne, on va chercher mieux » : *« Toujours, je n'affirme pas un diagnostic, je signifie au patient quand il y a une incertitude. [...] Je leur dis si ça se déroule pas comme je vous l'ai décrit, n'hésitez pas à rappeler. »* Didier.

Une de ceux qui a vécu plusieurs affaires explique que, le fait d'avoir bien compris le cadre de sa propre responsabilité, l'oblige à vérifier que le patient a bien fait ce qu'elle lui a proposé, et le cas échéant, elle note tout et expose clairement au patient récalcitrant son désaccord, mais aussi le risque qu'il prend seul. Elle ne se contente pas de signifier cela mais le formalise auprès d'une instance, soit l'Ordre, soit la police, par une déposition. Cela, dans le but de se prémunir de tout risque de plainte, mais aussi de faire comprendre au patient combien il s'engage dans une direction avec laquelle elle n'est pas d'accord, sans doute dans l'idée de le convaincre de se rallier à son avis.

« Maintenant je blinde, quand je dis quelque chose à quelqu'un et que je sens qu'il va pas le faire, soit je vais faire une déposition soit je signale mais je reste pas seule dans mon coin avec ça. Si la personne ne le fait pas, c'est sa responsabilité, pas la mienne. » Emmanuelle.

Elle appuie d'ailleurs cette idée en expliquant qu'en cas de doute, il faut changer de tactique et ne plus envisager le plus fréquent, mais d'abord le plus grave, pour se prémunir de tout : *« Quand il y a des risques que l'on sent, ben on sait pas jusqu'où ça va aller. Donc heu, on a intérêt à, effectivement à ce moment là à, à travailler en sens inverse parce que d'habitude heu, moi je travaille toujours dans le sens heu de... Ben on sait ce qui est bien, on va aller là où c'est bon, on va, voilà. Mais là, justement, il faut faire l'exercice contraire, c'est difficile parce qu'il faut complètement changer de stratégie ! Faut imaginer le pire. »*

Ses propos illustrent donc l'idée qu'elle se fait des différences de stratégies de décisions des médecins généralistes. Je comprends qu'à ses yeux, le généraliste rencontre le plus souvent des patients en dehors de tout contexte urgent, en état général plutôt conservé. Au milieu de tous ces patients qui 'vont bien' il faut savoir trouver celui pour lequel les choses ne se présentent pas aussi bien et adopter alors la bonne stratégie. Ce mode de fonctionnement serait presque à l'opposé de celui, par exemple, des urgentistes qui eux, ne voient que des patients pour lesquels la démarche médicale ira plutôt dans le sens de la gravité et de l'urgence avant d'envisager les choses plus fréquentes et banales. Il me semble que tous les médecins ont appris à fonctionner des deux manières, c'est-à-dire à ne pas passer à côté d'une maladie grave, mais aussi à envisager les diagnostics fréquents, puisque c'est la manière avec laquelle la médecine est enseignée. D'après les propos d'Emmanuelle, je comprends que, pour certains généralistes, le temps aidant, ce fonctionnement changerait pour être plus en adéquation avec la réalité de la médecine de ville où les diagnostics graves sont heureusement plus rares qu'aux urgences (pour garder le même exemple). Il me semble d'ailleurs, que de jeunes médecins généralistes sont souvent décrits par leurs homologues plus expérimentés comme étant trop anxieux. Ils prescriraient trop d'exams complémentaires à visée 'anxiolytique', pour se rassurer eux-mêmes plutôt que leurs patients. Si Emmanuelle évoque cette idée de changement de stratégie induite par ses mises en cause, en soulignant que c'est difficile, c'est bien qu'elle a fait le constat que cette « adaptation » du généraliste, qu'elle a vécue, peut parfois être nuisible. Elle accepte ainsi son impuissance à maîtriser tout ce qui peut arriver à ses patients mais aussi que certaines situations pourraient la déstabiliser, en particulier en cas d'urgence.

Bertrand qui était accusé au pénal d'un retard de prise en charge, explique que suite à son affaire, il n'a pas eu l'impression de modifier sa pratique vers une médecine plus défensive qu'auparavant : *« J'ai jamais eu le sentiment d'être laxiste, j'hésitais pas à repasser. A mon sens j'ai pas fait l'abri sécuritaire et autre. »*

Pour plusieurs médecins ayant subi des plaintes émanant des familles de patient, ils ont l'impression qu'ils ont appris, parfois à leurs dépens, que la relation particulière qu'ils avaient avec leur patient ne s'arrêtait pas au seul patient. En particulier en cas de décès, ils

peuvent être amenés à rendre des comptes à la famille et à devoir expliquer aux proches leurs décisions. Ils savent parfois que dans quelques cas, leur patient décédé était en conflit avec eux. *« J'ai vraiment réalisé pour la première fois parce que vraiment, il était temps, que au fond, la relation qu'on a avec un patient...C'est une chose mais que ce, la façon dont l'entourage va se comporter s'en est une autre et que heu... à priori, il fallait faire zéro confiance à l'entourage. »* Véronique, 52 ans.

Certains m'ont dit qu'ils ont continué à faire confiance aux patients, parce qu'autrement ils ne pouvaient plus exercer : *« J'ai pensé : j'arrête [la médecine] parce que je ne peux pas faire autrement, je ne sais pas faire autrement, [...] la question centrale c'est continuer à faire confiance aux patients ou pas et ça, là-dessus, j'ai répondu tout de suite, je fais confiance aux patients. [...] Maintenant je me méfie du reste. »* Sylvie, 60 ans.

D'un autre côté, Hélène, 37ans, a clairement dit qu'elle avait développé *« Une extrême méfiance quel que soit le patient. C'est un truc que je dis à tout le monde, de toute façon il y en a pas un pour racheter l'autre et je ne leur fais pas confiance. »*

La plus âgée de ces deux médecins, Sylvie, a choisi de continuer à faire confiance aux patients ne se sentant pas capable de vivre ses consultations dans un climat de méfiance. Hélène, la plus jeune, a sans doute été blessée de se trouver mise en cause par une patiente qui lui semblait malhonnête. Elle n'a plus souhaité continuer à toujours faire confiance. Elle a garde une distance avec ses patients, gardant toujours en tête l'idée qu'ils pouvaient omettre des choses, voire lui mentir. C'est peut-être un des moyens qu'elle a trouvé, en réaction à son affaire, pour se positionner fermement face à ses patients et asseoir sa légitimité puisqu'elle était jeune installée quand l'affaire est arrivée. L'âge et l'expérience des médecins ont donc une influence manifeste sur leur manière de réagir et sur les conséquences qu'ont les affaires sur leurs pratiques.

- amélioration de la qualité du dossier

Pour tous, se retrouver face à une instance et devoir se justifier, sur la base de ce qui était noté dans leur dossier, leur a montré combien il était fondamental d'y accorder une grande attention. C'est en effet leur seul outil qui leur permette de justifier de leurs décisions.

« Je reste encore plus vigilant à ce que je mets dans le dossier surtout dès que je sens un patient un peu... tu vois ? Je marque un maximum d'éléments. [...] Il faut noter dans le dossier les plaintes des patients avec leurs mots. [...] C'est rentré dans mon schéma de fonctionnement beaucoup plus systématiquement, beaucoup plus qu'avant. » Didier, 52 ans.

Beaucoup, se sont résolus à noter davantage, ou à mieux tenir les dossiers : efforts de présentation ou de rappels pour les remplaçants éventuels : *« Je me dis, de toute façon, faut faire gaffe, il faut essayer de bien faire les dossiers [...] et voilà ! »* Françoise, 54 ans.

Parmi les autres médecins du corpus, quelques uns ont pris comme habitude de moins noter les impressions subjectives qui ne font pas partie du dossier mais peuvent être saisies en cas de procédure pénale. C'est vrai en particulier pour Pierre qui avait subi un questionnement très acerbe de la part du juge d'instruction à propos de la date du rapport fécondant d'une patiente qu'il avait suivie pendant sa grossesse, insinuant qu'il était « *très intime avec la patiente* ».

« *Ça m'a appris à prendre un peu plus de recul sur ce que je mettais dans les dossiers. [...] C'est certain que ça incite à être plus prudent sur ce qu'on met dans les dossiers. [...] On peut mettre qu'un patient est suivi pour alcoolisme mais il ne faut pas mettre qu'il était encore bourré quand il est venu, là, ça ne passe pas !* »

- information et formation des collègues en « petits cercles »

La majorité des médecins m'a fait comprendre que parler de l'affaire n'était possible que parce que j'étais moi-même interne, et ainsi pourrai bénéficier de leur expérience et la faire partager. Ils en parlent peu mais, ponctuellement, ont tendance à évoquer leur expérience avec les plus jeunes en cercle restreint, dans le cadre de la maîtrise de stage ou des remplacements. Cela, dans le but de leur faire comprendre que ça peut arriver, et pas forcément là où ils l'attendent. Ils ne révèlent pas toute l'affaire, mais racontent avoir vécu une plainte de patient devant telle ou telle instance. Ils insistent sur différents sujets, selon que cela était important ou non dans leur affaire. L'objectif est donc à la fois la mise en garde (attention, même à moi c'est arrivé) et aussi la prévention (intègre au quotidien dans ta pratique tout ce qu'il faut pour pouvoir te justifier).

Pour un médecin, le dossier a été décortiqué et interprété lors des expertises, et lui a finalement permis de bien se défendre. Depuis, elle a évidemment tendance à insister sur l'importance du dossier : « *J'aimerais éviter ça à des jeunes médecins, c'est une expérience horrible.[...] C'est ce que j'enseigne et ce que j'essaie de dire aux jeunes médecins, on doit tout écrire, il faut absolument tout écrire et ça prend un temps fou mais tant pis, faut tout écrire.* » Sylvie, 60 ans.

Isabelle, qui s'était totalement laissée déborder par la colère de sa patiente, met en garde : « *Les internes, je leur dis tu poses le cadre, [l'analyse des erreurs] j'essaie de le transmettre à mes internes.* »

Pierre, attaqué au pénal dans les années 80, explique qu'il en a parlé autour de lui à des généralistes pendant les réunions de FMC : « *On avait un groupe de FMC mais il n'y avait jamais de sujets juridiques, [...] donc on en discutait entre nous à bâtons rompus entre la poire et le fromage.* » Dans ce dernier exemple, il s'agit plus d'un partage d'expérience que d'un enseignement puisque le sujet est évoqué entre médecins d'une même tranche d'âge ayant des durées d'expérience similaires.

L'affaire est donc mise de côté par les médecins qui veulent oublier et ne souhaitent plus y repenser. Ils n'hésitent cependant pas à insister sur l'importance de la responsabilité médicale, au travers de leur expérience, auprès de leurs collègues plus ou moins jeunes. Cela rentre bien dans le cadre du serment d'Hippocrate (52) dans lequel les médecins s'engagent à transmettre leur savoir.

3. *Lassitude, arrêt prématuré de la carrière*

A la suite d'une telle affaire, certains ressentent une certaine lassitude liée à la confrontation des exigences scientifiques, humaines et légales de la médecine. Les médecins ont l'impression qu'on leur en demande toujours davantage, sans n'en retirer aucun bénéfice. La reconnaissance des patients pour leur travail leur semble insuffisante voire inexistante et ils se plaignent parfois d'un manque de respect des patients et de la société envers eux. Ce reproche qu'expriment les médecins est plutôt habituel, qu'ils aient été confrontés ou pas à une affaire, et ne semble pas plus prégnant au sein de mon corpus que dans la population médicale générale. La différence pour eux est que cette lassitude est mise sur le compte de l'affaire qu'ils ont vécue.

Hervé, 62 ans, m'a avoué qu'il avait décidé d'arrêter plus tôt sa carrière à la suite de son affaire. Il se justifie en expliquant qu'il ne voyait pas pourquoi il continuerait à prendre des risques pour des gens qui selon lui n'ont aucune reconnaissance. Il inscrit cette lassitude dans un cadre plus général qui serait lié à la modification du statut du médecin dans la société et dont la cause serait l'augmentation du risque juridique : *« Au départ, j'avais envie de m'arrêter vers 65 ans voire un peu plus. Et là, bah ça me donne envie d'arrêter un peu plus tôt. J'ai deux ou trois confrères à qui il est arrivé des histoires un petit peu analogues, c'est sûr que ça, ça m'a conforté dans le sens que ça vaut peut-être pas le coup de se défoncer à fond pour arriver à des situations comme celle précédentes. [...] Oui, je suis un petit peu désabusé, [...] on est pas dans le système américain mais quand même on s'en rapproche de plus en plus. »*

Pierre, 65 ans, a admis qu'il avait eu l'idée de changer de voie pour devenir salarié comme médecin contrôleur à l'EDF, *« Il y a eu une opportunité, j'en ai ras le bol des ennuis, puisque c'est comme ça je vais postuler pour ce truc. Le poste n'a finalement pas été publié mais il n'est pas dit que je n'aurais pas postulé. Ça m'a traversé l'esprit. »*

Sylvie s'est remise profondément et longuement en question à cause de son affaire, en se demandant si elle n'allait pas tout simplement arrêter car elle ne se voyait pas poursuivre après une telle épreuve.

Pour Patrick, l'affaire a eu des conséquences à très long terme et il m'a expliqué : *« Il y a eu des moments où j'ai vraiment douté de mon métier, envie d'arrêter, envie de me tirer. Ça venait plutôt par moment, comme ça. J'ai eu envie de me foutre dans un coin et qu'on ne me voie plus. »*

Ces différents extraits mettent en relief combien la plainte peut atteindre profondément le médecin dans son idéal du métier. Je trouve intéressant de comprendre que ces 'idéalistes' ont du mal à accepter certaines évolutions de leur profession. Ils sont donc traversés par des sentiments de perte d'envie ou de passion pour ce métier, cette vocation vers laquelle ils s'étaient tournés semble loin. Ils sont prêts, par moments, à l'abandonner au profit de solutions moins risquées telles que le salariat dans la fonction publique ou bien même la retraite.

4. *J'en tire tout de même des bénéfiques*

Lorsque je leur demande le bilan qu'ils font de l'histoire qu'ils ont vécue, pour une grande part, les médecins répondent spontanément que tout n'est pas négatif. Ils ont acquis une meilleure connaissance de la responsabilité médicale et sauront réagir en cas de situation à risque.

« Je saurais mieux me défendre car je saurais mieux choisir mes partenaires juridiques »
Explique Alain qui a changé d'avocat en cours de procédure et en a tiré un grand bénéfice. Sa première avocate lui a été conseillée par son assurance mais elle optait pour une attitude qui ne lui plaisait pas du tout. Le second avocat a été très rassurant et déculpabilisant.

Quelques médecins femmes ont noté un changement d'attitude face aux patients avec l'émergence d'une capacité à oser dire non et mettre des limites : *« Avant, on se disait un soignant doit être au service de tous sans condition, maintenant je me dis OK on est au service de tous mais pas dans n'importe quelles conditions ; il y a une règle du jeu, maintenant je pose le cadre. [...] Je dis au patients je vous respecte, vous me respectez. [...] Quand les gens ne me parlent pas bien, je leur rends leur dossier. C'est terminé. Je ne veux plus revivre ça. »* Isabelle.

Aux yeux de Patrick, qui avait donné une fessée à une petite patiente, même si cette affaire reste encore très prégnante dans sa vie quotidienne de médecin, il reconnaît qu'elle a été, pour lui, l'occasion d'acquérir une meilleure connaissance de lui-même à travers un autre exemple concret d'une grande difficulté qu'il a rencontrée dans sa vie :

Encadré n°5 : retentissement personnel pour Patrick

-Ecoutez, je dirais, ça va vous sembler bizarre, mais je pense que ce qu'il y a de plus positif, c'est, euh... C'est que ça m'a remis en question à un endroit où je ne me remettait pas du tout en question, [avec les enfants]. Heu, c'est un peu ce que j'étais en train de vous dire il y a 5 minutes... Je vais passer par un autre exemple : [un événement grave a frappé un de ses proches qu'il pensait à l'abri grâce aux soins et à l'écoute qu'il lui avait fourni] Et ça a été une claque énorme parce que je croyais que, tout-puissant, je l'avais sorti de ça. Et, et bien nan, je n'étais pas tout-puissant et je ne l'avais pas sorti de ça. [...] C'était comme ça et moi, moi j'ai reçu une claque parce que je n'étais pas tout-puissant. Mais, euh... Mais, pour moi, ces claques là, c'est des claques qui sont indispensables. Même si elles me font super mal, c'est des claques qui sont indispensables parce que ça, ça nous oblige à nous dire : « Non, tu

n'es pas tout-puissant ! Tu peux pas, toi tout seul, empêcher que l'autre fasse ça ! [...] ». Et je trouve, si vous voulez, que cette, que cette relativité que ça donne est, est essentielle. Et, et, c'est essentiel qu'on, qu'on la garde bien dans tout, tout ce qu'on fait pour se dire : « T'es pas tout-puissant ! »

Il met en parallèle ces deux événements marquants de sa vie en les désignant comme étant des « claqués ». C'est un terme très fort qui désigne à la fois une punition mais aussi l'occasion de mieux voir la réalité telle qu'elle est et pas telle qu'il la voit. Il semble avoir été autant marqué par ce problème de santé ayant concerné son proche que par son affaire ce qui laisse entrevoir combien cela a été violent et remuant pour lui. Il souligne aussi que l'habitude et l'expérience du médecin font parfois perdre un peu de l'humilité indispensable à l'exercice de leur travail, puisqu'il consiste régulièrement à savoir se remettre en question. C'est d'ailleurs bien clair dans cet extrait où il parle de « toute-puissance ». Ce n'est pas parce qu'un jour le médecin fait un « beau » diagnostic que le lendemain il ne passera pas à côté d'une urgence. Il marque donc l'importance d'accepter cette instabilité et cet inconfort, qui cohabitent dans le quotidien du généraliste.

5. Maintenant depuis ça j'ai peur tout le temps

Pour deux médecins, Sylvie et Patrick, les conséquences de l'affaire sur leur pratique ont été profondes et prolongées, en particulier à propos de ce pourquoi ils avaient été mis en cause. Pour Sylvie, accusée d'un retard diagnostic, longtemps après, elle continue à craindre de rater un diagnostic alors même qu'elle explique que « *sur le plan médical je n'avais pas l'impression d'avoir démerité.* » Elle a été condamnée à ce que son assurance verse une somme modique en réparation du préjudice subi par la famille de la patiente. On sent donc une certaine ambivalence, d'un côté elle pense avoir bien fait son travail et d'un autre, elle se remet en question très profondément et garde comme séquelle une anxiété dans son travail : « *Ça remettait beaucoup de choses en jeu. Ma façon de me comporter vis-à-vis des patients, ça m'interrogeait sur ma pratique. J'ai commencé à avoir peur et j'ai toujours peur de rater quelque chose. C'est comme ça, je vis avec mais il y a des moments où c'est pas très facile. Plus je me forme, plus je suis compétente plus j'ai l'impression de parfois passer à côté de quelque chose, de pas comprendre.* » Elle considère que cette affaire n'est pas derrière elle. Elle se rappelle à elle de façon récurrente, en particulier dans les situations médicales douteuses.

G. Que dire si cela arrivait à un de mes collègues

- Il faut parler, ne pas rester seul

Globalement, tous les médecins interviewés suggéraient comme conseil à un confrère de ne pas rester seul avec son affaire mais d'en parler. Si certains précisent plutôt d'en parler aux bonnes personnes telles que l'assurance, l'Ordre, l'avocat, d'autres disent simplement qu'en parler permet de prendre de la distance avec l'affaire.

« En parler c'est pas déshonorant parce que, là aussi, il peut y avoir quelque chose du genre t'as fait une connerie heu, enfin de porter le poids comme si heu, puisque la justice se mêle de ça c'est que forcément on est en tort. Bah non, on est pas forcément en tort, donc heu c'est vachement important d'en parler. Bon, même si ça reste très, très, très difficile à partager voire impartageable mais on peut pas garder ça. » Sylvie.

Pour ce médecin, l'essentiel dans le fait de parler, était surtout de pouvoir partager quelque chose de très lourd, elle insiste d'ailleurs sur l'idée de 'porter un poids'. En précisant aussi qu'on ne peut garder ça pour soi, elle sous-entend ainsi qu'elle a trop souffert de se sentir seule avec son affaire et que si on le garde pour soi on s'expose à des difficultés immenses.

Un des médecins précise aussi que le fait d'en parler à des confrères lui a permis de découvrir que certains d'entre eux avaient eu aussi des affaires, il s'est donc senti moins seul et ça lui a permis de ne pas s'enfermer dans sa culpabilité.

« Faut pas avoir peur d'en parler quoi. Moi j'en ai parlé à plein de gens, enfin plein de gens, pas à mes patients mais heu j'en ai parlé dans des réunions de congrès des choses comme ça, d'enseignants, quoi. Et puis surtout, le fait d'en parler c'est que il y a une résonance, tu te retrouves avec des gens qui te disent ah ben tiens moi j'ai eu la même histoire. [...] C'est bien de parler des choses comme ça parce que ça relativise, je suis pas le seul à avoir un truc comme ça ! » Bernard.

Comme ils ont vécu une affaire, ils se sentent tous à même de soutenir le confrère qui viendrait leur demander de l'aide. Ils l'écouteraient et lui donneraient des conseils d'organisation pour sa défense ou simplement reprendraient l'histoire médicale pour trouver un axe de défense.

Isabelle dit en effet : *« Reste pas seul, tu as le droit à l'erreur et on sera toujours là pour te soutenir. Si tu as fait une erreur, on fera tout ce qu'il faut, ce n'est pas le moment de se lamenter ou de s'accuser mais de trouver des solutions. »* Cela fait écho à son propre vécu de l'affaire où elle ne pensait pas avoir fait d'erreur mais où elle a été profondément déstabilisée et meurtrie d'avoir été mise en cause.

Emmanuelle dit aussi : *« Bah je le conseillerais sur comment se... Pas se couvrir mais comment se protéger. Qui aller voir, qui consulter. Il faut prévenir son assurance tout de suite. Et il faut prendre un conseiller juridique. Il faut, voilà. Et puis, et puis après si c'est quelque chose qui se rapproche de ce que j'ai vécu, je vais essayer de l'aider, de le soutenir parce que c'est vrai que ce n'est pas forcément évident. Mais, oui, il faut arriver à s'entourer des bonnes personnes. Non seulement eu niveau juridique mais même au niveau de l'entourage pour le soutien moral. »*

Je trouve très intéressant qu'elle commence sa réponse par cette hésitation sur les deux notions se couvrir et se protéger. On comprend bien par là qu'elle a intégré la responsabilité médicale comme un risque auquel on est exposé et dont il faut se protéger, même quand la

plainte est arrivée. Cela met en valeur le fait que ce n'est pas la mise en cause qui fait la culpabilité et que se défendre est nécessaire. Elle développe d'ailleurs sa réponse sur l'importance de se faire aider d'un conseiller juridique.

Dans l'idée de se protéger, Véronique précise d'ailleurs qu'elle conseillerait de « *trouver une écoute quelque part, en parler, je pense que c'est important quitte à ce que ça aille à un suivi psy s'il le faut.* » Il faut donc en effet, selon elle, se protéger aussi des conséquences plus personnelles d'une telle mise en cause.

Tous les médecins du corpus s'accordent donc à dire qu'ils aideraient un de leur confrère et l'inviteraient à parler. Certains ont insisté sur des points plus précis dans les étapes qu'ils ont traversés durant à l'affaire.

- C'est une histoire médico-judiciaire

Quelques uns des médecins interrogés souhaitent insister auprès d'un confrère sur la notion de différence entre la réalité médicale et la réalité juridique. Pour eux, il faut se préparer pour faire face correctement à une juridiction.

Emmanuelle précise à ce sujet que l'objectif ce n'est pas la vérité c'est la défense : « *Il faut qu'il soit en paix avec sa conscience donc qu'il regarde un peu dans son truc et puis heu à partir de là heu, quoi qu'il se soit passé on ira jamais à la vérité mais à la défense alors voilà donc il faut préparer quelque chose qui soit entendable si on veut pas s'en prendre plein en retour. [...] Il faut expliquer sans mal, il faut être clair avec soi-même, il faut être au clair avec son truc puis à partir de là on assume !* »

Le mot 'entendable' est utilisé par le médecin pour bien faire comprendre que ce n'est pas sa propre vérité qu'il faut essayer de faire passer mais plutôt ce que la juridiction attend du médecin accusé, ce qu'ils peuvent comprendre d'une part et ce qui est audible d'autre part. On ne doit pas dire tout ni le dire n'importe comment. Ce médecin l'a bien compris et n'a pas hésité à faire sa propre défense ou à camper sur sa vérité à propos d'un plaignant ou d'une affaire. Elle marque bien l'importance de bien avoir repris l'histoire médicale (regarde un peu dans son truc, être au clair) et puis d'évaluer et d'accepter sa propre responsabilité. A partir de là, le médecin peut élaborer sa défense qui ne correspond pas forcément à sa vérité. Elle décrit donc les différentes étapes qu'elle-même a traversées lors de ses trois affaires, et insiste sur sa propre compréhension du fonctionnement de la justice.

- Choisir un bon avocat

Quelques uns ont hésité à solliciter l'aide d'un avocat et c'est pourquoi un des médecins, Didier reconnaît qu'il ne faut pas hésiter à « *aller vers des gens dont c'est la partie, ne pas craindre, on peut être aidé.* »

Ils sont plusieurs à avoir essuyé quelques difficultés avec des avocats proposés par les assureurs. Ce pouvait être de jeunes avocats qui ne connaissaient rien, ni à la responsabilité

médicale ni au barreau local, ou bien ce pouvait être des avocats qui ne travaillaient pas correctement leurs dossiers. Ils ont souvent découvert cela à leurs dépens après les premières convocations ou audiences. Ils ont donc décidé de changer d'avocat, en ne sachant souvent pas que l'assurance était tenue de les laisser choisir l'avocat de leur choix.

Un des médecins, Pierre, donne donc comme conseil : « *Se renseigner sur le choix de l'avocat, être sûr qu'il ne défend pas déjà la partie adverse et ne pas avoir peur de le choisir même contre l'avis de l'assurance.* » Il précise cela car le premier avocat que l'assurance lui a 'fourni' n'était autre que l'avocat de la partie adverse... Le troisième avocat qu'il a choisi, lorsque son affaire est passée en appel, l'a beaucoup rassuré tant par ses compétences en droit de la responsabilité médicale que par son assurance de 'l'emporter'.

Bertrand précise qu'il peut être utile de « *ne pas hésiter à prendre un deuxième avocat qui connaisse le barreau local.* » Cette suggestion appuie l'idée que tous les avocats ne se valent pas d'une part, et que le monde de la justice est un petit monde. Les avocats et les juges sont souvent face à face et la défense gagne en efficacité si l'avocat connaît bien le magistrat et sait quelle est la bonne attitude à adopter.

- On n'en parlerait pas, c'est tabou

Pour seulement un des médecins, Emmanuelle, il semble impossible qu'un confrère vienne lui demander des conseils, pour la simple et bonne raison que presque personne autour d'elle ne sait ce qu'elle a traversé. En effet, elle n'en a pas parlé à ses confrères ou amis médecins parce qu'elle considérait qu'ils n'avaient pas à savoir, et que cela pouvait interférer dans la relation qu'elle avait avec eux. « *On en parle pas, truc un peu honteux, heu, ça fait partie des tabous, [...] trimballer ça, il y a un truc quand même, bon voilà, c'est pas terrible, quoi, on s'en vante pas !* »

IV. Synthèse :

Cette analyse est à mettre en perspective avec tous les travaux déjà réalisés par des sociologues au sujet de la relation médecin-malade et de la responsabilité médicale. Je me suis donc attachée à mettre à jour mes connaissances à ce sujet en concentrant mes lectures sur les ouvrages de références tels que le livre d'Eliott Freidson, 'La profession médicale' datant de 1984 (53) et qui reste encore aujourd'hui un des plus cités dans ce domaine. C'est d'ailleurs un des ouvrages de référence cité dans les travaux de Philippe Adam et Claudine Herzlich (54). Il est aussi utilisé par Danièle Carricaburu et Marie Ménoret (55) qui revoient ensemble la relation médecin-malade à la lumière des travaux de Freidson et Parsons (56) en parallèle de leurs propres recherches.

Freidson explique comment le métier de médecin est devenu une profession en s'autorégulant et en créant son propre système de contrôle, et comment la relation médecin patient découle de cette professionnalisation de la médecine.

A la lumière de ces lectures, il apparaît donc que chaque médecin se construit à travers cette autonomie de la profession, et ceci est particulièrement vrai pour les médecins généralistes qui travaillent souvent seuls pour leurs malades. La plupart du temps, leurs décisions ne sont pas contestées et sont prises en relation avec le patient. Ils sont libres de décider de ce qu'ils jugent bon pour leur patient, pourvu qu'ils sachent convaincre ce dernier du bien fondé de cette décision. Si au début de leur carrière libérale, leurs décisions sont fondées avant tout sur les données acquises au cours de leur formation, qu'elles soient théoriques ou cliniques, au fur et à mesure de la progression de leur expérience clinique libérale et de médecine de ville, ces décisions sont plutôt fondées sur la connaissance qu'ils ont acquise de l'efficacité empirique de certains choix thérapeutiques pour leurs patients. Les décisions médicales sont plus fondées sur leur expérience clinique que sur les connaissances théoriques communément admises. Ils engagent alors leur responsabilité d'homme de soin en vue du bien de leur malade. Ils prennent donc, avec l'expérience, un peu de distance vis-à-vis des données académiques pour mieux mettre en corrélation leur expérience clinique et leurs connaissances à l'individualité du cas qui se présente à eux. Le cas n'est plus seulement médical, il est aussi une personne qu'il faut considérer dans son ensemble, dans l'idée de faire coïncider la meilleure prise en charge possible avec la plus grande acceptabilité de cette prise en charge par le patient. Il faut bien noter que ceci peut être vrai particulièrement pour les médecins généralistes exerçant dans des cabinets où ils ne sont soumis à (presque) aucun regard extérieur. Ce sera moins le cas d'un médecin spécialiste exerçant dans un service hospitalo-universitaire où ses décisions seront soumises au regard du « patron » du service, des médecins en formation et des étudiants. Il aura donc tendance à se conformer au plus près des données scientifiques, au risque de ne pas satisfaire pleinement le patient.

Cette évolution du médecin libéral est tout à fait mise en évidence par quelques uns des médecins du corpus. Ils soulignent bien cette idée en exprimant qu'à la suite de leur affaire ils ont du « changer de stratégie » en examinant les faits sous un regard purement « scientifique » en choisissant d'imaginer d'abord les diagnostics graves (et souvent rares) avant d'éliminer les diagnostics plus simples et fréquents. C'est ainsi qu'on apprend la médecine mais après quelques années d'installation le médecin va « vers ce qui va bien » avant d'imaginer des catastrophes et c'est une des illustrations des différentes théories sociologiques évoquées ci-dessus. Ce changement d'attitude est convenable dans la majorité des cas. Il peut aussi perdre le médecin (et le patient malheureusement) le jour où le cas ressemblera à quelque chose de fréquent (syndrome grippal en pleine épidémie de grippe) et qui sera en réalité une rareté (crise de paludisme aigu deux ans après le retour d'un voyage en zone endémique).

Un autre sujet soulevé par les sociologues tels qu'Alexandre Jaunait (57), est l'autonomie importante de la profession médicale. Bien qu'elle tende à diminuer avec l'évolution de la loi et de la jurisprudence, la profession médicale reste pour l'essentiel contrôlée par elle-même à travers l'Ordre des médecins qui est constitué de médecins élus par les médecins. Les médecins de l'Ordre sont chargés du respect de la déontologie médicale mais aussi, ont le

pouvoir d'exclure un membre de la profession en cas de manquement grave à ces obligations déontologiques. Beaucoup de médecins pensent, et cela est cité dans l'analyse, qu'ils ne pourraient être jugés que par des pairs exerçant dans les mêmes conditions qu'eux. Les termes du jugement seraient donc en lien avec l'expérience, autant ou plus qu'avec la science. En 2002, une avancée vers la diminution de la mainmise de l'Ordre des médecins sur la déontologie a été le placement de magistrats au sommet des instances ordinales disciplinaires. Le médecin n'est donc plus jugé par ses pairs mais plutôt par un représentant de la loi et donc de la société. Bien que cette autonomie tende donc à diminuer, les médecins se forgent une idée de leur propre autonomie qui serait étendue à toute la prise en charge de leurs patients, pourvu que leurs soins soient attentifs et aillent vers le bien du malade. Ils semblent peu préparés à être contrôlés, alors que les organismes de contrôle et de régulation externe existent réellement et sont sollicités régulièrement par les patients. Ces derniers apparaissent alors comme un des moyens de régulation externe de la profession. En effet, comme nous l'avons noté dans la première partie de cette étude, la responsabilité médicale est multiple, civile, pénale, déontologique mais aussi économique devant la Sécurité Sociale. L'autonomie de la profession est donc réduite, mais les médecins continuent à travailler avec cette idée d'autonomie personnelle large. Leur surprise est donc totale quand un patient les met en cause en supposant que leur médecin aurait fait mauvais usage de son autonomie propre. Cette surprise est mêlée de déception ou de colère quand le médecin pense avoir avec le patient une relation telle qu'il serait impossible pour le patient de le mettre en cause.

D'un autre côté, le médecin reconnaît les limites de son « art » en disant clairement que « l'erreur est humaine », ou bien que « n'importe qui à ma place aurait fait la même chose ». Il porte donc sur sa profession un regard très ambivalent qui oscille entre l'orgueil et la puissance de pouvoir soigner « ses » patients et leur rendre service, ayant sur eux la supériorité du savoir et de l'expérience ; et d'un autre côté l'incertitude et la vulnérabilité dans lesquelles il se trouve souvent en cas de diagnostic ou de tableau clinique peu clair, et pour lesquels le malade attend une réponse aussi précise que possible.

Dans tous les cas, un contentieux en responsabilité médicale est à la fois une surprise (inattendue) et une mauvaise nouvelle (confrontation à un monde nouveau, celui du droit et de la juridiction). Les médecins du corpus avaient une mauvaise connaissance ou une connaissance très partielle et superficielle du droit de la responsabilité médicale. Ils connaissent certaines règles, mais ne savent pas les risques qu'ils encourent lorsqu'ils les enfreignent. Ils savent cependant que le contentieux est possible dans l'absolu, même s'ils ne l'associent pas à chaque consultation. Ils ne veulent pas toujours prévoir ce contentieux, même en cas de situation risquée, par un déni protecteur (si on pensait à ce qu'on risque on ne ferait plus rien), mais aussi parce qu'ils ont l'expérience de l'absence de plainte en général en cas d'erreur ou d'événement indésirable bien identifié (et parfois grave) qu'ils ont pu prendre en charge avec le patient concerné.

La manière dont ils apprennent leur mise en cause influe sur la manière dont ils vont aborder l'affaire à ses débuts. Un médecin qui reçoit un simple courrier recommandé s'inquiétera de ne pas comprendre tous les termes du courrier alors qu'un médecin mis en cause « en direct » par l'huissier au cabinet sera immédiatement obligé de subir le regard inquisiteur des patients présents le même jour, et cela, avant même de pouvoir s'inquiéter du contenu de la plainte. A la suite de la découverte de la mise en cause, deux grandes attitudes émergent :

- Tout d'abord, la réactivité avec la volonté de comprendre à la fois ce qui est reproché et ce qui a été fait, quitte à assumer s'il le faut sa part de responsabilité. Cette réactivité est parfois accompagnée d'un sentiment de paranoïa dirigée contre le plaignant et / ou l'instance sollicitée (on me met en cause, on m'en veut).
- De l'autre côté, des médecins ont une attitude plus marquée par l'inquiétude, en cherchant à assumer une culpabilité, parfois sans objet, souvent liée à l'importance du dommage subi ou à l'incompréhension manifeste de la situation médicale initiale (et cela, même si le médecin avait bien pris en charge le patient).

Dans les deux cas, le médecin mis en cause cherchera à préparer sa défense. Pour mieux répondre à ses pairs (médecins experts ou médecins de l'Ordre) ou au juge des décisions qu'il a prises, pour mieux comprendre ce qui s'est passé, pour se re-souvenir du cas, il prépare un dossier de défense qu'il va utiliser directement ou transmettre à son avocat. Cette perte d'autonomie dans sa propre défense a été parfois refusée par l'un ou l'autre, mais en règle générale, ils ont été secondés pour leur défense par un avocat, avec plus ou moins de compréhension mutuelle ou de réussite.

Préparer sa défense est nécessaire mais pas toujours suffisant pour faire face à une telle mise en cause. La blessure d'orgueil professionnel infligée par le plaignant sera 'soignée' par le médecin à travers différentes stratégies de revalorisation personnelle. Cela peut passer par un investissement très grand dans le travail pour orienter ses pensées vers les réussites médicales quotidiennes. Cela passe aussi souvent par un dénigrement important des différentes parties en présence dans le contentieux ; c'est particulièrement vrai pour le plaignant qui est souvent violemment déconsidéré et vu comme la cause des désagréments subis par le médecin accusé.

Les médecins les plus expérimentés sont peut-être ceux qui vont vivre l'affaire comme étant un épisode très heurtant et en sortiront meurtris. C'est probablement lié à l'idée que l'affaire leur fait remettre à plat toute leurs habitudes médicales, fondées pour l'essentiel sur leur expérience et l'individualité de chaque patient, et qu'ils vont devoir se recentrer sur la science. Il semble qu'un médecin avec moins d'expérience en voudra au plaignant ou à lui-même de la situation dans laquelle il se trouve, mais acceptera plus vite de demander de l'aide. Les jeunes médecins semblent plus prompts à réaliser que ce type de situation est inhérent à la pratique médicale. Ce point de vue un peu distancié n'est pas immédiat. Il n'apparaît qu'après quelques mois, voire quelques années de recul sur l'affaire. Cette

distanciation n'est pas toujours possible pour certains médecins expérimentés qui resteront blessés d'avoir été mis en défaut après plusieurs années de bons services médicaux rendus à leurs patients.

Un autre facteur de variation de vécu des affaires est le type de mise en cause choisie par le plaignant. Une affaire qui passe devant la justice pénale est toujours plus mal vécue car le médecin se sent attaqué en tant que personne pour un « crime » et non plus en tant que professionnel. Ils acceptent plutôt mieux l'idée de devoir réparer un dommage commis en versant, via leurs assurances en responsabilité civile, des intérêts au patient concerné ou à ses ayants droits. C'est aussi vrai pour les manquements « mineurs » à la déontologie que sont les certificats ou attestations qui n'ont que des conséquences administratives dans la majorité des cas.

L'impact pour les médecins interrogés d'une telle mise en cause est immédiatement important et tend à s'estomper avec le temps. Au départ de l'affaire, l'inquiétude les envahit et les pousse à plus de vigilance professionnelle, ou à plus de lassitude et à éprouver moins de plaisir dans leur travail. Ceci a bien évidemment un retentissement personnel qui envahit, parfois totalement, la sphère privée. Les médecins ont quelques difficultés à évoquer l'impact à long terme sur leurs pratiques de ces affaires. C'est lié, à mon sens, au fait que ces changements sont ténus : ils tiennent souvent en une meilleure tenue des dossiers médicaux ou en une plus grande attention portée à la rédaction de documents ayant un impact administratif ou juridique, mais aussi au fait que ces changements sont intégrés. Les médecins les adoptent dans leur pratique quotidienne et le reconnaissent uniquement après réflexion. S'ils ont souvent été plutôt malheureux ou vexés d'avoir été mis en cause, ils admettent que l'impact à long terme est plutôt positif pour eux. Ils connaissent mieux le cadre juridique de leur exercice et se sentent plutôt de meilleurs médecins puisqu'ils sont plus attentifs à rester dans les limites strictes de ce cadre.

Ce qu'ils retiennent et souhaiteraient transmettre de leur affaire est souvent son « universalité », ça leur est arrivé à eux donc cela peut arriver à n'importe quel médecin puisqu'ils ne se jugent ni meilleurs (dans l'ensemble) ni moins bons que les autres. Pour eux, tout médecin devrait travailler en ayant cela en tête pour se prémunir de ce risque, en exerçant à la fois la meilleure médecine possible mais aussi la médecine dans son cadre légal strict. Les conseils qu'ils donneraient relèvent souvent de la logique et du bon sens : trouver un bon avocat en se renseignant localement, prévenir et se faire aider par son assureur en responsabilité civile, en parler à des confrères qui apporteront un soutien précieux. Ces conseils très simples et qui n'étaient parfois pas si évident pour tel ou tel qui ont pu essayer de se défendre seuls ou se rendre devant la justice sans savoir ce qui allait se passer, montrent combien cette mise en cause a pu les déstabiliser et était pour eux inattendue.

Un autre sujet qui a été soulevé par quelques uns des médecins du corpus est celui des expertises médicales. Ils souhaiteraient en effet voir plus de médecins généralistes formés à l'expertise afin, en cas de contentieux, d'être évalués par des médecins réellement

considérés comme des pairs. J'ai soumis cette question de l'expertise à deux magistrats qui ont jugé des affaires de responsabilité médicale et tous deux m'ont confirmé qu'à leurs yeux, un « bon expert » est une personne qui a les compétences pour évaluer une situation médicale qui fait partie de sa spécialité, et qui est capable d'expliquer clairement au magistrat les responsabilités de chacun dans l'affaire. Ces deux juges ne semblaient aucunement gênés par l'idée que l'attitude d'un généraliste soit expertisée par des spécialistes, hospitaliers de surcroît. Ce n'est pas le contexte qui est évalué mais seulement la prise en charge médicale. En effet, le rôle des experts est de déterminer si les choix du médecin pour le patient correspondent à ce qu'aurait fait tout médecin, de la même spécialité, placé dans une même situation (en ne connaissant donc que les symptômes initiaux) et aussi aux recommandations en vigueur. Cette différence de point de vue entre les médecins généralistes et ces deux magistrats souligne, une fois encore, les facteurs d'incompréhensions entre la médecine et la justice.

Pour finir, il semble clair pour les quelques médecins du corpus qui ont eu à faire face à plusieurs affaires, que la responsabilité médicale cesse alors d'être une responsabilité personnelle mais devient d'avantage une responsabilité professionnelle pour laquelle ils s'engagent sans pour autant se laisser déborder par des affects trop grands et mal à propos dans ces situations qui restent dans un cadre purement professionnel. En cas de seconde, voire de troisième affaire, leurs temps de réponses sont plus rapides et plus efficaces, ils sont moins touchés et ont donc intégré leur risque professionnel comme étant un impondérable du métier et même peut-être un progrès pour les patients puisque la profession est alors contrôlée par eux. C'est d'ailleurs une idée qui a été soulevée par la juriste Dominique Thouvenin (58) qui propose de regarder la responsabilité médicale comme étant un moyen de contrôle externe des médecins, mais aussi comme une manière d'obtenir réparation pour des patients qui s'estiment victimes d'un dommage inhérent au soins. Elle suggère de ne plus voir la responsabilité médicale comme une pression des « mauvais » patients sur leurs « bons » médecins. Si la réparation est estimée nécessaire par la justice, elle sera payée par l'assureur du médecin, mais aucun de ces deux acteurs (justice ou assureur) n'a de prise directe sur le contrôle de la profession médicale. Il apparaît donc tout à fait utile que le patient puisse demander réparation par voie de justice ou de conciliation mais aussi que la profession puisse être contrôlée directement par les usagers.

Conclusion

A l'issue de leurs affaires, les médecins prennent mieux en compte les risques auxquels ils s'exposent dans leurs pratiques. Je m'interroge donc sur l'efficacité de l'apprentissage de la responsabilité médicale. Pourquoi n'est-ce pas enseigné de manière aussi pratique que théorique dans les facultés de médecine ? En effet, connaître le cadre juridique de l'exercice de la médecine est indispensable, mais c'est peut-être plus important encore de savoir bien réagir en cas de mécontentement ou de plainte d'un patient. Que dire ou ne pas dire ? Comment revenir sur sa pratique pour distinguer les facteurs favorisant la plainte afin de s'améliorer ? Que faire ? Comment expliquer sans trop s'exposer ? Peut-être que des séminaires de formation réalisés sous forme de mises en situation ou de jeux de rôles pourraient être appropriés pour donner des clés aux médecins et permettre une réaction adaptée.

Ce travail apporte un éclairage sur l'expérimentation par les médecins du risque-responsabilité lors d'une mise en cause de patient. Les difficultés qu'ils rencontrent les changent. Ils savent mieux se positionner en cas de réapparition du risque. Je me demande donc si, dans la formation des futurs généralistes, il ne serait pas judicieux d'augmenter le temps consacré à l'étude de la relation médecin-malade. Ne faudrait-il pas insister plus sur la connaissance du positionnement du généraliste afin que les nouveaux médecins sachent dès le début de leur exercice poser un cadre et « dire non » tout en créant une relation propice à l'efficacité de la prise en charge médicale dans une confiance mutuelle ?

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. Ils se « réorientent » plutôt vers une pratique de qualité, au plus près des données scientifiques. Ils exercent leur profession sans naïveté quant au risque-responsabilité, dans l'idée de pouvoir justifier leurs décisions le moment venu. Je trouve dommage que cette confrontation au risque juridique ait été nécessaire pour arriver à ce progrès. Comment faire pour que justement, certains médecins ne se laissent pas enfermer par leur expérience clinique et leur quotidien qui les éloignent parfois des meilleures pratiques ? Le Développement Professionnel Continu est-il suffisant ? Certains des interviewés ont souligné qu'accueillir des internes au cabinet leur avait permis de ne pas retomber dans cet écueil. Dans leur rôle de formateur vis-à-vis des internes, ils sont amenés à revisiter leurs pratiques et si besoin à les réajuster. Serait-ce un début de réponse ?

Ce travail d'enquête sur le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale m'a passionnée. Je n'imaginais pas apprécier autant la découverte de l'analyse qualitative ainsi que sa mise en œuvre sur le terrain.

J'ai observé en faisant ce travail et à travers les différents entretiens que lors d'une première plainte les médecins se sentent remis en cause personnellement. Cela va au-delà de leur profession et les atteint profondément. Curieusement, une deuxième plainte ne produit pas

un tel impact. Leur première expérience paraît les avoir ramenés à la réalité, à cette réalité qui les conduit à sortir de la confusion et à dissocier la dimension professionnelle de leur métier de la dimension personnelle. Les médecins, en faisant l'expérience du risque-responsabilité, peuvent ainsi (r)établir les limites du cadre juridique et scientifique précis de leur métier. Un contrôle externe s'exerce sur eux comme dans tout métier, cela semble au départ difficile à accepter pour le professionnel-médecin.

Je retiens donc de tout cela que l'exercice de la médecine est un exercice d'humilité et de vigilance. Il me faudra accepter de rester souvent dans l'incertitude malgré toutes les connaissances acquises durant ces longues années. Je devrais aussi accepter ce contrôle qu'exercent les patients sur la pratique, car il participe pour une part à son amélioration en étant un des garants de ma vigilance. Ce risque-responsabilité reste un risque professionnel pour lequel je suis assurée. Je devrai donc garder de la distance à ce propos, tout en restant en alerte, avec des connaissances à jour, sans pour autant perdre de vue les bonnes pratiques ni le bon sens. Je m'attacherai à travailler en imaginant devoir répondre clairement de mes décisions pour les patients. Pour cela, je sais maintenant que le dossier médical est une des clés, je compte bien y accorder une grande importance.

Pour finir, en faisant cette thèse j'ai choisi de ne pas approfondir l'analyse des comportements et du mode de communication des médecins du corpus. Il me semblait plus important de focaliser mes efforts sur une observation fine et, si possible, distanciée des attitudes des interviewés. J'ai adopté une posture plus sociologique et j'ai circonscrit le travail dans cette voie qui m'apparaissait (sans doute de manière arbitraire et fantasmée...) plus scientifique. Exploiter le versant plus psychologique et relationnel du sujet pourrait, à mon sens, faire l'objet d'une étude à part entière tant le matériau semble riche.

Annexes

Index des illustrations

Tableau n°1 p. 36 : l'échantillon

Schéma n°1 p. 41 : les différents intervenants

Schéma n°2 p. 42 : exemple de séquence

Schéma n°3 p. 43 : un autre exemple de séquence

Encadré n°1 p. 62 : défense d'Emmanuelle

Encadré n°2 p.100 : moment clé de l'entretien avec Sylvie

Encadré n°3 p. 103 : la seconde affaire d'Alain

Encadré n°4 p. 105 : retentissement personnel pour Sylvie

Encadré n°5 p. 120 : retentissement personnel pour Patrick

Guide d'entretien et son évolution

Guide d'entretien première version

1. Qui êtes-vous = justification du contexte (échantillonnage) = âge, sexe, région de formation et d'exercice (rural, urbain...) mode d'exercice (institution, cabinet, seul, en groupe)

Puis : comment et pourquoi êtes-vous devenu médecin, quel a été votre parcours professionnel des débuts à aujourd'hui ?

2. Le problème = Quand a débuté le contentieux ? A quelle(s) instance(s) avez-vous été confronté ? (tribunal civil et indemnisation, pénal et privation de libertés, ordinal et limitation de l'exercice...) Souhaitez-vous qu'on revienne sur le contexte dans lequel cela s'inscrit ? (prévisible, période de la vie professionnelle ou personnelle particulière, erreur, faute, incompréhension, culpabilité ?)
3. Les difficultés = Qu'est-ce qui a été le plus dur dans ce parcours du combattant avant la décision de justice ? (méconnaissance du fonctionnement de la justice, soupçons de la patientèle, retentissement sur l'entourage, attente longue...)
4. Votre ressenti = Après cette cela, qu'avez-vous ressenti vis-à-vis des différentes parties impliquées ? Du plaignant ? De la justice (a-t-elle rempli son rôle ?) ? De l'ordre ? Et pour vous-même ?
5. Le soutien = Quel est l'environnement dans lequel vous vous êtes senti le mieux épaulé ? (vos patients, vos confrères, votre famille, votre avocat...) L'ordre des médecins a-t-il été pour vous un secours ? Votre assureur vous a-t-il aidé et a-t-il été de bon conseil ? ...) Avez-vous eu recours à un soutien psychologique ? Si non, pensez-vous aujourd'hui que cela aurait pu ou pourrait vous aider ?

6. Les changements = Exercez-vous toujours dans le même cadre ? Avez-vous eu des difficultés à poursuivre votre exercice ? Avez-vous eu envie / essayé de changer de voie ? Et dans votre pratique quotidienne avez-vous l'impression que quelque chose a changé après la condamnation (pratiquez-vous la médecine dite défensive ?) ? Avez-vous moins confiance dans votre sens clinique et vos connaissances ? Faites-vous plus souvent appel à des avis extérieurs ? À des examens complémentaires ? Pour vous y-a-t-il quelque chose de positif qui ressort de cet épisode (plus d'attention portée aux patients... mode d'exercice plus « cool ») ? Ou au contraire uniquement du négatif ?

7. Les peurs = Craignez-vous que cela puisse recommencer ? Si l'épisode recommençait changeriez-vous quelque chose ? Avez-vous eu le sentiment d'être préparé à cet incident de parcours ? Vous sentez-vous « guéri de cette blessure » ? Que diriez-vous à un collègue qui se retrouverait dans cette situation ? Vous est-il arrivé de faire une erreur (near miss ou erreur plus ou moins grave avec ou sans dommage) depuis cet épisode ? Comment revenez-vous dessus ? (groupe repère, coping)

Guide d'entretien dernière version

- **Qui êtes-vous** = âge, sexe, région de formation et d'exercice
- rural, urbain, semi rural
- enseignant, maître de stage,
- secteur 1 ou 2
- mode d'exercice (institution, cabinet, seul, en groupe) Vous êtes associé, comment partagez-vous avec les autres médecins ? est-ce une simple mutualisation de moyens ?
- Comment avez-vous accepté l'entretien et par quel biais avez-vous entendu parler de ma thèse ?
- Pour commencer, j'aimerais savoir comment vous êtes devenu médecin ?
- Quel a été votre parcours pour devenir le médecin que vous êtes aujourd'hui ?
- Pour le dossier médical, est-il en réseau ? est-ce un dossier papier ? combien ou comment écrivez-vous ? avez-vous convenu d'alarmes pour baliser les prises en charges ? (allergies, maladie infectieuse...)
- Je reviens sur ce que vous avez dit, pouvez-vous me préciser.... (infos manquantes)

- **Le problème** = Comment a débuté votre affaire (ou autre mot selon ce qu'il/elle aura dit avant) ? je vous laisse décider jusqu'où vous souhaitez revenir sur l'enchaînement des faits. (accident prévisible, erreur, faute)
- Vous vous y attendiez ?
- Etait-ce à une période particulière de votre vie (professionnelle ou personnelle) ? pour vous, quel a été le facteur ayant pu favoriser cette histoire (préoccupations personnelles ou professionnelles...)
- Comment les choses se sont enchaînées ?
- Comment avez-vous ressenti les choses par rapport à ce patient et à sa prise en charge, en amont de l'épisode judiciaire (incompréhension, culpabilité ?) Les voyez-vous aujourd'hui un peu différemment ?
- Qu'est-ce qui aurait pu faire que ça n'arrive pas ou que ça se passe autrement ?

- **Les acteurs de la justice** = A quelles instances avez-vous été confronté (civil, pénal, ordre, assureur, CRCI) ?
- A qui ou quoi avez-vous eu affaire en premier, en gros, par quoi ça a commencé ? (courrier, police...)
- Aviez-vous un avocat ? Si non, comment l'avez-vous trouvé / choisi ?
- Quelle était votre connaissance de la justice avant ? (étiez-vous déjà passé devant un tribunal pour un divorce, un signalement ou autre ?)

- **Les difficultés** = Qu'est-ce qui vous a semblé le plus difficile durant tout le processus ? (méconnaissance du fonctionnement de la justice, soupçons de la patientèle, retentissement sur l'entourage, attente longue...)
- Lors de l'enquête, qu'est-ce qui vous a le plus pesé ?
- Est-ce que vous vous reprochez des choses ?
- Lorsque la décision est tombée, qu'avez-vous ressenti ?
- Quel a été votre ressenti vis-à-vis des différentes parties ? (le plaignant, la justice...) A qui vous en avez voulu le plus ?

- **Le soutien** = Qu'est-ce que vous avez fait pour vous défendre ?
- Qu'est-ce que vous avez fait pour tenir ?
- Quel est l'environnement dans lequel vous vous êtes senti le mieux épaulé ? (vos patients, vos confrères, votre famille, votre avocat...)
- L'ordre des médecins a-t-il été pour vous un secours ?
- Votre assureur vous a-t-il aidé et a-t-il été de bon conseil ? ...)

- D'autres médecins m'ont dit qu'à cette période de leur vie ils consommaient plus d'alcool ou de tabac, certains ont compensé le stress dans l'alimentation ou dans plus de travail... Acceptez-vous que l'on aborde cela ensemble ?
- Avez-vous eu recours à un soutien plus professionnel? Si non, pensez-vous aujourd'hui que cela aurait pu ou pourrait vous aider ? Vous avez eu du mal à dormir ? Est-ce que parfois vous avez pris un médicament pour ça ?
- **Les changements** = Exercez-vous toujours dans le même cadre ?
- Avez-vous eu du mal à continuer à être médecin ? Avez-vous eu envie / essayé de changer de voie ? avez-vous changé de rythme de travail ?
- Aujourd'hui, comment vous aimez ce que vous faites ?
- Pensez-vous qu'il y a eu un retentissement sur votre patientèle ? Ont-ils su ce qu'il vous arrivait ? Vos relations ont-elles été modifiées ?
- Et vos confrères ont-ils su ? Comment ont-ils réagi ?
- Qu'est-ce qui s'est su autour de vous ?
- Qu'est-ce qui a changé dans votre pratique quotidienne (pratiquez-vous la médecine dite défensive...)?
- Avez-vous eu parfois moins confiance dans votre sens clinique et vos connaissances ? Faites-vous plus souvent appel à des avis extérieurs ? À des examens complémentaires ? Et par rapport à la FMC ?
- **Les peurs** = Vous pensiez que ça pouvait vous arriver ?
- Craignez-vous que cela puisse recommencer ? Si l'épisode recommençait comment vous réagiriez ? Est-ce que vous vous sentez plus armé ? Quelle stratégie mettriez vous en place ?
- Avez-vous eu le sentiment d'être préparé à cet incident de parcours ? Qu'auriez-vous aimé savoir pour mieux faire face ? Pensez-vous qu'il vous a manqué des outils pour réagir efficacement ?
- Comment réagissez-vous maintenant lorsqu'un patient vous fait part d'une insatisfaction ou d'une plainte ? ressentez-vous la nécessité de communiquer différemment ?
- Vous est-il arrivé de faire une erreur plus ou moins grave depuis cet épisode ? Comment revenez-vous dessus ? (groupe repère, revue de morbi-mortalité)
- Etes-vous revenu sur votre problème avec certains confrères ?
- Est-ce que vous avez peur que ça se sache ? Vous en aviez déjà reparlé depuis ?
- **La synthèse** = Avez-vous le sentiment que tout cela est derrière vous maintenant ?
- Quelle trace ça vous a laissé ? quel est son impact au quotidien, est-ce prégnant ?
- Que diriez-vous à un collègue qui se retrouverait dans cette situation ?
- Quel bilan faites-vous de cet épisode ? tout ce qu'il ressort est plutôt négatif (augmentation de la crainte du procès et de la méfiance, perte de confiance de votre patientèle, carrière brisée, lassitude...) ou au contraire avez-vous l'impression qu'il y a du positif ? (plus d'attention portée aux patients, mode d'exercice moins stressant...)
- Est-ce qu'il y a des choses que vous avez choisi de ne pas dire ? puis-je vous demander pourquoi ?
- Peut-on jeter un œil au dossier s'il est accessible ?

Entretiens avec des juristes

Florence Lagemi, magistrate:

(Responsable des contentieux en responsabilité médicale de 2004 à 2010, compte rendu d'entretien téléphonique)

Ce qui lui semble le plus important dans la majorité des contentieux en responsabilité, c'est l'information du patient. Le temps passé par le médecin à expliquer au patient les soins qu'on lui propose est inversement proportionnel au risque de contentieux. Faire signer des consentements sans les lire ni les expliquer alors qu'ils n'ont aucune valeur juridique, ouvrir le parapluie pour se couvrir ne sert à rien ! Les plaintes sont souvent déposées pour obtenir des informations après la survenue d'une complication que le médecin n'a pas su assumer même si cette complication était prévisible étant donné sa fréquence et/ou l'état général du patient au préalable. Elle pense que, souvent, si le médecin avait été capable de continuer à informer et à expliquer même après une complication les patients ne porteraient pas plainte ou beaucoup moins. Souvent elle a entendu : « si on avait su ça on n'aurait sûrement pas porté plainte » ou encore « on ne serait pas allés jusque là ».

L'autre sujet abordé très vite est celui du secret médical : il ne s'applique évidemment pas au patient même si on ne doit pas toujours tout dire... Un patient condamné s'il ne reçoit pas un traitement dangereux, a-t-il besoin de savoir qu'il est condamné, et faut-il simplement évoquer la dangerosité du traitement alors même qu'il n'a pas vraiment le choix de le recevoir ou non ? Le médecin ne doit cependant pas avoir peur de communiquer le dossier médical, il ne sera pas jugé sur sa tenue mais sur son contenu...

Là elle a évoqué une anesthésiste à qui elle a fait une formation sur la responsabilité médicale. Cette médecin commençait toutes ses consultations par « Savez-vous que vous allez mourir ? ». Elle trouvait cela un peu raide comme entrée en matière et pensait que le patient affaibli psychiquement par la maladie n'a pas besoin d'être assommé de la sorte par une vérité absolue mais un peu crue, surtout dans ce contexte.

Elle s'est placée assez facilement dans la position de patiente alors que je lui demandais son ressenti de magistrate à propos de mon sujet. En tant que magistrat, en dehors des procédures d'appel ou de cassation, ils ont assez peu de retour sur leurs décisions. Elle ne pouvait donc pas me dire si elle avait l'impression que les deux parties semblaient satisfaites ou non à l'issue d'un procès.

Elle a aussi abordé le sujet des patients « pénibles » qui vont porter plainte pour des bêtises et qu'il faut parfois savoir repérer pour « bétonner » les dossiers.

Autre sujet qu'elle a évoqué, c'est la difficulté au civil d'établir : 1 la faute et 2 le lien de causalité entre le dommage et la faute commise par le médecin. Un exemple a été cité : un médecin fait un frottis dont il ne récupère pas le résultat qui a été classé dans le dossier de la patiente par la secrétaire. Le frottis n'est pas bon mais la patiente ne revient que 6 mois plus

tard et c'est à ce moment là qu'il découvre le résultat de l'examen et adresse sa patiente aux gynécologues. Elle décède 1 an plus tard. Les ayant-droits portent plainte car il y a un dommage = décès de la patiente et une faute = retard de suivi. Mais le lien entre les deux n'est pas direct. Quel est le pourcentage de pertes de chances de la patiente ? Serait-elle décédée si elle avait été prise en charge 6 mois plus tôt ? A ce moment là c'est à un collègue d'experts de statuer et ce n'est pas simple. Ce n'est pas le retard diagnostique qui a induit le décès mais le cancer et ce n'est pas de la faute du médecin si cette patiente a un cancer...

Pour elle, les généralistes sont assez peu exposés au risque de contentieux en responsabilité médicale même si ça arrive. Par ailleurs, elle a noté une nette évolution liée à l'application de la loi du 4 mars 2002. Elle a traité beaucoup moins de dossiers de plainte en responsabilité médicale qui ont été pris en charge par les CRCI = autant de contentieux mais plus de conciliation !

L'arrêt du 25/02/97 (arrêt Hédreul) a rendu au médecin l'obligation de la preuve de l'information du malade. Mais le plaignant demeure toujours contraint de faire la preuve du dommage et du lien de causalité entre ce dernier et le manque d'information.

Discussion à propos de l'Arrêt Perruche : il fait encore jurisprudence pour tous les enfants nés avant et cela pose problème. Le magistrat doit appliquer un texte de loi même si en son âme et conscience celui-ci ne lui semble pas toujours adapté. Pour elle, lors de l'application de cette jurisprudence, le magistrat se substitue, en quelque sorte, aux pouvoirs publics qui devraient mieux accompagner et aider les familles dont un membre est (lourdement) handicapé. Un enfant né avant l'application de la loi du 04/03/2002 peut donc toujours porter plainte pour le préjudice d'être né avec un handicap alors que ses parents ne souhaitaient pas poursuivre la grossesse.

Pour revenir sur le sujet des condamnations en responsabilité médicale, certains sujets sont très caricaturaux (infarctus non évoqué devant douleur thoracique irradiant au bras gauche chez un patient âgé par un généraliste de SOS médecin avec retard diagnostique et perte de chance). On a tort de croire que les dossiers sont toujours très compliqués, une erreur grossière peut être l'apanage des meilleurs médecins.

Au sujet de la médecine esthétique les dossiers sont considérés comme particuliers car le soin n'est pas considéré comme obligatoire d'une part et d'autre part le médecin s'engage souvent à un résultat précis. Le contrat dans ce cas est plus considéré comme commercial et l'attitude et les décisions du tribunal sont plus sévères.

Elle a soulevé un point particulier en expliquant combien le regard porté par le magistrat pouvait être différent si le médecin semblait consciencieux ou non. La loi est la même pour tous mais dans la rédaction de l'arrêt, elle met un point d'honneur à expliciter la condamnation. Cela en particulier aux médecins compétents qui ont vécu un drame professionnel contrairement aux médecins peu rigoureux qui lui semblaient n'éprouver aucun remord.

Un autre sujet passionnant a été évoqué, c'est la confrontation entre erreur médicale et erreur judiciaire. Elle a expliqué combien il était dévastateur pour un magistrat de se tromper et de s'en rendre compte. Une sorte de responsabilité professionnelle de la magistrature est en train de voir le jour. Elle raconte aussi combien il est difficile et douloureux de revenir sur une erreur passée et combien les juges s'interdisent (tout comme les médecins) le droit à l'erreur.

Nous sommes ensuite revenues sur le sujet de l'expertise médicale. Le rapport d'expert détermine bien souvent le verdict et le montant de l'indemnisation que l'assureur du médecin devra verser. L'expert médecin se doit d'être objectif, et c'est le cas le plus souvent. L'exemple du dossier de prescription mal rédigée d'aspirine pour un nourrisson par un médecin généraliste (il manquait le poids et l'âge du patient mais la posologie était correcte) qui avait conduit à une délivrance erronée par le pharmacien et à un surdosage. Dans ce cas l'expert pédiatre hospitalier jugeait un médecin généraliste. Sa prescription et son attitude thérapeutique ne correspondaient pas aux règles de l'art mais à de vieilles habitudes de prescription qui sans être fausses étaient obsolètes. Il n'a pas commis d'erreur directe mais son ordonnance incomplète a favorisé la faute du pharmacien. Elle semblait trouver cela juste que le médecin soit associé à cette faute. Il incombait à son assureur d'éventuellement se retourner ensuite contre le pharmacien.

Nous avons parlé ensuite de la différence de point de vue entre le juge et le médecin. Eux sont entre les deux parties mais ont parfois l'esprit « pollué » par l'état du plaignant qui a besoin d'aide. La condamnation n'est pas un jugement des compétences humaines ou médicales du médecin mais simplement un moyen de faire reconnaître les droits de la victime et lui accorder une indemnisation. Elle a bien conscience que cela n'est pas vécu aussi positivement et simplement par le médecin accusé. Elle suggère qu'une condamnation en responsabilité médicale soit vue uniquement comme un moyen de réparer une faute et pas comme une manière de faire apparaître une seconde victime : le médecin.

Les médecins et la population générale ne connaissent pas le fonctionnement de la justice. En gros, au pénal : le système est simple, la victime ou ses ayants-droits portent plainte pour blessure ou homicide involontaire, une enquête est lancée à l'issue de laquelle une expertise statuera sur la nécessité de poursuivre en justice ou non pour déterminer la culpabilité de l'accusé et en fonction une peine sera prononcée.

Plainte pénale : il y a deux étapes : contacter le procureur ou le magistrat qui diligente une enquête à l'issue de laquelle un rapport d'expertise est émis et c'est celui-là qui va déterminer si oui ou non il y a lieu de déposer plainte devant le tribunal correctionnel pour atteinte à l'intégrité de la personne. Dans la majorité des cas, le rapport d'expert conduit à l'abandon des poursuites (non-lieu ou classé sans suite) pour deux raisons : le patient comprend enfin ce qu'il lui est arrivé et se voit délivrer la totalité de l'information. Il peut donc comprendre qu'il a vécu un aléa thérapeutique et que son cas ne relève pas d'une faute mais simplement d'une complication ou d'un aléa +/- prévisible ou alors d'une

maladresse sans réelle intention de nuire de la part du médecin. Le rapport ne détermine pas toujours la culpabilité du médecin car la limite entre l'aléa, l'erreur, la complication et la faute est parfois ténue.

Au civil, c'est aux victimes de faire la preuve du dommage, de la faute et du lien de causalité entre les deux... C'est beaucoup plus difficile ! La condamnation à payer des indemnités est divisée poste par poste (préjudice moral, ITT, IPP...) et la CNAM réclame le remboursement des sommes qu'elle a versé pour les soins liés à la faute. Bien évidemment ces indemnités sont versées par l'assureur. En cas de faute très grave commise par le médecin, l'assureur peut se retourner contre lui pour ne pas avoir à verser les indemnités.

Un autre sujet en responsabilité médicale qui ne concerne que les établissements de santé est la présomption de responsabilité en cas d'infection nosocomiale. Ce sujet stigmatise les différences de points de vue entre le droit et la médecine. Les médecins sont dans l'incapacité de faire la preuve de l'absence de faute en cas d'infection nosocomiale et de plus savent que c'est souvent inévitable car lié à des soins dont le malade a besoin. Pour la justice, la tolérance est nulle en matière d'asepsie et le médecin doit faire la preuve qu'il a tout mis en œuvre pour éviter l'infection. Un cas paradoxal est celui des fractures ouvertes infectées, (septiques d'emblée), certaines jurisprudences les considèrent comme nosocomiales et pas d'autres... Les magistrats font « n'importe quoi ! » à ce sujet. Il est vrai toutefois qu'en dehors de certains centres très spécialisés comme Paris et Marseille, les magistrats ne savent pas toujours traiter ces affaires complexes et les experts ne sont pas toujours très éclairants pour l'aide à la prise de décision.

Certificat : attention à la rédaction et à ne pas laisser de place dessus certains petits malins rajoutent parfois des choses fantaisistes dessus.

Pierre Chaigne, avocat

(Avocat généraliste qui a traité plusieurs affaires de responsabilité médicale en particulier l'affaire Diallo très médiatisée dans les années 80 (59), compte rendu d'entretien face à face)

La responsabilité médicale c'est deux choses : une faute et un préjudice avec un lien de causalité ; ou un oubli ayant entraîné un dommage. Tout le reste c'est une libre interprétation du droit par le magistrat. Ce n'est pas à l'assureur en RCP de réparer tous les dommages inhérents à la vie du plaignant, le médecin n'a pas l'obligation de résultat comme tend à le croire une partie de la population.

Que faire face à une plainte en RM : ne pas rester seul ; ne pas attendre que les choses se passent mais réagir, se faire conseiller par un avocat qui n'est pas l'avocat de l'assureur (conflit d'intérêt) et préparer sa défense. Communiquer : oui, mais en étant préparé. Il n'est pas toujours bon de se reconnaître coupable mais il ne faut pas cacher la manière dont les faits se sont déroulés. Il faut prendre son temps pour bien répondre au plaignant. Quoi qu'il

arrive, il faut s'investir et s'impliquer dans sa défense, ne pas tout confier à l'avocat pour se débarrasser du problème. Il faut aller aux expertises, aux jugements. Il faut mettre de côté une copie du dossier et des pièces importantes chez l'avocat. Un médecin ne peut pas se défendre lui-même, c'est trop risqué et ce n'est pas son métier. Il ne faut pas considérer qu'une plainte au civil n'est que du ressort de l'assureur. Il y a trop d'enjeux pour se laisser aller à tout lui abandonner.

Les magistrats ne prennent pas souvent le temps de revoir les affaires dans leur globalité. Ils se contentent de faire respecter les procédures et de respecter l'expertise médicale qui vaut preuve devant le tribunal. Ils ont trop l'esprit pollué par le fait que le plaignant est souvent dans une situation de détresse même si elle n'est pas directement imputable au médecin. Ils vont trouver un lien de causalité « tiré par les cheveux » pour rendre service au plaignant puisque de toute façon c'est l'assureur qui paye. Le médecin peut donc bien être condamné, cela ne le concerne pas directement donc ce n'est pas grave...

L'expertise est problématique pour deux raisons : elle vaut preuve et n'est souvent pas remise en question, et les médecins sont donc jugés par leurs pairs et bénéficient parfois de complicités ou au contraire d'expertises très défavorables de la part de médecins « ennemis ».

Les assureurs en RM ont un objectif : payer le moins possible. Il faut donc que l'histoire juridique dure le moins longtemps possible. Peu leur importe que le médecin soit condamné ou pas (ils y ont un certain intérêt car les primes d'assurances augmentent ensuite). Les avocats du conseil juridique sont assez mal payés, ils s'impliquent donc peu dans la défense et dans les affaires par manque de temps. Il y a donc un véritable conflit d'intérêt entre l'assureur, le médecin et son avocat.

Les médecins ont une réelle méconnaissance de la machine juridique pour plusieurs raisons :

- ils ont peur et pratiquent donc la politique de l'autruche (moins j'en sais moins ça risque de m'arriver) ;
- l'assureur leur laisse penser qu'en cas de litige, ils n'ont pas besoin de s'impliquer puisqu'il va tout prendre en charge ;
- ils portent en eux une culpabilité (vraie ou fausse) de ne pas avoir pu sauver leur patient alors même qu'on ne peut pas éviter tous les accidents médicaux et de vie.
- Ils ont aussi parfois peur de parler de l'affaire qui les concerne et se laissent guider sans réfléchir plus.

Dans plusieurs affaires qu'il a eu à défendre, les médecins étaient victimes de plaintes fantaisistes de la part de patients vindicatifs ou revanchards. Les affaires auraient pu aller très loin s'il n'avait pas imposé aux magistrats et aux experts de bien comprendre l'affaire. Les enjeux étaient très importants (plaintes pénales et condamnation à des peines de prisons ; radiation de l'ordre...). A aucun moment la présomption d'innocence n'a permis de

faire la lumière sur les motifs réels des patients qui déposaient plainte (pécuniaires ou de revanche personnelle).

Il a illustré ses propos par un certain nombre d'affaires graves où plusieurs médecins étaient mis en cause dans une chaîne de responsabilité alors même qu'il était simple d'établir que seulement certains étaient réellement concernés. La justice ne fait souvent pas la part des choses.

Bibliographie

1. Thomson R, Lewalle P, Sherman H, Hibbert P, Runciman W, Castro G. Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey. *Int J Qual Heal Care J Int Soc Qual Heal Care ISQua*. 2009 Feb;21(1):9–17.
2. Z. OR. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? [Internet]. IRDES; 2008. Available from: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
3. Setbon M. Quality of care, a new paradigm for collective action? *Sociol Trav*. 2000;42(1):51–68.
4. Michel P, Minodier C, Lathelize M, et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé [Internet]. DREES; 2010. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>
5. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [Internet]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620817&dateTexte=20100517>
6. Ministère de la santé. Circulaire DHOS/E 2/E 4 n° 2004-176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé [Internet]. Mar 29, 2004. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-18/a0181350.htm>
7. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
8. HAS. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique [Internet]. HAS; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins__du_concept_a_la_pratique.pdf
9. TOURAINE M. Programme national pour la sécurité des patients [Internet]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-nsp.html>
10. Brami J, Amalberti R. La sécurité du patient en médecine générale. Springer;
11. Makeham, Dovey, Runciman W, larizgoita. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research [Internet]. 2008. Available from: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf

12. Wetzels R, Wolters R, van Weel C, Wensing M. Harm caused by adverse events in primary care: a clinical observational study. *J Eval Clin Pract.* 2009 Apr;15(2):323–7.
13. Amalberti R, Brami J. “Tempos” management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf.* 2012 Sep;21(9):729–36.
14. Goodwin N, King’s Fund (London E. Improving the quality of care in general practice: report of an independent inquiry commissioned by the King’s Fund. London: King’s Fund; 2011.
15. Brami J. Améliorer la qualité des soins en médecine générale. DPC Prat N° 55 [Internet]. 2011 Mai; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050273/fr/ameliorer-la-qualite-des-soins-en-medecine-generale
16. Hocquet-Berg S, Py B. La responsabilité du médecin. heures de france. 2006.
17. Cour de Cassation. Arrêt Perruche [Internet]. Nov 17, 2000. Available from: <http://legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007041543>
18. article L 114-5 [Internet]. Code de l’action sociale et des familles; Available from: <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796464&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=vig>
19. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
20. Klotz P. L’erreur médicale, mécanismes et prévention. Maloine; 1994.
21. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human, building a safer health system. 2000.
22. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33(8):467–76.
23. Erreurs en médecine générale, une recherche balbutiante. *Rev Prescrire.* 2003 juillet/août;23(241):543–4.
24. Dovey SM, Phillips RL, Green LA, Fryer GE. Types of medical errors commonly reported by family physicians. *Am Fam Physician.* 2003 Feb 15;67(4):697.
25. Galam E. L’erreur médicale, le burn-out et le soignant. Springer.
26. Chanelière M. IMPACT DES EVENEMENTS INDESIRABLES SUR LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES [Internet]. UNIVERSITE LYON 1; 2005. Available from: http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/C5.2PJ2_1186135106262.pdf
27. Penneau J. La responsabilité du médecin. troisième. Dalloz; 2004.

28. Code de déontologie médicale [Internet]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807>
29. collectif. Code civil. 112th ed. Dalloz; 2013.
30. Bernard M. 160 Quest En Responsab Médicale. deuxième. Masson; 2010. p. 9.
31. Code Pénal. Dalloz; 2013.
32. MACSF. Rapport d'activité MACSF - Le Sou Médical : Panorama du risque médical en 2011, spécialité médecine générale [Internet]. 2011. Available from: <http://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/la-responsabilite-medicale/rapport-activite-risque-professions-sante.html>
33. Bras P-L, d' Autume C, Roussille B. L'assurance en responsabilité civile médicale. IGAS; 2007 février. Report No.: RM 2007-027 P.
34. Laude A. La judiciarisation de la santé. Quest Santé Publique. 2013 Mar;(20):4.
35. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-Francois I, Blettery B, Moutel G. Le médecin et la peur du procès : Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. Rev Prat Médecine Générale. (762-763):295–7.
36. Goedert M, Py B. L'image du procès dans les yeux du médecin [Mémoire de DEA droit privé]. Nancy 2; 2004.
37. 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. Paris 5 René Descartes; 2007.
38. Woodward CA, Rosser W. Effect of medicolegal liability on patterns of general and family practice in Canada. CMAJ Can Med Assoc J. 1989;141(4):291.
39. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' views on defensive medicine: a national survey. Arch Intern Med. 2010 Jun 28;170(12):1081–3.
40. Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. BMJ Qual Saf. 2011 Mar 15;20(5):449–52.
41. Nash LM, Walton MM, Daly MG, Kelly PJ, Walter G, van Ekert EH, et al. Perceived practice change in Australian doctors as a result of medicolegal concerns. Med J Aust. 2010 Nov 15;193(10):579–83.
42. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. Trib Santé. 2004;5(4):39.
43. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA J Am Med Assoc. 2005;293(21):2609–17.

44. Desplats P-E, Faict T, Favrolt N. L'influence de la judiciarisation sur les pratiques médicales. Quand Esculape craint Thémis. *Rev Générale Droit Médical*. (28):125–44.
45. Barbot J, Fillion E. La «médecine défensive»: critique d'un concept à succès. *Sci Sociales Santé*. 2006;24(2):5–33.
46. Fillion E. Clinical relationships tested by iatrogenicity: the case of haemophiliac patients faced with the epidemic of transfusional AIDS. *Soc Sci Med* 1982. 2008 Nov;67(9):1400–9.
47. Fillion E. A l'épreuve du sang contaminé. EHESS. 2009.
48. Berteaux D. *Le récit de vie*. 3ème édition. Armand Colin; 2010.
49. Kaufmann J-C. *L'entretien compréhensif*. 3ème édition. Armand Colin;
50. Bloy G, Rigal L. (Se) Former aux méthodes qualitatives : modalités et enjeux d'une rencontre sociologue-médecins généralistes. *Sociol Santé*. 2010 Oct;(32):329–46.
51. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [Internet]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240>
52. Baillièrè J-B. *Oeuvres complètes d'Hippocrate trad. par Emile Littré*. 1844.
53. Freidson E. *La profession médicale*. Paris: Payot; 1984.
54. Adam P, Herzlich C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin; 2010.
55. Carricaburu D, Ménoret M. *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin; 2004.
56. Parsons T. *The Social System*. Routledge; 1991.
57. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit*. 2003 Aug 1;n° 11(3):59–79.
58. Thouvenin D. Responsabilité médicale : de quoi s'agit-il exactement ? (~~Commentaire~~). *Sci Sociales Santé*. 2006;24(2):35–42.
59. Cordelier J. L'honneur d'un médecin. *Le Point* [Internet]. 2002 Sep 13; Available from: <http://www.lepoint.fr/actualites-societe/2007-01-19/l-honneur-d-un-medecin/920/0/48464>

RESUME en français :

Les patients et les pouvoirs publics exercent une pression de plus en plus grande sur les médecins pour améliorer la qualité des soins. C'est une des raisons principales de l'augmentation de la responsabilité médicale des médecins généralistes et, s'ils ont conscience du risque judiciaire qui en découle, ils ne savent pas ce qui advient en cas de contentieux en responsabilité. En effet, la survenue d'une plainte de patient est un événement marquant pour un médecin généraliste. C'est donc avec l'idée de comprendre leurs parcours devant une juridiction que j'ai donné la parole à quinze médecins généralistes français qui avaient vécu une ou plusieurs plaintes de patients. L'analyse de ces entretiens semi-dirigés s'est faite selon une méthode qualitative. Ce travail permet de comprendre que les médecins vivent plutôt difficilement une plainte de patient et que l'impact émotionnel initial est souvent fort. Pour faire face à ce contentieux, ils mobilisent différents leviers, à la fois personnels et professionnels, en vue de préparer une défense. A la fin de leur affaire, ces médecins sont souvent meurtris. Ils admettent avoir appris sur leur responsabilité médicale et sur eux-mêmes. Cela a un retentissement ténu, mais réel et plutôt positif sur leurs pratiques.

TITRE en anglais :

General Practitioners's experience of medical liability claim

RESUME en anglais :

Doctors are under increasing pressure from patients and public institutions to provide better care. This is the main cause behind the augmentation in medical malpractice claims brought against general practitioners (GPs). GPs realize the legal risks they are exposed to, but are often unaware of the judicial procedure behind them. In order to understand the judiciary journey of a GP facing a medical malpractice claim, I have interviewed 15 French GPs which have defended one or several such claims brought by their patients. These semi-structured interviews have been analyzed in a qualitative manner. This approach shows that medical negligence claims affect GPs and have a high initial emotional impact. To face these claims, they use personal and professional supports to prepare their defence. After the resolution of the claims, GPs are often traumatized. They admit having learnt about their medical liability and about themselves. This has a long lasting, but generally positive, impact on their practice.

DISCIPLINE SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

MOTS-CLEFS :

responsabilité médicale, médecine générale, plainte, erreur médicale, faute, enquête qualitative, impact, poursuite judiciaire, Ordre des médecins, sécurité des soins

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : UNIVERSITE PARIS DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE PARIS DESCARTES

15, rue de l'école de médecine

75270 PARIS CEDEX 06

www.medecine.univ-paris 5.fr