

Université Claude Bernard Lyon I

Année 2012 - Thèse n°

LES MEDECINS GENERALISTES ET LE RISQUE MEDICOLEGAL

Etude qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés de
médecins généralistes rhodaniens

THESE

Présentée à l'Université CLAUDE BERNARD LYON 1
UFR LYON EST
Et soutenue publiquement le **4 décembre 2012**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par
Noémie ROLAND

Née le 11 novembre 1983
à NANCY (Meurthe-et-Moselle)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : François GIERES
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
INSTITUT DES SCIENCES ET DES TECHNIQUES DE L'INGENIEUR DE LYON (ISTIL)	Directeur : Joseph LIETO
I.U.T. A	Directeur : Christian COULET
I.U.T. B	Directeur : Roger LAMARTINE
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Jean-Claude AUGROS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des Enseignants

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Baulieux	Jacques	Chirurgie générale (surnombre)
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie – hépatologie (surnombre)
Confavreux	Christian	Neurologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Floret	Daniel	Pédiatrie (surnombre)
Mauguière	François	Neurologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie
Peyramond	Dominique	Maladies infectieuses – maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie-radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie
Sindou	Marc	Neurochirurgie (surnombre)
Tissot	Etienne	Chirurgie générale (surnombre)

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Blay	Jean-Yves	Cancérologie-radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Kohler	Rémy	Chirurgie infantile
Laville	Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence
Mellier	Georges	Gynécologie
Ninet	Jacques	Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement
Perrin	Gilles	Neurochirurgie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bastien	Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Baverel	Gabriel	Physiologie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile (surnombre)
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Boisson	Dominique	Médecine physique et de réadaptation (surnombre)
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Boulez	Jean	Chirurgie générale
Bozio	André	Cardiologie (surnombre)

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé (surnombre)
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Derumeaux	Geneviève	Physiologie
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Durieu	Isabelle	Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence
Finet	Gérard	Cardiologie
Fouque	Denis	Néphrologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Jegaden	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Martin	Ambroise	Nutrition
Martin	Xavier	Urologie
Mathevet	Patrice	Gynécologie
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie
Mion	François	Physiologie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie - hépatologie
Rivoire	Michel	Cancérologie-radiothérapie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Rylin	Philippe	Neurologie
Scoazec	Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Thomas	Gilles	Génétique
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trouillas	Paul	Neurologie (surnombre)
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie - hépatologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique - brûlologie
Calender	Alain	Génétique
Chapet	Olivier	Cancérologie-radiothérapie
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie
Cotton	François	Anatomie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Dubernard	Gil	Gynécologie
Dumontet	Charles	Hématologie-transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie - hépatologie
Ederly	Charles	Génétique
Elchardus	Jean-Marc	Médecine légale et droit de la santé
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie
Froehlich	Patrick	ORL
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	Francois	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Mabrut	Jean Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie - hépatologie
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Négrier	Claude	Hématologie
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie-radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stephane	Parasitologie et mycologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gillet	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie

Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne Marie	Epidémiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie - hépatologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie-transfusion

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Bui-Xuan	Bernard	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa	Aoumeur	Physiologie
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lièvre	Michel	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie-transfusion
Sabatini	Jean	Médecine légale et droit de la santé
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses – maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Billotey	Claire	Biophysique et médecine nucléaire
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca	Giampiero	Pharmacologie fondamentale – pharmacologie clinique
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Cellier	Colette	Anatomie et cytologie pathologiques
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chevallier-Queyron	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Gregoire	Immunologie
Doret	Muriel	Gynécologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Franco-Gillioen	Patricia	Physiologie
Genot	Alain	Biochimie et biologie moléculaire
Gonzalo	Philippe	Biochimie et biologie moléculaire
Hervieu	Valerie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lasset	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent	Frederic	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière

Lesca	Gaetan	Génétique
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pondarre	Corinne	Pédiatrie
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritouet	Danielle	Hématologie-transfusion
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie – hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Dargaud	Yesim	Hématologie-transfusion
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy-Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Thibault	Hélène	Physiologie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe - Stagiaires

Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Schluth-Bolard	Caroline	Cytologie et histologie

Professeur des Universités - Médecine Générale

Moreau	Alain
--------	-------

Professeurs associés de Médecine Générale

Zerbib	Yves
--------	------

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Figon (Ponasse)	Sophie
Flori	Marie
Lainé	Xavier
Letrilliart	Laurent

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

COMPOSITION DU JURY

Présidente du Jury

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Pierre GIRIER

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membre invité

Monsieur le Docteur Humbert de FREMINVILLE

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce Jury,

Pour le plaisir d'avoir assisté à vos enseignements des diplômes universitaires de Médecine
Légale,

Pour l'admiration que je porte à votre travail,

A Monsieur le Professeur Pierre GIRIER

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail,

Pour votre engagement dans l'enseignement de la Médecine Générale et pour votre
disponibilité pour vos étudiants,

A Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Pour l'honneur que vous me faites de diriger cette thèse,

Pour la confiance dont vous m'avez gratifiée tout au long de ce travail,

Pour votre ouverture d'esprit et votre soutien dont vous avez fait preuve pendant nos études,

A Monsieur le Docteur Humbert de FREMINVILLE

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail et d'y apporter l'éclairage particulier de
votre expérience,

Pour les précieux conseils que vous m'avez dispensés depuis que nous nous sommes
rencontrés

A Madame Evelyne LASSERRE, pour ses précieux conseils méthodologiques, pour sa gentillesse et pour son soutien sans faille durant mon année de Master.

Aux médecins qui ont la gentillesse de prendre le temps de répondre à mon enquête et de me livrer leurs ressentis riches d'enseignement.

A mes maîtres en Médecine Générale : Docteur Daniel BERNARD et Docteur Jean-Jacques WEBER, qui ont accepté d'ouvrir les portes de leur cabinets pour me transmettre la passion de leur métier.

Aux praticiens hospitaliers qui ont pris le temps de l'enseignement et de la transmission des connaissances pendant mon externat et mon internat à NANCY, à l'Hôpital de la PITIE SALPETRIERE puis à LYON, en particulier : Madame le Professeur Michèle KESSLER, Docteur Alexandre OUATTARA, Monsieur le Professeur Michel PERRIGOT, Docteur Christel JUBLANC, Madame le Professeur Véronique LEBLOND, Docteur Nicolas PROTHON, Monsieur le Professeur Alain MOREAU, Docteur Alain KNIBIEHLY, Docteur Perrine MILLET, Docteur Jean-François BRANTUS, Docteur Anne NOVE-JOSSERAND, Docteur Stéphane PEYSSON, Docteur Alain SADOINE, Docteur Heiner BRINNEL.

Aux médecins que je remplace régulièrement et qui continuent à me transmettre le plaisir de travailler auprès des patients : Docteur Laurent BERRIER, Docteur Franck BRESO, Docteur David FRAGNIERES, Docteur Olivier MEUNIER, Docteur Stéphanie TISSOT, Docteur Arnaud VAGNEUR.

A Madame le Professeur Hélène PELLET qui a eu l'extrême générosité de m'accueillir chez elle lors de mon arrivée à Lyon. Mes pensées vont vers elle aujourd'hui ainsi que vers sa famille.

Au Docteur SAIDI qui m'a dit lors de mon premier semestre d'interne qu'une grande sensibilité n'était pas une faiblesse chez un médecin, mais au contraire un atout et une force. Cette phrase a changé définitivement ma vision de mon métier, et je lui en suis redevable.

A mes parents Edith et Jacques : ce travail n'est qu'un modeste remerciement pour votre soutien durant ces années d'étude, de vos relectures patientes des différents mémoires à vos nombreux conseils affectueux.

A mes sœurs Sabine et Anne-Sophie et à mon frère Guillaume : depuis mes premiers pas je m'efforce de suivre les vôtres avec une admiration et une affection qui n'ont pas trouvé de limites.

A Philippe, Florence, Gilles, Valentine, Faustine, Louise, Lucie, Henri, Gautier, Elise, Charles, Grégoire et Fleur : entre ceux qui m'ont vu grandir et ceux que je vois pousser, je pense à chacun d'entre vous en ce moment particulier.

A ma marraine et à mon parrain Benjamine et Francis : Vous vous êtes penchés naguère sur mon berceau, j'ai le plaisir aujourd'hui de partager avec vous ce moment de fête. Vous me faites là un très beau cadeau.

A Claire, Corinne, Nicolas, Olivier : les amis fidèles nancéens et parisiens. Non ce n'était pas le radeau de la Méduse cet externat, mais nous naviguons désormais en pères peinards, les copains d'abord...

A Stéphanie, Julie, Aurélia, Coline, Tiffany, Aymeric, Vincent, Anne-Sophie, Mathieu, Karine, Géraldine : vous avez partagé mon internat entre joies et coups durs, j'attends avec impatience de fêter vos thèses, de reprendre nos parties de Sing Star et de repartir en voyages... Longue vie à notre amitié.

A Frédérique, Antoine, Adrian, Xavier, Lijing et Margaux : pour les sorties passées à Lyon et surtout pour tous les projets à venir avec salsa, avec enfants et/ou avec des bouchons lyonnais...

A Milou pour ses fous rires et son positivisme à toute épreuve, nos coups de fil me sont essentiels.

A Lou qui est présente à mes côtés depuis 18 ans. Rien n'est plus précieux.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION.....	7
I) LE POINT DE DEPART DE CE TRAVAIL.....	7
II) ETAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL.....	9
A) Le risque médico-légal : entre l'erreur juridique et la responsabilité morale	9
1) Des définitions essentielles pour parler de risque médico-légal.....	9
Aléa, erreur et faute	9
La responsabilité médicale	10
2) L'erreur et ses répercussions	12
Un problème de recensement	12
Le poids de l'erreur médicale	13
La peur du procès et la médecine défensive.....	14
3) Etat des lieux du risque médico-légal en médecine générale	16
La sinistralité en médecine générale.....	16
Les EIG en médecine générale	16
B) Un dialogue difficile entre médecin et juriste.....	18
1) Une longue histoire entre collaboration et opposition.....	19
La naissance de la médecine légale.....	19
Les premiers procès contre les médecins	19
2) La Judiciarisation de la société	22
Le rôle de la Justice	22
Le témoin d'une crise politique et d'une crise des assurances ?	23
Vérité scientifique et vérité judiciaire	23
3) L'Influence de la politique sur le dialogue juriste/médecin	25
Les mesures de santé publique	25
Le principe de précaution.....	25
Le principe de précaution et l'exercice médical.....	26
Le déséquilibre entre prise de risque et précaution systématique	27
C) Les origines du conflit.....	29
1) L'évolution de la relation médecin-malade.....	29
Le déséquilibre du pacte de soins	29

La défiance.....	31
La silhouette du juge en arrière-plan de la relation.....	32
2) L'évolution du patient.....	32
Une demande d'une meilleure indemnisation de la souffrance.....	32
L'émergence de « l'auto-soignant ».....	33
L'influence des médias.....	34
La perte de confiance dans les agences sanitaires et dans l'Etat.....	34
3) L'évolution de la médecine.....	35
Un modèle médical complexe.....	35
L'émergence de la médecine technique.....	36
L'incertitude.....	37
III) REGARD JURIDIQUE SUR LE RISQUE MEDICOLEGAL : STAGE DANS UN CABINET D'AVOCAT EN DROIT DE LA SANTE.....	39
A) L'organisation judiciaire en France.....	40
1) Généralités.....	40
Le cas de la responsabilité médicale disciplinaire.....	41
2) La responsabilité pour faute.....	42
Le cas particulier du devoir d'information.....	43
3) La responsabilité sans faute.....	43
B) Le recours à une expertise médicale.....	45
C) La responsabilité du médecin généraliste.....	46
1) Le défaut d'information.....	46
2) La violation du secret professionnel : attention aux certificats médicaux !.....	47
3) Non-assistance à personne en danger : attention au téléphone et aux consultations retardées !.....	48
D) Revue de dossiers juridiques.....	49
1) Le cas du Professeur K : La remise en question professionnelle.....	49
2) Le cas de Mme M : la requalification professionnelle.....	52
3) Le cas de Mr G : une vie professionnelle et personnelle brisée.....	54
4) Le cas de Mme F : la persistance de service.....	56
Remarques à l'issue du stage.....	58
MATERIEL ET METHODE.....	60
I) CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE.....	60
II) LA METHODE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES.....	61
III) L'ECHANTILLONNAGE.....	62

IV) LE DEROULEMENT DES ENTRETIENS	63
V) L'ITERATION QUALITATIVE.....	64
VI) QUESTIONNAIRE ET ANALYSE DES DONNEES	64
RESULTATS	66
I) CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES REpondANTS.....	66
II) PRESENTATION DES MEDECINS ET DES RECITS.....	67
Docteur A :	68
Docteur B.....	69
Docteur C	71
Docteur D.....	75
Docteur E	78
Docteur F.....	81
Docteur G	83
Docteur H.....	86
Docteur I.....	88
Docteur J.....	92
Docteur K.....	96
Docteur L.....	99
Docteur M	102
Docteur N.....	104
DISCUSSION.....	108
I) LE RESSENTI DU RISQUE MEDICOLEGAL.....	108
Une définition très péjorative du risque médico-légal.....	108
Les situations à risque.....	110
Le cas du téléphone	114
Les mises en causes	117
II) LES CONNAISSANCES DU RISQUE MEDICOLEGAL.....	122
L'obligation de moyen quasi unanimement citée	124
Le secret médical	124
Le refus de se déplacer et la non-assistance à personne en danger.....	125
L'évaluation de la balance bénéfico-risque.....	125
La responsabilité ordinale	126
La responsabilité pénale.....	127
La responsabilité civile	128
III) LA PREVENTION DU RISQUE MEDICOLEGAL	128

Ecrire dans les dossiers	129
La communication.....	130
Eviter la solitude.....	132
L'organisation	133
S'informer.....	133
Le temps.....	134
La compétence.....	135
Le relationnel.....	136
IV) LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	140
Concernant la méthode de sélection des répondants	140
Concernant la subjectivité de l'enquêteur	141
Transférabilité des résultats.....	141
CONCLUSION	143
CONCLUSIONS SIGNEES.....	145
BIBLIOGRAPHIE	147
ANNEXES	156
ANNEXE 1 : LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	156
ANNEXE N°2 : RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS.....	159

LISTE DES ABREVIATIONS

Acad Natle Med : Académie Nationale de Médecine
AMA : American Medical Association
Arch Fam Med : Archives of Family Medecine
ART. : Article
Aust Fam Physician : Australian Family Physician
BMJ : British Medical Journal
Bull. : Bulletin
CA : Cour d'Appel
CAA : Cour d'Appel Administrative
CC : Cassation Civile
CE : Conseil d'Etat
CH : Centre Hospitalier
CHR : Centre Hospitalier Régional
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CRCI : Commission Régionale de Conciliation de d'Indemnisation
CSP : Code de Santé Publique
DR : Docteur
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ECG : Electrocardiogramme
ECN : Examen National Classant
Ed. : Edition
EIG : Evénement Indésirable Grave
ENM : Ecole Nationale de Magistrature
Fam Pract : Family Practice
ICPS : International Classification for Patient Safety
INR : International Normalized Ratio
IPP : Incapacité Partielle Permanente
ITT : Incapacité Temporaire de Travail
JO : Journal Officiel

MACSF : Mutuelle du Corps Sanitaire Français

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

PMI : Protection Maternelle et Infantile

Qual Saf Health : Quality and Safety in Health care

Rev. : Revue

Rev. Prat. Med. Gen. : La Revue du Praticien en Médecine Générale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonomes et Supervisés

SHAM : Société Hospitalière des Assurances Mutuelles

Soc Sci Med : Social Science and Medicine

TA : Tribunal Administratif

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USA : United States of America

INTRODUCTION

I) LE POINT DE DEPART DE CE TRAVAIL

La réforme de l'Assurance Maladie, entrée en vigueur en 2006, encourage le « parcours de soins coordonnés » au sein duquel le médecin traitant occupe un rôle pivot (1). La coordination avec les autres acteurs du système de santé et le partage du dossier médical viennent alors s'ajouter aux missions et aux responsabilités déjà connues du médecin généraliste : l'obligation de moyen, le devoir d'information, la prévention, le dépistage, et la permanence des soins.

Parallèlement, l'émergence de soins de haute technicité et l'exigence croissante de la société d'une sécurité optimale en matière de santé ont conduit, durant ces dernières années, à une explosion de la sinistralité médicale (2). Les médecins généralistes, initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères, ont vu le nombre de dossiers de mise en cause de leurs responsabilités augmenter de façon exponentielle. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997 (3).

Face à cette évolution, quelles sont les informations dont dispose le médecin généraliste ? La formation en droit médical est très hétérogène d'un praticien à l'autre : suivant son âge, sa faculté d'origine, son expérience. Le Conseil de l'Ordre des médecins est une des sources principales d'information médicolégale. Les rapports d'assurances professionnelles, édités périodiquement, demeurent aussi une référence pour les généralistes, mais sont également générateurs d'anxiété. Les grands procès médicaux, mettant en cause des aléas thérapeutiques ou d'authentiques erreurs de prise en charge, largement médiatisés, ne font qu'augmenter une inquiétude croissante des médecins face à une éventuelle mise en cause.

La revue *Prescrire* décrit le risque médicolégal comme « *une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades.* » (4). En France, il existe peu d'études qui rendent compte du poids de ce risque dans le quotidien d'un médecin généraliste.

Quel ressenti ont les médecins généralistes du risque médico-légal lié à leur pratique ?
Nous tenterons de répondre à cette question grâce à une étude qualitative : nous avons réalisé 14 entretiens semi-dirigés auprès de médecins remplaçants et de médecins installés dans le département du Rhône, afin de recueillir leurs opinions. Nous avons également évalué lors de ces entretiens les connaissances des médecins sur le risque médico-légal, et nous les avons interrogés sur les moyens de prévention qu'ils estiment utiles pour se prémunir de ce risque.

Dans une première partie, nous reverrons les notions d'erreurs et d'événements indésirables graves en médecine générale, les relations entre Médecine et Justice et les origines du conflit juridique entre un médecin et son patient.

Puis nous porterons un regard juridique sur le risque médico-légal grâce à un rapport de stage effectué auprès de Maître DEVERS, avocat à la Cour de Lyon spécialisé dans le Droit Médical. Ceci nous permettra de rappeler les bases juridiques de la responsabilité médicale et de présenter quatre exemples de dossiers judiciaires en cours, où le ressenti face à la mise en cause de chacun des quatre professionnels de santé sera présenté.

Enfin, nous présenterons notre étude menée de mai à juillet 2012 dans le département du Rhône, tout en discutant les résultats obtenus.



II) ETAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL

A) *LE RISQUE MEDICOLEGAL : ENTRE L'ERREUR JURIDIQUE ET LA RESPONSABILITE MORALE*

Initialement, l'expression « médicolégal » correspond à tout ce qui a trait à la médecine légale, c'est-à-dire l'aide que peut apporter la médecine à la justice : l'identification des corps et les expertises médicales. De nos jours, le terme médicolégal désigne également un tout autre phénomène. Selon le Dictionnaire de la pensée médicale : « *ce terme est utilisé par les médecins pour décrire les conséquences judiciaires de leur activité. Elle vise les embarras éventuels que les patients peuvent causer aux médecins en les renvoyant devant la justice pour rendre compte de la manière dont ils ont exercé leur art* » (5).

Tandis que le risque médical est le risque que fait courir tout médecin à son patient lors d'une prise en charge médicale, le risque médicolégal ou risque judiciaire est au contraire le risque que fait courir tout patient à son médecin en tant que responsable devant la loi de sa santé.

A côté de la relation médecin-patient, rappelons également que la justice peut interférer dans la relation d'un médecin à un autre, ou d'un médecin à une institution.

1) Des définitions essentielles pour parler de risque médicolégal

Le risque judiciaire apparaît quand une anomalie, un incident, un doute survient lors de la prise en charge médicale. Cet incident revêt de multiples définitions, dès lors qu'il entraîne ou non des conséquences sur la santé du patient ou qu'il traduit un acte fautif du médecin.

Aléa, erreur et faute

Avant d'aborder les notions de responsabilité et de culpabilité, il faut différencier plusieurs termes dont les limites de définitions sont parfois très floues pour un praticien : l'aléa, l'erreur et la faute.

L'aléa, du latin *alea* qui signifie « jeu de dés », est souvent invoqué dans les comptes rendus médicaux et judiciaires. L'aléa – médical ou thérapeutique - est une conséquence non maîtrisable d'un acte médical qui, lui, est incontestable (6). C'est un risque médical qui accompagne toute prise en charge sans que son apparition ne puisse être contrôlée.

L'erreur, selon l'OMS, rapport ICPS : « *est définie comme l'exécution non conforme d'un acte prévu ou l'application d'un plan incorrect. Une erreur peut se produire lorsque, pendant la planification ou l'exécution d'une action, on fait quelque chose alors qu'il ne fallait pas le faire (erreur de commission) ou lorsqu'on ne fait pas quelque chose alors qu'il fallait le faire (erreur d'omission).* » (7) Pour ne pas confondre erreur et faute, cette dernière ayant une connotation juridique et morale forte chez les professionnels de santé, l'OMS a également introduit la notion d'Événement Indésirable Grave (EIG) : il s'agit d'un incident qui a causé une atteinte pour le patient (et donc un dommage) (2).

En l'absence de dommage pour le patient, on parle de presque événement, c'est l'« échappée belle » : il existe un problème dans l'exécution des soins, mais sans atteinte pour le patient.

La faute médicale, quant à elle, intervient quand l'erreur a été possible parce que la vigilance et les moyens nécessaires pour la prévenir n'ont pas été mis en œuvre : elle suppose donc négligence ou tromperie (8).

La faute doit réunir trois éléments : un élément matériel (le fait originaire, pouvant être de commission ou d'omission), un élément d'illicéité (la violation ou transgression d'un droit) et un élément d'imputabilité (intentionnel ou non) (6).

La responsabilité médicale

« *Etre homme, c'est être responsable* » disait Antoine DE SAINT EXUPERY (9). La responsabilité pour un médecin, homme, citoyen et justiciable comme un autre, emprunte de multiples significations et peut traduire un cortège de craintes et de confusions comme le définit si bien Jean GUITTON : « *Qu'il est profond, qu'il est réconfortant et toutefois qu'il est redoutable, qu'il est simple et toutefois qu'il est ambigu, juridique et magique en même temps, ce mot de six syllabes : responsabilité* » (10).

Hans JONAS, dans son ouvrage « Principe responsabilité » (11) souligne la différence entre la responsabilité naturelle et la responsabilité contractuelle : la responsabilité naturelle est non résiliable, irrévocable, globale et ne nécessite pas de consentement préalable ; c'est le cas de la responsabilité parentale. La responsabilité contractuelle, en revanche, est artificielle : elle résulte d'une acceptation d'une charge et une rétractation est possible à tout moment.

La responsabilité médicale s'inscrit dans ce dernier cas : depuis l'arrêt MERCIER en 1936, le médecin et son patient passent un contrat de soins : « *L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne*

pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconque mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science » (12).

La responsabilité entraînant la réparation de dommages peut être libre de toute culpabilité. Le dommage commis doit être réparé selon H. JONAS, même si la cause n'était pas un méfait, même si les conséquences n'étaient ni prévues ni voulues. C'est l'acte plus que ses conséquences qui est puni, et il doit être analysé en lui-même : intentionnalité, préméditation...

La responsabilité a, en effet, un caractère juridique contractuel comme il est souligné plus avant, mais aussi une qualification morale : le médecin répond de ses actes parce qu'un autre compte sur lui ; c'est la notion de maintien de soi qu'on retrouve dans « Soi-même comme un autre » de Paul RICOEUR : « *Le maintien de soi, c'est pour la personne la manière telle de se comporter qu'autrui peut compter sur elle. Parce que quelqu'un compte sur moi, je suis comptable de mes actions devant un autre. Le terme de responsabilité réunit les deux significations : compter sur..., être comptable de... Elle les réunit, en y ajoutant l'idée d'une réponse à la question : " Où es-tu? " posée par l'autre qui me requiert. Cette réponse est " Me voici! " Réponse qui dit le maintien de soi ».* (13)

La responsabilité juridique, se surajoutant à la responsabilité morale, est souvent décrite comme trop lourde à supporter. Didier SICARD, président du Conseil Consultatif National d'Éthique de 1999 à 2008 s'est même insurgé dans une réflexion intégrée à un rapport du CE en 1998 contre « *plusieurs arrêts récents de la Cour de Cassation [qui] renforcent cette responsabilité médicolégale au détriment de la responsabilité médicale.* » (14)

Au contraire, pour les juristes, c'est l'irresponsabilité médicolégale, ou plutôt citoyenne dans son ensemble, qui est à bannir, car elle serait destructrice du lien social (6).

Pour le droit, le véritable danger est moins que subsistent les dommages indemnisés que l'absence de personnes pour assumer les risques nécessaires à la vie.

Les juristes font la différence entre la responsabilité, nécessaire pour réparer des dommages parfois lourds de victimes de soins pourtant souvent « anodins », et la culpabilité. Cette différenciation est beaucoup plus difficile pour le médecin, qui observe les conséquences directes de ses actes au quotidien et qui connaît le poids d'une éventuelle erreur.

2) L'erreur et ses répercussions

Le risque médico-légal renvoie à la notion d'erreur médicale, même si elle n'est que suspectée.

La médecine est une science humaine et certainement pas une science exacte : comme le précise Pierre KLOTZ : « *Homme et non surhomme, exerçant son industrie sur une matière première non moins humaine, le médecin n'échappera pas à l'humaine condition qui consiste à se tromper souvent. Nos façons personnelles de nous tromper forment d'ailleurs une part de notre ego, en contraste avec le caractère impersonnel, quelque peu désincarné de la science.* ». (15) L'exercice médical ne peut être parfait, pourtant les médecins sont encore peu enclins à évoquer leurs erreurs : la responsabilité morale qui leur incombe, plus encore que la responsabilité juridique, est un lourd fardeau à assumer. L'erreur s'inscrit dans la logique de l'échec et de la faute, qu'on ne dévoile qu'avec craintes.

Un problème de recensement

La difficulté pour un médecin de parler de ses erreurs est bien illustrée par les difficultés de recueil au jour le jour des événements indésirables médicaux, un recueil qui pourrait pourtant rendre compte du nombre et de la nature des incidents dans l'exécution des soins. HIPPOCRATE disait : « *Si nous sommes exigeants envers nous-mêmes, non seulement le succès mais aussi l'erreur, seront une source de savoir* » : connaître ses erreurs et les erreurs des confrères est une source d'apprentissage importante qui permettrait d'œuvrer vers la sécurité des patients. En France, les scandales sanitaires comme l'affaire du sang contaminé, la vache folle et les premiers scandales des infections nosocomiales ont entraîné une prise de conscience de la nécessité d'une surveillance accrue de la sécurité des soins, bien après des mesures de surveillance des erreurs médicales initialement parues aux Etats Unis (notamment un travail précurseur de KOHN (16)).

En ce qui concerne les signalements des EIG français, le sujet est encore balbutiant : les systèmes de comptage souffrent d'une difficulté méthodologique et d'une sous-déclaration. Au mieux, on estime que ces signalements ne rendent compte que de 15% de la réalité des chiffres (17).

De surcroît, les études concernent majoritairement les soins hospitaliers, et sont difficilement applicables aux soins ambulatoires (18). L'OMS a recensé 49 études fiables méthodologiquement de 1966 à 2007 lors d'une revue de la littérature. Les EIG en médecine générale varient de 0.004 à 240 pour mille consultations, dont 45 à 76 % seraient évitables, selon les méthodologies (19).

Signalons également l'étude ENEIS datant de 2004 qui recense les EIG chez les patients hospitalisés : 4% des admissions hospitalières sont liées dans cette étude à un EIG dont 2/3 liés à des soins ambulatoires. Une autre étude prospective, EVISA, est lancée depuis 2008.

Au niveau des rapports assurantiels, même si certains sont disponibles et détaillés, ils ne rendent pas compte non plus de la réalité du nombre d'EIG : beaucoup de victimes d'incidents médicaux ne portent effectivement pas plainte. Les données de la revue *Responsabilité*, publiée par le groupe du Sou Médical-MACSF (20), situent de fait le risque médico-légal des généralistes à 1.2%, mais seule une petite portion des EIG donnent lieu à des réclamations auprès des assurances de responsabilité médicale.

Faire face à ses erreurs, comme nous l'écrivions précédemment, peut être un outil précieux : mieux on identifiera les facteurs d'erreurs et meilleure sera la sécurité du patient. Pour lutter contre le blâme et la culpabilité des médecins, et militer pour une politique médicale de prévention des erreurs, Edwin GALE déclarait dans un article : « *Jusqu'à ce que nous parvenions à apprendre, à pardonner et nous souvenir, nous continuerons à être jugés par ceux dont le seul espoir est de punir et d'oublier.* » (21)

Les effets indésirables des soins entraînent d'abord un préjudice corporel ou psychique chez les patients qui en sont victimes avant même de parler de risque judiciaire pour le médecin. Il convient donc de préciser que la meilleure prévention du risque médico-légal pour le médecin, c'est d'abord la prévention des accidents médicaux (22).

Le poids de l'erreur médicale

Les erreurs médicales sont sources d'une détresse psychologique importante pour les médecins, comme on le retrouve dans la littérature : la culpabilité domine dans les ressentis face à l'erreur (23), avec le remord, la honte, la dépression, le sentiment d'échec et la perte de confiance en soi (24). Des cas de « burn out », ou syndrome d'épuisement professionnel, et de suicides sont malheureusement également décrits dans plusieurs affaires d'erreurs médicales,

comme dans le drame récent d'un suicide d'un jeune anesthésiste suite à une erreur de dosage d'un médicament chez un enfant (25). Ainsi, on désigne parfois comme « *seconde victime* » de l'erreur le médecin qui la commet (26), tant l'impact de cette erreur peut avoir des répercussions morales vécues comme insupportables par le praticien.

Plusieurs études comme celles de KLOTZ, MIZRAHI et KENNEDY ont recensé les attitudes possibles des médecins face à une erreur : du déni au rejet de la faute sur autrui, en passant par la distanciation, le refoulement ou la souffrance narcissique (15) (27) (28).



Illustration n°1 tirée de la revue *Prescrire* (118)

La peur du procès et la médecine défensive

Au-delà de la crainte de l'erreur, les médecins expriment également de plus en plus une peur du procès qui mettrait en cause leur responsabilité. Dans une étude de Didier TRUCHOT et de l'URML en 2007, 83.9% des praticiens interrogés estiment que la peur du contentieux juridique est un facteur de « burn out » (29). De même que pour l'erreur médicale, la peur du procès peut conduire, dans des cas extrêmes, au suicide du praticien, comme le témoigne la famille d'un généraliste suicidé près de BOULOGNE-SUR-MER en 2008 (30).

Souvent, cette peur du procès est décrite comme exagérée par des auteurs : elle est disproportionnée par rapport au petit nombre de procès comparé aux centaines de milliers de décisions médicales prises chaque jour.

En effet, des études ont voulu mesurer la différence entre la perception d'un risque judiciaire par les praticiens, et le « risque réel » qu'ils encourent dans leurs pratiques. Le « risque réel » est évalué par rapport aux données des rapports d'assurance et des tribunaux, ainsi le « risque réel » d'un gynécologue-obstétricien est plus élevé que celui d'un interniste. Cette étude américaine a montré une certaine rationalité des médecins états-unis : leur ressenti,

subjectif, semble en accord avec les statistiques objectives de risque de procédures juridiques selon leur activité, sauf chez les psychiatres qui ont montré une peur des procès non confirmée par les statistiques : on parle même de *litigaphobia* des psychiatres (31).

Pour réagir à la peur du procès, des auteurs ont introduit la notion d'un phénomène nouveau observé chez les médecins : la médecine défensive. Selon la commission des accidents médicaux de l'American Medical Association : la médecine défensive « *est une altération des modalités de la pratique médicale, induite par la menace de la responsabilité, dont la principale finalité est d'écartier l'éventualité des poursuites par les patients comme de fournir une défense juridique solide dans l'hypothèse où de telles poursuites seraient engagées* » (32).

La médecine défensive est donc la multiplication d'actes pour « couvrir » la responsabilité du médecin, ou au contraire l'abstention de prise en charge. En effet, comme le souligne Marc DUGAIN dans son dernier roman : « *Il y a deux façons d'être prudent dans la vie : faire les choses prudemment, ou ne rien faire du tout* » (33).

Hans JONAS précise que l'acteur éprouve un sentiment concomitant à l'acte en vertu duquel il assume sa responsabilité : orgueil têtue, culpabilité, peur... Ce sentiment peut anticiper l'agir en sélectionnant l'acte, c'est alors un motif d'admission ou d'élimination de cet acte. En cas d'élimination, il est vrai que, moins on en fait, moins on en porte la responsabilité : la crainte de la responsabilité est peut être regrettable, mais elle n'est pas condamnable (11).

La médecine défensive est-elle une nouvelle pratique médicale ? C'est une médecine de l'évitement, plus coûteuse car elle conduit à prescrire plus d'examen complémentaires et à multiplier les avis spécialisés. Moins efficace et médiocre, elle induit à refuser certaines interventions médicales innovantes mais risquées et à refuser de prendre en charge des patients trop lourds ou trop vindicatifs (34).

Les études qui mesurent le phénomène de médecine défensive sont essentiellement américaines et ne rendent compte en général que d'une pratique bien particulière sur une spécialité donnée, comme par exemple le recours trop fréquent à la césarienne chez les obstétriciens, avec des résultats discordants (35) (36).

Il reste difficile d'identifier une pratique de médecine défensive, tant ses limites sont floues dans un ensemble de pratiques hétéroclites. En effet, délivrer une information loyale au patient et tenir à jour son dossier médical peuvent être utilisés comme des preuves de bonnes

pratiques devant un tribunal, mais peuvent être aussi la volonté d'un praticien de mettre en œuvre un suivi médical de qualité.

D'un côté certains brandissent le terme de médecine défensive pour mettre en garde le législateur contre un durcissement des lois sur la responsabilité médicale, et mettre en garde les patients et les associations de malades contre un recours excessif à la justice.

D'un autre côté certains dénoncent un fantasme alarmiste autour de la médecine défensive et de la judiciarisation médicale, qui ne sert les intérêts que des assurances et des médias.

3) Etat des lieux du risque médico-légal en médecine générale

Chaque jour, des centaines de milliers d'exams médicaux sont pratiqués dans les cabinets de médecine générale en France. Ces exams aboutiront à des décisions de prise en charge, dont un infime pourcentage donnera lieu à des EIG, et encore plus rarement à des réclamations. Comment évaluer la sinistralité en médecine générale et quelles sont les situations à risque ?

La sinistralité en médecine générale

Les données annuelles publiées dans la revue « Responsabilité » sur les sociétaires du *Sou médical-groupe MACSF* situent le risque de sinistralité des généralistes autour de 1,2%. A partir de ce chiffre, pour une carrière professionnelle d'environ 35 ans, nous pouvons conclure que presque un généraliste sur deux risque d'être mis en cause une fois au cours de sa carrière (1,2% X 35 ans de carrière = 42% des généralistes, chiffres selon le calcul du DR René AMALBERTI (2)). Ce risque est stable depuis les années 2000, mais il était encore d'un généraliste sur dix risquant une mise en cause dans toute sa carrière en 1997 (37).

Les EIG en médecine générale

La MACSF est l'assureur d'environ 50% des médecins généralistes français. Une étude du *Sou Médical-Groupe MACSF* sur 3 ans (2003 à 2005) a recensé les plaintes de patients (1074 au total) contre des médecins généralistes (38).

Dans 25% des cas, la responsabilité du médecin a été retenue.

Le tableau suivant résume par ordre décroissant les causes d'EIG en médecine générale :

Nature du processus défaillant	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Retard diagnostique de pathologies aiguës	389	36.2
Défaillances thérapeutiques (retard, pertes de temps inexplicées...)	283	26.3
Effets médicamenteux indésirables (erreurs de prescription, contre-indications, prescriptions hors AMM...)	110	10.2
Problème éthique ou déontologique (certificats de complaisance, violation du secret, placements d'office...)	91	8.5
Gestes thérapeutiques invasifs (infiltrations, ponctions, manipulations)	80	7.5
Visites refusées ou décalées (mauvaise gestion d'un appel téléphonique, invitation à venir au cabinet plutôt que se déplacer, refus de prendre un patient en retard...)	75	7.0
Chutes et blessures au cabinet (chute de la table d'examen, blessure par aiguilles souillées, brûlures par le scialytique...)	31	2.9
Résultats contestés d'expertises (résultats d'expertise relatives à des droits sociaux ou assurantiels)	15	1.4

TABLEAU n°1 : EIG en Médecine Générale (38)



B) UN DIALOGUE DIFFICILE ENTRE MEDECIN ET JURISTE

L'idée que l'on se fait communément de l'exercice de la justice donne du juge une représentation qui n'est pas sans analogie avec celle que l'on a du médecin. L'un et l'autre ont un pouvoir, voire un devoir de décision à l'égard de qui les sollicite, le plaignant pour l'un, le patient pour l'autre, même si leurs décisions respectives ne sont pas également exécutoires. Seul change entre les deux situations l'objet de la réflexion : le droit pour le juge, la santé pour le médecin (39).

Le philosophe grec CARNEADE compare la procédure diagnostique à la procédure judiciaire : pour une affaire banale on se rapporte à un seul témoin (symptôme), pour les cas plus importants on entend plusieurs témoins (c'est-à-dire plusieurs symptômes ou syndrome) et pour les cas graves on confronte les témoins et on confronte les témoignages des uns et des autres (40).

Beaucoup plus récemment, Paul RICOEUR établit « *un rapprochement qui devrait même conduire à un échange de modèle entre l'ordre judiciaire et l'ordre médical [dans le] processus de prise de décision [...]. Ce qui est commun aux deux régimes de jugement, c'est de placer un cas particulier sous une règle et ce cas particulier est, dans les deux cas, une personne* » (41).

Si l'analogie entre justice et médecine est possible, les relations entre juristes et médecins ont longtemps été conflictuelles.

1) Une longue histoire entre collaboration et opposition

Les premières références juridiques de la responsabilité médicale remontent au règne de HAMMOURABI à BABYLONE, quarante siècles plus tôt. Dans son fameux code, gravé sur une stèle visible au Musée du LOUVRE, les médecins sont responsables de leur art devant la loi : tout médecin fautif aura ainsi les doigts coupés...(42)

La naissance de la médecine légale

Ambroise PARE est considéré comme le premier à avoir établi les bases de l'expertise médicale (43) et de la science médicolégale dans son ouvrage « Œuvres chirurgicales » en 1575 (44). Il s'agit d'un recueil de bonnes pratiques de l'autopsie pour l'identification de la cause de la mort.

En 1684, Nicolas de BLEGNY, chirurgien de la Reine et médecin ordinaire de Monsieur, publie « Doctrine des rapports de chirurgie », un manuel à l'usage de l'expert médical dont les recommandations rigoureuses sont d'une grande modernité (45).

D'après de BLEGNY, les bonnes pratiques d'un rapport médical sont de :

- résister aux offres des séducteurs et aux prières des amis,
- tout examiner soi-même, ne pas se laisser influencer par ses collègues,
- ne rien dire d'affirmatif sur les signes subjectifs,
- se défier des simulations,
- rendre les pronostics aussi douteux que les événements sont incertains,
- marquer de la dernière précision la longueur, la largeur et la profondeur des plaies,
- donner, outre le diagnostic, le pronostic,
- voir si les blessures, causes du procès, sont la véritable cause de la mort,
- marquer l'état fonctionnel du blessé en termes clairs sans mots arabes, barbares ou scholastiques

L'association entre Justice et Médecine se retrouve donc initialement dans la médecine légale, science de l'autopsie, de l'identification des corps et de l'expertise médicale, dans un effort commun à la recherche de la vérité, et qui est toujours d'actualité aujourd'hui.

Les premiers procès contre les médecins

Les traces de procès contre les soignants remontent au 17^{ème} siècle : à l'époque ce sont les chirurgiens qui sont mis en cause, les médecins n'ayant qu'une activité ésotérique ou

doctrinale. C'est avec le début de la médecine scientifique qu'on demande au médecin d'être responsable : *« Plus la médecine deviendra scientifique, plus les règles de l'art seront précises et nombreuses, plus les procès en responsabilité augmenteront. Il faut tenir compte aussi de l'éducation du public qui, autrefois, considérait la médecine comme une science purement conjecturale, de la concurrence médicale et de l'habileté des gens d'affaire qui engagent les procès »* remarque le médecin légiste Etienne MARTIN en 1914 (46).

En ce qui concerne la responsabilité médicale, jusqu'au 18^{ème} siècle, c'est l'Eglise qui est en charge des règles de bonnes pratiques via le droit canon. Ainsi le médecin du Pape ZACCHIA en 1621 énonce dans « Questions médicolégales » les principes du contrat moral entre médecin et patient (47).

Plusieurs citations rendent compte de l'irresponsabilité des médecins avant la Révolution Française. Citons SGANARELLE, personnage du « Médecin malgré lui » de MOLIERE : *« Je trouve que la médecine est le métier le meilleur de tous car, soit qu'on fasse bien ou soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de même sorte : la méchante besogne ne retombe jamais sur notre dos et nous taillons, comme il nous plaît, sur l'étoffe où nous travaillons. Un cordonnier, en faisant des souliers, ne saurait gêner un morceau de cuir qu'il n'en paye les pots cassés mais ici l'on peut gêner un homme sans qu'il n'en coûte rien. Les bévues ne sont point pour nous et c'est toujours la faute de celui qui meurt. Enfin, le bon de cette profession est qu'il y a parmi les morts une honnêteté, une discrétion la plus grande du monde et jamais on n'en voit se plaindre du médecin qui l'a tué »* (48).

Citons également MONTAIGNE qui déclarait au XVIème siècle : *« Les médecins ont le bonheur que le soleil éclaire leur succès et que la terre cache leurs fautes »*.

A la Révolution, dans l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI (le 10 mars 1803), une responsabilité inhérente à la médecine est créée. Le Code Civil en 1804 et le Code Pénal en 1810 reprennent ensuite à leur compte la responsabilité médicale. Un débat s'en suit alors pour déterminer si la responsabilité des médecins tient du droit commun, ou si elle relève d'un droit propre à la médecine.

Deux affaires illustrent ces tensions entre justice et médecine, ou plutôt ces tensions entre l'image du médecin expert dans son art et intouchable, et le médecin justiciable comme un

autre citoyen. Ces deux affaires aboutissent à la condamnation des médecins en cause malgré les vives protestations du corps médical.

Premièrement, l'affaire FOUCAULT contre HELIE en 1825 se caractérise par une position inédite de l'Académie Nationale de Médecine. Le Dr HELIE est appelé au chevet de Mme FOUCAULT qui accouche de son sixième enfant. L'accouchement se présente très mal, l'enfant est bloqué par son bras et ne peut sortir, la rupture utérine est imminente et les vies de l'enfant et de la mère sont en danger (49).

Le praticien décide de sauver la mère en priorité et pratique une amputation in utero des deux bras de l'enfant de façon à le dégager, d'autant qu'il pense d'après son examen que l'enfant est déjà mort. Au contraire, le nouveau-né amputé survit, et les parents demandent réparation en justice pour le préjudice physique dont l'enfant souffre.

L'Académie Nationale de Médecine soutient lors de la procédure l'irresponsabilité civile et pénale du praticien du fait de sa compétence établie par ses années d'étude et de sa profonde motivation altruiste et généreuse, thèse qui a été rejetée par le Tribunal, le praticien étant condamné à verser une rente viagère et alimentaire à l'enfant.

La deuxième affaire, GUIGNE contre THOURET-NOROY en 1832, concerne une faute médicale du Dr THOURET-NOROY lors de la pratique d'une saignée sur un patient, dans un usage contraire aux normes de l'époque, qui se complique d'une amputation du membre supérieur droit du malade. Le médecin est condamné par le tribunal d'EVREUX à indemniser la victime, et est recondamné en appel, provoquant un tollé auprès de ses confrères parisiens. C'est à ce moment-là qu'on commence à esquisser une responsabilité médicale en cas de faute grave : *« attendu que la justice doit protéger les professions libérales des caprices ou de la mauvaise humeur, ou même contre les plaintes légitimes mais légères, cette protection toutefois ne peut s'étendre aux abus graves, aux fautes dans lesquelles il n'est permis à personne de tomber »*. La Cour de Cassation insiste en 1835 : *« Lorsque les faits du médecin n'ont rien à voir avec les règles de l'art, le médecin est soumis à la justice comme tout citoyen, si les faits se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance de choses qu'on devrait nécessairement savoir »*.

L'Académie Nationale de Médecine soutenait alors encore, en 1834, que : *« le médecin ne reconnaît comme juges, après Dieu, que ses pairs, et n'accepte point d'autres responsabilités, que celle, toute morale de sa conscience »*... (50)

Un siècle plus tard, en 1936, l'Arrêt MERCIER fixe la responsabilité contractuelle du médecin envers son patient. Le débat est définitivement clos : le médecin est soumis à une

responsabilité civile et pénale, et doit par ailleurs rendre des comptes auprès de ses pairs via le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

2) La Judiciarisation de la société

La judiciarisation est l'« *intervention croissante de la justice dans tous les domaines de la vie sociale et la résolution prépondérante des litiges de manière judiciaire* » (51). La judiciarisation en médecine désigne donc le recours croissant aux tribunaux pour régler les contentieux plutôt que par des voies de conciliations, ce qu'on désigne souvent par une « dérive à l'américaine » de la médecine. Même si ce terme de judiciarisation semble détenir une évidence, on ne peut quantifier ce phénomène. Tout est en effet mélangé : déclarations de sinistres d'un médecin à son assurance, recours en juridiction civile ou pénale, réclamations aux hôpitaux...(52)

Le rôle de la Justice

Pourquoi se tourner vers le juge dès lors qu'un conflit avec le médecin apparaît ? Dans la *République*, PLATON raconte la fable du berger Gygès qui découvre un jour un anneau magique qui rend invisible. Grâce à cet anneau, Gygès est soudain libre de voler, de commettre tous les forfaits et injustices possibles et imaginables pour acquérir richesse et pouvoir (53). Ce mythe vise à s'interroger sur le respect de la justice : ne sommes-nous justes que par crainte de la punition ? Dans notre cas, la crainte de la sanction est-elle la condition pour laquelle le médecin donnera les soins les plus consciencieux à son patient ?

Car si la loi énonce des sanctions envers ceux qui la violent, c'est pour plusieurs raisons possibles : la dissuasion, la protection des membres de la société, la rééducation du contrevenant, mais aussi la réparation des dommages. Friedrich NIETZSCHE écrivait : « *Le châtement a pour but d'améliorer celui qui châtie, – tel est l'ultime refuge des défenseurs du châtement* » (54). C'est aussi ce que disait BAUDELAIRE : la peine de mort a pour but selon lui de sauver spirituellement la société et le coupable (55).

Le témoin d'une crise politique et d'une crise des assurances ?

Sur un plan plus politique, la socio-historienne Martine KALUSZYNSKI évoque plusieurs causes concomitantes à la judiciarisation de la société :

- l'influence croissante du marché,
- l'influence des médias,
- l'augmentation de la recherche de satisfaction des droits individuels, ce qu'on appelle l'« individualisme démocratique »,
- la montée de la contractualisation des rapports sociaux (procéduralisation des échanges),
- la crise de la représentation du pouvoir politique, la justice se présentant comme un contre-pouvoir de secours (c'est l'autonomisation des individus par rapport aux institutions) (56).

La judiciarisation de la société a longtemps justifié l'augmentation importante des primes d'assurances des médecins, du fait de la laxité évoquée d'une justice civile qui tolère trop facilement les plaintes abusives (57). En fait, le nombre de plaintes en responsabilité médicale est stable depuis 20 ans. Les profits des assurances sont liés aux investissements, aux placements des fonds, plutôt qu'à la réception des primes passées et à venir. Les raisons de l'augmentation des primes tiennent en effet moins à la croissance des contentieux qu'à la dégradation de l'équilibre financier interne des assurances : pertes non compensées par des produits financiers du fait de la crise boursière, durcissement des conditions de transfert des risques aux réassureurs en raison d'une situation internationale tendue, retard pris par les assureurs pour prendre conscience de cette situation, ce qui les condamne à faire des bénéfices pour compenser les pertes des dernières années. Des voix commencent alors à s'élever contre les arguments systématiques d'assureurs voraces qui se justifient de la judiciarisation, et on commence à parler de manipulation...

Vérité scientifique et vérité judiciaire

« *De même que le confluent de deux fleuves, celui du droit et de la médecine produit nécessairement des remous* » : cette métaphore de René SAVATIER, qui prend savoureusement tout son sens dans notre ville de LYON, traduit parfaitement les difficultés de compréhension entre les disciples de THEMIS et ceux d'ESCUAPE (58), ils n'ont en effet pas la même notion de la règle de droit. André DEMICHEL écrivait ainsi : « *la notion même*

de règle de droit se heurte à la pratique médicale. La règle de droit a surtout un aspect trop rigide par rapport à la pratique médicale. La règle juridique est en effet, du domaine de l'impératif et du général alors que l'art médical est du domaine de l'aléatoire et de l'individuel » (59).

Le judiciaire et le médical n'ont par ailleurs pas la même notion de la vérité, ou plutôt de la recherche de la vérité. Tandis que les médecins espèrent se rapprocher au maximum de la vérité scientifique, même s'ils doivent appliquer la théorie au cas par cas selon les patients, la quête de vérité judiciaire est tout autre.

En effet, le médecin se réclame d'une médecine scientifique et technique, en perpétuelle recherche de vérité universelle, bien qu'il soit illusoire de penser que les décisions du médecin ne sont exclusivement basées que sur les faits scientifiques, selon un raisonnement hypothético-déductif.

Autrefois, la vérité judiciaire était d'ordre divin : on invoquait le jugement de Dieu ou ordalie en soumettant les accusés à différentes épreuves, ces accusés ne pouvant prouver leur innocence qu'en les réussissant.

De nos jours, la recherche de la vérité n'est pas l'objectif premier d'une procédure judiciaire : le juge peut s'appuyer sur des présomptions réfragables ou irréfragables, et sur son intime conviction. On peut également faire bénéficier le doute d'un jugement à l'accusé. Ne pas détenir la vérité n'est pas condamnable, en revanche le déni de justice est sanctionné en France : un jugement doit être rendu, même si les faits ne sont pas certains.

La vérité scientifique est constatative, à la différence d'un jugement qui est performatif : « *son énonciation suffit à transformer immédiatement la réalité* » (60), la présomption de vérité d'une chose jugée est ainsi indiscutable, irréfragable : « *res judicata pro veritate habetur* ».

Il n'est dès lors pas justifié, selon VAN DE KERCHOVE, « *d'entretenir la fiction de la vérité scientifique absolue inhérente aux décisions judiciaires pour rendre compte du fait que les jugements constatifs sur lesquels elles se fondent bénéficient juridiquement d'une présomption irréfragable de vérité et qu'elles bénéficient elles-mêmes d'une autorité qui, dans les limites fixées par la loi, est considérée comme irrévocable* » (61)

3) L'Influence de la politique sur le dialogue juriste/médecin

Le dialogue entre le médecin et le juriste est un dialogue sous influence : le médecin doit exercer son art en tenant compte des actions nationales de santé publique, qui se traduisent dans des textes de lois, des circulaires ou des mesures de référé que le juriste applique.

Les mesures de santé publique

Le législateur fait le relai entre les politiques de santé publique et l'exercice médical, en particulier en médecine de premier recours, en définissant des obligations légales du médecin vis-à-vis des agences sanitaires et du Ministère de la Santé :

- Calendrier vaccinal avec ses vaccinations obligatoires,
- Délivrance de certificats obligatoires,
- Déclaration obligatoire de maladies infectieuses : tuberculose, rougeole...,
- Permanence des soins,
- Réponses à des réquisitions,
- Obligation de formation médicale continue...

Le principe de précaution

Le principe de précaution vise à adopter des mesures de prévention destinées à prévenir des dommages potentiellement graves et difficilement réversibles dont le lien de causalité n'est pas scientifiquement prouvé en l'état actuel des connaissances (62).

Le principe de précaution est évoqué dès les années 1980 à l'occasion de débats environnementaux internationaux, et mis particulièrement en lumière à la Conférence de RIO en 1992. En France, la loi du 2 janvier 1995 (loi BARNIER) relative à l'environnement pose le principe de précaution «*selon lequel l'absence de certitudes, compte-tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement* » (63).

Cependant le champ d'action du principe de précaution ne se limita pas à l'environnement : très rapidement, ce principe fut de plus en plus évoqué dans le domaine sanitaire et de la

santé, du fait de l'évolution de la perception sociale des risques, et de scandales qui ont émaillé l'histoire sanitaire (affaire du sang contaminé, de la vache folle).

Le principe de précaution et l'exercice médical

Quelle est l'influence du principe de précaution sur les régimes de responsabilité juridique médicale ?

Au départ, le principe de précaution a connu un succès public considérable, certains estimant qu'il fait partie d'une avancée majeure du droit pour « garantir » la sécurité de la population. Les politiques ont d'ailleurs beaucoup invoqué ce principe pour justifier leurs décisions.

Si on s'en tient aux décisions de justice, le principe de précaution semble n'avoir aucune influence sur la responsabilité. Même si on évoque des fautes « d'imprudence » dans les juridictions civiles et pénales, le principe de précaution n'est jamais utilisé *expressis verbis* pour justifier ou écarter une responsabilité.

De plus, des rapports juridiques mettent en garde contre l'utilisation de ce principe dans la pratique médicale. Le rapport du Conseil d'État en 1998 nommé : « *Valeurs et limites du principe de précaution* » précise que « *La mise en œuvre du principe de précaution est le nouveau standard de comportement des responsables de la politique de santé, mais non de l'exercice de la médecine où il déséquilibrerait le rapport actuel entre le risque et la faute. (...) Il ne suffit pas [au décideur public ou privé] de conformer sa conduite à la prise en compte de risques connus. Il doit apporter la preuve, compte-tenu de l'état actuel de la science, de l'absence de risque* » (64). Le devoir de précaution se distingue de la simple « *obligation de prudence ou de diligence* » et « *s'écarte de la notion de prévention qui impose la prise en compte de risques connus même si leur probabilité est faible* ». Il apparaît que ce principe de précaution répond effectivement à des risques "*qui ne sont même pas probabilisables*".

L'Académie de Médecine a publié un rapport le 13 décembre 2000 intitulé « *La médecine et le principe de précaution* » pour souligner que ce principe ne s'accorde pas avec le domaine médical, domaine que l'Académie estime trop spécifique : « *La précaution a débordé de son lit d'origine, l'écologie, pour inonder tous les secteurs à risque* ». Selon ce rapport, il faut éviter l'intrusion d'une trop grande subjectivité dans la pratique médicale, pour s'efforcer de se baser sur des données objectives, ou de menacer les médecins d'une responsabilité rétrospective qui pourrait freiner voire stopper la prise en charge médicale (65).

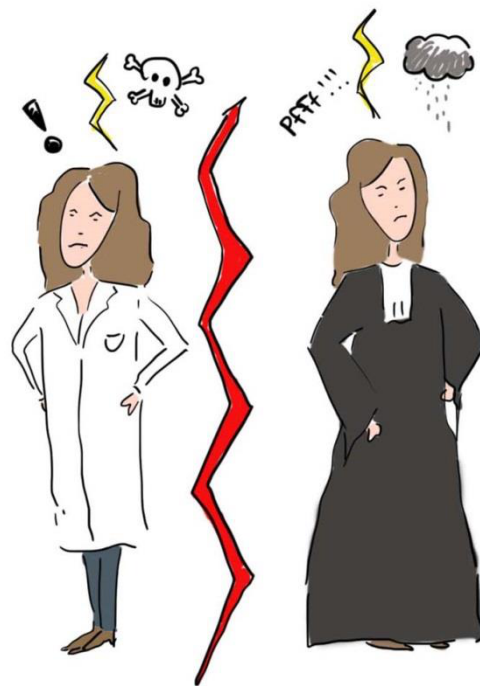
Le principe de précaution est donc considéré comme inadapté au niveau médical. Notons que ce principe, s'il est déconseillé dans les décisions médicales quotidiennes, montre aussi de fâcheux travers lors des décisions politiques. Il existe un exemple récent de l'échec du principe de précaution, en ce qui concerne la gestion de la pandémie grippale de l'hiver 2009. Mme Roselyne BACHELOT, ministre de la Santé, en accord avec le gouvernement français, invoque le principe de précaution et opte pour une campagne de vaccination antigrippale massive. Les médecins généralistes sont exclus du processus pour de multiples raisons, en particulier de peur que leurs salles d'attente soient saturées et que les pharmaciens de ville se retrouvent débordés par les commandes et les livraisons de doses de vaccins. Finalement, ce sont les internes de médecine des hôpitaux qui seront réquisitionnés pendant leurs temps de travail, délaissant leurs services, dans la plupart des régions et des DRASS, pour prescrire ces vaccins, dans des gymnases ou des salles des fêtes locales, très rapidement désespérément vides de tout patient... Au nom du principe de précaution, des recommandations parviennent périodiquement du ministère de la Santé, parfois contradictoires d'une semaine sur l'autre : isolement ou non des personnes suspectes, schéma vaccinal qui évolue, prescription ou pas d'antiviraux préventifs... La confusion sur le terrain se fait sentir, d'autant que dans les médias, Mme BACHELOT parle d'une menace inédite et de morts à venir. Finalement, des millions de doses de vaccins restent disponibles pour peu de vaccinés. La pandémie grippale annoncée ne se déclare pas, et le conflit entre la profession médicale et le gouvernement gronde. Mme BACHELOT se défendra plus tard de tout « abus de précaution », dénonçant plutôt les campagnes de désinformation de personnalités publiques qui ont fait de cette campagne un échec.

Le déséquilibre entre prise de risque et précaution systématique

François EWALD, fondateur et président de l'observatoire national du risque de précaution, présenté comme un philosophe du risque dans un article du Monde du 9 janvier 2010, estime que le principe de précaution « oblige à exagérer la menace. Il commande de donner le plus grand poids au plus petit risque (...) Le principe de précaution, loin de renforcer l'autorité de l'Etat, l'affaiblit et finalement prive la décision publique de sa légitimité. Enfin, en raison de l'exagération des émotions qui le constitue, il tend à placer la société dans une situation de crise, d'urgence permanente comme on le constate par exemple avec la question du climat. Cela témoigne d'un changement de paradigme politique, à une sorte d'hyperdémocratie des individus qui est fort préoccupante. Car on ne voit plus ce qui,

dans un tel monde de dispersion des valeurs et des passions, pourrait rassembler les individus déboussolés» (66). On passe donc du principe de précaution au « principe de la démesure », selon la députée européenne Michèle RIVASI.

Dans un article d'« *Etude et Synthèse* », Grégoire MOUTEL prévient : « *Une telle évolution est loin d'être anodine et pourrait remettre en question la nature et le sens de la médecine. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de prendre conscience des changements que ce principe de précaution pourrait induire sur le rôle du médecin dans la société, sur la nature des actes médicaux, et sur l'évolution de la pratique et de la recherche médicale* » (67).



C) LES ORIGINES DU CONFLIT

Le risque de procès survient en cas de conflit entre le médecin et son patient, et ce conflit peut provenir de nombreuses causes : difficultés de communication, erreurs et fautes de la part du médecin, demande de sécurité optimale du patient...

Les origines du conflit s'articulent autour de trois dynamiques de changement de la relation entre le profane (le patient) et le système de santé : l'évolution de la relation médecin-malade, l'émergence d'un patient actif et critique, et la complexification du monde médical (68).

1) L'évolution de la relation médecin-malade

La relation médecin-malade est essentielle à la réalisation du soin, c'est « *l'effet médecin* », qui présente une efficacité thérapeutique à part entière que l'on retrouve en médecine générale (69).

La relation médecin-malade se heurte à de nombreuses difficultés qui peuvent fragiliser son équilibre : elle est déterminée par de nombreux facteurs individuels, sociaux et culturels. Le malade a une façon propre de réagir à la maladie selon ses croyances et son histoire, et le médecin réagit face au malade par des attitudes conscientes et inconscientes dictées par ses connaissances et ses déterminants personnels.

En cas de déséquilibre de la relation, un terrain propice au risque médico-légal s'installe.

Le déséquilibre du pacte de soins

Dans un article (70), Paul RICOEUR distingue trois niveaux de jugement médical :

- Le premier est dit *prudentiel* : il correspond à la relation interpersonnelle entre le médecin et son patient, aux situations singulières, à la sagesse pratique ;
- Le deuxième est *déontologique* : c'est l'universalisation des préceptes du niveau prudentiel, l'établissement de normes qui transcendent la singularité de la relation ;
- Le troisième est *bioéthique* : il s'agit du jugement moral, réflexif ; c'est la légitimation des jugements prudentiel et déontologique.

Dans le jugement prudentiel, RICOEUR introduit les notions « *d'indivisibilité* » de la personne : on ne peut dissocier individu et organes, ni dissocier le physique, le psychique ou le social de l'ensemble de la personne : le patient est à considérer dans sa globalité d'être humain.

RICOEUR, dans cet article, rend compte également de la fragilité de la relation médecin-malade, relation qu'il nomme le « *pacte de soins* » : d'une part, il existe une méfiance et des soupçons du patient vis-à-vis d'un abus de pouvoir potentiel du médecin, conjugués avec une attente insensée (jusqu'au désir d'immortalité) et une confiance excessive dans les capacités du médecin. D'autre part, le médecin se voit limité par le savoir biomédical et les exigences de santé publique. Le corps soignant peut également avoir une attitude humiliante vis-à-vis du patient en l'installant dans une attitude de dépendance et de régression : c'est la « *carence d'estime* ».

Un procès n'est-il pas alors le bienvenu pour un patient pour rétablir sa dignité, ou lutter contre un pouvoir qui le dépasse ?

RICOEUR établit trois paradoxes dans l'exercice médical :

- La personne humaine n'est pas une chose, mais c'est pourtant le terrain d'observation du médecin
- Le corps n'est pas une marchandise, mais la médecine a un coût
- La « souffrance est privée, mais la santé est publique » : il existe un conflit entre art médical, intérêt de la personne et intérêt de la société.

RICOEUR parle d'une attente déraisonnable de l'opinion publique envers les médecins, dont elle se méfie par ailleurs des abus de pouvoir. La relation entre médecin et patient n'échappe pas à la base de toute relation : l'altérité. Le soignant peut être désemparé face à un soigné qu'il ne comprend pas ; le soigné arrive vers le soignant avec sa propre culture et ses valeurs.

RICOEUR estime que « *la déontologie se greffe sur une anthropologie philosophique, laquelle ne saurait échapper au pluralisme des convictions dans les sociétés démocratiques* ». L'hôpital et le monde de la justice sont des lieux étrangers pour le patient avec leurs lois et leurs règlements contraignants et leurs rapports d'autorité, contrastant avec la culture propre du malade. Cela entraîne des conflits d'ordre institutionnel : la conception de la souffrance et

l'importance des rites dépendent des cultures, des traditions et des croyances. Elles sont sources de conflits (71).

La défiance

Dans le « *Contrat de Défiance* », Michela MARZANO dénonce l'inscription dans la loi de la relation contractuelle entre le médecin et son patient : la transcription juridique de la confiance a tendance à évacuer la complexité des rapports entre médecins et malades (72). Le médecin doit articuler le souci de bien faire avec celui de faire le bien : le médecin ne peut se retrancher derrière une procédure, car cela limiterait son rapport de confiance à un rapport contractuel trop réductif ; or selon l'auteur, sans confiance, la relation de soins n'existe pas, tout comme KANT expliquait dans son « *Projet de paix perpétuelle* » que sans confiance, il n'y a pas de relation avec autrui (73).

C'est ce que M. MARZANO appelle le « *faux-semblant contractuel* ». Niklas LUHMANN écrivait dans « *La confiance – un mécanisme de réduction de la complexité sociale* » que « *la confiance dans les contrats exige précisément que le déroulement de ceux-ci soit indépendant de l'examen de la question de savoir si, dans les faits, quelqu'un a fait confiance à un autre et de qui il s'agit* » : il y a une différence entre ce que j'attends d'une personne et ce que j'attends d'elle dans le cadre d'un contrat (74). Finalement, c'est bien parce que je n'ai pas confiance, que je demande un contrat !

Michela MARZANO explique que nous sommes dans une société du doute. Pour DESCARTES, le doute, hyperbolique et méthodique, était un moyen d'accéder à la connaissance et à la vérité. Aujourd'hui, on observe un doute systématique remettant en question la parole des experts : c'est le doute des sceptiques. Pourtant, même le philosophe Karl POPPER qui adopte le principe de falsification pour vérifier les dogmes scientifiques prône l'importance de la confiance épistémique, c'est-à-dire la confiance que l'on doit avoir dans la connaissance scientifique.

La silhouette du juge en arrière-plan de la relation

Le risque médico-légal implique une révolution dans la relation médecin-malade : l'invitation, vécue souvent comme une intrusion, du juge dans le colloque initialement singulier entre le médecin et le patient.

La médecine clinique, connue depuis les préceptes d'HIPPOCRATE, se pratique littéralement au chevet du patient (clinique vient du grec « *klinein* » qui signifie : « être couché »). Elle suppose une relation directe entre un patient souffrant, présentant ses symptômes et un médecin observateur. Dans cette relation directe, nul n'est invité : pour préserver le secret médical qui unit les deux protagonistes et pour préserver l'intimité de l'exposition de la souffrance humaine.

De nos jours, forts de cette tradition, les médecins, en particulier les médecins généralistes, continuent à entretenir une relation très particulière avec les patients, qu'ils appellent volontiers « leurs » patients.

La traduction juridique des règles régissant la relation médecin-malade, y compris la transcription du secret du serment d'HIPPOCRATE, a fait évoluer le colloque singulier du praticien et de son patient : au devoir moral, traditionnel, auquel le médecin se soumettait, s'ajoutent le devoir juridique, le devoir devant la société, auquel le médecin doit être soumis.

2) L'évolution du patient

Le patient d'aujourd'hui est bien plus informé qu'au siècle dernier. Il gère son « capital santé », il s'informe sur internet, il est conscient de la nécessité d'une hygiène de vie et reçoit chaque jour des informations de politique de santé publique dans les médias comme tout autant de « comportements citoyens ». L'industrie agroalimentaire a créé des néologismes comme les « alicaments » et les « nutraceutiques » censés aider à un état de santé optimal. Les malades pratiquent aussi l'automédication et l'autodiagnostic (appareils à mesurer la glycémie, automesures tensionnelles...).

Une demande d'une meilleure indemnisation de la souffrance

Dans le film « Contre toi », réalisé en 2011 par Lola DOILLON, un jeune homme joué par Pio MARMAI a perdu sa femme lors d'une opération et enlève le chirurgien, jouée par Kristin SCOTT THOMAS, qu'il tient pour responsable (75). Les dialogues entre les deux

protagonistes illustrent bien les opinions conflictuelles et le fossé d'incompréhensions entre un patient ou un parent, victime d'un accident médical aux conséquences désastreuses, et un chirurgien qui a le sentiment d'avoir fait son travail et qui peine à donner des explications.

- Le chirurgien : « *Je comprends pas ce que vous voulez. J'ai eu tort, j'aurais dû être plus sensible à votre détresse. Mais vous pouvez pas me garder ici...ça ne sert à rien.* » [...] « *Il y a un procès qui a démontré qu'il n'y avait pas de fautes médicales. Ecoutez, dès qu'on opère, le risque zéro n'existe pas.* »
- L'homme : « *Je comprends pas quand vous parlez comme ça. Je pourrai jamais savoir si c'est vraiment de votre faute ou pas. C'est quand même vous qui allez payer* ».

Les victimes d'accidents médicaux vivent une détresse qui se heurte parfois au manque d'informations et au manque de communication des médecins, dont les attitudes sont parfois taxées d'indifférence ou de mépris.

La société d'aujourd'hui demande une réparation juste des dommages médicaux, parfois excessivement graves, consécutifs à des prises en charge médicales qui, elles, apparaissent comme bénignes. Des associations de patients se forment afin d'aider les victimes. Des agences nationales s'érigent pour exiger une sécurité des soins optimale. Des avocats se spécialisent en droit médical de façon à défendre au mieux la réparation des dommages corporels.

L'émergence de « l'auto-soignant »

Nous avons vu précédemment les changements observés dans la relation médecin-patient. Ces dernières années sont marquées par l'émancipation du malade docile et passif retrouvé dans le schéma traditionnel paternaliste de la relation au médecin. En particulier chez le patient dit « chronique » : une partie de la gestion de la maladie et des soins est déléguée au patient. Il s'agit d'un nouveau rapport à l'expertise médicale, le patient passant du statut de « soigné » à celui de « l'auto-soignant » (76).

Réunis en associations de malades, le patient peut opposer un pouvoir collectif au savoir médical, grâce notamment également à la démocratisation des connaissances et des débats sanitaires et scientifiques.

Sans aller jusqu'à parler d'une crise de la légitimité médicale, le patient-citoyen entend être de plus en plus acteur dans le dialogue avec le médecin, et refuse l'ancien obscurantisme du médecin paternaliste face au profane passif.

L'influence des médias

Le libre accès à la connaissance peut désespérer un patient face à la profusion et à la complexité des informations disponibles, qui génèrent des angoisses ou des fausses certitudes. Avoir un patient surinformé désespère aussi le médecin d'aujourd'hui, peu habitué à recevoir un contrepoids à ses décisions, et qui ne veut pas avoir un rôle réduit à un prestataire technique (77). Dès lors, une méfiance réciproque peut s'installer dans la relation de soins.

Didier SICARD, président du Comité Consultatif National d'Ethique de 1999 à 2008 dénonce également l'influence des médias dans les conflits entre médecins et patients (78) : « *Les procès, le plus souvent injustes, faits aux hôpitaux sont insupportables car ils témoignent de la méconnaissance d'une réalité toujours plus complexe qui finira par décourager les meilleures équipes. L'hôpital reste un des derniers lieux d'humanité. Les médecins veulent y continuer à soigner tous les malades, sans discrimination, dans la transparence, sans la menace permanente d'une « mise en examen », pour des raisons le plus souvent médiatiques et opportunistes* ». Il évoque ainsi les scandales sanitaires, relayés par les médias, qui encouragent selon lui à désinformer les patients d'une réalité plus complexe et à les inciter à porter plainte.

La perte de confiance dans les agences sanitaires et dans l'Etat

Depuis une vingtaine d'années, les scandales médiatiques concernant l'industrie du médicament a accentué l'inclination des consommateurs à opposer l'intérêt économique et le souci de la santé : « *En quelques années, l'industrie pharmaceutique a dilapidé tout le capital de sympathie que lui avaient procuré les innovations thérapeutiques qui ont changé la vie des habitants des pays riches. Elle apparaît désormais comme un des secteurs les plus avides au gain, les plus dénués de scrupules et de sens moral.* » (79)

Lors d'un débat organisé par le CNOM le 4 octobre 2011, « *Conflits d'intérêts en France : comment restaurer la confiance des patients-citoyens envers notre système de santé ?* », réunissant experts médicaux, institutionnels et journalistes, le président de l'Ordre Michel LEGMANN rappelait que les récents scandales sanitaires tels que l'affaire du MEDIATOR®

avaient entaché la confiance des patients et des médecins envers les instances nationales censées garantir la sécurité du médicament (80). Manque de vigilance, manque de transparence, manque d'indépendance des experts : le bilan des scandales est accablant dans les débats publics pour les agences sanitaires.

Une réflexion, menée tant par le conseil de l'ordre que par le pouvoir législatif, est nécessaire pour restaurer le lien de confiance de la population de patients envers le système de santé : de cette réflexion dépendra la qualité de la collaboration entre professionnels de santé et les instances publiques et contribuera à la qualité de la relation médecin-malade.

3) L'évolution de la médecine

Comme nous l'évoquions précédemment, l'exercice médical a fortement évolué depuis des dizaines d'années : l'organisation du système de soins s'est complexifié, la médecine est devenue une science hautement technicisée, même si les décisions dans l'incertitude sont le quotidien de l'exercice du médecin généraliste.

Un modèle médical complexe

Même si le modèle médical est resté très longtemps individualisé selon le colloque singulier médecin/malade, les évolutions techniques, les spécialisations d'organe et le travail en équipe qui en découlent ont fait progressivement de ce modèle, un modèle systémique, à l'instar du modèle industriel (81).

Ainsi on peut considérer grossièrement que tout comme une chaîne de production industrielle, le malade fait partie d'une chaîne de soins (appelée la trajectoire de soins). Selon un rapport de l'Académie Nationale de Médecine : « *Un fonctionnement systémique est une mise en œuvre coordonnée d'un ensemble d'acteurs humains et de dispositifs matériels (mécaniques, instrumentaux, électroniques), dans un processus comportant des étapes successives, pour la réalisation d'un objectif, qui peut être celui d'une production (fabrication d'objets ou de produits) ou celui de la réalisation d'un service (par exemple transports de passagers ou soins à des patients). Ces caractéristiques générales sont retrouvées dans le fonctionnement de la médecine moderne. Principalement dans le secteur hospitalier, mais progressivement aussi dans la médecine de ville.* » (39)

Même si cette définition est applicable au modèle médical, on ne saurait ignorer des spécificités propres à l'exercice du médecin :

- L'autorisation faite au médecin par le Code Civil de porter volontairement atteinte à l'intégrité du corps humain,
- La variabilité et l'imprévisibilité des réactions de l'organisme humain
- La prise en compte de la composante psychologique et sociale du patient
- La confidentialité nécessaire
- La possibilité de situations d'urgence vitales, exigeant des décisions immédiates. Ceci implique une nécessité de surveillance et de réactivité 24 heures/24.
- Le caractère irréversible de certains actes

Le rapport de L'Académie de Médecine souligne également la nécessité d'accueil permanent des utilisateurs du système de soins, sans sélection préalable, avec les difficultés de standardisations (la « chaîne de soins » ne peut être figée) et de planifications qui en résultent. Enfin, la médecine, même systématisée, reste essentiellement humaine : les acteurs ou soignants sont des êtres humains, faillibles, mais essentiels : leurs décisions ne peuvent être automatisées, et la relation entre soignants et soignés est la clé de voute de la possibilité de soins.

L'émergence de la médecine technique

Schématiquement, l'histoire de la médecine, et plus particulièrement l'histoire de la relation médecin-patient, a été émaillée de différents principes : d'abord le principe de non-maléficiencia au temps d'HIPPOCRATE (le « *Primum non nocere* » (82)), puis le principe de bienfaisance (rechercher au mieux les intérêts du patient), le principe d'autonomie (respecter les choix d'un patient informé) et maintenant le principe de justice (intégrer les lois et les valeurs morales de la société dans la prise en charge).

Pour caricaturer, à l'époque de la médecine docte du temps de MOLIERE, on ne savait rien, mais la médecine était un art sacré. Depuis le 19^{ème} siècle, la médecine est devenue scientifique grâce à une acquisition de connaissances exponentielle, la médecine était alors respectée. Aujourd'hui, elle devient efficace et technique grâce à des outils de plus en plus perfectionnés, elle est complexe et multidisciplinaire et elle fait peur : sa puissance peut en

effet soigner efficacement, mais elle peut aussi provoquer des dommages et tuer à l'occasion d'un soin (78).

La peur de cette médecine toute puissante peut pousser le patient à s'en protéger grâce à la justice.

Cette peur de la puissante médecine n'est pas sans rappeler la dénonciation de Michel FOUCAULT du « *biopouvoir* » : les politiques médicales ou de santé publique sont un moyen de contrôle de la population, sous couvert d'arguments médicaux : « le concept d'hygiène publique comme technique de contrôle et de modification des éléments qui peuvent favoriser ou nuire à la santé. » ; c'est le « contrôle politico scientifique » (83). Pour échapper à ce pouvoir, à ce contrôle qui le dépasse, le citoyen ne peut-il pas faire appel au juge ?

L'incertitude

L'exercice médical, en particulier en médecine générale, est caractérisé par la prise de risque car les décisions médicales sont dominées par l'incertitude. En effet, la certitude diagnostique en médecine générale ne concerne que 30% des consultations (84).

La pratique de la médecine générale est marquée par un temps de consultation court, avec des horaires de travail chargés. La consultation ne se résume pas à un problème médical, mais doit également couvrir les comorbidités et le contexte psychosocial. Les symptômes sont par ailleurs souvent récents, banals, ou débutants. La prise en charge est souvent une décision de compromis raisonnable (85).

En plus de gérer les consultations médicales de premier recours, le médecin généraliste se retrouve seul face à la gestion de son entreprise et la gestion des tâches administratives de plus en plus lourdes. Eric GALAM souligne : « *le médecin justiciable devient le seul mis en cause, ce qui est légitime mais réducteur, puisque d'une part il incarne le docteur dans une situation donnée et que d'autre part, il est tributaire du système de soin, notamment dans ses conditions et ses insuffisances* » (86)

On recense plusieurs facteurs d'événements indésirables graves chez le médecin généraliste (2) :

- Le niveau d'expérience
- Les distractions et interruptions de tout ordre (téléphone...)

- Le stress et la fatigue
- L'absence de communications entre soignants et médecins ou entre hôpitaux et médecins généralistes
- La mauvaise ergonomie des conditions de travail.

Remarquons également que beaucoup d'EIG sont liés à la non-compliance des patients à leur ordonnance : on estime que 30 à 50 % des traitements prescrits par leurs généralistes ne sont pas pris par les patients atteints de maladies chroniques (87).

Il est difficile de rendre compte a posteriori face aux juges des conditions défavorables dans lesquelles un médecin a exercé au cas par cas. Eric GALAM dénonce le manque d'experts médicaux généralistes qui pourraient se rendre compte au mieux de la particularité de l'exercice de premier recours : *« en raison de leur caractère subjectif et souvent fugace, les caractéristiques culturelles, relationnelles ou pragmatiques des décisions effectivement prises sont rarement intégrées dans l'analyse qui est infiniment plus complexe qu'il n'y paraît. Le recours aux experts est à ce titre légitime, mais fausse les données s'il ne s'agit pas d'un expert exerçant au quotidien la discipline du médecin mis en cause. Il ne faut pas juger si l'attitude du soignant a été correcte en fonction des conditions idéales, mais s'il a fait au mieux en fonction des conditions auxquelles il était effectivement confronté. A ce titre, lorsqu'un médecin généraliste est mis en cause, le recours à des experts généralistes d'exercice ambulatoire est indispensable mais malheureusement exceptionnel ».*



III) REGARD JURIDIQUE SUR LE RISQUE MEDICOLEGAL : STAGE DANS UN CABINET D'AVOCAT EN DROIT DE LA SANTE

Notre projet vise à mettre en évidence le ressenti d'un échantillon de médecins généralistes du département du Rhône à propos du risque médico-légal lié à leur pratique. Notre étude a également pour objectifs secondaires d'évaluer les connaissances qu'ont ces médecins du risque médico-légal, et de mettre en évidence leurs éventuels comportements d'adaptation pour s'en prémunir.

Pour mieux appréhender les tenants et les aboutissants d'une mise en cause en responsabilité juridique, il nous a semblé que le regard du seul médecin, profane en droit, n'était pas suffisant : un regard juridique s'impose pour comprendre les rouages d'une procédure et ce qui attend réellement un professionnel de santé engagé dans un processus de justice.

Pour nous aider à appréhender ce regard juridique, nous avons effectué au cours des mois de mai et juin 2012 un stage chez Maître DEVERS, avocat inscrit au Barreau de LYON à son cabinet¹.

Maître DEVERS plaide fréquemment des dossiers traitant de Droit Médical. Ancien infirmier hospitalier devenu avocat, il s'intéresse particulièrement à la responsabilité des médecins et des infirmiers et au droit relatif aux pratiques de soin.

Ce stage nous a permis d'étudier des dossiers juridiques impliquant des professionnels de santé et d'en discuter avec Maître DEVERS.

A la lecture de ces dossiers, nous avons pu revoir les règles de droit qui s'appliquent aux médecins, afin de mettre en lumière les bases juridiques de la responsabilité médicale. Surtout, nos revues de dossiers judiciaires ont permis d'illustrer à travers les rapports de correspondances, d'audiences et d'expertises, le ressenti des professionnels de santé mis en cause.

¹ Cabinet d'Avocats DEVERS, 22 rue Constantine Lyon 1^{er}.

A) L'ORGANISATION JUDICIAIRE EN FRANCE

1) Généralités

Il existe en France 3 types de juridictions :

- La juridiction civile, qui régit la réparation des dommages entre les membres privés de la société. Cette juridiction débouche sur une indemnisation : une compensation matérielle du dommage causé. Un médecin libéral répond de cette juridiction comme tout justiciable dans des affaires privées. Depuis la loi du 4 mars 2002, la prescription pour les faits impliquant la responsabilité civile du médecin est de 10 ans (88).
- La juridiction administrative, qui gère les contentieux dans lesquels l'Etat ou les administrations sont impliqués. Cette juridiction s'applique donc dans le cadre de l'exercice hospitalier d'un médecin. Il n'existe pas de responsabilité personnelle de l'agent administratif, sauf en cas de faute grave. La juridiction administrative a également un but de réparation indemnitaire.

NB : Nous ne développerons pas en détail cette juridiction du fait que les médecins généralistes, qui nous intéressent particulièrement dans cette étude, relèvent majoritairement de la responsabilité civile.

- La juridiction pénale, qui a pour objet la sanction d'une personne de façon personnelle, du fait d'une infraction (contravention, délit ou crime) préalablement répertoriée par le législateur, qui a troublé l'ordre public et la société. Un médecin, comme tout justiciable, peut être mis en cause devant la juridiction pénale (la société étant représentée par le Ministère Public) pour répondre d'infractions existant dans le Code Pénal. La responsabilité pénale est personnelle : « *Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait* » (89).

Les juridictions civile et pénale forment l'ordre judiciaire qui traite du droit commun.

On fait également souvent la distinction entre les procédures à visée indemnitaire : les juridictions civiles et administratives, et les procédures à visée de sanction : la juridiction pénale et le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le tableau suivant résume l'organisation judiciaire en France, avec d'une part l'ordre judiciaire et d'autre part l'ordre administratif :

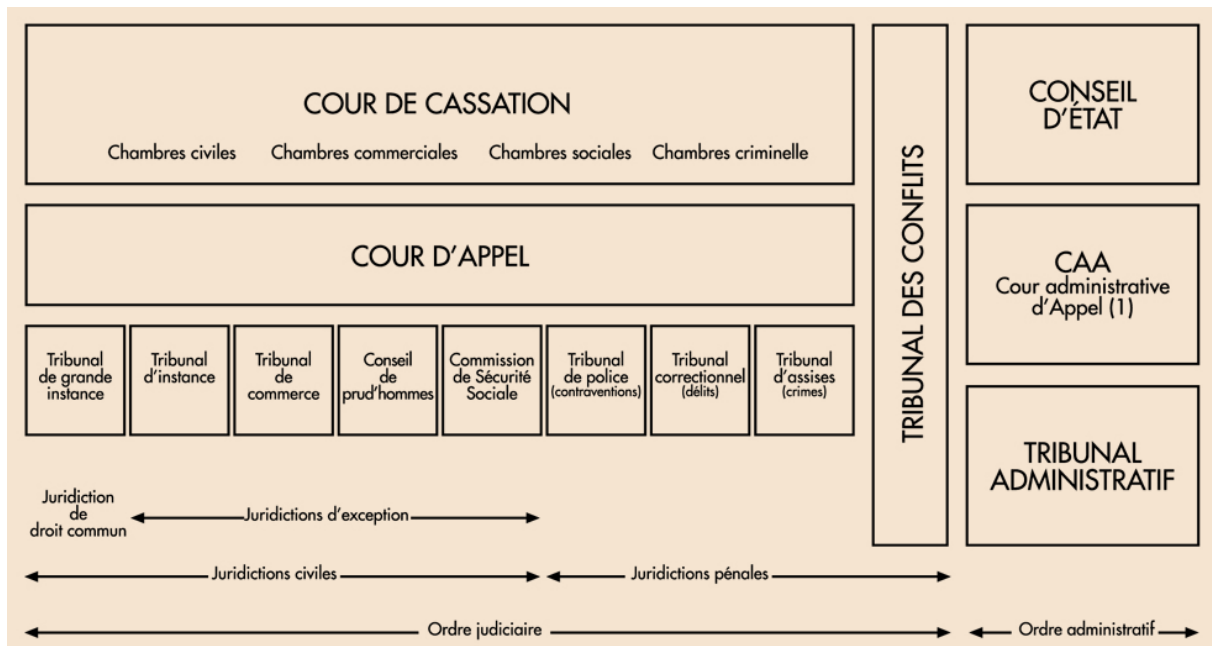


Illustration n°2 : Organisation judiciaire en France (119)

On observe 3 degrés dans les différentes juridictions :

- Dans l'ordre judiciaire : des tribunaux de premier degré ou de première instance (Tribunal d'Instance et Tribunal de Grande Instance principalement dans la juridiction civile, Tribunal de Police, Tribunal correctionnel et Cour d'Assises pour le pénal), puis une possibilité d'appel en Cour d'Appel puis en Cour de Cassation,
- Dans l'ordre administratif : Tribunal Administratif en première instance, puis Cour Administrative d'Appel et Conseil d'Etat en dernier degré.

Le cas de la responsabilité médicale disciplinaire

L'Ordre des Médecins est investi d'un pouvoir disciplinaire : une sanction disciplinaire peut être déclarée contre un médecin en cas de non-respect du Code de Déontologie, indépendamment des décisions éventuelles des juridictions civiles ou pénales.

Le Conseil de l'Ordre reçoit des plaintes venant de patients, de médecins confrères, de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, du Procureur de la République...

Le Conseil Départemental de l'Ordre (CDOM) instruit l'affaire, puis le Conseil Régional (CROM) agit comme une juridiction de première instance. Le Conseil National (CNOM) intervient en appel, et le Conseil d'Etat en dernier recours.

Les sanctions encourues sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction d'exercer temporairement voire la radiation du tableau de l'Ordre.

2) La responsabilité pour faute

La responsabilité civile, indemnitaire, était traditionnellement fondée sur la faute, se basant sur une relation contractuelle médecin-patient depuis l'Arrêt Mercier du 20 mai 1936 : « *Donner des soins consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science* » (90). Il en découle que le médecin et l'établissement de santé sont soumis à une obligation de moyens, non de résultats.

La responsabilité civile engage la nécessité de réparation des dommages causés à des tiers, selon l'article 1382 du Code Civil : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer* » (91)

Trois éléments sont alors à démontrer par le requérant (c'est-à-dire dans notre cas par le patient ou la victime) pour engager une responsabilité : un préjudice, un auteur du préjudice, un lien de causalité entre le préjudice et le dommage.

La faute médicale peut être une faute diagnostique (si tous les moyens n'ont pas été mis en œuvre), thérapeutique (imprudence ou négligence), ou un défaut d'information ou du suivi du patient.

En juridiction pénale, la responsabilité du praticien est également fondée sur l'existence d'une faute : imprudence, maladresse, inattention, négligence, ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité. Même si la responsabilité pénale est personnelle, plusieurs médecins peuvent être condamnés conjointement : une causalité partielle au préjudice suffit dès lors qu'elle est certaine, il n'est pas exigé que la faute ait été la cause exclusive du dommage.

Les infractions sont listées dans le Code Pénal, on retrouve les homicides volontaires ou involontaires, les blessures, la non-assistance à personnes en péril, la mise en danger d'autrui, mais aussi délivrance de certificats inexacts, exercice illégal de la médecine, refus de déférer à un ordre de réquisition...

En ce qui concerne le Conseil de l'Ordre, une poursuite disciplinaire peut être engagée en cas de faute professionnelle, selon l'article : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents* »(92). Le Conseil de l'Ordre traite également des cas en dehors de fautes professionnelles : attitude non confraternelle d'un médecin, fausses rumeurs, publicité...

Le cas particulier du devoir d'information

La loi du 04 mars 2002 insiste sur la nécessité d'informer les patients dans son titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (88).

Selon l'article L1111-2 du CSP, introduit par la loi, « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* » (93). L'information peut être délivrée par tous les moyens, elle doit notamment renseigner sur les risques fréquents ou graves d'un acte de soins, diagnostique ou thérapeutique.

Ceci est repris dans le code de déontologie médicale : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* » (94).

Dans le cas particulier de l'information médicale, c'est au médecin de prouver qu'il a délivré effectivement l'information, par n'importe quel moyen, et qu'elle a été comprise, depuis l'arrêt HEDREUL de la cour de cassation du 25 février 1997 (95).

3) La responsabilité sans faute

Elle relève de 2 situations depuis la loi du 4 mars 2002 :

- Le défaut de produit de santé
- Les infections nosocomiales en établissement public

En présence d'un dommage suite à une prise en charge médicale mais en absence de faute médicale, on parle d'accident médical non fautif

Pour indemniser les victimes d'accidents médicaux non fautifs, le législateur a prévu une mise en œuvre particulière de la solidarité nationale.

La loi du 4 mars 2002 prévoit en effet qu'un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale, hors les cas d'une faute avérée d'un professionnel ou d'un établissement de santé, ouvrent droit à une réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale via l'ONIAM (96). Rappelons qu'une affection iatrogène désigne une altération anormale de la santé liée à un processus de soin, et qu'un accident médical relève d'une complication aiguë suite à un geste de soin.

L'ONIAM est un établissement public administratif placé sous tutelle du Ministère de la Santé. Il a une double mission : participer à la mise en place d'un dispositif de règlements amiables des accidents médicaux, et indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques entrant dans le champ de la loi.

En l'absence de faute, la responsabilité nationale se substitue donc à la responsabilité d'un professionnel, d'un service ou d'un établissement si et seulement si :

- l'accident est directement imputable à un acte de soins, de prévention ou de diagnostic,
- l'accident a eu des conséquences anormales,
- ses conséquences présentent un certain niveau de gravité.

Par ailleurs au niveau régional, les CRCI ont été créées par un décret du 3 mai 2002 en application des articles L. 1142-6 et L. 1143-1 du CSP (97). Il s'agit d'institutions nouvelles et supplémentaires qui se présentent comme une alternative au recours à un tribunal judiciaire ou administratif en cas d'accident médical non fautif.

Les dossiers étudiés concernent les accidents médicaux, les affections iatrogènes et les infections nosocomiales. Il existe des conditions de recevabilité des dossiers : l'acte médical générateur du dommage doit se dérouler dans la région de la CRCI, être postérieur au 5 septembre 2001, et répondre à des critères de gravité : IPP supérieure à 24%, ITT supérieure à 6 mois ou supérieure ou égale à 12 mois si discontinue, inaptitude professionnelle ou troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence. Du fait de ces critères, de nombreuses saisines de la CRCI sont rejetées pour incompétence. Les avantages principaux de la saisine de la CRCI restent cependant la grande rapidité de sa remise d'avis : entre 6 et 11 mois, et sa gratuité.

B) LE RECOURS A UNE EXPERTISE MEDICALE

Au cours d'une procédure, qu'elle soit amiable, judiciaire ou lors d'une CRCI, le juge peut faire appel à un expert pour l'éclairer sur les questions médicales : un médecin expert est alors nommé pour reprendre le dossier et répondre aux questions techniques du juge.

Le médecin expert va examiner la victime présumée et rassembler les pièces de son dossier médical de façon à donner son avis sur la prise en charge.

On lui demande notamment :

- De convoquer les parties dans le respect du contradictoire et de respecter le secret médical concernant les pièces médicales portées à sa connaissance, d'accomplir personnellement sa mission et en toute objectivité,
- De décrire l'état antérieur de la victime présumée, c'est-à-dire son état de santé avant l'apparition du dommage, L'état antérieur est « l'ensemble des états pathologiques que présente un sujet avant un événement déterminé, ce qui est différent d'une prédisposition, ou d'une histoire antérieure ».
- De décrire l'état actuel de santé de la victime présumée et ses doléances,
- De dire si la victime présumée lors de sa prise en charge médicale a bénéficié ou non de soins attentifs, consciencieux et conformes aux dernières données acquises de la science,
- D'évaluer si une faute médicale a été commise ou non,
- D'évaluer la présence ou non d'une information médicale de qualité,
- De lister les chefs de préjudices en rapport avec les faits reprochés si une imputabilité de la prise en charge médicale est admise
- D'évaluer l'IPP en fonction des séquelles, à différencier d'éventuels handicaps liés à l'état antérieur,
- De définir une date de consolidation des séquelles (Elle correspond à la date à laquelle les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation)

C) LA RESPONSABILITE DU MEDECIN GENERALISTE

Les missions du médecin généraliste sont clairement énoncées dans l'Art. L4130-1 du CSP (98).

Le médecin généraliste doit :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

On retrouve sous-entendu à travers ces différentes missions le devoir d'information, qui reste central dans le métier de médecin de famille : accueillir en premier recours, coordonner, synthétiser, orienter, nécessite une grande capacité de communication du médecin pour faire adhérer son patient à la trajectoire de soins.

1) Le défaut d'information

Les médecins sont fréquemment mis en cause pour défaut d'information. Il existe 3 situations où le devoir d'information n'est pas retenu :

- Les situations d'urgence

- Le refus du patient d'être informé
- Les cas exceptionnels où l'information serait préjudiciable aux intérêts du patient.

En dehors de ces situations, le médecin est tenu d'apporter une information loyale, claire et appropriée, et s'efforcer de recueillir le consentement libre et éclairé de son patient aux soins (99). Nous avons vu préalablement que la charge de la preuve de l'information incombe au médecin depuis 1997. La cour de Cassation ne s'est pas prononcée sur les preuves à apporter par le médecin de la délivrance de l'information. Le praticien peut se justifier au moyen de présomptions (ensemble de faits et de circonstances qui rendent vraisemblables l'information du patient : de multiples consultations par exemple, la notion de coups de téléphones échangés...), la présence de témoins, ou l'existence d'écrits signés ou non par le patient attestant de l'information reçue (ceci ne supprimant nullement le devoir d'information par oral). Toutes ces preuves sont aléatoires et soumises à la libre interprétation du juge.

En cas défaut d'information, la perte de chances pour le patient peut être invoquée en juridiction civile pour condamner un médecin en absence de faute technique. Cette perte de chances correspond à l'exposition du patient à un risque, alors qu'il aurait pu refuser cette exposition en cas d'information appropriée.

L'information doit être délivrée par tout professionnel de santé : par le professionnel qui prescrit un acte diagnostique comme par le professionnel qui l'exécute, par exemple.

Elle doit porter sur :

- L'état de santé du patient
- Les investigations diagnostiques, thérapeutiques et préventives
- Leurs alternatives
- L'évolution du patient en cas de refus des investigations ou du traitement
- Les risques fréquents ou graves normalement prévisibles des investigations et des thérapeutiques

2) La violation du secret professionnel : attention aux certificats médicaux !

Un médecin qui trahit le secret professionnel concernant son patient s'expose à des procédures disciplinaires : le Code de Déontologie prévient en effet dès son quatrième article : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du*

médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » (100).

Par ailleurs, la violation du secret professionnel est sanctionnée par le Code Pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende » (101).* Mais le Code Pénal prévoit également une imposition ou une autorisation de la révélation du secret en cas de faits portés à la connaissance du médecin tels que les sévices ou privations infligés à un mineur ou un incapable majeur (sans d'accord de la personne concernée requis), ou à une personne majeure avec l'accord de celle-ci (102).

Les cas de violations du secret médical chez les médecins généralistes découlent bien souvent de certificats médicaux mal remplis, à l'occasion de demandes de compagnies d'assurance, de demandes d'héritiers, de procédures de divorce ou de conflits conjugaux...D'autant que la rédaction de certificats de complaisance est également sanctionnée par le Conseil de l'Ordre et la rédaction de faux certificats par le Code Pénal (103).

Notons également que le secret médical s'applique également envers les médecins non traitants du patient : le médecin généraliste ne peut communiquer des renseignements médicaux au médecin du travail ou au médecin conseil de l'assureur d'un patient. La seule exception de partage du secret est le médecin conseil de la Sécurité Sociale.

3) Non-assistance à personne en danger : attention au téléphone et aux consultations retardées !

Le médecin doit chercher à savoir s'il existe un danger ou pas : cela implique qu'il doit poser toutes les questions nécessaires pour évaluer la gravité d'une situation. Le médecin ne peut se retrancher derrière la méconnaissance d'un péril s'il n'a pas cherché à le connaître.

Une abstention volontaire de porter secours parce que le médecin s'estime non compétent est sanctionnée par le tribunal : le médecin généraliste doit porter assistance à une personne en péril même s'il pense qu'il ne sauvera pas le patient.

De même se contenter de conseiller d'appeler une ambulance ou de se rendre à l'hôpital n'est pas recevable devant la cour : le médecin doit s'assurer personnellement de la bonne prise en charge du patient.

Et le fait que le médecin n'est pas de garde, que sa salle d'attente est pleine ou que le patient ne fait pas partie de sa patientèle sont des arguments non valides...

D) REVUE DE DOSSIERS JURIDIQUES

Nous proposons de présenter 4 dossiers juridiques impliquant des professionnels de santé. Par mesure de confidentialité, des lettres ont été utilisées pour désigner les protagonistes.

1) Le cas du Professeur K : La remise en question professionnelle

L'anamnèse

Madame S est atteinte d'une neuromyopathie familiale, c'est-à-dire une atteinte héréditaire de ses muscles et de son système nerveux, entraînant de lourds handicaps : une paraplégie et une cyphoscoliose importante.

Avant l'incident, Mme S vivait seule autonome à domicile grâce à un fauteuil roulant manuel et la présence d'une aide-ménagère 5 heures par jour.

Les atteintes neuromusculaires de la patiente ont nécessité des interventions chirurgicales de façon à redresser son rachis (mise en place de tiges de Harrington), mais se sont compliquées d'une sténose trachéale (la trachée s'est obstruée), ce qui a rendu nécessaire l'ablation d'une partie de la trachée en 1985 et d'une pose d'endoprothèse trachéale en 1997, régulièrement remplacée du fait d'obstructions et de surinfections.

Tous les 18 à 24 mois, la prothèse trachéale doit être contrôlée et nettoyée par voie endoscopique et changée en service de pneumologie par le Professeur K.

Les faits

La patiente a consulté en urgence en juin 2005 pour une difficulté à respirer. La radiographie thoracique alors réalisée n'a pas montré d'anomalies. Le Professeur K a décidé devant l'état général correct de la patiente de procéder à une endoscopie trachéale pour vérifier la prothèse : il constate alors que celle-ci était obstruée à 95% par un bouchon purulent. Lors d'une tentative d'aspiration et de lavages pour dégager le bouchon, l'obstruction trachéale devient complète entraînant une détresse respiratoire aiguë. L'équipe de réanimation, appelée très rapidement sur place (prise en charge de la patiente en 3 à 5 minutes) n'empêche pas une période d'hypoxie de 10 à 15 min et un arrêt respiratoire puis cardiaque. Un drain rigide a finalement permis de pousser le bouchon en force sur la périphérie trachéale pour permettre une intubation efficace, mettre la patiente sous respiration artificielle et relancer l'activité cardiaque.

Depuis cet épisode d'hypoxie, la patiente souffre d'une paralysie du membre supérieur gauche et une limitation de ses mouvements (coude et main) au membre supérieur droit, son bras droit étant par ailleurs en position de rétraction permanente. Elle ne peut plus s'alimenter normalement et nécessite une sonde de gastrostomie. Elle est incontinente. Elle est quasi aveugle et ne distingue plus que quelques couleurs, et s'exprime difficilement (quelques mots). Elle ne peut tenir que 4 heures assise au fauteuil, et a besoin de l'assistance d'une tierce personne 24h/24.

Le bilan séquellaire est donc extrêmement lourd chez une patiente qui était auparavant gravement handicapée mais qui gardait une certaine autonomie.

La procédure

Mme S et sa famille décident de porter plainte auprès du tribunal administratif, au motif qu'elle a subi un accident médical lors de sa prise en charge par un praticien hospitalier. Elle demande qu'une faute médicale soit reconnue par le tribunal, elle déclare que les risques de l'intervention n'ont pas été préalablement expliqués, et qu'une indemnisation est nécessaire au titre des dommages subis. La famille par ailleurs a souligné le fait que le Professeur K ne leur a pas expliqué a posteriori ce qui s'était passé ce jour-là, et pourquoi Mme S a été aussi lourdement atteinte depuis cette endoscopie. La communication médicale, selon la famille, a été de très mauvaise qualité, le Professeur K ayant reproché à la famille le mauvais suivi de Mme S ces dernières années.

La défense de la patiente soutient en effet que le geste de désobstruction aurait dû être différé et non pas réalisé en urgence avec tous les risques que cela comporte : devant la constatation d'une obstruction trachéale à 95%, une endoscopie sous anesthésie générale aurait dû être programmée plus tard, dans un cadre plus sécurisant, après une information loyale et éclairée à la patiente, ce d'autant que Mme S est venue consulter par ses propres moyens ce jour de juin 2005 et que son état clinique était jugé bon malgré l'importance de l'obstruction. L'urgence, selon la défense de la patiente, était absente et c'est le geste pratiqué dans de mauvaises conditions qui est directement responsable de l'état de gravité médical dans lequel Mme S se trouve actuellement.

Le CHU employant le Professeur K soutient que la patiente a été informée des dangers du geste endoscopique puisqu'elle a subi de nombreuses endoscopies au cours de sa vie, avec son consentement, et qu'en tout état de cause elle n'aurait pu se soustraire à l'intervention du fait de la nécessité d'une endoscopie diagnostique et de désobstruction. En outre, l'urgence

empêchait de prodiguer des informations complémentaires en cours d'intervention. La solidarité nationale pour indemniser la patiente au titre d'accident médical ne s'applique pas selon eux du fait que les séquelles constatées ne sont pas sans rapport avec l'état initial très handicapé de la patiente (état clinique antérieur aux faits) et son évolution défavorable prévisible.

L'expertise médicale pour statuer sur l'affaire est diligentée en mars 2007, soit 2 ans après les faits. L'expert pneumologue soutient que la mention d'aléa médical en absence de faute doit être retenue pour une indemnisation par la solidarité nationale (ONIAM). L'expert souligne que la patiente avait arrêté de son propre chef son suivi habituel auprès du pneumologue (elle ne l'avait pas revu depuis 3 ans). Le lien de causalité entre le geste médical et les dommages sont sans ambiguïté, même si les soins prodigués dans le service de pneumologie ont été attentifs et conformes aux dernières données de la science.

L'impartialité de l'expert a été débattue lors de la procédure : le Professeur K bénéficie d'une grande notoriété, et un médecin expert peut avoir des difficultés à se porter en faux d'un confrère influent. Finalement, aucun défaut d'impartialité n'est retenu.

Le dossier est actuellement en cours de jugement.

Ressenti du praticien

Ce qui ressort de ce dossier est la réaction très vive du Professeur K à la mise en cause de sa responsabilité. Même si la plainte est administrative, c'est-à-dire qu'elle vise l'institution hospitalière et non pas directement le praticien lui-même, la procédure a été source d'une souffrance et d'une remise en question professionnelle intenses pour le pneumologue.

Le professeur K est en effet un pneumologue émérite, rompu depuis des années aux gestes endoscopiques. Il a été très choqué de la mise en cause judiciaire et a envoyé alors un mail à l'ensemble de la communauté universitaire des pneumologues en France pour faire part de son désarroi, et de sa volonté de mettre fin à son activité d'endoscopie si une condamnation était prononcée.

Suite à ce mail, de nombreuses lettres de soutien ont été envoyées des quatre coins de France par les pneumologues. Il en ressort une valorisation du travail du Professeur K, une confirmation que le geste de désobstruction pendant une endoscopie est un geste courant et pratiqué par tous : c'est « une procédure n'ayant jamais été décrite comme faisant courir un risque particulier au patient, permettant l'économie d'une anesthésie générale qui n'est pas sans risque ».

Des phrases tirées de ces lettres sont par ailleurs éloquentes : « les ennuis de Mr V me semblent insupportables », les praticiens sont « stupéfaits », « consternés », « troublés » ; un pneumologue rappelle au Professeur K que ce sont « des moments difficiles mais malheureusement inévitables dans notre pratique très exposée ».

Cet appel à la communauté médicale rend compte d'une blessure narcissique du Professeur K. Il est en effet possible qu'il ait été, à juste titre, ému par l'accident médical du fait des séquelles lourdes présentées par la patiente, mais au-delà de cela son mail, sa menace d'arrêt de pratiques professionnelles et sa mauvaise communication rapportée par la famille (« ils nous a limite grondés d'avoir amené Mme S si tard à consulter », « il a dit qu'il était reconnu internationalement ») montre une remise en cause professionnelle vécue comme insupportable par le praticien du fait de « l'attaque » judiciaire dont il s'estime victime.

2) Le cas de Mme M : la requalification professionnelle

L'anamnèse

Mme M est infirmière dans un service de chirurgie. Elle reçoit en stage une élève infirmière, Melle O, qui l'assiste dans ses soins infirmiers.

Dans ce service est admis Mr D, 78 ans, en janvier 2003, opéré à plusieurs reprises d'un cancer du larynx. Dans l'optique d'une nouvelle chirurgie il est hospitalisé pour la pose d'une gastrostomie.

Les faits

Ce soir de janvier 2003, l'activité du service est intense et Mme M est seule infirmière à s'occuper d'une quinzaine de patients, tout en gérant la présence de son élève. Au cours du tour de distribution des médicaments, elle confie la tâche de distribution de la dose de morphine habituelle à Mr G, voisin de chambre de Mr D : elle lui donne un gobelet avec les cachets de morphine (SKENAN®) préalablement préparé et étiqueté au nom de Mr G.

Melle O se trompe de patient et donne les cachets de morphine à Mr D. Celui-ci n'a jamais pris de morphine et la dose qu'il a avalée est très importante. Melle O avoue tout de suite son erreur à Mme M, celle-ci appelle le médecin de garde du service puis, sous ses conseils, amène elle-même le patient en chaise roulante au service des urgences. Mme M sait en effet que les complications des intoxications morphiniques ne se développent qu'au bout de quelques heures après l'ingestion, et qu'un antidote peut être délivré : le NARCAN®.

Aux urgences, le NARCAN® est administré dès les premiers symptômes d'intoxication morphinique quelques heures après l'admission, et malgré des injections répétées de cet antidote pendant la nuit, Mr D finit par décéder au matin.

La procédure

Mme M et Melle O, ainsi que le médecin des urgences, sont accusés d'homicide involontaire (responsabilité pénale).

Plusieurs expertises médicales ont été demandées suite à cette mise en examen ; elles sont contradictoires : la charge de travail ce jour-là est tantôt déclarée comme normale, tantôt excessive, on évoque parfois une délégation fautive des tâches à Melle O par Mme M, ou encore une mauvaise prise en charge aux urgences avec notamment des erreurs dans l'administration de l'antidote (problèmes de posologie et de voie d'administration). Toutes ces expertises ne donnent pas la même conclusion.

Mme M soutient que l'erreur de Melle O était imprévisible, qu'il ne s'agit pas d'un glissement de tâche mais d'un encadrement, qu'elle a fait au mieux pour demander à son élève des tâches appropriées à son niveau de compétence malgré la surcharge de travail. Elle a prévenu par ailleurs immédiatement le médecin de garde et a emmené le patient aux Urgences comme préconisé sans retard.

Finalement en novembre 2011 (8 ans après les faits), Mme M, Melle O et le médecin des urgences sont condamnés à 6 mois de prison avec sursis. Mme M a fait appel de la décision.

Le ressenti du professionnel de santé

Mme M a quitté le service de chirurgie depuis les faits, et officie désormais comme infirmière libérale. Même si son affaire est toujours en cours et malgré ses inquiétudes vis-à-vis de la suite des événements, elle a souhaité poursuivre son activité.

L'ironie du dossier est qu'elle suit à domicile des personnes de la famille de la victime, donc de la famille de Mr D, qui souhaitent la garder comme infirmière traitante et qu'elle accepte volontiers de soigner...

3) Le cas de Mr G : une vie professionnelle et personnelle brisée

L'anamnèse

Mme P se présente aux urgences d'une clinique suite à des douleurs abdominales un dimanche matin, accompagnée par son ex-mari. Elle a subi une chirurgie abdominale pour une occlusion intestinale aiguë 3 semaines auparavant, et s'inquiète donc d'une mauvaise évolution.

Mr G est infirmier employé par une agence d'intérim. Il travaille de temps en temps dans le service d'urgences de la clinique.

Les faits

Une échographie abdominale est demandée et sera effectuée en fin d'après-midi. En attendant, Mme P est prise en charge par Mr G.

Celui-ci constate en discutant avec elle qu'elle souffre de problème urinaires : sans attendre le diagnostic du médecin, il décide de procéder à un prélèvement urinaire pour faire vérifier que les douleurs abdominales ne soient pas liées à des troubles de l'appareil urologique.

Il explique donc à la patiente qu'il lui faut un ECBU à la recherche d'une infection urinaire. Cet examen est soumis à la prescription médicale, mais il est vrai qu'il est souvent effectué spontanément en dehors de consignes du médecin par des infirmiers pour anticiper la prise en charge et gagner du temps.

Pour réaliser un ECBU, la patiente doit uriner dans un gobelet stérile après une toilette intime consciencieuse par un désinfectant adapté. Voyant que la patiente s'y prenait mal pour se nettoyer, Mr G propose de l'aider : il fait sortir du box d'urgence l'ex-mari et montre à la patiente comment appliquer le désinfectant. La patiente n'arrive pas à uriner, il devra revenir plusieurs fois dans l'après-midi.

D'ailleurs Mr G note que la patiente a des difficultés urinaires depuis quelques temps, et en examinant son ventre, il constate la présence d'un globe vésical (rétention d'urines dans la vessie). Pour aider à libérer cette rétention, une sonde vésicale peut être posée : il profite donc d'examiner la patiente pour localiser le méat urinaire en expliquant à Mme P qu'une sonde sera peut être introduite dans le conduit urinaire et que la pose est parfois difficile chez la femme (difficultés à trouver le méat, c'est-à-dire l'abouchement à la peau de l'urètre).

Finalement l'échographie abdominale ne montre qu'une inflammation ovarienne, la sonde urinaire n'est pas nécessaire et la patiente peut rentrer à domicile.

La procédure

Mme P porte plainte 2 semaines après les faits contre Mr G pour viols répétés. Elle déclare que Mr G est venu à plusieurs reprises la voir dans le box des urgences, sous prétexte d'un prélèvement d'urine, pour la pénétrer avec ses doigts au niveau vaginal et au niveau anal. Elle dit que Mr G lui a tenu des propos sexuels choquants et a profité de sa faiblesse pour lui caresser les cuisses et les fesses. Elle soutient l'avoir dit immédiatement à son ex-mari présent sur les lieux, mais que celui-ci n'a rien fait. Elle souffre depuis cet épisode d'insomnies, de cauchemars et d'un syndrome dépressif. Du fait de la plainte tardive, aucune constatation physique d'agression sexuelle ne peut être réalisée.

Mr G est immédiatement appréhendé et entendu par la police. Il est immédiatement tutoyé, insulté, sans recours à un avocat.

Pendant la phase d'instruction, il est impossible pour Mme P d'établir le nombre d'agressions supposées et leur ordre chronologique. Il existe également de multiples incohérences entre la plainte du 26 juillet 2007, la déclaration au juge d'instruction du 17 octobre 2007, et la confrontation du 15 novembre 2007 avec Mr G au niveau des déclarations de la victime.

La plaignante parle notamment d'une sodomie mais est incapable de décrire la scène. Par ailleurs, Mme P retire sa plainte un mois après, puis finalement repose plainte quelques temps plus tard.

Le juge d'instruction évoque la religion musulmane de Mr G et le fait que sa femme soit voilée : n'y a-t-il pas des difficultés pour Mr G à déshabiller et toucher une femme ?

La défense de Mr G précise que Mme P a déjà porté plainte 4 fois contre des médecins pour viols, et a toujours été déboutée, certains médecins refusent maintenant de la recevoir par crainte de ses réactions. Elle est suivie par 4 médecins généralistes différents et un psychiatre.

La défense demande une expertise psychiatrique de la victime et une expertise infirmière des faits. En effet, l'expertise médicale initiale conclue à la démarche inappropriée de procéder à un ECBU et à un examen abdominal découvrant le globe vésical par un simple infirmier.

La défense indique que cette démarche est courante et adaptée, et que la plaignante ne s'est pas plainte immédiatement des agressions sexuelles ni a averti son ex-mari ou le personnel médical nombreux aux urgences entre les différents viols, ce qui laisse planer un doute notable. Dans cette affaire pénale, il n'y a donc ni fait matériel, ni témoin direct, ni intention de nuire de la part de Mr G.

Le jugement est en cours, mais Mr G est placé en détention provisoirement.

Le ressenti du professionnel de santé

Mr G est resté 5 mois en prison préventive. A sa sortie, ses papiers d'identité ont été confisqués, il est donc dans l'impossibilité d'effectuer des démarches administratives du quotidien (banque, postes, loisirs...). Il est interdit de résidence en Drôme-Ardèche, et il a dû s'installer avec sa femme précipitamment dans le Gars chez sa famille.

Tout le poids financier de la famille repose sur la femme de Mr G, cadre bancaire à Paris. Celle-ci écrit dans une lettre qu'elle a « atteint les limites » et qu'elle a du mal à garder son calme au travail, sous la pression. Elle parle de « colère », de « sentiment d'injustice » qui grandit avec le temps, l'impression que la justice « s'acharne gratuitement ». Elle observe que toute sa famille y compris ses enfants ressort très affectée de cette affaire.

Mr G a arrêté son exercice d'infirmier. Il se lance désormais dans une entreprise de conseil.

4) Le cas de Mme F : la persistance de service

L'anamnèse

Mme F est infirmière au sein d'un établissement pénitentiaire depuis de nombreuses années. Dans cet établissement, les soins infirmiers s'organisent de 8h30 à 16h30. La délivrance de médicaments se fait en une fois pour les maladies chroniques, soit de manière quotidienne, soit hebdomadaire, soit mensuelle. Les détenus en effet sont considérés comme des patients à domicile, il leur revient de gérer leurs médicaments et leur santé, ils sont libres de demander ou non une consultation avec un médecin.

Les médicaments sont toujours délivrés en présence d'un surveillant pénitentiaire.

Mme X a 23 ans et est mère d'un bébé de quelques semaines. Elle est détenue dans cet établissement. Elle n'est pas connue de Mme F en particulier, mais est régulièrement suivie par un psychiatre pour des angoisses et on note dans son dossier plusieurs hospitalisations pour des ingestions de lames de rasoir.

Les faits

Mme X est placée en quartier disciplinaire suite à des violences verbales envers les gardiens le 9 mars 2006. Elle proteste énergiquement contre cette mesure et décide d'entamer une grève de la faim. Dans une démarche contestataire plus que suicidaire, elle ingère 2 lames de rasoir le soir même, sans complication somatique.

Mme X est vue par l'infirmière et le médecin le 10 mars, mais Mme X est très opposante aux soins. Dans la nuit du 11 au 12 mars (samedi soir), Mme X ré-ingère 2 lames de rasoir, et est conduite aux urgences de l'hôpital le plus proche. Le contexte somatique étant encore très rassurant, la patiente est renvoyée en détention avec une prescription de Doliprane®, et remise en quartier disciplinaire malgré les événements. Le dimanche matin 12 mars, l'infirmière Mme F délivre donc du Doliprane® selon l'ordonnance pour 5 jours (4 plaquettes : 40 comprimés de Doliprane® 500 mg).

Le doliprane est en accès libre en pharmacie de ville. La personne détenue est par ailleurs hébergée dans la structure et n'est nullement le patient de l'équipe médicale. L'organisation de la structure pénitentiaire ne peut se permettre de délivrer des médicaments de façon pluriquotidienne, et la responsabilisation du détenu sur son capital santé est de règle : l'infirmière délivre donc comme d'habitude une dose de médicament à répartir sur plusieurs jours.

Le 12 mars à 17h, Mme X absorbe tous les comprimés, et en vomit une partie, ceci étant constaté par un gardien. Une mention interne a été faite au service de surveillance, mais l'infirmière n'a pas été jointe.

Le lundi 13, Mme M est examinée par Mme F. Aucune évocation de l'ingestion massive n'est faite par l'infirmière, ni évoquée par Mme X, d'autant que les plaquettes vides ont été enlevées par les surveillants. Mme X est également vue par un médecin l'après-midi, car sa grève de la faim est suivie depuis 5 jours.

Le 14 mars à 6h30, Mme X est retrouvée morte.

La procédure

L'autopsie a démontré que Mme X est décédée d'une hépatite cytolitique massive dû à une ingestion massive de paracétamol.

Le Dr G, responsable du service de médecine pénitentiaire et Mme F sont mises en examen pour homicide involontaire. Le surveillant présent (Mr R) ce jour-là est également mis en examen : il n'a pas prévenu l'infirmière de l'ingestion de Doliprane®.

Il est possible que Mme X ait eu un geste suicidaire totalement involontaire : elle ne savait peut-être pas la dangerosité potentielle du paracétamol, molécule en délivrance libre en pharmacie, ni que les signes n'apparaissent que 24 heures plus tard, et n'a donc pas signalé son ingestion massive d'autant qu'elle en avait vomi une partie.

L'avocat de la défense de Mme F souligne qu'aucun comportement suicidaire n'a été relevé chez Mme X, le fait d'avaler des lames de rasoir à plusieurs reprises était plus volontiers à visée contestataire quant à sa détention. Il n'y avait donc pas de contre-indication formelle à délivrer les médicaments en une fois pour Mme F.

Le jugement est en cours.

Ressenti du professionnel de santé

Mme F a été soutenue tout au long de cette affaire par son service, où elle continue d'exercer normalement. Elle reste persuadée d'avoir fait son travail correctement, et a confiance en la justice.

REMARQUES A L'ISSUE DU STAGE

La revue de dossiers juridiques nous a permis de conclure à un impact péjoratif évident des mises en cause sur le vécu des professionnels de santé.

Deux remarques semblent importantes à rajouter :

- La relation de Maître DEVERS avec ses clients révèlent de nombreux parallélismes avec la relation médecin-patient : rendez-vous de consultations, empathie, secret professionnel, tenue de dossiers bien codifiée (anamnèse, courriers, expertises à titre « d'examens complémentaires »), accompagnement sur la durée, gestion de la famille et des ayants-droit et application de réglementations générales à un cas particulier. Dans cette relation avec l'avocat, c'est le médecin ou le professionnel de santé qui se retrouve profane comme le patient face au système médical : on retrouve dans les témoignages la peur vis-à-vis de la « machine » judiciaire, le médecin évoluant en territoire inconnu, avec des règles de droit non maîtrisées.

Cette peur entraîne parfois une détresse, perçue par les juristes et le public comme une exagération du ressenti émotionnel du praticien, en d'autres termes une dramatisation de la situation vécue par les professionnels de santé pendant la procédure, ce qui peut contraster avec la détresse des plaignants qui engagent une action qu'ils estiment justifiée. Cette dramatisation, parfois taxée de « victimisation » provient du fait de

l'absence de moyens de relativisation des problèmes juridiques : par un manque de connaissances du système judiciaire, mais aussi probablement par un manque d'accompagnement et des difficultés de gestion de la responsabilité (différente de la culpabilité en termes juridiques) face aux accidents médicaux.

- Nous notons également qu'aucun des dossiers juridiques de maître DEVERS ne traite d'une procédure impliquant un médecin généraliste. Nous avons pu rencontrer en mars 2011 M. MATAGRIN, président des CRCI Rhône Alpes, Bourgogne et Auvergne, afin de recueillir son avis à propos des dossiers proposés à la CRCI. Il nous avait déjà indiqué qu'il n'existe qu'un infime nombre de dossiers concernant la mise en cause d'un médecin généraliste.

Si la mise en cause est globalement mal vécue par les médecins, elle reste très rare chez les généralistes.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons décidé, au vu des concepts développés précédemment, de recueillir l'avis de médecins généralistes à propos du risque médico-légal lors d'une étude menée auprès de 14 praticiens.

Compte tenu de l'ampleur du sujet traité, nous avons choisi d'utiliser la méthode qualitative.

I) CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

La recherche qualitative permet d'étudier des phénomènes complexes dans leur milieu naturel tout en conservant une place centrale aux acteurs, elle permet une enquête dite de « terrain ».

L'enquête de terrain produit des informations observationnelles, elle privilégie l'interprétation et la description, plutôt que le raisonnement hypothético-déductif communément utilisé en raisonnement médical. Elle s'intéresse aux mécanismes d'adéquation entre le réel de référence pris comme objet (la réalité des personnes étudiées) et les interprétations et les théorisations qu'en propose le chercheur.

Nous pensons qu'une enquête de terrain est la méthode de choix pour rendre compte de notre question de recherche : elle se veut au plus près des situations naturelles du sujet. Nous abordons en effet la population étudiée dans son milieu (cabinets médicaux), dans son quotidien, au détour d'une « conversation naturelle ». Cet abord permet de recueillir autant de points de vue que de ressentis et de représentations, produisant des informations contextualisées et transversales (104).

Cet accès au quotidien des acteurs, ici des médecins généralistes, permet d'aborder au mieux leurs points de vue et leurs ressentis, tout en les gardant dans une situation la plus « confortable » possible pour évoquer des sujets potentiellement douloureux et difficiles comme le risque médico-légal.

II) LA METHODE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Six grands types de production de données sont envisageables dans une enquête de terrain :

- L'insertion du chercheur dans le milieu ou « observation participante »
- Les observations
- Les entretiens (données à partir du discours du sujet)
- Les procédés de recension (produire des données intensives en nombre fini : inventaires, plans, listes...)
- Les sources écrites (littérature, presse, archives...)
- Les données audiovisuelles (données audiovisuelles produites par le chercheur ou par des acteurs locaux ou extérieurs).

Nous avons choisi la méthode de production de données par entretien. La méthode par entretien a un intérêt essentiel dans notre étude : elle permet de considérer l'interlocuteur tantôt comme un consultant (sollicité pour ses connaissances), tantôt comme un narrateur (qui exprime son vécu).

Il existe trois types d'entretiens en recherche qualitative : l'entretien structuré, l'entretien semi-structuré ou semi-dirigé, et l'entretien « *en profondeur* » (« *in depth interview* ») :

- L'entretien structuré est directif, le chercheur interroge le sujet au moyen de questions prédéfinies, précises, standardisées. Les réponses sont relativement courtes.
- L'entretien semi-structuré (ou semi-dirigé) est moins directif, il est composé de questions ouvertes prédéfinies mais à partir desquelles le dialogue peut diverger.
- L'entretien « *en profondeur* » est moins structuré que les précédents. Il n'explore qu'un ou deux thèmes énoncés au début, mais plus en détail (105).

Pour conserver à la fois un cadre d'étude et une liberté de parole, nous avons choisi l'entretien semi-dirigé pour notre étude.

III) L'ECHANTILLONNAGE

L'échantillonnage selon la méthode qualitative ne se veut pas statistiquement représentatif, il s'agit d'observer un maximum de pratiques différentes.

Notre choix a été de contacter des médecins installés, mais aussi des médecins remplaçants, de façon à obtenir un large panel d'âges et de pratiques. Nous nous sommes limités aux médecins installés ou inscrits dans le département du Rhône pour des raisons pratiques (temps et frais de déplacement de l'enquêteur) lors de notre étude.

Les médecins ont été contactés selon une « mailing list » ou « liste de diffusion » : d'un côté une mailing list fournie par un ancien maître de stage (contacts de sa messagerie professionnelle) pour les médecins installés, de l'autre une mailing list de médecins remplaçants connue depuis le stage en SASPAS réalisée par l'examineur et qui est utilisée et réactualisée régulièrement pour diffuser des informations de remplacements entre jeunes médecins.

Un tirage au sort a été effectué au fur et à mesure du déroulement de l'étude dans chacune des mailing listes : au final, 4 emails ont été sélectionnés chez les remplaçants, et 10 chez les médecins installés.

Un message électronique de demande de participation à cette étude a été envoyé nominativement à chacune des adresses mails tirées au sort. En cas de refus de la part d'un médecin contacté, ou en cas d'absence de réponse, un autre email a été tiré au sort parmi les deux listes respectives, etc.

Au fur et à mesure de l'étude, en plus du tirage au sort, certains praticiens ont été contactés selon leurs caractéristiques démographiques, notamment pour « toucher » toutes les tranches d'âge et équilibrer la répartition des sexes.

L'examineur a réalisé 14 entretiens entre mai et juillet 2012. Cinq praticiens contactés par mails, tous faisant partie de la mailing liste « médecins installés » ont refusé l'entretien lors d'un mail de réponse, 8 n'ont pas répondu (donc 10 réponses positives sur 23 demandes en tout chez les médecins installés). Parmi la mailing liste « remplaçants », tous ont répondu positivement et participé à l'entretien (4/4).

La taille de l'échantillon a été déterminée lors de la saturation des données : elle a été atteinte au bout de 14 entretiens.

IV) LE DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Chaque entretien a été réalisé par le même chercheur. Notre position d'étudiante, et plus particulièrement de thésarde en médecine a été un atout lors de ces entretiens : ceci a permis un sentiment de confraternité entraînant une complicité lors des entrevues, et un statut d'observateur externe, sans interférence hiérarchique qui aurait nui à la libre expression de ressentis en particulier négatifs. Le sujet n'a pas d'autre intérêt personnel que la gratification de participer à une recherche. L'enquêteur ne déclare par ailleurs aucun conflit d'intérêt lors du déroulement de ces entretiens.

Les médecins interrogés ont été rencontrés à leur cabinet ou à leur domicile, selon leurs convenances. Au cours de l'entretien, le tutoiement ou le vouvoiement a été utilisé selon les désirs de l'interlocuteur (la question a été posée avant chaque entretien).

Les entretiens ont été menés selon un guide d'entretien (ANNEXE 1), préalablement testé auprès de deux praticiens et soumis aux encadrants de mémoire avant le début des investigations.

Chaque entretien a été enregistré par un dictaphone, avec accord du médecin interrogé, pour retranscrire fidèlement le vocabulaire, le ton et le rythme employés par les sujets.

Chaque entretien est totalement anonyme, et ceci a été précisé à chacun des enquêtés de façon à garder un ton de confidentialité complice entre le chercheur et le médecin interrogé et une libre expression de la parole recueillie.

V) L'ITERATION QUALITATIVE

L'enquête de terrain procède par itérations, c'est-à-dire par allers retours : allers retours entre la problématique et les données, entre les résultats de la collecte des données et l'échantillonnage.

Tout au long de notre étude, notre guide d'entretien s'est modifié en fonction des données collectées et des contacts avec les interlocuteurs : reformulation de questions, utilisation de phrases ou de mots de relance. Le guide d'entretien présenté en annexe est le guide final.

L'échantillonnage a également été adapté pour aborder plusieurs types de pratiques différentes, comme expliqué dans la sous-partie « échantillonnage ».

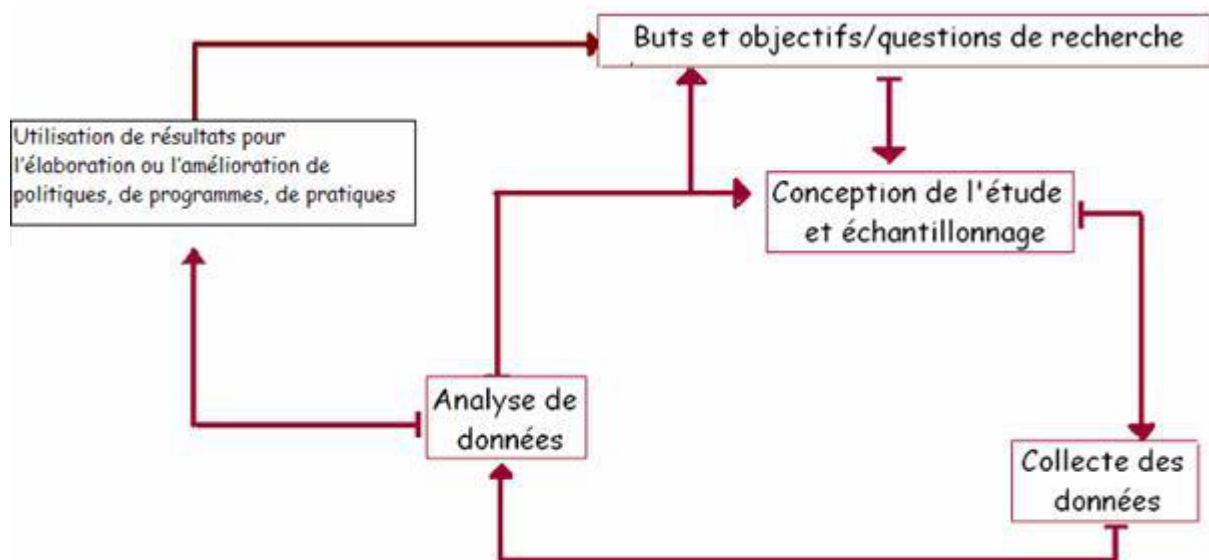


Illustration n°3 adaptée de CRABTREE B.F. et MILLER W.L. : Itération qualitative. (120)

VI) QUESTIONNAIRE ET ANALYSE DES DONNEES

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le questionnaire semi-dirigé a été testé sur 2 médecins préalablement au début de l'étude et soumis à l'approbation de 2 encadrants. Les réponses attendues par l'enquêteur ont été répertoriées en marge du guide d'entretien.

Le questionnaire est composé de questions fermées initiales pour se renseigner sur les caractéristiques démographiques du répondant, puis de questions ouvertes qui abordent plusieurs thèmes :

- La définition du risque médico-légal. Une proposition de définition par la revue *Prescrire* a permis de vérifier auprès du praticien interrogé son opinion et d'utiliser une base de définition commune pour le reste de l'entretien.
- Les situations à risque médico-légal en médecine générale
- La judiciarisation de la médecine
- Les obligations légales du médecin généraliste
- Les responsabilités médicales
- Les moyens de prévention du risque médico-légal en médecine générale

Ces questions se sont articulées autour d'un récit demandé par l'enquêteur, d'une situation librement choisie par le répondant où sa responsabilité de médecin a été engagée.

Pour obtenir le maximum de données quant à notre sujet, nous avons multiplié les entretiens afin d'obtenir une triangulation des données, jusqu'à la saturation. On croise en effet les informations des entretiens pour effectuer un recoupement des thèmes, que nous présentons dans la partie DISCUSSION.

RESULTATS

14 entretiens ont été réalisés par le même enquêteur entre mai et juillet 2012. L'intégralité de la transcription des entretiens est disponible en ANNEXE 2. Pour ne pas trahir la parole des enquêtés, nous avons laissé tel quel le langage parlé utilisé.

Les médecins sont désignés par des lettres, de DR A à DR N, et l'enquêteur est signalé par ses initiales : NR.

I) CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES REpondANTS

Dans un souci de clarté, nous présentons sous forme de tableaux les caractéristiques des médecins interrogés.

	Sexe	Age	Année de thèse	Activité des remplacements
Docteur B	Masculin	31	2012	Semi-urbaine
Docteur C	Féminin	30	2011	Rurale
Docteur F	Féminin	30	2011	Urbaine
Docteur N	Féminin	28	2012	Semi-urbaine

TABLEAU n°2 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins remplaçants

	Sexe	Age	Année d'installation	Activité	Collaboration (nombre de collaborateurs)
Docteur A	Féminin	30	2010	Urbaine	Oui (1)
Docteur D	Féminin	52	1988	Urbaine	Oui (1)
Docteur E	Féminin	52	1994	Urbaine	Oui (3)
Docteur G	Masculin	40	2010	Semi-urbaine	Oui (5)
Docteur H	Masculin	54	1989	Urbaine	Oui (1)
Docteur I	Masculin	52	1990	Rurale	Oui (1)
Docteur J	Masculin	56	1992	Rurale	Non
Docteur K	Féminin	38	2007	Semi-urbaine	Oui (1)
Docteur L	Masculin	40	2003	Semi-urbaine	Non
Docteur M	Masculin	48	2002	Rural	Non

TABLEAU n°3 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins installés

II) PRESENTATION DES MEDECINS ET DES RECITS

L'entretien semi dirigé s'articule autour d'un récit demandé à chaque répondant : il s'agit de la libre évocation d'une situation où la responsabilité médicale du praticien interrogé a été engagée, donc avec un risque médico-légal sous-jacent.

Nous allons présenter les **médecins** et les **récits** qu'ils ont choisis, ainsi que les **principales thématiques abordées** par les répondants selon le plan du questionnaire : la définition du risque médico-légal, la judiciarisation de la société, les responsabilités/les obligations médicales et les moyens de prévention du risque/les conduites d'évitement.

Les connaissances en matière de responsabilités médicales seront analysées plus en détail dans la DISCUSSION.

DOCTEUR A :

Le Docteur A est une femme de 30 ans, célibataire et sans enfant, installée avec un collaborateur depuis 1 an et demi. Elle a choisi de s'installer juste après sa thèse. Son activité médicale est urbaine.

Le Docteur A a choisi d'évoquer une plainte pénale qui concernait une consœur, avec laquelle elle a réalisé son internat, lors d'un semestre en service d'urgence. Une patiente a été reçue par la consœur du Docteur A aux urgences, suite à une plaie d'un doigt. Cette consœur a pratiqué une suture du doigt, qui s'est surinfectée secondairement. La consœur du Docteur A a été entendue au commissariat quelques temps après pour une enquête de police préliminaire, dans le cadre d'une plainte pénale.

Même si le Docteur A a suivi cette situation de loin, elle se dit encore profondément marquée.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal :

- Le retard diagnostic : « *Pour moi ce serait les situations où euh... par exemple on arrive pas faire un, enfin on tourne autour d'un diagnostic et on trouve pas vraiment et du coup on finit par euh... Bah que le temps...euh... qu'on ait du mal à évoquer un diagnostic qui soit intéressant au bout de longtemps et du coup que le patient soit mécontent. »*
- La mort « *Je sais pas, ne pas l'envoyer aux urgences alors qu'il y aurait fallu et qu'il meure dans la nuit par je sais pas quoi. »*
- La perte de chance « *Enfin une perte de chance pour lui au final... »*
- L'erreur et la faute : « *Par exemple un patient qui pourrait nous attaquer pour quelque chose qu'on aurait fait, ou qu'on aurait mal fait... »*
- Le patient procédurier : « *Pas de changement de pratique mais je dirai plutôt par moment vis-à-vis de certains patients une petite suspicion... (rires). J'ai ma suspicion qui peut s'instaurer. En me disant que peut être que celui-là, si j'écris pas assez de trucs dans le dossier, ben... Il serait bien capable de me tomber dessus ».*

La judiciarisation de la société :

- L'évolution du statut du médecin : « *Je pense, notre profession était protégée parce qu'il y avait le curé et le médecin... on avait une position plus favorable dans l'esprit des gens et maintenant je pense que ça change* »
- L'évolution du patient : « *Ils auraient pas pensé à impliquer leur médecin dans une procédure judiciaire, alors que maintenant en 2011 voire 2012 je pense que les gens y ont plus recours, à la justice pour se faire justice à eux-mêmes* »
- Le médecin-victime et la disproportion des mises en cause : « *Moi ça me paraît complètement disproportionné* ». « *D'accuser quelqu'un ça doit faire du bien, d'accuser les gens... au moins on se demande pas soit même si on a fait quelque chose de pas bien quoi !* »
- Le poids de la mise en cause : « *Je pense que... je pense que la vie elle doit bien changer ! Et on doit plus avoir le même regard sur les gens* ».

La responsabilité médicale

- L'obligation de traçabilité de la prise en charge : « *Enfin les obligations qu'on a, être capable de pouvoir rendre des comptes sur ce qu'on a fait, et d'être capable d'expliquer nos démarches : noter dans un dossier, avoir un dossier conséquent. Ben si on a, si on a un problème de pouvoir nous justifier, avec un dossier qui soit rempli. Enfin je crois que c'est ça votre obligation* »

Les moyens de prévention/conduites d'évitement

- La communication : « *La communication, très important ! c'est là qu'on peut dénouer plus d'une situation je pense.* »
- La compétence et ses limites : « *Mais après faire plutôt les choses où je suis à l'aise, oui, les choses où je suis pas à l'aise je les fais pas et puis voilà quoi !* »

DOCTEUR B

Le Docteur B est un remplaçant de 31 ans, bientôt père de famille pour la première fois, thésé depuis le 7 mars 2012. Il remplace régulièrement son père, médecin généraliste

également, ainsi que les associés de son père. Le cabinet paternel est situé dans une zone semi-urbaine.

Le Docteur B a évoqué une situation difficile avec une patiente, qui lui a reproché d'avoir négligé un résultat d'examen gynécologique (un kyste ovarien au scanner pelvien), ce qui a entraîné un retard de prise en charge mais sans aucun préjudice ultérieur, puisque la chirurgie effectuée par la suite a révélé que l'anomalie ovarienne était bénigne.

Le Docteur B ne se souvenait pas précisément de la situation, mais il se rappelle que le résultat d'examen lui a été présenté en toute fin d'une consultation demandée pour un autre motif, et qu'il s'agissait d'une période d'activité chargée. Sans que cette situation n'ait abouti à une mise en cause juridique, un risque médico-légal a été ressenti par le Docteur B, ainsi qu'une culpabilité.

Son père, qu'il remplaçait, a été un soutien important.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- Un risque évoquant une sémantique juridique : *« Ça m'évoque un avocat, une plainte, euh, erreur médicale sans que je sache exactement du point de vue juridique la définition, une erreur médicale, une procédure de justice, euh, indemnisation des victimes, un préjudice... »*
- L'erreur de prescription : *« Je rédige mon ordonnance, se tromper sur les posologies, appeler en considération les interactions médicamenteuses, les médicaments, les pathologies ou antécédents du patient. »*
- L'aléa d'un geste : *« Si on fait un choc avec l'anesthésie à la Xylocaïne®... »*
- L'erreur relationnelle : *« ça peut être la conséquence d'une altercation, quelque chose ressenti comme une altercation au téléphone ou une situation conflictuelle verbale (...) Oui, le relationnel au téléphone, c'est là où l'on est un peu plus tendu, parfois oui j'ai entendu dire qu'il y a des plaintes. »*
- Le refus de soins : *« Refus de soin par exemple, par un médecin débordé qui ne peut pas prendre le patient. »*
- La peur : *« En tant que jeune médecin on y est familiarisé pourtant cela nous fait un peu peur. On n'a pas trop envie que cela nous arrive non plus. »*
- La culpabilité : *« Moi je ne m'en souvenais plus, je n'étais pas très à l'aise. Culpabilité... »*

La judiciarisation de la société

- L'américanisation de la société : « *Oui, oui ça me fait penser que ça vient un peu des USA, le changement de notre société qui vient des USA, il y a peut-être une judiciarisation qui ne concerne pas seulement la médecine. »*
- La fatalité de la mise en cause de la responsabilité : « *Progressivement cela va être de plus en plus présent dans l'exercice de la médecine, je pense que c'est quelque chose auquel il faut s'attendre. Moi qui suis jeune médecin je suis allé au Conseil de l'Ordre des médecins. Quand tu as un entretien avec un médecin de l'Ordre, il t'en parle. »*

Les responsabilités/obligations médicales

- Le secret médical : « *Le secret médical, bien sûr ! »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- La compétence : « *Je ne pense pas que j'arrêterai les sutures pour un risque médicolégal. S'il m'arrivait un pépin, je pourrais changer d'avis mais, pour l'instant, pas. »*
- Le temps : « *D'abord la notion de temps, c'est vrai. Dans mon histoire si j'avais été tranquille, plus calme, si j'avais eu plus de temps, j'aurais eu plus de temps pour réfléchir sur la situation et apporter une meilleure information. »*

DOCTEUR C

Le Docteur C est médecin remplaçante, de 30 ans, sans enfants, thésée depuis octobre 2011. Elle effectue un remplacement fixe en milieu semi-rural. Une installation n'est pas envisagée pour le moment.

Au moment d'évoquer une situation engageant sa responsabilité de médecin, le Docteur C a pensé à une consultation aux urgences pédiatriques lors de son internat, mais n'est pas parvenue à se rappeler précisément les circonstances. Elle se souvient d'une mère agressive, revendiquant un examen pour son enfant, demande à laquelle l'équipe médicale a résisté. Cette mère de famille a pris le nom et les coordonnées du Docteur C, qui s'est sentie menacée. Elle estime néanmoins avoir été soutenue par son responsable. Les conséquences médicales de cette consultation ne sont pas connues.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- Le procès : *« C'est la procédure judiciaire, par les patients. »*
- La rédaction de certificats : *« Risque, c'est-à-dire c'est que dès que l'on fait un certificat (...) Ben, tout ce qui est certificats, euh... On s'engage plus officiellement, quoi, on signe un papier, il y a vraiment une trace écrite, donc on peut si il y a des poursuites ou quoi, c'est vraiment une trace... »*
- Le statut du médecin généraliste : *« Je l'ai moins ressenti qu'à l'hôpital en tant qu'interne. Je trouve que en cabinet c'est quand même des gens qu'on voit qui, comme je fais des remplacements fixes, c'est quand même des gens que je vois régulièrement, que je commence à connaître, et du coup il y a une relation qui s'instaure avec les gens, du coup il y a un certain dialogue qu'on a pas forcément à l'hôpital donc tout le côté procédure je trouve qu'il est beaucoup moins présent en cabinet parce que je pense qu'il n'y a pas la même communication, y a pas la même relation avec les gens. Comme on est le médecin traitant, on voit souvent les personnes on suit leur famille, on va les revoir des fois, on les connaît depuis longtemps, donc, la relation n'est pas du tout la même, et du coup le côté procédure on le ressent beaucoup moins et... »*
- Le téléphone : *« Non, c'est vrai, quand on répond au téléphone qu'on a pas vu les gens, effectivement c'est vraiment une situation où on peut dire là si tu as un problème, qu'on n'a pas vu les personnes, et qu'ils portent plainte et s'il y a un souci c'est clair qu'il y a plus de risque, voilà (...) car c'est vrai les appels par téléphone, oui, je n'y avais pas pensé mais c'est sûr que quand n'a pas vu les gens... Mais je leur dis aux gens écoutez au téléphone comme cela ce n'est pas facile, je préférerais que vous veniez en consultation mais on répond souvent au téléphone, on est un peu obligé quelque part. »*
- La visite à domicile : *« Ou alors les gens qu'on voit au domicile et qu'on a pas forcément sous la main, qui habitent loin, qu'on voit une fois et puis euh ils ne viennent pas facilement au cabinet ou il peut y avoir des problèmes effectivement car ils n'ont pas appelé spontanément voilà je crois que... »*
- Le patient procédurier : *« C'est peut-être plus en fonction du profil des patients. Il y a des patients qui sont plus procéduriers que d'autres...(…) Les patients qui pourraient être procéduriers ? Oui, parce que c'est des gens qui euh voilà qui parlent de problèmes qu'ils ont déjà eus et en fait, on sent une certaine, oui une certaine*

psychologie des gens et qui disent oui voilà j'ai déjà eu tel problème et on ne m'a pas pris en charge correctement, on n'a pas fait ce qu'il fallait, oui ce sont gens qui rapportent des choses, ce qu'ils ont vécu et on sent des gens du coup qui auraient tendance à faire des procédures judiciaires »

La judiciarisation de la société

- Une augmentation des plaintes : *« Pas grand-chose... Moi, j'avais juste la notion qu'effectivement les patients maintenant étaient plus procéduriers, qu'il y avait plus de plaintes qu'avant et que ...Voilà. Mais, après judiciarisation euh, je ne sais pas, je n'en sais rien. Et puis il y avait cette notion là qu'il y avait, effectivement, plus de procès, voilà plus de plaintes de la part des patients, qu'il y avait un contexte médico-légal qui était plus important qu'avant, qu'il fallait pas faire plus attention, mais qu'il fallait vraiment tout noter, ceci a été dit ceci a été noté »*

Les responsabilités/obligations médicales

- Le secret médical : *« Le premier truc auquel je pense est le secret médical voilà, ça c'est hyper-important, c'est le premier truc qu'on nous apprend. Donc, si je pense à ça, c'est vrai, il y a le secret médical, (soupir) après euh... »*
- La non-assistance à personne en danger : *« Tout ce qui est non-assistance à personne en danger. Donc si jamais il y a une demande de la part d'un patient, d'être bien attentif à sa demande et de bien savoir répondre et de bien faire attention qu'on ait répondu, qu'il n'y ait pas eu d'oubli, de ne pas passer à côté d'une demande, voilà. »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- La communication et l'écoute active : *« C'est le dialogue avec les gens, se dire qu'il vaut mieux passer un peu plus de temps à discuter avec les gens, quitte à être en retard sur une autre consultation, euh je pense que c'est le dialogue, enfin communiquer avec les gens, discuter avec eux, leur faire comprendre, les écouter jusqu'au bout, pas les couper, pas être agressif euh bien comprendre leur demande, reformuler leur demande, bien voir qu'on a compris, accéder en partie à leur demande aussi, enfin ça dépend du problème, mais c'est surtout le dialogue »*
- La compétence : *« Il faut être compétent, il faut être compétent dans son domaine, ne pas s'engager à faire des choses qu'on ne sait pas faire. »*

- La gestion du temps : *« Ouais, ça le temps, ça se gère euh, moi je refuse, je prends trois consultations par heure et je refuse d'en faire plus, parce que le médecin que je remplace il en fait plus. Moi j'avais dit dès le départ que je n'en ferais pas plus. Des fois ça arrive que j'en fasse plus quand il y a des urgences entre deux, sinon j'en fais 3 par heure et j'essaie de m'y tenir c'est clair que d'avoir le temps dans une consultation c'est hyper-important car si n'a pas le temps, si on est pressé, si on est stressé, si on a plein de gens à voir, on n'a pas le temps pour discuter avec les gens on ne les écoute pas et, du coup communication mauvaise, et c'est là qu'il y a des problèmes, des procédures etc... »*
- Répondre aux demandes des patients : *« Et après je me suis dit après des demandes d'examen comme cela il faut être bien vigilant euh et essayer de répondre vraiment à la demande des gens, parce que finalement on n'est pas à l'abri, si on passe à côté d'un truc grave, ou je ne sais pas, c'est vraiment le manque de bol, on n'est vraiment passé à côté de quelque chose à ce moment-là ça va forcément se retourner contre nous, donc, les gens qui insistent vraiment, quand on sent des gens agressifs ou procéduriers déjà pas s'énerver, limite exceptionnellement peut-être, changer un peu son point de vue et essayer un peu d'aller dans leur sens pour ne pas avoir de problèmes derrière, quoi. » (...)*
- Eviter le conflit même en cas de demandes injustifiées : *« Ouais, parce que il y a des gens en fait j'ai l'impression que si ne lâche pas du lest, si on ne répond pas à leur demande, qu'on leur ne fait pas comprendre qu'on a compris etcils... voilà...ouais, c'est des gens qui peuvent mettre la pression du coup ouais, et après ça s'enchaîne...quoi...d'abord il ne faut pas s'énerver, je pense qu'il faut prendre plus le temps, plus discuter avec eux et après oui au niveau des examens, je pense, que j'explique mon point de vue, mais quand je vois que ça ne passe pas et que, de toutes façons, ils n'ont qu'une idée en tête et qu'ils sont focalisés là-dessus du coup ça m'est arrivé oui effectivement de prescrire des examens qui n'étaient pas forcément justifiés d'un point de vue médical, mais je savais que cela allait calmer le jeu et éviter des ennuis derrière ».*
- Bien remplir le dossier médical : *« Oui, ben oui, tout mettre dans le dossier ouais après c'est sûr qu'en pratique on ne peut pas non plus tout mettre, c'est évident, mais au moins l'examen clinique, la base, il faut quand même l'avoir marquée, ceci dit les choses importantes, il faut les avoir notées, pour moi c'est essentiel. »*

- Eviter la solitude, demander des avis spécialisés : « *Si le problème n'est pas clair pour nous, oui une consultation chez le spécialiste ça conforte quand même, de ne pas être tout seul dans le diagnostic. (...) S'entourer de confrères, avoir d'autres avis oui, déjà ça permet d'en parler d'avoir un autre regard, et puis, voilà , ne pas être tout seul dans l'histoire, de mieux gérer la situation, oui. »*

DOCTEUR D

Le Docteur D est une femme médecin de 52 ans, installée depuis 24 ans en collaboration avec son mari, lui-même médecin généraliste. Elle a passé sa thèse en 1987, l'année de naissance de son fils. Son activité est urbaine, elle est tournée vers la pédiatrie et la gynécologie. Le Docteur D a également une activité d'enseignement, elle reçoit un interne quelques jours par semaine et s'occupe du séminaire « Erreurs médicales » proposé aux internes de médecine générale à la Faculté de Médecine de Lyon 1 Claude Bernard.

Le Docteur D évoque un patient d'une cinquantaine d'années, alcoolique avec des complications viscérales sévères. Il a refusé lors d'une consultation avec le Docteur D toute idée d'hospitalisation, ce que le médecin a accepté du fait de l'absence de troubles cognitifs du patient, en respectant sa volonté.

La famille du patient avait le désir de mettre le patient sous tutelle, de façon à l'obliger à se rendre à l'hôpital. Dans ce but, la famille a consulté un psychiatre, qui, sans avoir vu le patient, l'a appuyée dans cette démarche. Finalement, la famille a voulu forcer la main du Docteur D, en lui demandant expressément un certificat de mise sous tutelle.

Le Docteur D avait peur de ne pas savoir dire non, elle raconte avoir été heureusement entourée de son mari, du Conseil de l'Ordre et de son assureur préalablement consultés, l'empêchant de céder à la pression.

Le patient est toujours vivant, vit avec sa compagne et n'est toujours pas sous tutelle.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- La peur, la menace : « *Le côté sanctionnant, le côté qui fait peur, le côté qui impressionne une épée de Damoclès* ».

- L'existence de situations à risque : « *Je dirais, toutes, toutes... Je citerais peut-être un peu plus les situations d'urgence, l'enfant... Je pense que les parents seraient plus amènes pour comprendre, pour chercher la vérité, se dédouaner etc... »* »
- Le téléphone : « *Le téléphone aussi, c'est vrai, je fais plus attention ces derniers temps-ci. »* »
- Les visites à domicile : « *Les visites à domicile aussi. »* »

La judiciarisation de la société

- La judiciarisation comme une forme nouvelle de médecine : « *La judiciarisation de la médecine, c'est cette médecine vue par le côté judiciaire, juridique, médicolégal observée de cette manière-là, ce n'est pas la médecine que j'exerce. Je n'ai pas très peur de cela. »* »
- L'absence de ressenti de la judiciarisation au quotidien : « *Non moi je ne la ressens pas cette dérive en tout cas. Peut-être, il y a une prise de conscience que la médecine peut-être peut aussi passer dans la justice, c'est tout. Cela existait déjà avant ».* (...) « *Non, en fait non, Ce qui m'a fait le plus peur c'est de ne pas savoir m'opposer à cette famille, être assez forte, c'est de ne pas savoir leur dire non. Et de me dire, est-ce que tu fais bien. Est-ce que c'est ça que tu dois faire ? La capacité de dire non face à ces 3 hommes qui sont dans ton bureau et que tu vas devoir revoir demain et qui vont te menacer. Mais la menace de l'avocat ne me faisait pas du tout peur. »* (...) « *Je n'ai pas extrêmement peur et je trouve que cela est exagéré ».* »

Les responsabilités/obligations médicales

- La responsabilité contractuelle et l'obligation de soins : « *Les obligations légales, c'est respecter le contrat passé avec son patient, obligation de moyens, information au patient... »* »

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- L'importance de la communication et du relationnel : « *Le moyen qui est formidable c'est le contact déjà, c'est déjà... la plupart des histoires sont dues à un défaut relationnel, donc déjà, si on arrive à mettre à plat le problème, à le prévenir de cette manière-là et surtout à sentir la situation, à expliquer, réexpliquer, parler, convoquer, téléphoner. »* »

- Faire revenir et réexaminer les patients : *« Donc, accepter de faire revenir les gens : aujourd'hui je ne savais pas, mais finalement il faut faire hospitaliser votre petite fille, ça c'est dans la prévention médico-légale, je fais ça bien sûr pour le bien de l'enfant bien sûr pour qu'elle soit soignée au mieux et aussi et surtout bien sûr sur le plan médico-légal j'ai expliqué pourquoi hier je ne l'avais pas fait et aujourd'hui je le fais. »*
- La compétence : *« S'ils ont les compétences pour l'assurer... Pour la pédiatrie, je vais très loin en pédiatrie, car j'estime que j'ai les compétences. Les infiltrations, j'ai décidé dès le départ de ne pas en faire, car pour moi c'était un geste technique difficile effectivement qui comportait des risques et je ne me sentais pas de les assumer, mais ça n'empêche que j'ai des confrères qui les font très, très bien et qui mettent en place tous les moyens pour éviter tous les effets indésirables et de mal faire. Pourquoi pas et pourquoi ils ne continueraient pas, hein ? C'est pareil pour la gynécologie, je peux en faire moi de la gynéco et d'autres confrères n'en feront pas. C'est surtout une histoire de compétences. »*
- Le temps et la bonne tenue des dossiers : *« Le temps oui j'aimerais en avoir un peu plus pour mieux remplir mes dossiers. » (...) J'écris maintenant depuis quelque temps, je ne sais pas pourquoi je le fais d'ailleurs, je n'ai jamais eu d'histoire souvent au téléphone quand je prends une décision au téléphone, avant de faire un examen, de prendre tel ou tel médicament, je l'écris dans le dossier, je vais l'écrire. »*
- L'avis de spécialistes et des groupes de pairs : *« Parce que je pense qu'en vieillissant un médecin qui vieillit est un médecin qui prend de plus en charge les patients seul, c'est ce qu'on se disait quand on était de garde alors qu'un interne finalement envoie très vite un consultant pour se rassurer parce ... Un vieux médecin pense savoir et des fois prend de plus en plus en charge beaucoup de choses, mais je pense que ce n'est pas non plus toujours bon. Je me donne un peu cette règle, à la troisième consultation pour la même plainte, je me dis bon là, peut être envoyer chez le dermatologue, peut être envoyer à mon mari : tu peux t'en occuper s'il revient 3 fois. »*
« Mais après les groupes de pairs, il y a des discussions, cela permet d'expliquer les consultations un peu difficiles, c'est un peu le principe des groupes de pairs. »
- L'avis du Conseil de l'Ordre : *« Je me réfère souvent au Conseil de l'Ordre c'est sûr, je fais souvent appel à la responsable juridique de l'Ordre, dès que j'ai un doute sur un problème éthique, un problème déontologique, j'ai chaque fois les réponses qui me conviennent. »*

DOCTEUR E

Le Docteur E est également une femme, de 52 ans. Elle a d'abord travaillé en PMI et au planning familial, puis elle s'est installée depuis 1994. Elle est actuellement dans un cabinet avec 2 collaborateurs, avec une activité urbaine. Elle reçoit également un interne en stage.

Sans que cette situation n'ait abouti à une réclamation juridique, le Docteur E a fait le récit d'une consultation où elle s'est trompée d'enfant en réalisant un vaccin anti méningocoque à un garçon, le vaccin étant initialement prévu pour son frère. Le garçon avait déjà reçu une dose de ce vaccin (qui ne nécessite pas de rappel). Le Docteur E s'est aperçue de son erreur à la fin de la consultation, et a pu l'expliquer immédiatement à la mère de l'enfant. L'accident médical n'a eu aucune conséquence, ni médicale, ni judiciaire, mais la simple pensée d'avoir fait courir un risque de complications à cet enfant a été préoccupant pour le Docteur E.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médicolégal

- Le procès, la responsabilité, la faute : *« Ah ben le procès, (rires) on va dire que c'est la ...si on veut parler d'évocation, c'est la mise en cause du médecin en terme de faute, mais de responsabilité vis à vis de cette faute. »*
- Les retards diagnostics : *« Je pense que les patients qui nous reprocheraient, à nous les généralistes, avec les retards de diagnostic et les défauts de prise en charge, inadaptées. »*
- L'absence de mise en œuvre de moyens : *« Oui, thérapeutiques ou pas avoir appelé le SAMU pour une douleur thoracique ou je ne sais pas, oui c'est ça, pas avoir fait un ECG pour une douleur abdo, il me semble qu'il y a eu un procès quelqu'un qui a des dorsalgies intenses et c'était bien une dissection aortique. Enfin bon, un peu des choses où le diagnostic est évident a posteriori. »*
- La nécessité d'être vigilant : *« Mais ça, on est un peu vigilant. Peut-être la posture d'un enseignant fait que j'enseigne la vigilance aux étudiants en stage, donc peut-être ça me rend plus vigilante »*
- La fatigue comme facteur de risque : *« Alors, il est évident que les journées à risques sont peut-être les journées où on est fatiguée, surchargée, les périodes d'épidémie. »*
- Le téléphone : *« La responsabilité quand on répond au téléphone, enfin il y a deux façons de voir le téléphone : le téléphone comme élément perturbateur qui va être*

responsable d'une erreur ; ça c'est à nous d'essayer de faire en sorte que ça existe pas, d'être moins dérangée, ça c'est pas toujours possible et puis le téléphone, ben, la réponse téléphonique qui... qui va ensuite être prise en cause, pourquoi pas... » (...) « ça j'ai bien conscience qu'à partir du moment où on décroche et qu'on répond au patient on peut être mise en cause par défaut d'intervention par exemple d'un refus de visite à domicile et d'un conseil téléphonique mais c'est pareil pour les médecins régulateurs ; sauf qu'eux, c'est enregistré, c'est plus facile après de savoir ce qui s'est réellement passé après ça va être la parole du médecin... et celle du patient... compliqué... »

- Les demandes pressantes : *« Dans la vraie vie, il y a une demande, et pressante, et le médecin est quand même soumis à cette pression. On a beau essayer de se prémunir et c'est là quoi. »*

La judiciarisation de la société

- L'évolution de la société et la non-acceptation du risque zéro : *« Moi je dirais que le risque est le même parce que notre métier il a pas quand même pas tellement changé, c'est la société qui a changé, c'est la société qui a changé c'est l'acceptation de l'erreur ou l'acceptation comme je vous le disais tout à l'heure la désignation de responsables ». « En tous cas des responsables, la notion que l'arbitraire et l'aléatoire n'existent pas c'est comme les tempêtes quoi... »*
- L'américanisation de la société, la recherche de la réparation pécuniaire : *« Alors moi ça m'évoque la nécessité pour les personnes de trouver des responsables, des coupables euh... et éventuellement en second lieu de tirer bénéfice d'une erreur, enfin, ça c'est peut-être plus ce côté américain on va essayer d'exploiter financièrement ce qui s'est passé je pense pas qu'on en soit là en France que les gens portent plainte, enfin, se plaignent pour de l'argent... »*
- Le défaut de communication : *« Mais plus pour comprendre ou pour éventuellement avoir réparation. Je pense que la plainte elle est plus liée au défaut d'explicitation et de communication, je crois que c'est dans les études et qu'y aurait peut-être moins de plaintes si le médecin communiquait mieux sur tout ce qui s'est passé »*
- La judiciarisation : une préoccupation des jeunes médecins : *« Non, oui, moi je suis un peu curieuse parce qu'il me semble que chez les jeunes médecins, puisque justement je fais de l'enseignement, y a vraiment cette préoccupation du côté médico-légal et je pense que c'est peut-être aussi l'hôpital qui, enfin, la fréquentation, le passage dans*

les services hospitaliers qui est peut-être responsable de cette préoccupation là, mais moi personnellement, je passe au-dessus....J'ai toujours dit que la peur n'empêchait pas le danger »

Les responsabilités/obligations médicales

- L'obligation de moyens : *« Ben, c'est la mise en œuvre des moyens, des moyens dans les conditions dans les connaissances de la science ou je ne sais pas quoi. Hein, voilà des moyens pour prendre en charge le patient pour son diagnostic et la thérapeutique. »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- La compétence et la formation : *« Les pratiques, je pense que si on est formé, y a pas de raisons qu'on les abandonne, si on les fait bien comme il faut dans les conditions où il faut les faire. » « Alors évidemment la formation que ce soit par le biais de la formation qui existe maintenant, organisée par les organismes indépendants soit par les groupes de pairs qui sont reconnus comme organisation valable, oui valable je vais dire ce mot, euh évidemment je veux dire la connaissance et l'amélioration des connaissances et des techniques de communication quelles qu'elles soient ne peuvent que nous aider à nous prémunir. »*
- Le secrétariat médical : *« On a un secrétariat, mais c'est pareil il faut former la secrétaire, donc si vous n'êtes pas dérangée par le téléphone, mais la secrétaire elle filtre et elle peut refuser des rendez-vous, les reporter au lendemain, alors elle a des consignes : si le patient insiste trop, ou si elle sent que peut-être c'est plus urgent, qu'elle n'est pas apte à juger de l'urgence, elle nous passe le patient, enfin ça c'est la consigne_mais ça peut échapper par là aussi, c'est la formation de la secrétaire. Après on va avoir ou de notre secrétariat à distance lorsque l'on l'utilise. Donc quand même il est prouvé que le médecin dérangé trop souvent en consultation fait plus souvent d'erreurs et qu'on est moins souvent dérangé grâce à la secrétaire, mais ça a ses limites. »*
- L'informatique : *« Après, on est informatisé, on met des alarmes, des trucs sur les allergies, mais toutes les méthodes ont des limites, je crois qu'il faut avoir le plus de pare feux possibles pour que ça échappe, mais vous voyez que même comme ça échappe pas donc euh... »*

- L'organisation des soins : *« Alors le travail sur rendez-vous plutôt que... donc ça fait partie de l'organisation plutôt que des consultations tout venant libres. La régulation aussi »*

DOCTEUR F

Le Docteur F est une femme médecin remplaçante, âgée de 30 ans, maman d'un nourrisson, qui effectue des remplacements fixes en milieu urbain. Elle est thésée depuis mars 2011. Une installation n'est pas encore envisagée.

L'entretien s'est centré autour de l'évocation d'une visite à domicile effectuée par le Docteur F lors d'un de ses remplacements. Elle a été appelée auprès d'une personne âgée souffrant d'un cancer broncho-pulmonaire accompagné de douleurs intenses. Les antalgiques de palier I n'ayant pas suffi, et les antalgiques de palier II étant mal tolérés, elle décida de passer aux morphiniques. La patiente décéda dans le week-end suivant cette prescription. Une enquête fut alors menée, le médecin que le Docteur D remplaçait est appelé à témoigner à la gendarmerie, et contacta alors le Docteur F afin de se renseigner sur ce qu'il s'était passé.

Le Docteur a été choquée de cette évolution fatale, et se demande toujours si la mort de la patiente est liée ou non à sa prescription ; par ailleurs elle est étonnée de ne pas avoir été directement entendue par la gendarmerie.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- La sémantique juridique : *« Plainte, comme une erreur médicale aussi, comme voilà, une peine, des amendes à payer, un emprisonnement, une suspension d'exercice, des choses comme ça. »*
- La culpabilité et l'impact de la mise en cause : *« Ce que j'ai ressenti ? Quand même choquée, oui, choquée et puis j'avais un peu oui un peu de culpabilité, oui. »*
- Le patient procédurier : *« Et après voilà je dirais, les situations avec des personnalités un petit peu particulières, voilà, sans parler de la psychiatrie, des personnalités peut être, voilà, des personnes qui sont procédurières comme on dit. Voilà. Qu'on peut*

percevoir d'emblée et puis parfois on peut se rendre compte après coup que peut-être, qu'il y a des choses qui se sont mal exprimées ou mal perçues en tous cas »

- Des situations à risque : les urgences, la pédiatrie : *« Déjà les urgences médicales avec les fièvres d'enfants avec des facteurs de gravité mal évalués, avec essentiellement les sepsis voilà qu'on aurait pu classer dans une situation de fièvres bénignes, euh, après, tout ce qui est possiblement aussi je pense aux traumatismes crâniens des choses comme ça, les nouveau-nés également qu'on peut être amené à voir et qui sont un peu moins stables que les autres âges et peut-être aussi des situations voilà où l'on évalue mal les compétences parentales... »*
- La mort : *« Euh, je dirais euh, les urgences médicales, tout simplement, à domicile, une prise en charge qui pourrait être jugée par la famille inadaptée, si par exemple par rapport à notre conduite à tenir le patient venait à décéder dans un temps proche après notre intervention. »*

La judiciarisation de la société

- Les médias et les problèmes relationnels : *« Je dirais l'évolution de la société en général, les médias sans doute aussi, à mon avis influencent un petit peu tout ça et puis euh, oui peut-être notre façon aussi de travailler, je pense que le contact que l'on a avec les patients n'est peut-être pas le même, le temps qu'on a à leur accorder n'est pas le même non plus, je dirais ça »*

Les responsabilités/obligations médicales

- L'information : *« Informer. »*
- La prise en charge de premier recours : *« Hiérarchiser l'urgence. »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- La communication et la bonne tenue du dossier médical : *« Communiquer, c'est vraiment le premier terme euh et puis après je pense remplir, bien remplir son dossier médical. De façon objective, le plus possible. »*
- Les connaissances médicales : *« Oui, oui puisque par rapport aux décisions thérapeutiques, il faut être formé et il n'y a que par la connaissance, voilà. La connaissance est une bonne prévention, je pense. »*

- Le temps : *« Manque de temps parce que la bonne communication c'est aussi demander un retour du patient, prendre le temps d'abord pour ce retour mais des fois c'est pas toujours facile. »*
- Demander un avis spécialisé, éviter la solitude : *« Je ne pense pas systématiquement, mais je pense par rapport à mon expérience oui. A mon avis des médecins plus expérimentés ne diront pas forcément la même chose. (...) Non, ne pas rester seul, il faut s'entourer. J'ai tendance à demander plus d'avis quand j'ai un ressenti, peut-être pas forcément objectif mais d'une potentielle gravité oui, je demande des avis plus par excès »*

DOCTEUR G

Le Docteur G est un médecin de 40 ans, installé en cabinet de groupe avec 4 collaborateurs. L'activité de ce cabinet est tournée vers les urgences : il s'agit d'un cabinet ouvert 24h/24, en milieu semi-urbain. Le Docteur G s'est installé récemment, il était auparavant assistant généraliste dans un service d'accueil d'urgences pédiatriques.

Il raconte dans son entretien avoir reçu dans un service d'urgences un patient âgé qui faisait des malaises à répétition. Le patient ne présentait pas par ailleurs de signes de confusion. Après avoir appelé la femme du patient qui a confirmé des troubles cognitifs chez son mari, il décida de l'hospitaliser. Le patient s'agita et voulut sortir : il décida, devant les risques somatiques, d'administrer des benzodiazépines à faible dose pour calmer l'agitation.

Le patient hospitalisé présenta des troubles de conscience dès l'administration des benzodiazépines, et ne revint pas à son état normal malgré l'administration d'un antidote. Le fils du patient accusa alors le Docteur G d'avoir administré une trop forte dose, ou un médicament autre susceptible d'avoir délibérément causé des troubles à son père. Ce fils a été très agressif avec le Docteur G, qui tout en se défendant a mal vécu cette situation. Il n'y a pas eu de suites judiciaires à ce jour.

Les thématiques abordées

La définition du risque médicolégal

- Une menace, au quotidien : *« Ça m'évoque quelque chose qui me hante. On y pense tous les jours. A chaque fois qu'on fait un.... enfin de plus en plus, je dirais plus on a*

d'expérience, plus on se rend compte qu'on peut faire des bêtises... Et donc, plus on y pense alors c'est pas quelque chose qui te prend à la gorge mais on y pense vraiment tous les jours. Du coup, on est en exercice on se rend compte des choses et on suit les gens on se rend compte des soucis qu'on peut avoir voilà parce que la clinique n'est pas souvent suffisante, rarement suffisante en fait on se rend compte le lendemain qu'on a un truc catastrophique et si on n'avait pas fait la biologie on serait passé complètement à côté. J'ai jamais été devant un juge, j'ai jamais, on a jamais porté plainte ou quoi que ce soit contre mes faits ou mes actes médicaux mais il y a eu des moments chauds quoi, des décès qui ont pas été rapportés à mes agissements mais euh ça a été au niveau de la famille ça a été compliqué. »

- *L'impact d'une situation médicolégale, la peur de la faute : « C'est lourd. Dès que t'as un souci avec un patient. Alors, enfin je relativise en disant que je ne sais pas pourquoi il est mort ce monsieur je ne sais pas si c'est ma faute ou pas, si on l'avait peut-être laissé sortir, il aurait peut-être fait encore 2, 3 ans il avait vécu, il avait 86 ans donc c'est que j'ai essayé dans tous les cas de, de pouvoir dormir de se dire qu'il avait 86 ans et qu'il avait vécu et que, a priori, je n'avais pas fait de faute énorme voilà quoi. »*
- *Le téléphone : « Le téléphone oui c'est risqué. Moi je me rends compte en fait que je ne fais pas assez attention mais heum il y en a beaucoup qui nous appellent pour des conseils, je finis toujours par dire ben moi je pense que il n'y a pas forcément besoin de consulter mais si jamais vous êtes inquiet il faut consulter, je finis toujours par ça. N'empêche que ce n'est pas enregistré et du coup les gens peuvent dire oui mais vous avez dit d'attendre le lendemain ils peuvent déformer les choses ils ne sont pas toujours très... »*

La judiciarisation de la société

- *L'américanisation de la société : « Ça m'évoque effectivement que ... les USA quoi, ça m'évoque les avocats, euh, qui sont euh derrière les patients qui sont là pour attendre le chaland pour enfoncer le médecin entre guillemets et il y en a qui ont besoin, il y en a qui ne font pas leur métier correctement je pense alors du coup c'est l'avocat, c'est les USA, c'est effectivement la justice qui est là pour euh mettre des barrières au médecin. »*
- *La justice comme une régulation d'une médecine de qualité : « Mais effectivement il y en a peut-être pas eu assez, il y a 30 ans le médecin faisait ce qu'il voulait, tout se*

passait il y avait plein de conneries qui étaient faites il n'y avait pas de barrière parce que la barrière du conseil de l'ordre c'est du pipi de chat et du coup la justice est là pour remettre de l'ordre un petit peu. Enfin moi je ne prends pas ça en tout cas ici je n'ai pas de souci, j'ai un avocat qui est venu et voilà ... si tu fais ton métier correctement la judiciarisation de la médecine ne posera pas de souci. »

- *L'intrusion irrémédiable de la justice : « Mais du coup, ouais, c'est ça les USA, c'est avoir quelqu'un, avoir du travail avec un avocat derrière le dos etc c'est ça, c'est pas très très bon mais euh mais on a pas le choix »*

Les responsabilités/obligations médicales

- *La traçabilité des informations médicales : « Euh quand on a appelé quelqu'un, quand on a fait quelque chose, quand on a appelé les urgences, bien marquer dans le dossier que les urgences ont été appelées etc...Bien savoir où va le patient, rappeler le service des urgences pour savoir si le patient est bien arrivé enfin des choses, je pense que là j'y pense plus maintenant qu'avant ».*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- *Vérifier la trajectoire du patient : « Euh quand on a appelé quelqu'un, quand on a fait quelque chose, quand on a appelé les urgences, bien marquer dans le dossier que les urgences ont été appelées etc...Bien savoir où va le patient, rappeler le service des urgences pour savoir si le patient est bien arrivé enfin des choses, je pense que là j'y pense plus maintenant qu'avant ».*
- *Bien remplir les dossiers médicaux : « Et du coup il faut bien tenir son dossier je le sais je le fais pas forcément parce que on a pas énormément de temps mais c'est vrai que j'y pense en tous les cas. »*
- *S'entourer d'avis spécialisés, coordonner les soins : « Ben, il est là pour euh, pour le suivi des patients, pour savoir s'arrêter, pour savoir passer la main, savoir envoyer au médecin spécialiste quand il y a besoin, de se dire qu'on est pas des, qu'on est que des spécialistes de médecine générale, on n'est en fait que des médecins généralistes, on a régulièrement besoin du cardiologue, on a besoin de passer la main. J'ai plein de patients de gens on a l'impression d'être un spécialiste de médecine générale qui et du coup j'envoie le diabétique qui est vu tous les 10 ans par l'endocrinologue qui ne*

va jamais faire son fond d'œil le suivi des patients...comment dire, t'es là pour servir le patient et pour passer la main et pour être l'organisateur des soins. »

- Le statut du médecin généraliste : *« On est un peu des urgentistes quand même, les gens ne nous connaissent pas et s'il arrive un couac on a plus de risques, ils attaqueront plus facilement le médecin qu'ils ont vu une fois en urgence que le médecin généraliste qui a fait une connerie et que ça fait 20 ans qu'il fait la connerie... »*

DOCTEUR H

Le Docteur H a 54 ans, il exerce depuis 1989, date de son installation, dans une zone urbaine. Il est en collaboration avec sa femme, médecin généraliste.

Le Docteur H évoque, lors de l'entretien, une visite à domicile d'une personne âgée, qui se plaignait d'une douleur et d'une oppression de la gorge. Son examen clinique et l'ECG ne permettant pas de retrouver une étiologie évidente, il préféra hospitaliser la patiente tout en expliquant sa démarche à la famille, car il craignait un décès.

La patiente décéda effectivement à l'hôpital le lendemain matin. L'autopsie a révélé la présence d'un anévrisme carotidien disséquant. L'hôpital porta alors plainte contre le Docteur H pour ne pas avoir mentionné de diagnostic dans sa lettre pour le médecin urgentiste, ce qui aurait induit en erreur l'équipe hospitalière qui n'a pas pris la situation au sérieux.

Le Docteur H a donc été convoqué par la gendarmerie. Il a été très choqué par cette mise en cause. Il ne fait plus de visites à domicile, estimant que ce sont des situations trop risquées.

Il n'y a, à ce jour, pas de suites judiciaires.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- Des récriminations injustifiées : *« Le risque médico-légal ? Il s'agit des récriminations. Pour tout et n'importe quoi en fait, ça n'a aucun sens...ça été surement justifié euh... dans un tiers des cas, le reste étant complètement farfelu quoi. »*

- Le patient procédurier : *« Oui ce qu'on évite aussi c'est de reprendre des clients, des gens qui ne sont pas contents de leur ancien médecin. C'est un signe, une alerte, continuez avec votre ancien médecin... »*
- Le téléphone et les visites à domicile : *« Je dirais gaffe aux visites. Gaffe aux visites et aux coups de fil après et en dehors des horaires. Pas de répondeur, rien du tout. Ça sonne dans le vide et ... »*
- Une vigilance nécessaire : *« Le médecin devient plus prudent, il se méfie, il devient plus malin, il devient plus malin (rires), il repère très vite ce qui risque de dérapier... Ouais c'est une espèce de sixième sens, là attention... (...) Non justement hein, si on n'est pas assez malin oui on peut se retrouver avec des ces genres de truc, oui »*

La judiciarisation de la société

- La non-justification des procès : *« ça été surement justifié euh... dans un tiers des cas, le reste étant complètement farfelu quoi ». « Ils se sont probablement rendu compte qu'on n'avait pas, que c'était eux qui avaient exagéré, quoi, j'en sais rien mais ça n'a pas de.. ».*

Les responsabilités/obligations médicales

- L'obligation de moyens : *« L'obligation de moyens. Pas de résultats, souvent ce que les gens confondent ! »*
- Le statut du médecin généraliste : *« Parce que maintenant comme le médecin traitant déclaré, lui est responsable de tout, même des autres rires ça c'est hyper fréquent. Alors, entre nous soit dit, tous les procès, tout ça, les trucs graves c'est systématiquement à l'initiative d'un confrère. »*
- Les codes juridiques et leur difficile application : *« C'est pas que c'est accessoire mais je veux dire, le code de déontologie c'est comme le code civil et le code pénal, c'est des interprétations euh... Je comprends qu'il y ait un code... Mais enfin ce n'est pas la peine de nous envoyer des papiers en disant vous ne devez pas faire ci, ce n'est qu'une façon et puis quand on leur demande un conseil et hop ! ... (rires) »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- Le temps : « *Moi, j'ai pas l'impression ça dépend des médecins, ça dépend comment ils travaillent, s'ils travaillent toutes les cinq minutes, ceux qui en voient toutes les 10mn ils s'exposent à des problèmes hein !* »
- Refuser des patients compliqués : « *Refuser, ça m'arrive souvent de refuser des patients parce que c'est trop lourd. Dernièrement quelqu'un arrive avec une ordonnance comme ça avec dix tranquillisants, trois somnifères, des trucs abracadabrants, je dis non !* »
- Demander conseil à son assureur... et pas au Conseil de l'Ordre : « *Oui, ça les assureurs, dès qu'il y a un truc boum ! (sifflement) oui, courrier aux assureurs ! Vaut mieux écrire aux assureurs qu'au Conseil de l'Ordre (rires) ils sont d'inutilité notoire ou ils vous répondent euh, ben, si vous faites ça vous serez convoqué, vous aurez de nos nouvelles. Je ne les appelle pas pour savoir si je fais ça, je vais avoir des problèmes. Si je vous appelle c'est pour que vous m'aidiez, vous vous me répondez que je vais avoir des problèmes, ça ne sert à rien, c'est pas la peine que je les appelle. Vaut mieux appeler la MACSF, eux au moins ils vous donnent un conseil. Ils vont chercher dans la jurisprudence des cas un peu similaires et ils vous répondent. C'est pas le conseil de l'Ordre qui va m'aider.* »

DOCTEUR I

Le Docteur I est un médecin de 54 ans, installé depuis 22 ans dans une zone semi-urbaine. Il a commencé son installation seul, puis il s'est mis en collaboration avec 2 médecins généralistes et une orthophoniste depuis 7 ans. Il reçoit des internes de médecine générale.

Le Docteur I raconte deux épisodes : un épisode dont il ne se rappelle pas des circonstances, mais où une gendarme est venue prendre sa déposition. Il se souvient avoir lutté contre l'attitude de la gendarme qui essayait de simplifier ses réponses. Le deuxième épisode concernait la rencontre d'un homme ivre dans la rue, connu pour être un alcoolique chronique. Les pompiers étaient venus chercher l'homme pour l'emmener à l'hôpital. Le lendemain, l'homme est décédé. Deux gendarmes sont venus chez le Docteur H, car le fils de l'homme décédé a porté plainte contre X pour comprendre ce qui s'est passé ce soir-là. Il n'y a pas de suites judiciaires connues à ce jour.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- Le procès et le registre de la catastrophe : *« Ben ça évoque, le procès, le médecin, les difficultés, la catastrophe... »*
- Le patient procédurier : *« Le patient, oui, c'est le patient procédurier. Il y a des gens qui sont en procès avec tout le monde, qui sont en procès avec leurs voisins, qui sont en procès avec leur médecin aussi... (...) C'est à dire que en consultation, je me dis, je me surprends à faire quelque chose, à être un moment à me dire pouh, oh là, là tu vas pas faire ça, fais-le car sinon on va te le reprocher si tu ne le fais pas le jour où tu seras au tribunal. »*
- La pédiatrie comme situation à risque : *« La pédiatrie c'est un exercice qui est plus à risque, plus à risque parce qu'on voit beaucoup de consultations non programmées, parce que cela peut évoluer. »*
- La visite à domicile : *« Déjà, je me déplaçais très peu, j'ai fait beaucoup de visites quand je faisais des gardes dans les toutes premières années. Mon petit patient qui est décédé du volvulus du grêle il a été examiné à domicile, à minuit et probablement dans la chambre des parents »*
- La vigilance face au risque, enseignée aux stagiaires : *« Mais, je ne parle pas de médico-légal, mais je leur... je les incite à l'extrême rigueur dans l'établissement des certificats... »*
- Evaluer le bénéfice-risque : *« Il faut toujours avoir cette idée en tête, toujours, voilà, c'est la base, interroger, examiner, prescrire et, si possible écouter ses patients. Et à leur prescrire les choses dans la meilleure situation du bénéfice et du risque. »*
- L'exercice de la médecine est fondamentalement risqué : *« L'exercice médical c'est pas fondamentalement risqué c'est à dire qu'on est confronté très tôt dans notre vie professionnelle à des souffrances et la mort, et on va être confronté à ça en permanence dans notre vie, dans notre vie active. C'est des risques qu'il faut accepter. »*
- La difficile intrusion de la justice/des forces de l'ordre : *« Mais enfin les deux gendarmes avec le képi dans le cabinet médical ça fait toujours un petit quelque chose... »*

La judiciarisation de la société

- L'évolution des patients, l'usage d'internet: *« Donc, voilà, il faut exercer euh quand je me suis installé on avait pas d'ordinateur et aujourd'hui on a des ordinateurs et on fait de la télétransmission, et les gens consultent sur internet, consultent internet avant et voilà c'est des charges nouvelles qui sont apparues dans notre exercice ; les jeunes même nous il faut qu'on s'adapte au fur et à mesure de notre vie professionnelle, et les jeunes médecins en tout cas ont intégré ça dès le dès leur entrée dans la vie professionnelle. »*
- La fatalité de la mise en cause : *« La judiciarisation. Les chiffres du médicolégal. Plus personne n'est exempt de ça et surtout pas les médecins généralistes. »*

Les responsabilités/obligations médicales

- La rédaction de certificat : *« c'est l'établissement des certificats, je les incite à la plus grande rigueur je pense que c'est une situation qui peut effectivement dériver sur du médicolégal assez facilement pour des choses qui n'en valent pas la peine... »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- Le consentement éclairé et la décision partagée : *« J'essaie de faire le plus possible du consentement éclairé c'est à dire que en fait c'est le patient qui prend la décision c'est moins facile pour eux parce que c'est eux qui prennent la décision. C'est le patient qui prend la décision et pour lui faire sentir que c'est lui qui prend la décision, sans lui faire signer de papier parce que je pense que c'est totalement illusoire le fait de, de faire signer plein de papier au patient euh, je pense qu'une discussion, y a un petit peu de temps de pris, c'est mieux qu'un papier signé. »*
- La bonne tenue du dossier médical : *« Moi, j'ai, de plus en plus, voilà, une des choses qui ont changé dans ma pratique c'est que quand les gens me téléphonent et que je prends une décision, je le marque, j'ouvre le dossier médical et, euh, je marque par téléphone : appel pour INR, pour fièvre persistante et je marque. Généralement, j'essaie d'écrire et je dis abstention, surveillance à la maison. Enfin voilà, j'essaie de marquer ça. »*
- Le secrétariat médical : *« Et puis la deuxième chose qui est extrêmement importante c'est le secrétariat médical parce que pendant très longtemps, je pendant pas très longtemps quand même, je crois pendant les 10 premières années je n'avais pas de secrétariat médical, j'étais dérangé tout le temps au téléphone, donc, le fait d'avoir un*

secrétariat médical c'est, ça procure un confort énorme de pas être dérangé tout le temps pour les prises de rendez-vous, pour euh, on a des patients qui téléphonent pour tout et n'importe quoi. »

- *L'attitude de soins et de prévention : « Alors ça j'ai bien compris que c'était en effet le fait de, plus on était dans le soin et plus on était protégé contre si on a une attitude, si on a une espèce d'attitude préventive on est pas dans le soin c'est dans ces conditions-là où effectivement on a plus de chance. Mais quand on est véritablement dans le soin je pense que on a moins de risque de... Moi, j'ai des attitudes préventives par exemple quand j'ai lu que sur le document du sou médical de la MACSF qu'il y avait des gens qui étaient tombés du divan d'examen à l'occasion d'un vaccin et ben depuis, depuis cette histoire-là, chaque fois que je vaccine je fais allonger mes patients. »*
- *La remise en question et la formation : « Bien sûr, parce que cela leur procure un confort d'exercice. Le type qui se crispe, y a des gens qui veulent jamais changer leur pratique, 50% des médecins ne font pas de test, de strepto test pour la gorge tout ça, mais, je me demande pourquoi ? Mais, c'est dur hein. A un moment on a, à changer son attitude dans la vie, le changement c'est vraiment un truc très complexe bon, mais moi, moi j'ai eu la chance d'être, le fait de prendre, d'avoir des internes dans mon cabinet ça m'a énormément fait »*
- *Eviter la solitude, demander conseil auprès de pairs, du 15 : « Le problème, le principe c'est jamais rester seul. Le groupe de pairs c'est le groupe d'analyse de la pratique c'est à dire qu'on réfléchit sur ce qu'on fait euh, on essaie de se tenir, toujours d'être au courant, de s'interroger sur les référentiels sur les changements dans les référentiels, qu'est ce qui a été démontré, qu'est-ce qui n'est pas démontré et puis le groupe de pairs ça a, ça a une dimension psychothérapique pour nous on voit qu'on est tous quand on fait, soit quand on fait des erreurs, alors on fait même des séances d'analyse de l'erreur et puis on voit que, alors là on voit que l'on en fait tous et bon des fois que les autres en ont fait des plus grosses que nous, donc, ça nous rassure un peu. Voilà, tant que la médecine sera faite par des hommes de toutes façons, ça sera ... il y aura des erreurs qui seront commises. Encore une fois, il y a des, des, voilà on se prémunit par exemple quand on prépare un vaccin, une injection, ben il faut s'arrêter de parler, se concentrer sur l'injection bon ça nous évite de faire des erreurs ! Voilà, donc, et puis toujours voilà toujours demander quand on voit une situation extrêmement urgente, moi personnellement, je ne m'embête plus, je*

téléphone au 15. Le 15 me donne un avis alors c'est l'avis, la décision partagée c'est à dire qu'on est plus seul à prendre la décision, cela est un partage de la décision et souvent ça met les idées un peu en place, soit il nous envoie une équipe de SAMU, soit il nous envoie une ambulance. »

DOCTEUR J

Le Docteur J est un médecin installé en campagne depuis 20 ans, il a 56 ans et travaille seul, même s'il est actuellement à la recherche d'un collaborateur. Il travaille néanmoins à proximité de l'APA, d'un kinésithérapeute et de 3 infirmières. Il est maître de stage.

Le récit du Docteur J concerne une patiente qui s'est coupé la base du pouce avec du verre. Elle consulta dans un premier temps les urgences d'une clinique, où elle estime avoir été mal accueillie et avoir reçu des soins inappropriés, et qu'elle quitta contre avis médical. Le Docteur J la revoit dans un deuxième temps, explora et sutura la plaie. La patiente développa à distance une douleur locale. Le médecin l'envoya pour avis vers un chirurgien orthopédiste. Le chirurgien confirma que la plaie était bien suturée, mais fait rapidement le diagnostic d'une algodystrophie du membre supérieur.

La patiente a fait une saisine à la CRCI. Le médecin de la clinique, le Docteur J et le chirurgien ont été entendus. La requête a été déboutée. Le Docteur J n'a pas eu d'appréhension face à cette commission, il a déploré en revanche l'absence de soutien psychologique pour la patiente qui manifestement témoignait d'une souffrance.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- La souffrance du médecin face à une mise en cause : *« En premier ça m'évoque des médecins que j'ai croisés qui avaient été détruits mais psychologiquement, par des accusations, voilà. Je pense à un confrère qui est dans le coin qui a qui peut-être est passé à côté de quelque chose, je n'en sais rien, m'enfin qui est, sur qui il est tombé une histoire médico-légale, qui a été mis en cause et j'ai l'impression que ce n'était pas l'affaire, le problème ponctuel que, lui, remettait en cause mais toute son existence, c'est à dire qu'il a passé, comme la majorité, je pense, des médecins généralistes une grosse partie de son existence à améliorer le bien-être des gens voire en guérir quelques-uns peut-être... »*

- La peur : *« ça a une incidence, parce que, voilà, ça fait peur quand même, voilà. »*
- La vigilance face à ce risque, transmise aux stagiaires : *« C'est quelque chose à laquelle je pense, c'est quelque chose que je transmets à mes stagiaires, puisque je suis maître de stages. Je leur dis, voilà, c'est un gamin qui vient, qui a mal à la tête et qui vomit. Tu marques "pas de syndrome méningé" s'il n'a pas de syndrome méningé. »*
- La disproportion de la mise en cause, face à un médecin fondamentalement « bon » : *« ça m'attriste car comme tous les médecins je pense, je suis et j'essaie de faire mon job le mieux possible dans les meilleures conditions possibles pour le bien de mes patients, pas uniquement attiré par le fric ou attiré par la notoriété ou je ne sais quoi, c'est vrai que cet aspect-là du problème c'est pas celui qui m'intéresse le plus, ce n'est pas celui qui me fait rêver, c'est pas... » (...)* *« C'est assez rare que les médecins soient très méchants et veuillent faire du mal à leur patient, à mon sens il semble hein ! (rires) »*
- L'erreur : *« Qu'on fasse des erreurs, ça j'en suis convaincu. Tout le monde et sans doute moi aussi, malheureusement, on peut faire des erreurs, qui n'en fait pas quoi ? Le boulanger peut mettre trop de sel dans son pain. Si on travaille les erreurs peuvent arriver, faut pas... »*
- Le patient procédurier : *« Et le deuxième vient plutôt du côté du patient, c'est à dire que ce n'est pas pour rien que je me suis installé à la campagne, ça fait aussi partie des choses auxquelles on pense, les relations entre les patients et les médecins ne sont pas les mêmes à la campagne et en ville. Elles ne sont pas les mêmes si vous avez un accident de travail ou une maladie professionnelle, ou si vous avez quelqu'un qui s'est blessé en travaillant son jardin (...) Cela dit peut-être la profession du patient ! (...) C'est caricatural quand même. Je ne la soigne pas comme je soignerais quelqu'un d'autre et je pense que j'ai tort, mais j'ai tort sur le plan de l'efficacité de mon métier. Qu'est-ce que je peux faire surtout pour qu'elle ne me fasse pas un procès... (rires) Mais ça parasite la consultation je veux dire, ça pourrit, en fait, je ne sers plus à rien, je pense pas que je suis pas performant dans ce type de consultation, parce que la consultation est parasitée »*
- Le risque inhérent de l'exercice de la médecine générale : *« Et je crains que ça fasse, ça fasse partie, je ne sais pas vous êtes peut-être mieux placée que moi pour le dire, que cela fasse partie des choses qui empêchent les jeunes de s'orienter vers la*

médecine générale. C'est tellement plus confortable de travailler salarié d'un établissement qui endosse les responsabilités, plutôt que d'être en première ligne. »

- *La fatigue comme situation à risque : « Euh, j'en vois deux, on peut être à risque médico-légal parce qu'on est pas parce que on est nous-mêmes, sommes en train de faire une erreur, on peut faire une erreur et dans ces cas-là le risque il peut provenir de la surcharge de travail ou de la fatigue. C'est à dire que quand vous faites, quand vous êtes médecin généraliste une nuit de garde et que vous embraillez le lendemain avec votre journée de travail, on a pas le repos compensateur comme l'ont les hospitaliers, et on a pas ce genre de chose, et la fatigue, le manque de sommeil intervenant dans nos décisions, on peut être amené à prendre des décisions qui ne sont pas les bonnes. »*

La judiciarisation de la société

- *L'évolution du statut du médecin : « Quand j'étais à la fac on ne parlait pas de ça, le médecin était celui qui décidait. C'est devenu progressivement, au début de ma carrière j'étais dans le mythe du médecin tout puissant (rires). (...) Il y avait des professions qui étaient nobles à l'intérieur de la médecine. La médecine générale malheureusement pas trop. La profession de chirurgien ou d'obstétricien c'étaient des métiers, c'était la crème de la médecine, maintenant ce sont des métiers donc des métiers de chiens, dont personne ne veut parce qu'il faut se lever la nuit et parce que vous risquez de vous retrouver en procès. Pour en avoir discuté avec des chirurgiens, ce n'est pas que vous risquez, vous vous retrouvez en procès régulièrement. Qu'on ne puisse pas faire grand-chose et que des fois je me sens un peu dinosaure parce que je viens de vous dire hein, les derniers mammoths qui sont... mais c'est dommage, c'est dommage parce que ... à travers ça, je pense que c'est l'avenir de la médecine générale aussi qui est, qui est en jeu, hein... »*
- *L'intrusion de la justice dans l'exercice médical : « Et on essayait de nous former pour pouvoir décider en fonction de ce qui nous paraissait être la bonne décision à prendre. Maintenant l'intrusion, de, de la procédure, enfin des procédures dans le domaine du médical a des conséquences. C'est à dire, avant de faire un geste je change légèrement le geste de façon à ce qu'il soit le plus en comment, en symbiose avec ce que je sais du médicolégal. Par exemple, si vous faites une injection, une ponction, avant je désinfectais avec de l'alcool à 70, maintenant je prends de la*

Bétadine et je fais remarquer aux gens que c'est bien coloré là où j'ai désinfecté de telle façon qu'ils voient que j'ai fait la désinfection. Vous voyez c'est des petites choses, il y a des choses plus importantes aussi mais... » « Je suis complètement d'accord avec vous, mais je, dans un monde idéal, dans un monde idéal, euh, c'est pas la justice qui devrait venir empiéter sur notre façon de travailler ! »

Les responsabilités/obligations médicales

- *L'obligation de moyen : « Des obligations de moyen je pense qu'il est tenu à ne pas être isolé dans sa bulle, c'est-à-dire ne pas ... je pense que certains médecins cherchent à tout prix à avoir raison tout seuls contre le monde entier et là, je pense qu'ils sortent un petit peu de ce qui est souhaitable. Il est tenu de respecter la déontologie, je pense que le code de déontologie n'est pas trop mal fait et... »*
- *Le secret médical : « C'est très compliqué l'histoire du secret médical. C'est très compliqué parce que je veux bien adhérer au discours de dire que ce qui se dit entre un patient et un médecin ça ne regarde personne et ça doit rester à l'intérieur du cadre, mais dès que vous rentrez dans la pratique médicale, la personne âgée vous dit des choses est-ce que c'est vrai, est-ce que ce n'est pas vrai ? Est-ce qu'il faut le répéter à la famille ? Si vous ne dites rien à la famille qui va s'en occuper ? Qui va faire quoi ? Vous voyez c'est très difficile, et en plus le secret médical en lui-même, le secret médical "partagé" ».*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- *La relation de confiance et le statut particulier du médecin généraliste : « Il n'est pas majeur, parce que j'ai une relation avec les gens qui est une relation humaine de confiance. (...) Je suis encore dans ces vieilles générations de médecin où le médecin généraliste faisait un peu partie de la famille, qui était contente de venir lui montrer le dernier-né, il tenait la main de la grand-mère à la fin, enfin, je suis encore un peu dans ce schéma-là. Donc, c'est pas le risque du procès qui est majeur, enfin je veux dire ce n'est pas ça, mais ceci dit maintenant on voit des gens qui portent plainte contre leurs parents ou des parents qui... donc voilà le fait d'être un familier n'exclut pas complètement... et puis je pense que dans d'autres circonstances, dans d'autres façons de travailler le risque est plus important, hein, si vous êtes en ville le risque est plus important, si vous faites certaines spécialités, le risque est plus important... (...)*

Moi, je m'estime à peu près à l'abri, parce que, parce que je suis très prétentieux, je vais dire, parce que mes clients m'aiment bien, m'apprécient bien et donc ils n'ont pas envie de me faire du mal, globalement, voilà, pour simplifier. Tout est possible... »

- *Le secrétariat médical : « Vous imaginez, cela fait cinq minutes que l'on parle si vous avez eu quatre coups de téléphone depuis le début vous commenceriez à en avoir marre et ça serait normal. Et c'est arrivé, c'est arrivé et je m'apercevais que quand je répondais au téléphone au bout du quatrième ou Xème coup de téléphone au cours de ma consultation j'avais tendance à être agressif au téléphone. Et la personne qui m'appelait, elle savait pas pourquoi. Elle ne comprenait pas, ce n'est pas de sa faute, elle avait un médecin agressif au bout du fil sans qu'il y ait de raison valable, sans qu'il y ait de raison valable de son point de vue hein, ça c'est peut-être autre chose. Donc s'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond, il ne faut pas continuer comme cela alors soit je ferme le téléphone, ce que font certains médecins, soit je délègue et j'ai préféré déléguer, j'ai une secrétaire qui gère sauf le jeudi mais qui sinon qui gère les coups de téléphone, ça se passe bien. »*
- *Refuser de prendre en charge des situations compliquées : « Dans ce cas-là non, je pense que ça aurait pu en d'autres circonstances m'amener à ne plus prendre en charge les sutures cutanées par exemple ! (...) Les accidents de travail par exemple je ne les infiltre plus, j'ai peur des accidents de travail et j'ai certainement tort mais, mais il faut se protéger... »*
- *Eviter la solitude, demander conseil au 15 : « Le centre 15, c'est un bel outil, faut que ça tienne, ça ! (rires) Faut que ça tienne, ça nous aide beaucoup beaucoup, la permanence en dehors des heures de cabinet je ne me sens pas tenu de répondre au téléphone. (...) Complètement, complètement, le fait de le savoir je pense que c'est important. Les pires c'est les médecins qui sont persuadés d'avoir raison tout le temps contre tout le monde... Ne soyons pas persuadés ! »*

DOCTEUR K

Le Docteur K est une femme médecin de 38 ans, travaillant à mi-temps dans un cabinet en semi-urbain, avec un collaborateur. Elle est installée depuis environ 5 ans.

Le Docteur K fait le récit d'une période de remplacement où elle a reçu une patiente âgée, en urgence, pour lui enlever un bouchon d'oreille. La patiente a porté plainte auprès du Conseil

de l'Ordre des Médecins car elle souffrait d'une perforation tympanique suite à cette ablation de bouchon. Le Docteur K a dû écrire sa version des faits et a été convoquée au Conseil Départemental pour une conciliation, les poursuites se sont arrêtées là.

Le Docteur K a été bien entourée et s'est dite rassurée par le Conseil de l'Ordre.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- Les embarras liés à la Justice : *« Ben, ...le risque médico-légal, c'est le risque que le médecin soit embêté par un patient, c'est le risque que la justice surtout vienne l'embêter et vienne regarder sa prise en charge euh, parfois ça peut aller jusqu'au procès et à ce moment-là, il peut aller en prison... euh, ça peut être des risques qui euh, qui euh vont jusqu'au conseil de l'ordre et à ce moment-là c'est plus des amendes qu'on peut avoir... En tout cas c'est quelque chose, en fait, qui marque beaucoup ! »*
- La menace et l'inquiétude : *« Après, je trouve que c'est une menace de plus en plus importante. C'est vrai c'est quelque chose qui fait que je suis de plus en plus inquiète dans mon, dans ma façon de travailler. »*
- L'exercice dans l'incertitude : *« Oui, il est devenu important euh, les gens y croient qu'on sait tout faire, euh, on a toujours réponse à tout mais c'est pas vrai on a toujours des choses où on n'est pas sûr, on n'est pas sûr de soi »*
- Le patient procédurier : *« On les voit les patients de toutes façons vont poser problème ; moi, j'essaie de les orienter au maximum vers les autres (rires), j'essaie de les orienter au maximum vers les autres parce que moi je veux pas avoir de problème avec eux. »*
- Des situations à risque : les urgences : *« Ah ben c'est l'urgence ! Euh c'est l'urgence de toutes façons, quand on a un patient qui arrive en urgence, on sait jamais sur quoi on va tomber et pis, euh, c'est les situations des patients cardiaques en général quoi, ils peuvent toujours faire un infarctus d'un moment à l'autre quand ils arrivent avec des douleurs un peu bizarres au niveau thoracique, qu'on pourrait penser qu'ils font à nouveau un infarctus donc, il faut être super vigilant, il faut pas oublier de faire, faire l'ECG... »*

La judiciarisation de la société

- L'augmentation et la fatalité des mises en cause : *« Euh, c'est le fait que, maintenant, on peut plus avoir une prise en charge médicale sans, sans qu'on passe devant les tribunaux s'il y a le moindre problème, on est plus euh, on peut plus euh aller vers la conciliation, il faut toujours se confronter et c'est quelque chose, du coup, qui nous pend au nez à tous. »*
- L'américanisation de la société : *« Oui, effectivement, maintenant la judiciarisation ça concerne aussi quand je vais acheter du pain chez ma boulangère. On utilise beaucoup la justice mais ça c'est un petit peu la dérive aussi des Etats-Unis, en France on va bientôt avoir le même chemin... »*

Les responsabilités/obligations médicales

- Le secret médical : *« Ben je pense justement qu' c'est le secret, si on respecte pas le secret médical, ben à ce moment-là, c'est le conseil de l'Ordre qui peut s'occuper de ça, et puis c'est d'abord départemental, et puis si jamais y a besoin, il y a recours après au Régional ou au National. »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- La communication : *« Oui, oui, la communication oui, c'est vrai, j'en ai pas, j'en ai parlé un petit peu plutôt mais euh, c'est hyper-important, c'est comme ça qu'on désamorce pas mal de conflits c'est quelque chose de plus important en fait, plus encore que la tenue du dossier en fait, c'est ce qui permet en fait de calmer un peu en amont les problèmes »*
- La compétence : *« C'est surtout un problème, voilà de compétence, si on est compétent on fait, si on n'est pas compétent on ne fait pas »*
- Le secrétariat téléphonique : *« Il y a 5 ans quand je me suis installée, euh, ça a été euh direct de prendre un secrétariat parce que moi c'est surtout le téléphone qui me dérange toutes les 2 minutes pendant les consultations et au bout d'un moment, on écoute plus ce que dit le patient et ça, il fallait absolument pouvoir s'en affranchir »*
- La bonne tenue du dossier : *« Je fais toujours un peu les mêmes choses. J'ai appris pendant mes remplacements surtout à bien écrire tout dans le dossier pour que le médecin remplacé sache bien où on en est et puis, j'ai toujours mis des traces de tous les appels téléphoniques surtout pour dire ce que j'avais dit exactement au téléphone »*

et maintenant que je suis installée j'ai toujours la même façon de faire, j'écris toujours tout dans le dossier pour que cela soit bien clair. »

- L'informatique : *« J'ai aussi acquis il y a pas longtemps un logiciel où ça me permet de gagner du temps en fait sur la récupération en fait de mes examens médicaux. Là, je peux tout recevoir par internet, ça me permet d'être sûre de les regarder aussi, et ça me fait gagner pas mal de temps plutôt que de courir après les choses et puis euh, avoir plus de temps, le problème c'est que quand on est avec l'épidémie de grippe et que on voit trente patients par jour, ben, c'est difficile de pas passer à côté de certaines choses quoi. »*
- Le statut du médecin traitant : *« J'ai l'impression que quand un médecin généraliste, il voit ses patients depuis 40 ans c'est plus facile pour avoir une confiance par rapport à ça. Je pense que si j'avais été son médecin traitant habituel, elle aurait jamais fait une lettre sur le Conseil de l'Ordre. C'est parce que j'étais remplaçante que ça m'est tombé dessus, en fait »*

DOCTEUR L

Le Docteur L a 40 ans, il a passé sa thèse en 2003 et a eu une activité hospitalière dans un service d'Accueil des Urgences dans un CHR très tôt après la fin de son internat. Il a décidé récemment de s'installer en libéral et de choisir de revenir à une activité de médecine générale.

Le Docteur L avait reçu en urgence une personne âgée, adressée dans son service d'accueil pour une suspicion d'ischémie aiguë de jambe. Le Docteur L a demandé l'avis d'un chirurgien vasculaire, et le chirurgien et lui conclurent qu'il n'y avait pas du tout d'ischémie mais une escarre du membre inférieur, nécrosée. La patiente a été renvoyée après des soins vers son institution. Elle décéda quelques temps plus tard dans un autre service d'hospitalisation où elle a été secondairement adressée.

Le fils de la patiente a porté plainte auprès du Conseil de l'Ordre contre le Docteur L et le chirurgien. Les 2 praticiens ont dû expliquer leurs versions, mais n'ont pas eu besoin de se déplacer au Conseil Départemental. Le Docteur L a néanmoins souligné qu'il avait très mal vécu la mise en cause de sa responsabilité.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- L'aléa ou l'erreur thérapeutique et l'erreur diagnostique : « *Risque sur un acte de prescription, ou un acte de petite chirurgie, enfin... Une erreur de diagnostic.* »
- La souffrance du médecin face à la mise en cause : « *Je le suis toujours mais je prends un peu plus de recul. Non, mais j'ai pris tout dans le buffet et je n'ai pas réalisé en fait. Ça m'a brassé.* »
- La remise en question : « *De satisfaire les uns les autres, tu as essayé justement de répondre à la demande, d'obligation de moyens, donc et puis, et puis arrive une issue qui est, bon...ça tu la gères, mais c'est plus effectivement le côté remise en cause, est-ce que j'ai bien fait ? Est-ce... ? Et puis aussi tu te dis tu te bats pour essayer de faire correctement les choses avec le peu de moyens que t'as, parce que le service d'urgence bondé un vendredi soir, c'est un élément important le vendredi soir ; si ce n'est pas un vendredi soir devant un truc qui dure depuis un petit moment, voilà ... toi, t'essaies d'arrondir les angles de faire au mieux, bon... »
« *Voilà, donc c'est plus devant ça effectivement, tu dis, et puis, à quel endroit, à quel moment ça a pu pêcher et qu'est-ce qu'il y a comme mesure corrective à apporter, éventuellement. Il faut rebondir quoi* »*
- Les situations à risque : fatigue, téléphone : « *Fins de journée, salle d'attente bondée, ouais c'est des situations, des situations à risque, je pense Mais aussi aux urgences euh... Le téléphone après ça dépend un peu de sa crainte, de sa gestion au téléphone, un médecin qui fait de la régulation ça va être sa hantise.* »

La judiciarisation de la société

- Les médias et internet : « *Qu'il est devenu important parce que, une espèce de, de... les gens se sont accaparés leur santé, voilà, avec tous les médias etc...J'ai encore eu une dame là, elle m'a dit « docteur j'ai regardé sur Internet avant de venir »...*
- La revendication du risque zéro : « *Donc du coup le risque est augmenté parce qu'ils veulent le zéro défaut, le zéro défaut et la réparation immédiate pratiquement...Le service après-vente faut que ça soit du tac au tac !* »
- La recherche d'une indemnisation pécuniaire : « *Que euh... la population n'hésite pas à entamer des poursuites judiciaires pour euh... pour avoir un retour financier des*

choses...Je pense, en terme de réparation, ouais. (...) De façon que, on a l'impression que c'est une sorte de reconnaissance de leur handicap éventuellement, de leur, voilà...De leur souffrance, voilà, qui est du coup monnayée, c'est à dire c'est un chiffre.Je crois pas que, se dire que on a une rente de tant, parce que on a un handicap de tant, permette de réparer correctement les choses... »

- *La Justice comme le garant d'une médecine de qualité : « Mais néanmoins, ça peut être aussi un cadre, dans la mesure où le corps médical n'a pas non plus à faire n'importe quoi, c'est un garde-fou, quoi. »*

Les responsabilités/obligations médicales

- *L'obligation de moyens : « L'obligation de moyens ! C'est le premier, après il y en a peut-être d'autres mais je les vois pas. Ça fait partie de, je dirais qu'il faut agir en bon père de famille. »*
- *La permanence des soins : « Qu'elle est nécessaire, la permanence des soins. Après qu'elle soit codifiée, encadrée, réglementée je trouve que, c'est peut-être, qu'on y a perdu du bon sens... »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- *La communication, l'information : « Des techniques, je pense déjà à la première : c'est que tout est basé sur la communication ! Sur l'information, voilà il faut dire ce qu'on fait et faire ce qu'on dit. »*
- *La compétence : « Ouais, les compétences et les limites, et puis l'information. Ça. Moi, j'ai pas de honte de dire à un patient, ben, j'en sais rien, voilà. »*
- *La demande d'avis spécialisé : « De pas... Euh... Dès le moindre doute diagnostique ou errance dans le doute diagnostique justement de ne pas avoir le réflexe d'avoir d'un avis secondaire quoi. »*
- *Le relationnel : « Comme je leur dis, si ça ne passe pas avec un médecin, allez en voir un autre. Hein ? Il y a le côté humain qui rentre en jeu aussi, le relationnel. »*
- *Savoir dire non : « Ceux qui veulent leur IRM, leur scanner, leur bilan, leur check-up, voilà, il faut savoir raison garder. »*

DOCTEUR M

Le Docteur M a 48 ans, il est installé depuis 10 ans en milieu rural, seul, mais il est à la recherche d'un collaborateur. Avant son installation, il travaillait dans un service de Rééducation en pédiatrie.

Le Docteur M raconte une altercation avec une femme, qui n'était pas une patiente habituelle, et qui était venue demander son avis au sujet d'une éventuelle opération de la cheville sur entorses à répétition. Elle avait des antécédents multiples de chirurgie et d'antécédents médicaux, ce qui a fait dire au Docteur M qu'il valait mieux qu'elle aille consulter un psychologue, et pas un chirurgien... La consultation a été houleuse. Finalement la patiente a envoyé une lettre au médecin le menaçant de porter plainte. Aucune poursuite judiciaire n'a en fait été instruite, mais le praticien a été affecté par cette lettre.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- La demande de comptes au médecin : *« Ben le risque médico-légal c'est les patients qui ne sont pas contents, qui essaient de prendre la main sur notre relation, qui essaient de faire rendre des comptes au médecin »*
- L'intrusion de la Justice : *« C'est quand le juge vient un peu mettre le nez dans vos affaires pour voir si vous avez bien fait votre travail ou pas. »*
- La souffrance du médecin mis en cause : *« Euh, en fait, j'ai du mal avec la mise en cause, j'ai l'impression que je travaille beaucoup, que en ce moment je trouve que je travaille trop, je suis à bout de beaucoup de choses, euh, dans ma vie personnelle c'est pas toujours facile non plus et du coup quand je reçois ce genre de chose, ben voilà on se le prends en pleine face, hein ? On a l'impression qu'on n'a pas fait son boulot alors que j'ai vraiment l'impression que j'ai tout sacrifié pour mes patients, que je fais tout pour les aider, je les vois dès qu'il faut, je suis tout le temps joignable, ils sont toujours bien accueillis. Et du coup dans ces cas-là, c'est... se faire menacer c'est difficile, on a l'impression que l'on est le dernier des petits délinquants de cité, alors qu'on essaie de faire son travail correctement. »*
- La menace du risque médico-légal : *« Maintenant ça nous pend au nez et moi ça me rend pas tranquille, hein. »*

- L'ignorance des procédures juridiques : *« Ben, en plus je connais pas trop, comme vous avez vu je ne connais pas trop les procédures et je me dis si jamais ça m'arrive je sais même pas vers qui je vais me tourner quoi, je vais encore être tout seul et je ne sais pas si je vais réussir à gérer ça. La médecine je gère, mais le reste je ne sais pas si je peux gérer. ça m'a fait repenser à pas mal de situations effectivement je me dis que je suis pas très informé et qu'il faudrait que je me forme un peu plus pour savoir ce qu'il en est quoi, pour voir un peu comment je pourrais me protéger au cas où parce que c'est vrai c'est une angoisse que j'ai et ça vient peut-être du fait que je ne suis pas trop au courant finalement de ce qui se passe autour de moi. »*

La judiciarisation de la société

- La recherche d'indemnisation pécuniaire : *« Parfois c'est même pas à propos de votre travail, c'est des choses un peu superflues auxquelles vous avez pas fait forcément attention mais sur lesquelles le patient essaie de vous attaquer pour essayer de récupérer des sous. » « Bon, de toutes façons la responsabilité civile, c'est les sous, hein, c'est ce que je vous disais toute à l'heure, c'est des gens qui veulent du fric, euh, du médecin pour récupérer quoi, qui croient que le médecin y roule sur l'or et que du coup on peut lui prendre tout son fric dès qu'il y a un problème, hein »*
- L'américanisation de la société : *« C'est les Etats-Unis qui viennent en France, hein. Et maintenant en France c'est exactement ce qu'on voit, les gens sont, même si ils aiment bien leur médecin, ben il suffit qu'ils tombent sur un avocat un peu hargneux et Hop! C'est parti pour toutes les emmerdes qu'on peut avoir avec le juge par rapport à tout ça. »*

Les responsabilités/obligations médicales

- Le secret médical : *« Oui, forcément, moi j'ai appris en tous cas dans mes études que il fallait beaucoup respecter le patient, faut respecter son intimité, faut respecter le secret aussi, c'est important, par rapport aussi à ses proches qui peuvent être parfois un peu insistants mais bon quand on est médecin de famille, ça veut bien dire ce que ça veut dire on est médecin de famille et la famille elle participe, hein! ça, moi j'ai pas trop de secrets par rapport à la famille »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- La formation : *« Plus de formation, oui. Moi j'aimerais bien pouvoir en faire mais c'est pareil, justement il faut du temps pour ça et je ne sais pas trop comment faire maintenant pour pousser les murs. »*
- L'information : *« Alors, il faut être très juste dans ce qu'on dit et être précis pour que les gens comprennent en fait exactement quelle est la marche à suivre parce que c'est pas eux qu'ont fait médecine. »*
- La bonne tenue du dossier médical : *« Après, il y a les dossiers, il vaut mieux bien écrire dans les dossiers. Moi, j'avoue que je le fais pas trop, hein ! Je ne suis pas très fort en dossier, souvent j'ai pas le temps et du coup quand ils arrivent comme ça et que j'en vois quarante par jour, ben il y a plein d'observations je mets juste pourquoi ils sont venus en fait soit le symptôme d'arrivée soit le diagnostic mais après, j'écris rien du tout. Il y a juste l'ordonnance du coup qui est informatisée, alors je me dis c'est déjà pas mal on sait ce qu'ils ont eu comme ordonnance mais en général mes remplaçants sont pas très contents quand ils voient, quand ils me remplacent pendant l'hiver, parce qu'ils voient qu'il y a rien qui est écrit et du coup pour eux c'est pas évident de reprendre la main. »*
- La relation de confiance : *« Ben il n'y a pas eu une bonne communication entre nous, hein, de toutes façons je le savais bien, hein, on n'était pas fait pour s'entendre. Moi je travaille qu'avec les patients avec lesquels ça marche bien mais je refuse de me laisser faire par des gens auxquels je crois pas du tout. Donc voilà, j'avais pas confiance en elle, elle ne pouvait pas avoir confiance en moi. Donc pour moi la situation était réglée et puis c'est tout. »*

DOCTEUR N

Le Docteur N est une remplaçante en médecine générale de 28 ans. Elle effectue des remplacements principalement dans le département du Rhône, mais aussi dans d'autres régions. Elle est célibataire, sans enfant, et réfléchit en ce moment à un contrat hospitalier dans un service de Médecine Physique et de Réadaptation.

Lors d'un de ses remplacements, elle a dû effectuer une vaccination BCG, ce qu'elle n'avait fait que rarement. Peu à l'aise avec ce geste spécifique, elle s'est trompée dans la dose à injecter : elle a administré 10 fois la dose à cet enfant de 15 mois. Elle s'est rapidement aperçue de son erreur, a réussi à joindre la famille pour la prévenir, et a appelé des collègues

et le centre antipoison. Tous ont été rassurants, mais les parents du nourrisson ont été très contrariés. Il n'y a eu aucune conséquence à cette injection.

Le Docteur N a mal vécu la situation, et a eu peur du risque de procès.

Les principales thématiques abordées

La définition du risque médico-légal

- L'erreur médicale : *« J'ai déjà eu deux trois erreurs médicales où du coup sans être la première chose qui nous vienne à l'esprit parce que la première chose, c'était plutôt pour le patient le risque qu'il encourait, euh c'est vrai que ça m'a déjà traversé l'esprit en me disant est-ce que je peux être poursuivie pour ça ? »*
- La rédaction de certificats médicaux : *« En risque médico-légal, tout ce qui est les certificats de coups et blessures, les certificats de bilan de la lésion initiale... Tout ce qui est certificats médicaux en général. »*
- Le téléphone : *« Le téléphone ? J'ai eu des expériences personnelles en fait depuis mon externat et du coup (rires) j'ai bien appris qu'on ne dit plus rien au téléphone en fait. Et à partir du moment où on ne dit plus rien et qu'il faut à chaque fois qu'on termine en disant consultez votre médecin et tout ça »*
- Un risque exagéré : *« Après je trouve que par rapport à ce que tu dis, par rapport aux stats et tout ça, moi, les médecins généralistes, les maîtres de stages et tout ça ils m'ont toujours beaucoup rassurée en disant que les médecins généralistes, c'était eux qui avaient le moins de procédures, que plus tu expliquais les choses, moins il y avait de procédures, que souvent ça n'allait jamais jusqu'au procès. »*
- Le poids de la responsabilité : *« Ce que j'ai trouvé dur, c'était le, c'était mon propre geste qui puisse mettre en péril ou en tout cas puisse avoir des conséquences pour un enfant et tout ça, on se rend compte aussi du poids qu'on a et de notre vraie responsabilité à, très importante je trouve et dans des moments comme ça encore plus qu'au quotidien où on a une certaine confiance, voilà, de prescription au quotidien. Et euh, et oui quand même, il y a un côté un petit peu, on dirait voilà, une erreur pourrait écrouler toutes nos études, tout ce qu'on a appris, alors qu'on sait plein d'autres choses par ailleurs quoi. Et donc une grande fragilité aussi qu'on a en tant que praticien par rapport à ça »*
- Le patient procédurier : *« Je pars du principe que les choses doivent se faire avec confiance. Quand je vois qu'un patient est un peu procédurier, là je fais gaffe ! »*

« Les patients procéduriers, je trouve qu'on les sent, c'est à risque mais du coup on sent venir les choses et du coup on est d'autant plus carré dans ce qu'on note dans le dossier, parce en fait ils demandent ça à l'oral et on va le noter par écrit »

La judiciarisation de la société

- L'américanisation de la société : *« On sait, euh, on sait qu'aux Etats-Unis les patients font de plus en plus de procès. On sait qu'on a 10 ans de retard sur les Etats-Unis et que du coup en effet comme tu disais, il y a de plus en plus de procès, de procédures, c'est sûr... »*
- La revendication du risque zéro : *« Pour moi, c'est une évolution aussi de ce que demande le patient, dans le sens où nos sociétés qui sont ultra médicalisées, où la maladie est très mal acceptée, du coup le patient souhaite être guéri tout de suite. Maintenant, c'est aussi autre chose, pour moi c'est des mentalités qui sont au-delà de leur santé en fait aux gens et du coup, du coup, ça en vient à des obligations de résultat, en tout cas implicites, souhaitées par le patient, même si c'est jamais euh... quelque chose de nécessaire en médecine. Et ça rend voilà, je trouve des procédures de plus en plus judiciaires. Par incompréhension en fait de ce qu'est la maladie. »*
« Ben en tous cas c'est ce que les patients souhaitent, c'est le risque zéro, en fait. Donc du coup, du coup le fait que tous les... je prends un exemple tout simple du fait que tous les médicaments aient des effets secondaires, les patients sont souvent mal informés sur ce fait là, et donc quand ils ont un effet secondaire d'un médicament ils en veulent au médecin de leur avoir prescrit un médicament, mais par manque d'information par et voilà par souhait d'être guéri en 24 h sans effets secondaires, sans rien, en pensant que les recherches médicales actuelles nous permettraient ça. C'est plus par incompréhension que les patients souhaiteraient un risque zéro que nous ne pouvons pas leur offrir et donc en ayant, voilà, peur de leur demande, on se protège en fait, simplement. »

Les responsabilités/obligations médicales

- L'obligation de moyens : *« C'est d'utiliser tous les moyens de ce que la science, les données actuelles de la science, tous les moyens cliniques, intellectuels et euh les moyens techniques et biologiques et examens complémentaires pour en venir au diagnostic et au traitement, et à la guérison si cela est possible »*

- Le secret médical : *« Pour moi, la responsabilité ordinale c'est, on prend l'exemple du secret médical, en tous cas c'est tout ce qui dépend du code de déontologie. Parce que pour moi c'est pénal non-assistance à personne en danger. »*

Les moyens de prévention/les conduites d'évitement

- La compétence et ses limites : *« Je pense qu'il faut connaître ses domaines de fragilité. Parce que le risque il est là, c'est de vouloir être compétent sur tout »*
- Le temps : *« Après malheureusement au quotidien on n'a pas le temps de noter tout et moi je me sens pas à risque et j'ai pas peur en fait de ne pas avoir tout noté dans tous les dossiers »*
« Je trouve que quand, quand c'est nécessaire, pour justement pour certaines consultations qu'on dit à risque de prendre plus de temps. C'est nécessaire, il faut le prendre et pour l'instant étant jeune médecin, je le prends. Euh... le problème c'est toujours les rémunérations et je pense que, voilà, quand on est installé et qu'on a une patientèle importante et qu'il faut quand même terminer sa journée un jour ou l'autre et voilà, donc je pense que c'est plus de moyens, mais que le temps c'est à nous de devoir le prendre. »
- La bonne tenue du dossier médical : *« Du genre en pédiatrie, « pas d'éruption cutanée » en cas de fièvre, voilà des bêtises mais euh vous continuerez à noter tant que vous êtes pas installé depuis quinze ans avec l'expérience qui fait, avec la renommée qui fait que vous avez plus besoin de le noter dans les dossiers. »*
- Le statut du médecin traitant : *« Or, quand je pense quand on est médecin généraliste installé, d'ailleurs je l'ai vu chez le prat chez qui j'ai travaillé, c'est qu'il y a une confiance de base et qu'il y a une connaissance de base de l'autre où on peut trouver les mots, même si c'est toujours pour dire la même chose, adaptés à chacun pour raconter ce qui s'est passé, l'erreur, et comment on va prendre en charge et du coup les choses se passent plus doucement en tous cas plus sereinement, voilà. »*

DISCUSSION

I) LE RESSENTI DU RISQUE MEDICOLEGAL

UNE DEFINITION TRES PEJORATIVE DU RISQUE MEDICOLEGAL

La définition du risque médicolégal suscite un large consensus parmi les médecins interrogés. Pour la grande majorité d'entre eux, le risque médicolégal se confond avec le risque de procès pour un médecin : « *C'est le risque d'avoir un procès en tant que médecin, dans notre profession au quotidien* » (DR A), « *c'est le risque que le médecin soit embêté par un patient, c'est le risque que la justice surtout vienne l'embêter et vienne regarder sa prise en charge euh, parfois ça peut aller jusqu'au procès* » (DR K), c'est la « *procédure judiciaire* » (DR C), c'est la « *plainte* » et « *l'avocat* » (DR B), la « *réclamation* » (DR E), les « *récriminations* » (DR H).

Cette définition rejoint celle proposée dans le guide d'entretien, tirée d'un article de la revue *Prescrire* : « *le risque médicolégal est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades.* » (4)

Les termes évoqués pour décrire le risque médicolégal sont parfois dramatiques : le risque correspond alors aux « *difficultés, à la catastrophe* » (DR I), à un impact psychologique important : « *Cela m'évoque des médecins que j'ai croisés qui avaient été détruits mais psychologiquement, par des accusations, voilà* » (DR J).

Trois notions sont spontanément associées au risque médicolégal :

- La notion d'**erreur médicale** : le risque survient en cas d'erreur par commission ou par omission : « *un patient qui pourrait nous attaquer pour quelque chose qu'on aurait fait, ou qu'on aurait mal fait... on tourne autour d'un diagnostic et on trouve pas vraiment... enfin une perte de chance pour lui au final* » (DR A), « *Euh bien sûr comme tout le monde j'ai déjà eu deux trois erreurs médicales ou du coup sans être la première chose qui nous vienne à l'esprit parce que la première chose, c'était plutôt pour le patient le risque qu'il encourait, euh c'est vrai que ça m'a déjà traversé l'esprit en me disant est-ce que je peux être poursuivie* » (DR N).

- La notion de **réparation** et de **sanction** : « *Cela m'évoque une peine, des amendes à payer, un emprisonnement, une suspension d'exercice* » (DR F), « *Ben... Le risque médicolégal c'est le risque que le médecin soit embêté par un patient, c'est le risque que la justice surtout vienne l'embêter et vienne regarder sa prise en charge euh, parfois ça peut aller jusqu'au procès et à ce moment-là, il peut aller en prison...* » (DR K).
- La notion de **situations** : le risque survient quand on rédige une ordonnance : « *Je rédige mon ordonnance, se tromper sur les posologies, appeler en considération les interactions médicamenteuses...* » (DR B) ; ou quand on rédige un certificat : « *Risque, c'est-à-dire c'est que dès que l'on fait un certificat... On s'engage plus officiellement, quoi, on signe un papier, il y a vraiment une trace écrite* » (DR C) ; ou encore un « *Risque sur un acte de prescription, ou un acte de petite chirurgie, enfin...* » (DR L)

Le champ sémantique utilisé dans l'évocation du risque judiciaire explore plusieurs termes très péjoratifs :

- La **menace** : le risque médicolégal est « *Une épée de Damoclès* » (DR D), présente au quotidien : « *Ça m'évoque quelque chose qui me hante. On y pense tous les jours.* » (DR G), « *Oui, c'est quelque chose à laquelle j'ai toujours pensé et, heureusement il ne m'est jamais rien arrivé de trop grave mais, euh, oui, c'est quelque chose euh que j'ai toujours en tête, c'est les patients qui sont très revendicatifs maintenant* » (DR K), « *Après, je trouve que c'est une menace de plus en plus importante. C'est vrai c'est quelque chose qui fait que je suis de plus en plus inquiète dans mon, dans ma façon de travailler mais un jour, je pense, il y aura tellement de plaintes que les patients vont s'apercevoir que c'est plus possible* » (DR K),
- La **peur** : « *Ca a une incidence, parce que, voilà, ça fait peur quand même.* » (DR J), « *Maintenant ça nous pend au nez et moi ça me rend pas tranquille, hein* » (DR M),
- L'**angoisse** : « *Il faudrait que je me forme un peu plus pour savoir ce qu'il en est quoi, pour voir un peu comment je pourrais me protéger au cas où parce que c'est vrai c'est une angoisse que j'ai et ça vient peut-être du fait que je ne suis pas trop au courant finalement de ce qui se passe autour de moi* » (DR M)

Au contraire, 4 praticiens nous ont déclaré ne pas avoir peur du risque médico-légal. Ces praticiens ont le même profil : praticiens expérimentés, ayant plus de 50 ans et recevant des internes en stage :

- « *Je n'ai pas extrêmement peur et je trouve que c'est exagéré [...] La judiciarisation de la médecine, c'est cette médecine vue par le côté judiciaire, juridique, médico-légal observée de cette manière-là, ce n'est pas la médecine que j'exerce. Je n'ai pas très peur de cela* » (DR D),
- « *Il me semble que chez les jeunes médecins, puisque justement je fais de l'enseignement, y a vraiment cette préoccupation du côté médico-légal et je pense que c'est peut-être aussi l'hôpital qui, enfin, la fréquentation, le passage dans les services hospitaliers qui est peut-être responsable de cette préoccupation là, mais moi personnellement, je passe au-dessus....J'ai toujours dit que la peur n'empêchait pas le danger* » (DR E),
- « *J'y pense mais je ne suis pas traumatisé.* » (DR I)
- « (A propos du risque médico-légal) « *Il n'est pas majeur, parce que j'ai une relation avec les gens qui est une relation humaine de confiance* » (DR I)

Pourtant ces praticiens transmettent la méfiance et la prévention du risque médico-légal aux internes qu'ils reçoivent :

- « *Peut-être la posture d'un enseignant fait que j'enseigne la vigilance aux étudiants en stage, donc peut-être ça me rend plus vigilante* » (DR E)
- « *Mais, je ne parle pas de médico-légal, mais je leur... je les incite à l'extrême rigueur dans l'établissement des certificats... (au sujet des internes)* » (DR I)
- « *C'est quelque chose à laquelle je pense, c'est quelque chose que je transmets à mes stagiaires, puisque je suis maître de stage. Je leur dis, voilà, c'est un gamin qui vient, qui a mal à la tête et qui vomit. Tu marques "pas de syndrome méningé" s'il n'a pas de syndrome méningé, dans le dossier de façon à laisser une trace !* » (DR J)

LES SITUATIONS A RISQUE

Des situations à risque médico-légal sont identifiées par les praticiens.

Certaines sont liées au praticien : c'est la fatigue ressentie, lors d'une journée surchargée, à la fin de journée, ou le lendemain d'une garde : « *Alors, il est évident que les journées à risques sont peut-être les journées où on est fatiguée, surchargée, les périodes d'épidémie* » DR E,

« On peut faire une erreur et dans ces cas-là le risque il peut provenir de la surcharge de travail ou de la fatigue. C'est à dire que quand vous faites, quand vous êtes médecin généraliste une nuit de garde et que vous embrayez le lendemain avec votre journée de travail, on a pas le repos compensateur comme l'ont les hospitaliers, et on a pas ce genre de chose, et la fatigue, le manque de sommeil intervenant dans nos décisions, on peut être amené à prendre des décisions qui ne sont pas les bonnes » (DR J) « Fins de journée, salle d'attente bondée, ouais c'est des situations, des situations à risque, je pense » (DR L).

Certaines situations à risque sont liées aux caractéristiques de la consultation :

- Les **spécificités des consultations** : la pédiatrie et les urgences sont les plus souvent évoquées : « Je citerais peut-être un peu plus les situations d'urgence, l'enfant...Je pense que les parents seraient plus à mêmes pour comprendre, pour chercher la vérité, se dédouaner etc... » (DR D), « Déjà les urgences médicales avec les fièvres d'enfants avec des facteurs de gravité mal évalués, avec essentiellement les sepsis voilà qu'on aurait pu classer dans une situation de fièvres bénignes, euh, après, tout ce qui est possiblement aussi je pense aux traumatismes crâniens des choses comme ça, les nouveau-nés également qu'on peut être amené à voir et qui sont un peu moins stables que les autres âges et peut-être aussi des situations voilà où l'on évalue mal les compétences parentales... » (DR F), « La pédiatrie c'est un exercice qui est plus à risque, plus à risque parce qu'on voit beaucoup de consultations non programmées, parce que cela peut évoluer » (DR I).
- La **visite à domicile** : voici une situation très particulière à l'exercice de médecine générale, elle se réalise soit en « programmé », soit dans l'urgence en particulier pendant les gardes. Elle est réalisée dans des conditions parfois difficiles, dans un domicile septique et parfois inadapté pour un examen médical soigneux : « Les gens qu'on voit au domicile et qu'on a pas forcément sous la main, qui habitent loin, qu'on voit une fois et puis euh, ils ne viennent pas facilement au cabinet où il peut y avoir des problèmes effectivement » (DR C), « Je dirais gaffe aux visites » (DR H), « Déjà, je me déplaçais très peu, j'ai fait beaucoup de visites quand je faisais des gardes dans les toutes premières années. Mon petit patient qui est décédé du volvulus du grêle il a été examiné à domicile, à minuit et probablement dans la chambre des parents » (DR I).

Enfin, certaines situations à risque sont liées au patient. Dans de nombreux entretiens, la personnalité d'un patient particulier a été citée : le « *patient procédurier* ». Ce patient ainsi dénommé est susceptible d'après le praticien qui le reçoit d'engager plus facilement des ennuis médico-légaux :

- « *Mais je dirais plutôt par moment vis-à-vis de certains patients une petite suspicion... (rires). J'ai ma suspicion qui peut s'instaurer. En me disant que peut être que celui-là, si j'écris pas assez de trucs dans le dossier, ben... Il serait bien capable de me tomber dessus !* » (DR A)
- « *J'allais pas dire que c'est spécifiquement du problème cardio ou spécifiquement un problème gynéco ou quoi, je dirais c'est peut-être plus en fonction du profil des patients. Il y a des patients qui sont plus procéduriers que d'autres* » (DR C)
- « *Après voilà je dirais, les situations avec des personnalités un petit peu particulières, voilà, sans parler de la psychiatrie, des personnalités peut être, voilà, des personnes qui sont procédurières comme on dit* » (DR F)
- « *Le patient, oui, c'est le patient procédurier. Il y a des gens qui sont en procès avec tout le monde, qui sont en procès avec leurs voisins, qui sont en procès avec leur médecin aussi...* » (DR I).

Ces patients dits procéduriers ont parfois déjà eu un conflit avec un médecin antérieurement, ce qui ne fait qu'amplifier la méfiance des praticiens :

- « *On sent une certaine, oui une certaine psychologie des gens et qui disent oui voilà j'ai déjà eu tel problème et on ne m'a pas pris en charge correctement, on n'a pas fait ce qu'il fallait, oui ce sont des gens qui rapportent des choses, ce qu'ils ont vécu et on sent des gens du coup qui auraient tendance à faire des procédures judiciaires* » (DR C)
- « *Oui ce qu'on évite aussi c'est de reprendre des clients, des gens qui ne sont pas contents de leur ancien médecin [...] C'est un signe, une alerte, « continuez avec votre ancien médecin »...* » (DR H)

Avec ces patients dits procéduriers, ou tout du moins reconnus comme tels, certains médecins déclarent faire plus attention en consultation, ou cèdent plus facilement à leurs demandes :

- « *Je me suis dit après des demandes d'examen comme cela il faut être bien vigilant euh et essayer de répondre vraiment à la demande des gens, parce que finalement on n'est pas à l'abri, si on passe à côté d'un truc grave, ou je ne sais pas, c'est vraiment le manque de bol, on est vraiment passé à côté de quelque chose à ce moment-là ça va*

forcément se retourner contre nous, donc, les gens qui insistent vraiment, quand on sent des gens agressifs ou procéduriers déjà pas s'énerver, limite exceptionnellement peut-être, changer un peu son point de vue et essayer un peu d'aller dans leur sens pour ne pas avoir de problèmes derrière, quoi. » (DR C)

- *« C'est à dire que en consultation, je me dis, je me surprends à faire quelque chose, à être un moment à me dire pouh, oh là, là tu vas pas faire ça, fais-le car sinon on va te le reprocher si tu ne le fais pas le jour où tu seras au tribunal. » (DR I)*
- *« Je ne la soigne pas comme je soignerais quelqu'un d'autre et je pense que j'ai tort, mais j'ai tort sur le plan de l'efficacité de mon métier [...] Euh, si on voit les choses à travers l'œil de la judiciarisation de la chose, ben je me protège, il faut se protéger. [...] Qu'est-ce que je peux faire surtout pour qu'elle ne me fasse pas un procès... (rires) Mais ça parasite la consultation je veux dire, ça pourrait, en fait, je ne sers plus à rien, je pense pas que je suis pas performant dans ce type de consultation, parce que la consultation est parasitée » (DR J)*
- *« Je pars du principe que les choses doivent se faire avec confiance. Quand je vois qu'un patient est un peu procédurier, là je fais gaffe ! » (DR N)*
- *« Les patients procéduriers, je trouve qu'on les sent, c'est à risque mais du coup on sent venir les choses et du coup on est d'autant plus carré dans ce qu'on note dans le dossier, parce en fait ils demandent ça à l'oral et on va le noter par écrit. » (DR N)*

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de descriptions de ces personnalités procédurières. Tout au plus, un côté procédurier est-il évoqué dans le polycopié du Collège National de Psychiatrie dans les cas de personnalités pathologiques : hypochondriaques et paranoïaques (106).

A travers ces situations à risque, le médecin devient méfiant :

- *« Le médecin devient plus prudent, il se méfie, il devient plus malin, il devient plus malin (rires), il repère très vite ce qui risque de déraiper. Ouais c'est une espèce de sixième sens, là attention... » (DR H)*
- *« Donc, voilà pour moi la situation idéale, c'est celle où les gens me font confiance et s'ils me font confiance, ben je suis là pour ça, hein je me sens libre » (DR J)*
- *« Moi je travaille qu'avec les patients avec lesquels ça marche bien mais je refuse de me laisser faire par des gens auxquels je crois pas du tout. Donc voilà, j'avais pas confiance en elle, elle ne pouvait pas avoir confiance en moi. » (DR M)*

LE CAS DU TELEPHONE

Une étude réalisée par l'URPS Ile de France, parue en avril 2012 (107), montre que les médecins généralistes passent plus de 7 heures par semaine avec leurs patients au téléphone (l'équivalent en temps de 25 consultations par semaine). Chaque jour ils répondent en moyenne à 15 coups de téléphone directement, qu'ils aient un secrétariat médical ou non, et 56% des médecins interrogés se déclarent harcelés par le téléphone au quotidien. Devant la perturbation croissante des appels téléphoniques, 68% des médecins coupent leurs téléphones en cas de trop grand nombre d'appels ou pendant une consultation difficile.

Nous retrouvons particulièrement ce sentiment de téléphone envahissant dans les réponses des praticiens.

Le téléphone est décrit premièrement comme une **source potentielle de conflit**, du fait du dérangement qu'il occasionne :

- « *ça peut être la conséquence d'une altercation quelque chose ressentie comme une altercation au téléphone ou une situation conflictuelle verbale. [...] Oui, le relationnel au téléphone, c'est là où l'on est un peu plus tendu, parfois oui j'ai entendu dire qu'il y a des plaintes, refus de soin par exemple, par un médecin débordé qui ne peut pas prendre le patient* » (DR B)
- « *Et c'est arrivé, c'est arrivé et je m'apercevais que quand je répondais au téléphone au bout du quatrième ou Xème coup de téléphone au cours de ma consultation j'avais tendance à être agressif au téléphone. Et la personne qui m'appelait, elle savait pas pourquoi. Elle ne comprenait pas, ce n'est pas de sa faute, elle avait un médecin agressif au bout du fil sans qu'il y ait de raison valable* » (DR J)

Par ailleurs, le téléphone **induit un risque médicolégal** : un conseil téléphonique, même banal, engage la responsabilité du médecin, qui doit prendre une décision sans avoir le patient sous les yeux. La régulation téléphonique, enregistrée et normalisée au centre 15, est pratiquée au quotidien par les médecins généralistes, qui considèrent cette activité comme potentiellement dangereuse, notamment au niveau de la traçabilité de la parole donnée et du secret médical :

- « *Non, c'est vrai, quand on répond au téléphone qu'on a pas vu les gens, effectivement c'est vraiment une situation où on peut dire là si tu as un problème, qu'on n'a pas vu les personnes, et qu'ils portent plainte et s'il y a un souci c'est clair qu'il y a plus de risque, voilà* » (DR C)

- « Mais je leur dis aux gens : « écoutez au téléphone comme cela ce n'est pas facile, je préférerais que vous veniez en consultation » mais on répond souvent au téléphone, on est un peu obligé quelque part » (DR C)
- « Car j'ai bien conscience qu'à partir du moment où on décroche et qu'on répond au patient on peut être mise en cause par défaut d'intervention par exemple d'un refus de visite à domicile et d'un conseil téléphonique mais c'est pareil pour les médecins régulateurs ; sauf qu'eux, c'est enregistré, c'est plus facile après de savoir ce qui s'est réellement passé » (DR E)
- « N'empêche que ce n'est pas enregistré et du coup les gens peuvent dire oui, mais vous avez dit d'attendre le lendemain, ils peuvent déformer les choses ils ne sont pas toujours très... » (DR G)
- « Le téléphone ? J'ai eu des expériences personnelles en fait depuis mon externat et du coup (rires) j'ai bien appris qu'on ne dit plus rien au téléphone en fait. Et à partir du moment où on ne dit plus rien et qu'il faut à chaque fois qu'on termine en disant consultez votre médecin et tout ça » (DR N)

De plus, les praticiens soulignent la perturbation de la consultation médicale lors d'appels d'autres patients, augmentant la déconcentration du généraliste et le risque d'erreurs :

- « La responsabilité quand on répond au téléphone, enfin il y a deux façons de voir le téléphone : le téléphone comme élément perturbateur qui va être responsable d'une erreur ; ça c'est à nous d'essayer de faire en sorte que ça existe pas, d'être moins dérangée, ça c'est pas toujours possible et puis le téléphone, ben, la réponse téléphonique qui... qui va ensuite être prise en cause, pourquoi pas... Donc quand même il est prouvé que le médecin dérangé trop souvent en consultation fait plus souvent d'erreurs et qu'on est moins souvent dérangé grâce à la secrétaire » (DR E)
- « Quelle va être la situation la plus à risque, celle qu'on voit au moment du, du, avec le patient dans le cabinet ou est-ce que c'est le coup de téléphone où on a pris une mauvaise décision par rapport à une INR qui était pas équilibrée, par rapport à une créatinémie qui n'est pas ? par rapport à une fièvre qui dure, par rapport à une éruption qui, finalement sera un purpura et on a traité ça à la légère, je ne sais pas ? » (DR I)
- « Il y a 5 ans quand je me suis installée, euh, ça été euh direct de prendre un secrétariat parce que moi c'est surtout le téléphone qui me dérange toutes les 2

minutes pendant les consultations et au bout d'un moment, on écoute plus ce que dit le patient et ça, il fallait absolument pouvoir s'en affranchir » (DR K)

Pour autant, le téléphone permet aussi de **s'entourer d'avis** à propos d'une décision médicale : avis de spécialistes, appels du 15 :

- *« Moi personnellement, je ne m'embête plus, je téléphone au 15. Le 15 me donne un avis alors c'est l'avis, la décision partagée c'est à dire qu'on est plus seul à prendre la décision, cela est un partage de la décision et souvent ça met les idées un peu en place, soit il nous envoie une équipe de SAMU, soit il nous envoie une ambulance » (DR I)*
- *« Le centre 15, c'est un bel outil, faut que ça tienne, ça ! (rires) Faut que ça tienne, ça nous aide beaucoup, beaucoup, la permanence en dehors des heures de cabinet je ne me sens pas tenu de répondre au téléphone » (DR J)*

Le téléphone est géré différemment selon les praticiens :

- Dans la majorité des cas, l'acquisition d'un secrétariat téléphonique ou sur place a résolu les problèmes de perturbations générés par les appels : *« Et puis la deuxième chose qui est extrêmement importante c'est le secrétariat médical parce que pendant très longtemps, je pendant pas très longtemps quand même, je crois pendant les 10 premières années je n'avais pas de secrétariat médical, j'étais dérangé tout le temps au téléphone, donc, le fait d'avoir un secrétariat médical c'est, ça procure un confort énorme de pas être dérangé tout le temps pour les prises de rendez-vous, pour euh, on a des patients qui téléphonent pour tout et n'importe quoi, pour savoir si faut mettre la Blédine® marron ou la Blédine® jaune® euh la Blédine®, le sans gluten, non, ça c'est insupportable d'être dérangé tout le temps, on ne peut pas donner des conseils comme ça donc le, le secrétariat médical c'est le truc numéro 1 pour se prémunir » (DR I), « Le problème du téléphone, d'abord, c'est un véritable problème pour moi que j'ai résolu en embauchant une secrétaire... » (DR J)*
- Un médecin a déclaré préférer être joignable directement et en permanence : *« Ben moi, j'ai tout le temps le téléphone de toutes façons, ils peuvent m'appeler aussi chez moi la nuit, j'ai toujours appris comme ça, et pis, s'il y a un souci, ils m'appellent de toutes façons, donc je réagis assez vite » (DR M)*
- Un praticien a déclaré couper le téléphone dès que possible : *« Gaffe aux visites et aux coups de fil après et en dehors des horaires. C'est systématiquement des merdes [...] Oui, faut pas répondre. Pas de téléphone [...] Pas de répondeur, rien du tout. Ça*

sonne dans le vide et ... [...] J'ai un truc, un truc de singe, ne jamais répondre entre midi et deux, avant 8h et après 7h du soir » (DR H)

LES MISES EN CAUSES

Les réactions vis-à-vis des mises en cause sont évoquées soit à travers le récit de mises en cause personnelles, soit au travers des expériences d'autres médecins. Le vécu difficile d'une mise en cause et le retentissement psychique sur le médecin concerné est systématiquement mis en avant :

- *« Je pense que la vie elle doit bien changer après un procès ! Et on doit plus avoir le même regard sur les gens » (DR A),*
- *« Mais à la fois c'était une collègue de notre groupe de pairs, elle a déprimé très franchement pendant 6 mois, elle s'est retirée du groupe de pairs à la suite de cette histoire et ça m'a vacciné à vie pour tous les certificats de complaisance » (DR I),*
- *« ça m'évoque des médecins que j'ai croisés qui avaient été détruits mais psychiquement, par des accusations, voilà. Je pense à un confrère qui est dans le coin qui a qui peut-être est passé à côté de quelque chose, je n'en sais rien, m'enfin qui est, sur qui il est tombé une histoire médicolégale, qui a été mis en cause et j'ai l'impression que ce n'était pas l'affaire, le problème ponctuel que, lui, remettait en cause mais toute son existence, c'est à dire qu'il a passé, comme la majorité, je pense, des médecins généralistes une grosse partie de son existence à améliorer le bien-être des gens voire en guérir quelques-uns peut-être... » (DR J)*
- *« Et tout d'un coup on lui dit, en fait, ce qu'il a reçu comme message c'est : vous travaillez comme un cochon... Et cela l'a vraiment perturbé, mais profondément...Il n'est pas allé en prison, c'est le dégât psychique que ça a provoqué chez lui qui m'a impressionné » (DR J)*
- *« Non, mais j'ai pris tout dans le buffet et je n'ai pas réalisé en fait. Ça m'a brassé. De satisfaire les uns les autres, tu as essayé justement de répondre à la demande, d'obligation de moyens, donc et puis, et puis arrive une issue qui est, bon...ça tu la gères, mais c'est plus effectivement le côté remise en cause, est-ce que j'ai bien fait. ? Est-ce... ? » (DR L)*
- *« Mais, en même temps j'avoue que c'est pas la première lettre que je reçois et là c'était un peu trop dans ma pratique parce que c'est une femme que je prenais en plus dans des journées à rallonge, je terminais à 22 h tous les jours, c'était l'hiver, j'avoue que ça faisait un peu trop pour moi et ça m'a gonflé d'être mis en cause encore. C'est*

une lettre qui m'a beaucoup marqué, qui était très injurieuse par rapport à tout ça. Euh, en fait, j'ai du mal avec la mise en cause, j'ai l'impression que je travaille beaucoup, que en ce moment je trouve que je travaille trop, je suis à bout de beaucoup de choses, euh, dans ma vie personnelle c'est pas toujours facile non plus et du coup quand je reçois ce genre de chose, ben voilà on se le prends en pleine face, hein ? On a l'impression qu'on n'a pas fait son boulot alors que j'ai vraiment l'impression que j'ai tout sacrifié pour mes patients, que je fais tout pour les aider, je les vois dès qu'il faut, je suis tout le temps joignable, ils sont toujours bien accueillis. Et du coup dans ces cas-là, c'est... se faire menacer c'est difficile, on a l'impression que l'on est le dernier des petits délinquants de cité, alors qu'on essaie de faire son travail correctement » (DR M)

Comme on le lit dans ces déclarations, la mise en cause est souvent mal vécue car considérée comme disproportionnée voire injustifiée, soit du fait de l'impression de travail bien fait, ou plutôt l'impression de bien faire des médecins en général, décrits sous un mode profondément humaniste, soit du fait qu'elle concerne des actes banals, ne relevant pas d'une telle « attaque » judiciaire du patient :

- *« J'aurais pu imaginer que ça puisse arriver dans des situations un peu plus... enfin un peu plus graves quoi... Une situation banale... Moi ça me paraît complètement disproportionné » (DR A)*
- *« C'est assez rare que les médecins soient très méchants et veuillent faire du mal à leur patient, à mon sens il semble hein ! » (DR J)*
- A propos des mises en causes : *« Pour tout et n'importe quoi en fait... ça n'a aucun sens... ça été surement justifié euh... dans un tiers des cas, le reste étant complètement farfelu quoi » (DR H)*

La mise en cause est d'autant plus intolérable pour certains, qu'elle correspond à une intrusion difficilement acceptable de la Justice, qui ne peut comprendre le métier de généraliste au quotidien :

- *« C'est pas que c'est accessoire mais je veux dire, le code de déontologie c'est comme le code civil et le code pénal, c'est des interprétations. » (DR H)*
- *« Mais j'ai quand même, les gendarmes sont venus prendre les dépositions et une gendarmette pas très corticalisée qui orientait mes réponses... c'est à dire qu'elle les simplifiait, elle simplifiait mes réponses parce qu'elle les trouvait trop compliquées et donc quand il fallait qu'elle les écrive, elle les simplifiait » (DR I)*

- « J'ai été à la Commission de Conciliation et c'est vrai que c'est plus facile d'expliquer les choses devant des professionnels que devant un juge qui va vous sortir des trucs, vous auriez dû faire ça, vous auriez dû faire ça, comme si nos journées étaient extensibles, alors que lui travaille 35 heures... » (DR J)
- « En médecine, on prescrit tous hors AMM tous les jours par exemple. Devant le juge qui va être Un médecin peut comprendre qu'on travaille hors AMM, le juge ne le comprendrait pas, vous voyez là... » (DR J)
- « Ça c'est quelque chose que je ne connais pas bien, moi je me sens obligé de rien, hein. Je fais juste mon métier. Après la loi, la loi, hein, c'est pas elle qui soigne le patient au quotidien » DR M
- « Oui, j'ai eu plusieurs fois des avocats au téléphone, euh, mais c'était plutôt pour des cas de divorce en fait où ils voulaient vérifier des choses mais moi je ne leur réponds pas aux avocats ils se débrouillent et c'est les patients qui viennent me voir et qui m'expliquent la situation. Moi je ne prends pas les avocats comme ça. Il y a aussi les médecins, les médecins d'assurance là, qui viennent vérifier les arrêts de travail, qui viennent vérifier en fait les handicaps, etc... Et ça c'est pareil, moi, je réponds pas à ce genre de choses » DR M

Le poids émotionnel de la mise en cause se confond souvent avec le poids de la responsabilité morale du statut de médecin, jusqu'à des sentiments de culpabilité en cas d'issue fatale :

- « Ce que j'ai ressenti ? Quand même choquée, oui, choquée et puis j'avais un peu oui un peu de culpabilité oui » (DR F),
- « C'est lourd. Dès que t'as un souci avec un patient. Alors, enfin je relativise en disant que je ne sais pas pourquoi il est mort ce monsieur, je ne sais pas si c'est ma faute ou pas, si on l'avait peut-être laissé sortir, il aurait peut-être fait encore 2, 3 ans... Il avait vécu, il avait 86 ans donc c'est que j'ai essayé dans tous les cas de, de pouvoir dormir de se dire qu'il avait 86 ans et qu'il avait vécu et que, a priori, je n'avais pas fait de faute énorme voilà quoi » (DR G),
- « J'y pense en permanence. Et à la fois comme la conscience professionnelle. » (DR I)
- « Dans le risque médico-légal il y a un peu la conscience professionnelle qui est normale. » (DR D)

Néanmoins, de façon résignée, les médecins estiment que les mises en cause sont aujourd'hui inéluctables :

- « *C'est vrai au niveau de nos études on nous l'a bien assez dit : progressivement cela va être de plus en plus présent dans l'exercice de la médecine, je pense que c'est quelque chose auquel il faut s'attendre. Moi qui suis jeune médecin je suis allé au Conseil de l'Ordre des médecins. Quand tu as un entretien avec un médecin de l'Ordre, il t'en parle* » (DR B),
- « *Les chiffres du médicolégal. Plus personne n'est exempt de ça et surtout pas les médecins généralistes* » (DR J)

Et cette inéluctabilité semble liée par les praticiens à l'évolution du statut du médecin, des patients et de la société.

Le statut du médecin a changé :

- « *Le besoin de mettre en cause les gens plus facilement qu'avant... alors qu'avant je pense notre profession était protégée parce qu'il y avait le curé et le médecin... on avait une position plus favorable dans l'esprit des gens et maintenant je pense que ça change* » (DR A),
- « *Mais effectivement il y en a peut-être pas eu assez, il y a 30 ans le médecin faisait ce qu'il voulait, tout se passait il y avait plein de conneries qui étaient faites il n'y avait pas de barrière parce que la barrière du Conseil de l'Ordre c'est du pipi de chat et du coup la justice est là pour remettre de l'ordre un petit peu* » (DR G),
- « *Il y avait des professions qui étaient nobles à l'intérieur de la médecine. La médecine générale malheureusement pas trop. La profession de chirurgien ou d'obstétricien c'étaient des métiers, c'était la crème de la médecine, maintenant ce sont des métiers donc des métiers de chiens, dont personne ne veut parce qu'il faut se lever la nuit et parce que vous risquez de vous retrouver en procès. Pour en avoir discuté avec des chirurgiens, ce n'est pas que vous risquez, vous vous retrouvez en procès régulièrement.* » (DR J),
- « *Quand j'étais à la fac on ne parlait pas de ça, le médecin était celui qui décidait [...] C'est devenu progressivement, au début de ma carrière j'étais dans le mythe du médecin tout puissant (rires)* » (DR J)

Le patient a changé : la demande de réparation, l'accessibilité des connaissances sur internet, la demande d'obligation résultats, et le risque zéro ont été évoqué :

- « *Le fait que les patients je pense, avant, ils auraient pas pensé à impliquer leur médecin dans une procédure judiciaire, alors que maintenant en 2011 voire 2012 je pense que les gens y ont plus recours, à la justice pour se faire justice à eux-mêmes en invoquant... en mettant en cause quelqu'un. Peut-être que les gens ont besoin lorsqu'il y a quelque chose qui va pas comme ils veulent de faire justice à eux-mêmes et du coup de... d'accuser quelqu'un ça doit faire du bien, d'accuser les gens... au moins on se demande pas soit même si on a fait quelque chose de pas bien quoi !* » (DR A)
- « *Les gens consultent sur internet, consultent internet avant et voilà c'est des charges nouvelles qui sont apparues dans notre exercice ; les jeunes même nous il faut qu'on s'adapte au fur et à mesure de notre vie* » (DR I)
- « *J'ai encore eu une dame là, elle m'a dit « docteur j'ai regardé sur Internet avant de venir »...* » (DR L)
- « *Donc du coup le risque est augmenté parce qu'ils veulent le zéro défaut, le zéro défaut et la réparation immédiate pratiquement... [...] Le service après-vente, faut que ça soit du tac au tac !* » (DR L)
- « *Les gens y croient qu'on sait tout faire, euh, on a toujours réponse à tout mais c'est pas vrai on a toujours des choses où on n'est pas sûr, on n'est pas sûr de soi* » (DR M)
- « *En tous cas des responsables, la notion que l'arbitraire et l'aléatoire n'existent pas c'est comme les tempêtes quoi...* » (DR E)
- « *C'est une évolution aussi de ce que demande le patient, dans le sens où nos sociétés qui sont ultra médicalisées, où la maladie est très mal acceptée, du coup le patient souhaite être guéri tout de suite. [...] ça en vient à des obligations de résultat, en pensant que les recherches médicales actuelles nous permettraient ça. [...] Ben en tous cas c'est ce que les patients souhaitent, c'est le risque zéro.* » (DR N)

La société a également changé selon les praticiens, elle « s'américanise » :

- « *Notre métier il a pas quand même pas tellement changé, c'est la société qui a changé, c'est la société qui a changé c'est l'acceptation de l'erreur ou l'acceptation comme je vous le disais tout à l'heure la désignation de responsables à tout prix* » (DR E)
- « *Je dirais l'évolution de la société en général, les médias sans doute aussi, à mon avis influencent un petit peu tout ça et puis euh, oui peut-être notre façon aussi de travailler* » (DR F)

- « *Alors moi ça m'évoque la nécessité pour les personnes de trouver des responsables, des coupables euh... et éventuellement en second lieu de tirer bénéfice d'une erreur, enfin, ça c'est peut-être plus ce côté américain on va essayer d'exploiter financièrement ce qui s'est passé je pense pas qu'on en soit là en France que les gens portent plainte, enfin, se plaignent pour de l'argent...* » (DR E)
- « *Oui, oui ça me fait penser que ça vient un peu des USA, le changement de notre société qui vient des USA, il y a peut-être une judiciarisation qui ne concerne pas seulement la médecine* » (DR B)
- « *Ça m'évoque effectivement que ... les USA quoi, ça m'évoque les avocats, euh, qui sont euh derrière les patients qui sont là pour attendre le chaland pour enfoncer le médecin entre guillemets et il y en a qui ont besoin, il y en a qui ne font pas leur métier correctement je pense alors du coup c'est l'avocat, c'est les USA, c'est effectivement la justice qui est là pour, euh, mettre des barrières au médecin.* » (DR G)
- « *La population n'hésite pas à entamer des poursuites judiciaires pour euh... pour avoir un retour financier des choses...* » (DR L)
- « *On sait qu'on a 10 ans de retard sur les Etats-Unis et que du coup en effet comme tu disais, il y a de plus en plus de procès, de procédures, c'est sûr...* » (DR N)
- « *C'est les Etats-Unis qui viennent en France, hein* » (DR M)

II) LES CONNAISSANCES DU RISQUE MEDICOLEGAL

Il y avait de nombreuses possibilités pour évaluer les connaissances des médecins généralistes en matière médico-légale. Nous avons décidé d'envisager cette évaluation en demandant aux médecins généralistes de s'exprimer sur les obligations légales et les responsabilités médicales auxquelles ils sont soumis.

D'abord, nous ne voulions pas envisager une évaluation de connaissances par des moyens trop scolaires, utilisant des questions fermées ou des cas cliniques, qui rappelleraient des séances d'examen ou des interrogations écrites dénuées de ressenti, et qui ne cadreraient pas avec notre choix d'un questionnaire qualitatif semi-dirigé invitant à la libre parole.

Ensuite, les questions « Selon vous, quelles sont les obligations légales d'un médecin généraliste ? » et « On parle souvent de la triple responsabilité du médecin. On distingue : la responsabilité ordinale ou disciplinaire, la responsabilité civile, la responsabilité pénale.

Pouvez-vous m'expliquer ces différentes responsabilités et éventuellement me donner des exemples de situations qui mettent en cause un médecin dans chacune de ces responsabilités ? » appellent à un tronc commun de connaissances puisées dans les souvenirs des études de médecine, sans en exclure le côté mise en pratique de ces connaissances et l'expérience du praticien.

En effet, les responsabilités et les obligations du médecin font partie du programme d'enseignement en premier cycle d'études médicales et surtout en deuxième cycle dans la préparation de l'Examen Classant National (ECN). Voici un extrait du Bulletin Officiel régissant l'enseignement de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, listant les items à connaître pour préparer l'ECN :

« *MODULE 1 :*

[...]

N° 6. *Le dossier médical. L'information du malade. Le secret médical*
- Créer un dossier médical répondant aux recommandations des bonnes pratiques et savoir transmettre à un confrère une information adéquate.

- Expliquer les droits à l'information et au secret médical du patient.

- Délivrer aux patients une information claire et compréhensible.

- Préciser la notion de consentement éclairé et sa formalisation.

N° 7. *Éthique et déontologie médicale : droits du malade ; problèmes liés au diagnostic, au respect de la personne et à la mort*

- Expliquer les principes de la déontologie médicale.

- Expliquer les principes d'une réflexion éthique dans les décisions difficiles.

N° 8. *Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation*

- Préciser les règles générales d'établissement des certificats médicaux et leurs conséquences médico-légales. L'examen d'un cadavre.

- Préciser les principes de la législation concernant le décès et l'inhumation.

- Préciser les principes de la législation concernant les prélèvements d'organes.

N° 10. *Responsabilités médicales pénale, civile, administrative et disciplinaire*

- Différencier les types de responsabilités liés à la pratique médicale. » (108).

On pouvait penser, avant la réalisation de cette étude, que les jeunes médecins installés et les remplaçants arriveraient plus facilement que leurs aînés à répondre à ces questions, du fait de leur âge proche des études (et donc de l'ECN, qui n'existe que depuis quelques années) et

leurs connaissances « fraîches ». En fait, à la lecture des entretiens, il n'en est rien : les réponses sont homogènes, quel que soit l'âge du praticien, à part deux exceptions : le Docteur D, responsable du séminaire « Erreurs médicales » à la faculté de médecine de Lyon 1, qui a donné des réponses particulièrement précises et documentées, et le Docteur B, qui n'a pu répondre aux questions sans aide de l'enquêteur.

Ces questions ont globalement amené une hésitation initiale de la part des praticiens :

- « *Là je suis bien ignorant... Je sèche...* » (DR B)
- « *Ben alors, je, je suis toujours, je suis un peu fâché avec le droit...* » (DR I)
- « *Ouh, là là ! ça remonte loin, ça remonte à ma première année de médecine, j'avais déjà entendu qu'il y avait plusieurs responsabilités* » (DR K)

Pourtant, le terme « obligations » a inspiré rapidement les médecins interrogés : ils ont cité l'obligation de moyens, le secret médical, la non-assistance à personne en danger, l'évaluation de la balance bénéfico-risque, qu'on peut traduire par le fameux « *Primum non nocere* ».

L'OBLIGATION DE MOYEN QUASI UNANIMEMENT CITEE

- « *Les obligations légales, c'est respecter le contrat passé avec son patient, obligation de moyens, information au patient...* » DR D
- « *Ben, c'est la mise en œuvre des moyens, des moyens dans les conditions dans les connaissances de la science ou je ne sais pas quoi. Hein, voilà des moyens pour prendre en charge le patient pour son diagnostic et la thérapeutique* » (DR E)
- « *C'est d'utiliser tous les moyens de ce que la science, les données actuelles de la science, tous les moyens cliniques, intellectuels et euh les moyens techniques et biologiques et examens complémentaires pour en venir au diagnostic et au traitement, et à la guérison si cela est possible* » (DR N)

LE SECRET MEDICAL

- « *Le premier truc auquel je pense est le secret médical voilà, ça c'est hyper important, c'est le premier truc qu'on nous apprend. Donc, si je pense à ça, c'est vrai, il y a le secret médical* » (DR C)
- « *C'est très compliqué l'histoire du secret médical. C'est très compliqué parce que je veux bien adhérer au discours de dire que ce qui se dit entre un patient et un médecin*

ça ne regarde personne et ça doit rester à l'intérieur du cadre, mais dès que vous rentrez dans la pratique médicale, la personne âgée vous dit des choses est-ce que c'est vrai, est-ce que ce n'est pas vrai ? Est-ce qu'il faut le répéter à la famille ? Si vous ne dites rien à la famille qui va s'en occuper ? Qui va faire quoi ? Vous voyez c'est très difficile, et en plus le secret médical en lui-même, le secret médical "partagé" » (DR J)

- *« Oui, forcément, moi j'ai appris en tous cas dans mes études que il fallait beaucoup respecter le patient, faut respecter son intimité, faut respecter le secret aussi, c'est important, par rapport aussi à ses proches qui peuvent être parfois un peu insistants mais bon quand on est médecin de famille, ça veut bien dire ce que ça veut dire on est médecin de famille et la famille elle participe, hein! ça, moi j'ai pas trop de secrets par rapport à la famille » (DR M)*

LE REFUS DE SE DEPLACER ET LA NON-ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER

- *« Par exemple, je me dis, on m'appelle pour une visite. Je n'ai pas le temps parce qu'au niveau du planning, c'est hyper chargé et par exemple, la demande c'est... par exemple aujourd'hui une dame qui en post-op d'une chirurgie, elle a mal à la jambe, suspicion de phlébite en post op, le problème si je ne me déplace pas et qu'elle a un souci d'un point de vue médico-légal je suis en tort, voilà » (DR C)*
- *« Tout ce qui est non-assistance à personne en danger. Donc si jamais il y a une demande de la part d'un patient, d'être bien attentif à sa demande et de bien savoir répondre et de bien faire attention qu'on ait répondu, qu'il n'y ait pas eu d'oubli, de ne pas passer à côté d'une demande, voilà » (DR C)*

L'ÉVALUATION DE LA BALANCE BÉNÉFICE-RISQUE

- *« Il faut toujours avoir cette idée en tête, toujours, voilà, c'est la base, interroger, examiner, prescrire et, si possible écouter ses patients. Et à leur prescrire les choses dans la meilleure situation du bénéfice et du risque » (DR L)*

En ce qui concerne les responsabilités, la responsabilité ordinale est bien connue : les médecins rappellent qu'ils sont soumis au Code de Déontologie, qui régit les relations avec leurs patients mais aussi avec leurs confrères et avec le système de santé (Sécurité Sociale). Ils connaissent les sanctions encourues, qui sont parfois décrites comme dramatiques en ce

qui concerne l'interdiction d'exercer, jusqu'à l'irradiation (DR N), lapsus médical particulièrement révélateur, du Tableau des médecins de l'Ordre.

LA RESPONSABILITE ORDINALE

- *« Les problèmes éthiques ou les problèmes purement professionnels entre professionnels de soins cela peuvent peut-être plus relever du Conseil de l'Ordre. » (DR D)*
- *« Alors l'Ordre, ça va être le non-respect du Code de déontologie, donc ce qui concerne les informations entre confrères et puis les histoires de certificats dits de complaisance ou mal rédigés, parce qu'à mon avis ils ne sont pas de complaisance, mais c'est des erreurs de docteurs par ignorance, euh... Ça peut être des ... pareil pour des arrêts de travail ou des abus de prescription » (DR E)*
- *« Je pense plutôt aux escroqueries, escroquer la sécu, escroquer un autre médecin, j'ai l'impression que le Conseil de l'Ordre c'est plus pour ça, hein... » (DR M)*
- *« Alors la responsabilité tu as commencé par ordinale c'est au regard du Conseil de l'Ordre, donc c'est suivre les obligations du code de déontologie qui nous est présenté en fait lorsque l'on s'inscrit au Tableau ce qui est un peu tard je pense par rapport à notre formation (rires) donc voilà et un jugement après possible par rapport à des situations qui vont suivre ce code de déontologie, des obligations à l'égard du conseil de l'ordre et qui après vont déboucher sur des peines qui rentrent dans le cadre du conseil de l'Ordre, voilà, éventuellement qui peuvent aller jusqu'à la radiation du tableau. » (DR E)*
- *« Ce qui rentre là-dedans ? Les histoires entre confrères, les patients...des fois, ils interviennent en deuxième main, il faut d'abord être condamné par la justice, après ils vous tombent dessus, mais souvent on les voit quand il y a des problèmes entre confrères ou des trucs comme ça. Ils se rendent compte surtout que leur Code de déontologie est très peu applicable... » (DR K)*
- *« Ah, ben, ils peuvent t'empêcher d'exercer hein ! S'ils ne sont pas contents par rapport à ce que t'as fait, hein. Là, à ce moment-là, tu peux plus exercer, et quand tu peux plus exercer t'as pas le droit être remplacé, alors donc, ça peut être la mort d'un cabinet annoncé par le Conseil de l'Ordre, ça, ça peut être très grave. » (DR M)*
- *« La responsabilité ordinale ? Je risque...un blâme. Je risque jusqu'à l'irradiation de l'Ordre » (DR N)*

La responsabilité pénale est moins bien connue : tous les praticiens reconnaissent qu'il faut une faute particulièrement grave ou un dommage particulièrement grave pour relever de cette responsabilité, mais peu ont pu en donner des exemples précis. Le Code Pénal n'est pas explicite, les sanctions sont réduites à des peines de prison dans les différents entretiens, le risque d'amende n'est pas cité.

LA RESPONSABILITE PENALE

- « *Tout ce qui est de la faute très grave avec une réelle comment dire, incompétence, une réelle négligence cela peut relever plus du pénal à partir du moment où les parents, les patients voudront sanctionner et puis après il y a besoin de réparer.* » (DR D)
- « *La mort, l'invalidité ou l'incapacité. Si y a pas...Voilà, il faut qu'il y ait un dommage suffisant pour aller au pénal* » (DR E)
- « *Et puis sur le plan pénal on arrive dans le cadre de l'erreur médicale, là il y a un jugement voilà qui est appliqué par rapport à l'erreur qui a été faite et jugée au tribunal spécial effectivement dans le cadre pénal, je ne sais pas si je peux détailler vraiment plus* » (DR F)
- « *Ah oui ! Pénale, c'est vraiment, il faut faire une connerie monstrueuse, je ne sais pas, des trucs euh. Ah oui souvent les médecins confondent le civil et le pénal...* » (DR K)
- « *Le pénal c'est devant c'est quoi le pénal déjà ben si t'as un jugement t'es jugé en tant que tel pas comme je ne sais pas si tu es jugé en tant que médecin mais pour ta faute commise pour des actes répréhensibles devant la loi pénale du coup tu risques la prison ça c'est sûr pour une faute grave par exemple* » (DR J)
- « *Parce que pour moi c'est pénal non-assistance à personne en danger. Et ce qui est pénal, à mon avis, c'est aussi par exemple, quand on voit une maltraitance à enfant, le fait de ne pas le dénoncer, quand on voit tout ce qui est sévices à enfants, tout ce qui est du risque mortel, en fait. Un retard, ce serait du pénal, ne pas utiliser des moyens de connaissance, en tous cas pour tout ce qui...Ouais, une urgence vitale* » (DR N)

C'est à propos de la responsabilité civile que les connaissances sont les plus floues. Les termes d' « indemnisation », de « dédommagement » et d' « assurances » sont très souvent cités, mais les exemples de mises en causes sont imprécis : on retrouve des problèmes d'éthique et de relationnel, ou des erreurs médicales, sans plus d'explications.

LA RESPONSABILITE CIVILE

- « Voilà, après sur le plan civil, eh ben, on rentre dans le cadre du relationnel avec les gens pas forcément dans le cadre d'une erreur voilà reconnue comme telle, mais un problème de communication avec les personnes, dans un contexte civil qui est légalement reconnu » (DR F)
- « Le civil et ben tu risques de payer voilà, les assurances qui payeront pour toi du coup le civil c'est devant le tribunal d'instance quelque chose comme cela. » (DR G)
- « Ben, la responsabilité civile, c'est les sous, hein ? C'est l'argent, c'est l'indemnisation, c'est la réparation en fait, si jamais on fait mal notre travail » (DR K)
- « Bon, de toutes façons la responsabilité civile, c'est les sous, hein, c'est ce que je vous disais toute à l'heure, c'est des gens qui veulent du fric, euh, du médecin pour récupérer quoi, qui croient que le médecin y roule sur l'or et que du coup on peut lui prendre tout son fric dès qu'il y a un problème, hein » (DR M)
- « Je crois que le civil c'est plus sur tout ce qui peut être, par exemple une simple erreur médicale d'agencement euh, parce qu'on a pas vu la prise de sang à temps, les résultats de la prise de sang à temps, ça peut relever du civil, je crois » (DR N)
- « La responsabilité civile, pour moi ça relève un petit peu plutôt de l'éthique, je dirais. » (DR N)

III) LA PREVENTION DU RISQUE MEDICOLEGAL

Nous sommes partis du principe que la perception d'un risque médico-légal dans leur métier doit entraîner des conduites de prévention de ce risque chez les médecins.

Nous avons donc demandé aux médecins quels sont les moyens pour un médecin généraliste de se prémunir contre le risque médico-légal. Nous laissons s'exprimer dans un premier temps les praticiens, ensuite nous proposons des éléments de réponse qu'ils n'avaient pas cités afin de connaître leurs avis.

Ces moyens de prévention contre le risque judiciaire, qu'ils soient utilisés consciemment ou inconsciemment, sont dénommés sous une même expression : la médecine défensive.

Selon la commission « accidents médicaux » de l'American Medical Association : « la médecine défensive est une altération des modalités de la pratique médicale, induite par la menace de la responsabilité, dont la principale finalité est d'écartier l'éventualité des poursuites par les patients comme de fournir une défense juridique solide dans l'hypothèse où de telles poursuites seraient engagées ». Aux Etats Unis, il est estimé que 50 milliards de dollars sont dépensés chaque année en matière de santé du fait de la pratique de la médecine défensive (3% du total des dépenses santé) (109).

Dans la thèse du Dr N. FASQUELLE, présentée en 2006 à CLERMONT FERRAND (51), des médecins interrogés sur la médecine défensive déclarent à 54.7% qu'ils ont tendance à modifier leurs pratiques médicales compte tenu du contexte de judiciarisation de la médecine : plus de recours aux avis spécialisés, aux examens complémentaires (biologie et radiologie).

Nous retrouvons cette modification de pratiques au travers des entretiens de cette étude : les enquêtés écrivent plus dans les dossiers médicaux (traçabilité de la consultation), travaillent la communication avec le patient, évitent la solitude devant des situations difficiles (demande d'avis de confrères, appel du 15, appel au Conseil de l'Ordre et aux assureurs), organisent leur activité, s'informent auprès des assureurs.

ECRIRE DANS LES DOSSIERS

- « *Oui, ben oui, tout mettre dans le dossier ouais après c'est sûr qu'en pratique on ne peut pas non plus tout mettre, c'est évident, mais au moins l'examen clinique, la base, il faut quand même l'avoir marquée, ceci dit les choses importantes, il faut les avoir notées, pour moi c'est essentiel* » (DR C)
- « *Le temps oui j'aimerais en avoir un peu plus pour mieux remplir mes dossiers* » (DR D)
- « *J'écris maintenant depuis quelque temps, je ne sais pas pourquoi je le fais d'ailleurs, je n'ai jamais eu d'histoire souvent au téléphone quand je prends une décision au téléphone, avant de faire un examen, de prendre tel ou tel médicament, je l'écris dans le dossier, je vais l'écrire* » (DR D)
- « *Et du coup il faut bien tenir son dossier je le sais je le fais pas forcément parce que on a pas énormément de temps mais c'est vrai que j'y pense en tous les cas* » (DR G)
- « *Moi, j'ai, de plus en plus, voilà, une des choses qui ont changé dans ma pratique c'est que quand les gens me téléphonent et que je prends une décision, je le marque,*

j'ouvre le dossier médical et, euh, je marque par téléphone : appel pour INR, pour fièvre persistante et je marque. » (DR I)

- *« Après, il y a les dossiers, il vaut mieux bien écrire dans les dossiers. Moi, j'avoue que je le fais pas trop, hein ! Je ne suis pas très fort en dossier, souvent j'ai pas le temps et du coup quand ils arrivent comme ça et que j'en vois quarante par jour, ben il y a plein d'observations je mets juste pourquoi ils sont venus en fait soit le symptôme d'arrivée soit le diagnostic mais après, j'écris rien du tout. Il y a juste l'ordonnance du coup qui est informatisée, alors je me dis c'est déjà pas mal on sait ce qu'ils ont eu comme ordonnance mais en général mes remplaçants sont pas très contents quand ils voient, quand ils me remplacent pendant l'hiver, parce qu'ils voient qu'il y a rien qui est écrit et du coup pour eux c'est pas évident de reprendre la main. » (DR M)*

LA COMMUNICATION

La communication a été évoquée dans quasiment tous les entretiens. Elle fait appel à des notions **d'écoute active** et de **décision partagée**. Elle est considérée comme essentielle pour désamorcer les conflits, y compris judiciaires.

Une étude américaine avait déjà montré que les problèmes de communication médecin-patient sont une des causes principales d'intention de procès (110).

- *« D'abord il ne faut pas s'énerver, je pense qu'il faut prendre plus le temps, plus discuter avec eux et après oui au niveau des examens, je pense, que j'explique mon point de vue, mais quand je vois que ça ne passe pas et que, de toutes façons, ils n'ont qu'une idée en tête et qu'ils sont focalisés là-dessus du coup ça m'est arrivé oui effectivement de prescrire des examens qui n'étaient pas forcément justifiés d'un point de vue médical, mais je savais que cela allait calmer le jeu et éviter des ennuis derrière. » (DR C)*
- *« La communication, très important ! c'est là qu'on peut dénouer plus d'une situation je pense. Je pense qu'il y a beaucoup... Que quand on communique il y a beaucoup de problèmes de compréhension mutuelle et que euh... et que la communication n'est pas toujours facile à établir... Que c'est par un manque de communication qu'on peut arriver au procès et que si on expliquait les choses, et ben on n'en serait peut-être pas là » (DR A)*
- *« C'est le dialogue avec les gens, se dire qu'il vaut mieux passer un peu plus de temps à discuter avec les gens, quitte à être en retard sur une autre consultation, euh je pense que c'est le dialogue, enfin communiquer avec les gens, discuter avec eux, leur*

faire comprendre, les écouter jusqu'au bout, pas les couper, pas être agressif euh ... bien comprendre leur demande, reformuler leur demande, bien voir qu'on a compris, accéder en partie à leur demande aussi, enfin ça dépend du problème, mais c'est surtout le dialogue » (DR C)

- *« Le moyen qui est formidable c'est le contact déjà, c'est déjà ... la plupart des histoires sont dues à un défaut relationnel, donc déjà, si on arrive à mettre à plat le problème, à le prévenir de cette manière-là et surtout à sentir la situation, à expliquer, réexpliquer, parler, convoquer, téléphoner » (DR C)*
- *« Manque de temps parce que la bonne communication c'est aussi demander un retour du patient, prendre le temps d'abord pour ce retour mais des fois c'est pas toujours facile » (DR F)*
- *« J'essaie de faire le plus possible du consentement éclairé c'est à dire que en fait c'est le patient qui prend la décision c'est moins facile pour eux parce que c'est eux qui prennent la décision. C'est le patient qui prend la décision et pour lui faire sentir que c'est lui qui prend la décision, sans lui faire signer de papier parce que je pense que c'est totalement illusoire le fait de, de faire signer plein de papier au patient euh, je pense qu'une discussion, y a un petit peu de temps de pris, c'est mieux qu'un papier signé » (DR I)*
- *« Maintenant l'intrusion, de, de la procédure, enfin des procédures dans le domaine du médical a des conséquences. C'est à dire, avant de faire un geste je change légèrement le geste de façon à ce qu'il soit le plus en comment, en symbiose avec ce que je sais du médicolégal. Par exemple, si vous faites une injection, une ponction, avant je désinfectais avec de l'alcool à 70, maintenant je prends de la Bétadine et je fais remarquer aux gens que c'est bien coloré là où j'ai désinfecté de telle façon qu'ils voient que j'ai fait la désinfection. Vous voyez c'est des petites choses, il y a des choses plus importantes aussi mais... » (DR J)*
- *« Oui, oui, la communication oui, c'est vrai, j'en ai pas, j'en ai parlé un petit peu plus tôt mais euh, c'est hyper-important, c'est comme ça qu'on désamorce pas mal de conflits c'est quelque chose de plus important en fait, plus encore que la tenue du dossier en fait, c'est ce qui permet en fait de calmer un peu en amont les problèmes. » (DR K)*
- *« Des techniques, je pense déjà à la première : c'est que tout est basé sur la communication ! » (DR L)*

EVITER LA SOLITUDE

- « Si le problème n'est pas clair pour nous, oui une consultation chez le spécialiste ça conforte quand même, de ne pas être tout seul dans le diagnostic » (DR C)
- « Je me réfère souvent au Conseil de l'Ordre c'est sûr, je fais souvent appel à la responsable juridique de l'Ordre, dès que j'ai un doute sur un problème éthique, un problème déontologique, j'ai chaque fois les réponses qui me conviennent » (DR D)
- « Parce que je pense qu'en vieillissant un médecin qui vieillit est un médecin qui prend de plus en charge les patients seul, c'est ce qu'on se disait quand on était de garde alors qu'un interne finalement envoie très vite un consultant pour se rassurer parce que ... Un vieux médecin pense savoir et des fois prend de plus en plus en charge beaucoup de choses, mais je pense que ce n'est pas non plus toujours bon. » (DR D)
- « Oui, moi, J'ai tendance à demander plus d'avis quand j'ai un ressenti, peut-être pas forcément objectif mais d'une potentielle gravité oui, je demande des avis » (DR F)
- « Ben, il est là pour, euh, pour le suivi des patients, pour savoir s'arrêter, pour savoir passer la main, savoir envoyer au médecin spécialiste quand il y a besoin, de se dire qu'on est pas des, qu'on est que des spécialistes de médecine générale, on n'est en fait que des médecins généralistes, on a régulièrement besoin du cardiologue, on a besoin de passer la main j'ai plein de patients, de gens, on a l'impression d'être un spécialiste de médecine générale qui... et du coup j'envoie le diabétique qui est vu tous les 10 ans par l'endocrinologue qui ne va jamais faire son fond d'œil le suivi des patients t'es à là...comment dire, t'es là pour servir le patient et pour passer la main et pour être l'organisateur des soins. » (DR G)
- « C'est un peu difficile mais, mais du coup c'est surtout de savoir passer la main savoir dire voilà je sais pas a priori, il y a un petit risque, même s'il y a un petit risque, il faut passer la main. » (DR G)
- « C'est pas par téléphone s'il vous dit faites comme ci comme ça, vous répondez écoutez je préfère quand même que vous la voyez vous-même personnellement et je vous l'adresse quand même...Parce que les conseillers sont pas les payeurs. » (DR H)
- « Vaut mieux appeler la MACSF, eux au moins ils vous donnent un conseil. Ils vont chercher dans la jurisprudence des cas un peu similaires et ils vous répondent.» (DR H)

- « *J'avais un conseiller de l'ordre à côté de moi donc, j'étais, quand même, un peu conseillé quoi. Il me semble que j'avais dû téléphoner au Conseil de l'Ordre avant je sais très bien que dans le Conseil de l'Ordre il y a une dame qui s'occupe de... qui est conseiller juridique...Et par ailleurs, je suis allé à la MACSF et j'ai une copine juge proche, qui me dit, qui juge de temps en temps et qui me dit que les avocats de la MACSF sont excellents. » (DR I)*
- « *Le 15 me donne un avis alors c'est l'avis, la décision partagée c'est à dire qu'on est plus seul à prendre la décision, cela est un partage de la décision et souvent ça met les idées un peu en place, soit il nous envoie une équipe de SAMU, soit il nous envoie une ambulance. » (DR I)*
- « *Complètement, complètement, le fait de le savoir je pense que c'est important. Les pires c'est les médecins qui sont persuadés d'avoir raison tout le temps contre tout le monde...Ne soyons pas persuadés ! » (DR J)*

L'ORGANISATION

- « *Alors le travail sur rendez-vous plutôt que... donc ça fait partie de l'organisation plutôt que des consultations tout venant libres. La régulation aussi. » (DR E)*
- Le secrétariat téléphonique est également cité de nombreuses fois, comme nous l'avons déjà développé.

S'INFORMER

Deux praticiens ont déclaré lire régulièrement la revue *Responsabilité* de leur assureur MACSF, pour s'informer des jurisprudences sur les risques médico-légaux des médecins généralistes. Cette revue fait, en effet, chaque année le listing des affaires en cours impliquant les médecins de diverses spécialités.

- « *Mais le reste mais que je n'en faisais pas assez pour être compétent et j'ai dernièrement vu mon compte-rendu de la MACSF à l'occasion de justement de... Je leur demandais si je pouvais être médecin de crèche, je suis médecin de crèche, bon, je viens de démissionner de mon poste de médecin de crèche après 18 ans d'exercice et en fait, ils m'ont renvoyé mon compte-rendu de tout ce pourquoi j'étais assuré et j'ai vu que je n'étais pas assuré pour les infiltrations ! » (DR I)*
- « *Moi, j'ai des attitudes préventives par exemple quand j'ai lu que sur le document du sou médical de la MACSF qu'il y avait des gens qui étaient tombés du divan d'examen*

à l'occasion d'un vaccin et ben depuis, depuis cette histoire-là, chaque fois que je vaccine je fais allonger mes patients » (DR I)

- *« Je le lis de temps en temps et c'est vrai, bon, je me dis bon oui, effectivement... Oui attention, oui. Il y a de plus en plus d'affaires de médecins urgentistes qui sortent... » (DR L)*

Pour améliorer la prévention du risque médico-légal, certains évoquent le fait qu'il faudrait augmenter le temps de consultation, souvent dans une optique d'améliorer la communication avec le patient. Ils déplorent le fait que dans la pratique, ce temps soit difficilement pris.

LE TEMPS

- *« Mais après le manque de temps, c'est sûr qu'on est toujours un peu boostés dans ce métier-là. On a des patients à voir et de prendre le temps... La journée est quand même longue... le manque de temps je sais pas, mais plutôt la communication » (DR A)*
- *« Dans mon histoire si j'avais été tranquille, plus calme, si j'avais eu plus de temps, j'aurais eu plus de temps pour réfléchir sur la situation et apporter une meilleure information. » (DR B)*
- *« Ouais, ça le temps, ça se gère euh, moi je refuse, je prends trois consultations par heure et je refuse d'en faire plus, parce que le médecin que je remplace il en fait plus. » (DR C)*
- *« C'est clair que d'avoir le temps dans une consultation c'est hyper important car si on n'a pas le temps, si on est pressé, si on est stressé, si on a plein de gens à voir, on n'a pas le temps pour discuter avec les gens on ne les écoute pas et, du coup communication mauvaise, et c'est là qu'il y a des problèmes, des procédures. » (DR C)*
- *« Moi, j'ai pas l'impression, ça dépend des médecins, ça dépend comment ils travaillent, s'ils travaillent toutes les cinq minutes, ceux qui en voient toutes les 10mn ils s'exposent à des problèmes hein » (DR H)*

La compétence semble être aussi pour de nombreux médecins répondants, une prévention efficace contre le risque de procès. Plus encore que la compétence, c'est la connaissance des possibilités et des limites propres à chacun qui donnent selon les médecins un facteur

protecteur. Quand un médecin se sent compétent dans un domaine, il continuera à exercer ce domaine même s'il est à risque, ce qui est partagé par l'ensemble des répondants : on ne doit pas arrêter une pratique dans laquelle on est compétent sous prétexte d'une pression juridique élevée.

LA COMPETENCE

- « *Mais après faire plutôt les choses où je suis à l'aise, oui, les choses où je suis pas à l'aise je les fais pas et puis voilà quoi* » (DR A)
- « *Je ne pense pas que j'arrêterais les sutures pour un risque médico-légal. S'il m'arrivait un pépin, je pourrais changer d'avis mais, pour l'instant, pas.* » (DR B)
- « *Il faut être compétent, il faut être compétent dans son domaine, ne pas s'engager à faire des choses qu'on ne sait pas faire. Mais après si le médecin est compétent dans son domaine, pour moi non il ne faut pas arrêter ces gestes-là sous prétexte que il y a des procédures, moi, je trouve ça dommage car après, du coup, on ne fait rien* » (DR C)
- « *Pour la pédiatrie, je vais très loin en pédiatrie, car j'estime que j'ai les compétences. Les infiltrations, j'ai décidé dès le départ de ne pas en faire, car pour moi c'était un geste technique difficile effectivement qui comportait des risques et je ne me sentais pas de les assumer, mais ça n'empêche que j'ai des confrères qui les font très, très bien et qui mettent en place tous les moyens pour éviter tous les effets indésirables et de mal faire* » (DR D)
- « *Les pratiques, je pense que si on est formé, y a pas de raisons qu'on les abandonne.* » (DR E)
- « *La connaissance est une bonne prévention, je pense* » (DR F)
- « *Evidemment je veux dire la connaissance et l'amélioration des connaissances et des techniques de communication quelles qu'elles soient ne peuvent que nous aider à nous prémunir* » (DR E)
- « *Mais, c'est dur hein. A un moment on a, à changer son attitude dans la vie, le changement c'est vraiment un truc très complexe bon, mais moi, moi j'ai eu la chance d'être, le fait de prendre, d'avoir des internes dans mon cabinet ça m'a énormément fait* » (DR I)
- « *C'est surtout un problème, voilà de compétence, si on est compétent on fait, si on n'est pas compétent on ne fait pas* » (DR K)

- « *Ouais, les compétences et les limites, et puis l'information. Ça. Moi, j'ai pas de honte de dire à un patient, ben, j'en sais rien, voilà. [...] Et d'autant plus, ce que je disais souvent aux internes quand tu ne sais pas, tu ne fais pas, t'inventes pas, tu ne te lances pas, tu demandes.* » (DR L)
- « *Je pense qu'il faut connaître ses domaines de fragilité. Parce que le risque il est là, c'est de vouloir être compétent sur tout* » (DR N)

Enfin, le statut même de médecin généraliste semble pour les praticiens un facteur très protecteur contre le risque médico-légal. Le généraliste suit les patients dans la durée, soigne toute la famille, coordonne les soins : les répondants estiment qu'ils sont moins à risque d'ennuis avec leurs patients du fait d'une relation médecin-patient très particulière, de confiance.

LE RELATIONNEL

- « *Je l'ai moins ressenti qu'à l'hôpital en tant qu'interne. Je trouve que en cabinet c'est quand même des gens qu'on voit qui, comme je fais des remplacements fixes, c'est quand même des gens que je vois régulièrement, que je commence à connaître, et du coup il y a une relation qui s'instaure avec les gens, du coup il y a un certain dialogue qu'on a pas forcément à l'hôpital donc tout le côté procédure, je trouve qu'il est beaucoup moins présent en cabinet parce que je pense qu'il n'y a pas la même communication, y a pas la même relation avec les gens. Comme on est le médecin traitant, on voit souvent les personnes on suit leur famille, on va les revoir des fois, on les connaît depuis longtemps, donc, la relation n'est pas du tout la même, et du coup le côté procédure on le ressent beaucoup moins* » (DR C)
- « *Donc, accepter de faire revenir les gens : aujourd'hui je ne savais pas, mais finalement il faut faire hospitaliser votre petite fille, ça c'est dans la prévention médico-légale, je fais ça bien sûr pour le bien de l'enfant bien sûr pour qu'elle soit soignée au mieux et aussi et surtout bien sûr sur le plan médico-légal j'ai expliqué pourquoi hier je ne l'avais pas fait et aujourd'hui je le fais.* » (DR D)
- « *On est un peu des urgentistes quand même, les gens ne nous connaissent pas et s'il arrive un couac on a plus de risques, ils attaqueront plus facilement le médecin qu'ils ont vu une fois en urgence que le médecin généraliste qui a fait une connerie et que ça fait 20 ans qu'il fait la connerie...* » (DR G)

- « Plus on était dans le soin et plus on était protégé contre si on a une attitude, si on a une espèce d'attitude préventive on est pas dans le soin c'est dans ces conditions-là où effectivement on a plus de chance. Mais quand on est véritablement dans le soin je pense que on a moins de risque... » (DR I)

Pourtant, la médecine générale est une pratique à risque par essence : les praticiens rappellent qu'il faut prendre des décisions importantes quotidiennement. Ils estiment que certains ne peuvent assumer cette responsabilité, par peur, et se dirigent donc vers des spécialités moins à risque (des activités orientées). Un médecin s'inquiète même de l'avenir de la vocation des jeunes pour la médecine générale, face au risque judiciaire.

- « C'est des risques qu'il faut accepter. J'ai eu quelques internes qui ont fait des... dont une qui faisait des attaques de panique en venant au cabinet je pense que ça l'examen médical c'est fondamentalement anxiogène, j'ai plein d'exemples justement où j'ai été confronté à l'attitude des internes et de l'anxiété, celle qui faisait des crises de panique, celle qui a fait des attaques de panique après sa thèse euh... [...] Des gens qui ont renoncé à l'exercice médical alors qu'ils étaient médecins et je suis persuadé qu'il y a plein de gens, plein de médecins qui font des excès qui ne voient pas de patients à cause de cela ! Mais ils ne voient plus de malade ou alors par exemple je pense, alors, c'est un avis personnel, que beaucoup de gens qui font médecine, médecine d'exercice particulier sont en fait des gens qui, qui sont paniqués par l'idée de voir des gens qui vont mal. J'ai l'exemple d'un homéopathe du secteur qui est associé avec d'autres médecins qui refusent d'exercer le samedi tout seul au cabinet parce que il a l'éventualité de voir des vrais malades quoi... » (DR I)
- « Il n'est pas majeur, parce que j'ai une relation avec les gens qui est une relation humaine de confiance. [...] Je suis encore dans ces vieilles générations de médecin où le médecin généraliste faisait un peu partie de la famille, qui était contente de venir lui montrer le dernier-né, il tenait la main de la grand-mère à la fin, enfin, je suis encore un peu dans ce schéma-là. Donc, c'est pas le risque du procès qui est majeur, enfin je veux dire ce n'est pas ça, mais ceci dit maintenant on voit des gens qui portent plainte contre leurs parents ou des parents qui... donc voilà le fait d'être un familier n'exclut pas complètement... et puis je pense que dans d'autres circonstances, dans d'autres façons de travailler le risque est plus important, hein, si vous êtes en ville le risque est plus important, si vous faites certaines spécialités, le risque est plus important... » (DR J)

- « *Moi, je m'estime à peu près à l'abri, parce que, parce que je suis très prétentieux, je vais dire, parce que mes clients m'aiment bien, m'apprécient bien et donc ils n'ont pas envie de me faire du mal, globalement, voilà, pour simplifier. Tout est possible... » (DR J)*
- « *Il y a des médecins qui ne peuvent pas accepter le risque pour des raisons qui leur sont propres. Ceux-là ne font pas de médecine générale. Ils font de la médecine du travail, ils font de la médecine de caisse, ils font autre chose, ils font de la médecine légale éventuellement, quoique là j'entends dire qu'il y en avait un qui a été mis en cause... Ils font d'autres formes de médecine qui ne les exposent pas à prendre des décisions. Ce qui nous met en péril, ce qui nous met en danger c'est le fait de prendre des décisions » (DR J)*
- « *Un médecin généraliste, il voit ses patients depuis 40 ans c'est plus facile pour avoir une confiance par rapport à ça. Je pense que si j'avais été son médecin traitant habituel, elle aurait jamais fait une lettre sur le Conseil de l'Ordre. C'est parce que j'étais remplaçante que ça m'est tombé dessus, en fait. » (DR K)*
- « *Et je crains que ça fasse, ça fasse partie, je ne sais pas vous êtes peut-être mieux placée que moi pour le dire, que cela fasse partie des choses qui empêchent les jeunes de s'orienter vers la médecine générale. C'est tellement plus confortable de travailler salarié d'un établissement qui endosse les responsabilités, plutôt que d'être en première ligne. » (DR J)*

Dans une étude intitulée « La médecine défensive, critique d'un concept à succès » (34), les auteurs ont mené des entretiens qualitatifs auprès de professionnels d'un domaine à risque judiciaire : des praticiens de la clinique de l'hémophilie. Les 34 spécialistes de l'hémophilie interrogés ont une histoire en arrière-plan de grand scandale sanitaire : l'affaire du sang contaminé. Certains praticiens interrogés étaient déjà en poste lors de ce scandale, d'autres ont commencé leur carrière ultérieurement, mais tous ont été marqués par l'ampleur du débat juridique et social qui a entaché leur profession. « Je me refuse à laisser mon métier envahi par quelque chose qui, à mon avis, n'en fait pas partie ». Cette expression « quelque chose » revêt un caractère impalpable et menaçant. Les auteurs parlent de « sidération » et de « désarroi » dans les années suivant les faits, même si progressivement le scandale a provoqué des mutations profondes au sein de la clinique, vers des instances de régulation interne pour une meilleure sécurité des patients.

Quatre profils de médecins ont été mis à jour par cette étude : les deux premiers profils défendent une médecine indépendante, avec une « *autorégulation* » du fait du savoir médical spécialisé. L'intrusion juridique est une dénaturation selon eux de l'exercice médical, et les plaintes du patient un trouble de la relation thérapeutique.

Pour le premier profil (9/34), appelé les « cliniciens transfusionnels traditionnels », c'est la qualité de la relation médecin-patient, fortement chargée affectivement, qui protège du risque judiciaire : si le patient porte plainte, il s'agit d'un problème de relation avec son médecin et d'une incompréhension, mais cela ne doit pas remettre en cause les pratiques professionnelles. Un praticien de notre étude relève bien du premier profil, estimant que la relation médecin-malade, chargée de sentiments de confiance, le protège du risque médico-légal :

- « *Moi, je m'estime à peu près à l'abri, parce que, parce que je suis très prétentieux, je vais dire, parce que mes clients m'aiment bien, m'apprécient bien et donc ils n'ont pas envie de me faire du mal, globalement, voilà, pour simplifier.* » (DR J)

Pour le deuxième profil (12/34), les « cliniciens de la communauté scientifique internationale », pour qui la médecine doit être fondée sur des preuves (EBM), la relation médecin-malade ne doit pas fonctionner sur l'affect mais sur une discussion pédagogique, centrée autour d'un problème médical et « que » médical.

Des médecins de notre étude peuvent relever de ce profil :

- « *Si tu fais ton métier correctement, la judiciarisation de la médecine ne posera pas de souci.* » (DR G)
- (A propos de la médecine) « *C'est tellement bien codifié que finalement le risque est minime.* » (DR H)

Pour les 2 autres profils, la justice a en revanche sa place dans leurs pratiques, il faut composer avec elle. Il s'agit d'une part des nouveaux praticiens, les « nouveaux cliniciens collégiaux » (8/34), qui travaillent plus volontiers en collégialité, dans le partage d'expériences professionnelles, et dans la décision partagée avec le patient.

Le dernier profil (9/34), les « médecins de la vigilance institutionnelle », représente les médecins plus impliqués dans les veilles sanitaires (AFSSAPS, EFS). Ils prônent un encadrement scientifique, administratif et judiciaire pour prévenir le risque médico-légal.

Nous retrouvons ces deux derniers profils dans des entretiens :

- « *J'essaie de faire le plus possible du consentement éclairé c'est à dire que en fait c'est le patient qui prend la décision* » (DR F)

- « *Le 15 me donne un avis alors c'est l'avis, la décision partagée c'est à dire qu'on est plus seul à prendre la décision, cela est un partage de la décision et souvent ça met les idées un peu en place* » (DR I)
- (A propos de la Justice) « *Mais néanmoins, ça peut être aussi un cadre, dans la mesure où le corps médical n'a pas non plus à faire n'importe quoi, c'est un garde-fou, quoi* ». (DR L)

IV) LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Plusieurs ouvrages et articles ont permis de mener à bien notre étude et de rédiger nos conclusions (104) (111) (112) (113). Certains biais ont été relevés.

CONCERNANT LA METHODE DE SELECTION DES REpondANTS

Nous avons choisi des « mailing lists » pour approcher les médecins interrogés. Il s'agissait de 2 « mailing lists » différentes, une pour les médecins installés, l'autre pour les médecins remplaçants ; des adresses mail ont été tirées au sort dans chacune de ces listes.

Ceci induit un biais de sélection :

- Chez les médecins installés, les maîtres de stage ont tendance à répondre plus facilement aux sollicitations d'étudiants : nous avons donc dans notre échantillonnage 4 praticiens recevant des internes sur les 10 ayant été interviewés.
- Chez les médecins remplaçants, la condition de remplaçante de l'enquêtrice et les connaissances communes ont favorisé l'acceptation des médecins contactés à répondre aux entretiens.
- Nous avons décidé de ne pas dévoiler à l'avance le sujet de notre étude, de façon à éviter que les médecins puissent se « préparer » et réviser les concepts de médecine légale. Le fait de ne pas connaître le sujet a motivé le refus de participer à l'étude chez 3 médecins contactés.
- Par ailleurs, la méthode qualitative est peu connue par les praticiens âgés et qui ne sont pas proches de l'enseignement ou peu touchés par la lecture des articles ou des études. Il était difficile de décrire brièvement notre méthode par un message email : il est possible que cela ait généré des réserves et des refus. Ce ne sont que des hypothèses :

les refus d'entretiens « *ne sont pas sans conséquences sur les résultats de l'enquête, mais impossibles à contrôler et à interpréter* » (114)

Nous avons inclus un médecin considéré comme « cas-extrême » ou « cas-déviant » : un médecin qui connaissait parfaitement le droit médical du fait de sa position d'enseignante au Séminaire « Erreurs médicales » à la faculté de Médecine de Lyon 1.

CONCERNANT LA SUBJECTIVITE DE L'ENQUETEUR

La méthode utilisée par entretien exige une proximité entre l'enquêteur et l'enquêté : une intimité se crée, qui était utile pour notre étude pour inviter à la parole et à la confiance. Néanmoins cette proximité induit des biais : il était difficile de tenir au fil des entretiens une position neutre, sans entrer dans une connivence, avec le risque que l'enquêteur fasse dire à l'enquêté ce qu'il n'aurait pas affirmé tout seul. D'autant plus que la position de thésarde en médecine et de remplaçante pouvait amener à une projection des idées entre les deux protagonistes (115).

Ce qui est dit et entendu au cours de l'entrevue dépend du moment où la question a été posée et de l'état d'esprit du répondant. Il peut exister des blocages de communication ou des sujets tabous chez le répondant, l'enquêteur ne parvenant pas à engager un véritable dialogue avec lui (116).

Il existe également une subjectivité à l'analyse des résultats qui amène de nouveaux biais : un seul enquêteur a analysé les entretiens, avec des interprétations personnelles des données difficilement maîtrisables.

TRANSFERABILITE DES RESULTATS

La validité externe diffère en méthode qualitative : on parle de transférabilité des résultats, plutôt que de généralisation comme en méthode quantitative.

Nous avons favorisé au maximum la diversité sociologique des médecins interrogés, en atteignant au bout de 14 entretiens la saturation des données. Néanmoins, nos résultats ne concernent que des médecins inscrits dans le département du Rhône.

En répétant cette méthode dans d'autres lieux et à long terme, on pourra conclure à la transférabilité de nos résultats : *« C'est à long terme que le modèle montre sa validité ou non : il est fiable s'il s'inscrit dans un réseau conceptuel qui rend compte des pratiques, les rend intelligibles voire en partie prédictibles »* (115).

CONCLUSION

Le risque médico-légal, défini comme le risque que le patient entreprenne un procès contre le médecin, tire son origine dans des conflits d'ordre culturel, d'ordre éthique ou d'ordre relationnel. Les dossiers juridiques que nous avons pu consulter chez Maître DEVERS illustrent ces conflits et montrent des soignants très affectés par la mise en cause de leur responsabilité.

Pour explorer le ressenti du risque médico-légal, nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes.

Il en résulte que le risque médico-légal fait partie de la pratique quotidienne des médecins généralistes, ils y pensent constamment. Ils l'associent au risque d'erreur, à la réparation et à la sanction, et à des situations dites « à risque ». Ils évoquent une menace, une peur et une angoisse. Seuls les maîtres de stage interrogés dans cette étude n'éprouvent pas de peur, en revanche, ils n'hésitent pas à transmettre des attitudes de vigilance face à ce risque aux internes qu'ils encadrent.

Les situations à risque médico-légal identifiées sont les urgences et la pédiatrie, les visites à domicile, les journées de travail surchargées. Les médecins répondants décrivent également un profil de patient qui augmente le risque médico-légal : le patient procédurier, plus à même d'après ses antécédents ou ses attitudes de mener une poursuite judiciaire. Le téléphone est également perçu comme une menace : donner un avis médical par téléphone est une situation à risque, et il est source de perturbation des consultations, entraînant un risque d'erreur médicale.

La mise en cause de la responsabilité d'un médecin est mal vécue, soit du fait de sa propre expérience professionnelle, soit à travers le récit d'expériences de confrères. Elle est perçue comme l'intrusion de la Justice dans la relation médecin-malade, et elle s'ajoute au poids de la responsabilité morale.

Les médecins répondants ont une bonne connaissance de la responsabilité ordinaire, en revanche les réponses sont plus floues en matière pénale et civile. Tous admettent être soumis à l'obligation de moyen, propre à la responsabilité contractuelle envers le patient. Pour se protéger du risque médico-légal, les enquêtés écrivent plus dans les dossiers médicaux, travaillent la communication avec le patient, évitent la solitude devant des situations difficiles, organisent leur activité, et s'informent auprès des assureurs. Connaître ses compétences et ses

limites, et privilégier la qualité de la relation médecin-patient propre à la médecine générale sont décrits comme des facteurs protecteurs contre le risque de procès

Au terme de cette étude, l'inquiétude est bel et bien palpable chez les médecins interrogés sur le risque médico-légal. Ils restent néanmoins forts d'une relation de confiance privilégiée avec leurs patients.

L'importance du dialogue émerge de notre travail : le dialogue entre le malade et son médecin, et le dialogue entre Médecine et Justice.

Pour arrêter le cercle vicieux de la judiciarisation médicale, il faut tout tenter pour ne pas rompre ce dialogue : privilégier les conciliations, les médiations, les associations de soutien ou de représentation des usagers du système de santé, l'information des soignants et des malades sur leurs droits et leurs devoirs. Il s'agit de l'objectif des années à venir : développer les commissions et les campagnes de communication, afin de préserver le dialogue et la confiance entre le patient, le médecin et le juriste.

Ethique et dialogue peuvent être intimement liés : selon Jean-François MALHERBE, l'enjeu éthique fondamental de la médecine moderne ne peut être en effet que « *la place qu'elle reconnaît ou qu'elle dénie à la parole* ». (117)

CONCLUSIONS SIGNEES

CONCLUSIONS

Le risque médico-légal, défini comme le risque que le patient entreprenne un procès contre le médecin, tire son origine dans des conflits d'ordre culturel, d'ordre éthique ou d'ordre relationnel.

Pour explorer le ressenti du risque médico-légal, nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes du département du Rhône de mai à juillet 2012.

Il en résulte que le risque médico-légal fait partie de la pratique quotidienne des médecins généralistes, ils y pensent constamment. Ils l'associent au risque d'erreur, à la réparation et à la sanction, et à des situations dites « à risque ». Ils évoquent une menace, une peur et une angoisse. Seuls les maîtres de stage interrogés dans cette étude n'éprouvent pas de peur, en revanche, ils n'hésitent pas à transmettre des attitudes de vigilance face à ce risque aux internes qu'ils encadrent.

Les situations à risque médico-légal identifiées sont les urgences et la pédiatrie, les visites à domicile, les journées de travail surchargées. Les médecins répondants décrivent également un profil de patient qui augmente le risque médico-légal : le patient procédurier, plus à même d'après ses antécédents ou ses attitudes de mener une poursuite judiciaire. Le téléphone est également perçu comme une menace : donner un avis médical par téléphone est une situation à risque, et il est source de perturbation des consultations, entraînant un risque d'erreur médicale.

La mise en cause de la responsabilité d'un médecin est mal vécue, soit du fait de sa propre expérience professionnelle, soit à travers le récit d'expériences de confrères. Elle est perçue comme l'intrusion de la Justice dans la relation médecin-malade, et elle s'ajoute au poids de la responsabilité morale.

Les médecins répondants ont une bonne connaissance de la responsabilité ordinaire, en revanche les réponses sont plus floues en matière pénale et civile. Tous admettent être soumis à l'obligation de moyen, propre à la responsabilité contractuelle envers le patient. Pour se protéger du risque médico-légal, les enquêtés écrivent plus dans les dossiers médicaux, travaillent la communication avec le patient, évitent la solitude devant des situations difficiles, organisent leur activité, et s'informent auprès des assureurs. Connaître ses compétences et ses limites, et privilégier la qualité de la

relation médecin-patient propre à la médecine générale sont décrits comme des facteurs protecteurs contre le risque de procès

Au terme de cette étude, l'inquiétude est bel et bien palpable chez les médecins interrogés sur le risque médico-légal. Ils restent néanmoins forts d'une relation de confiance privilégiée avec leurs patients.

L'importance du dialogue émerge en effet de notre travail : le dialogue entre le malade et son médecin, et le dialogue entre Médecine et Justice.

Le Président de la thèse,



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 21-10-12

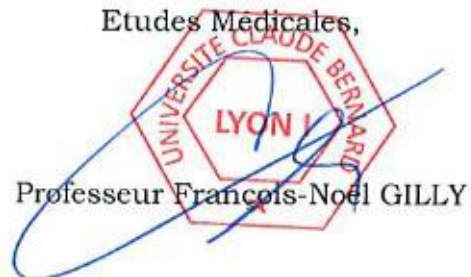
- 9 NOV. 2012

VU : Le Doyen de la Faculté de
Médecine Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

Vu : Pour Le Président de
l'Université
Le Président du Comité de
Coordination des
Etudes Médicales,



Professeur François-Noël GILLY

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JO du 17 août 2004)
2. BRAMI J, AMALBERTI R. La sécurité du patient en médecine générale. Paris : Springer-Verlag, 2010, 193p.
3. MICHEL P, QUENON JL, DJIHOUD A. CCECQA : EVISA, rapport final. Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes. 2009, 81p.
4. Prescrire. Judicialisation de la médecine : réalité ou idée reçue ? Prescrire, 2010 ; 30 (321), p.536-541
5. LECOURT D. Dictionnaire de la pensée médicale. Paris : Presses Universitaires de France, 2004, 1296p.
6. MAUFOUX-IMMERGOUT R, DEVERS G, DEVERS K-B. Précis de législation, éthique et déontologie. Paris : Ed. Lamarre, 2012, 200p.
7. OMS. ICPS : The International Classification for Patient Safety. Glossary of patients safety concepts and references. [En ligne] Genève, 2009, 154p. Disponible sur http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf (consulté le 14 janvier 2012)
8. Prescrire. Comment distinguer faute, erreur, et aléa dans la pratique médicale ? Rev. Prescrire, 2001 : 21 (216), p.317.
9. DE SAINT-EXUPERY A. Terre des hommes. Paris : Gallimard, 1973, 181p.
10. GUITTON J. Cité dans MALICIER D. & al. La responsabilité médicale. 2^{ème} édition. Paris : EKSA Alexandre Lacassagne, 2000, p. 29-31
11. JONAS H. Le principe responsabilité. Malesherbes : Flammarion, 2008, 470p. (Champs Essai)
12. CC, Arrêt MERCIER 20 mai 1936, Dalloz ; 1936, I, p.88.
13. RICOEUR P. Soi-même comme un autre. Paris : Seuil, 1996, 424p. (Points Essai)
14. SICARD D. Responsabilité médicale et juste soin. Cité dans : Réflexion sur le droit de la santé dans le Rapport public 1998 du Conseil d'Etat. Etudes et documents n°49. Paris : La documentation Française, p.86-89. Disponible sur : <http://www.annales.org/re/1998/re04-98/86-89%20Rapports.pdf> (Consulté le 15 janvier 2012)
15. KLOTZ P. Erreur médicale. Mécanismes et prévention. Paris : Maloine, 1996, 147 p.

16. KOHN L. To err is human : building a safer health system. Washington : The national academies press, 2000, 312 p.
17. AMALBERTI R, GREMION C, AUROY & al. Les systèmes de signalement médicaux. Etudes et résultats de la DRESS, 2007 : 584, p.1-7
18. Prescrire. Erreurs en médecine ambulatoire : une recherche balbutiante. Rev Prescrire, 2003 ; 23 (241), p.543-544
19. MAKEHAM M. DOVEY S. & al. Methods and measures used in primary care patient safety research. [En ligne] OMS, 2008, 49p. Disponible sur : http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf (Consulté le 14 janvier 2012)
20. MACSF Sou Médical. Responsabilité n°33. Paris : MACSF-Sou Médical, 2009 : 9 (33), 46p.
21. GALAM E. L'erreur médicale. Rev Prat Med Gen, 2003 ; 17 (626), p.1-5
22. Prescrire. Corriger une erreur a un coût, mais l'éviter est un gain. Prescrire, 2010 ; 30 (322) : 589
23. NEWMAN MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. Arch Fam Med, 1996 ; 5(2), p.71-5
24. SCHWAPPACH D. BOLUARTE A. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. Swiss Medical Weekly, 2008 ; p.1-7
25. Le Monde. Suicide d'un anesthésiste qui avait reconnu une erreur médicale. [En ligne] Le Monde.fr, 02 avril 2010. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/04/02/suicide-d-un-anesthesiste-qui-avait-reconnu-une-erreur-medicale_1327707_3224.html (Consulté le 02 novembre 2011)
26. WU W. A. Medical error : the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ, 2000 ; 320 : p.726-727
27. MIZRAHI T. Managing medical mistakes : ideology, insularity and accountability among internists-in-training. Soc Sci Med, 1984 ; 19 : p.135-146
28. KENNEDY EM, HEARD SR. Making mistakes in practice. Developing a consensus statement. Aust Fam Physician, 2001; 30 : p.295-299
29. URML Ile de France. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. [En ligne] URML Ile de France, 2007, 59p. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf (Consulté le 14 janvier 2012)

30. MERLIN O. Le Portel : un médecin se suicide après avoir « raté » un diagnostic. La Voix du Nord, février 2008 ; 34, p.3
31. BRODSKY S. Fear of litigation in mental health professionals, Criminal Justice and Behavior, 1988 ; 15, 492-500.
32. Définition disponible sur le site de l'AMA : <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/ama-councils/council-medical-education.page>
33. DUGAIN M. Avenue des Géants. Paris : Gallimard, 362p.
34. BARBOT J. FILLION E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. Sciences sociales et santé, 2006 ; 24 (2), p. 5-33.
35. BALDWIN L.M., HART L.G., LLOYD M. & al. Defensive medicine and obstetrics. Journal of the American Medical Association, 1995 ; p.1606-1610.
36. LOCALIO A., LAWTHERS A., BENGSTRON J. Relationship between malpractice claims and cesarean delivery. Journal of the American Médical Association, 1993 ; 269, p.366-373.
37. SICOT C. Le risque des professions de santé en 2006. Rev. Responsabilité, Novembre 2007 (Hors-série), 44 p.
38. AMALBERTI R. BONS LETOUZEY C. SICOT C. La gestion des risques en médecine générale, une affaire de tempos. Rev. Responsabilité, 2009 ; 9 (33) : p.5-11
39. DAVID G. SUREAU C. De la sanction à la prévention. Pour une prévention des événements indésirables liés aux soins. Rapports de l'Académie nationale de médecine. Paris : Lavoisier ; 2006. p. 35-46.
40. CARNEADE. Sextus Empiricus, contre les logiciens, I, 182.
41. RICOEUR P. Le Juste 2. Paris : Esprit, 2001, 297p.
42. SCHEIL J.V. Le Code Hammourabi. Paris : Paléo, 2011, 96p.
43. CARTIER B. Plaintes de patients à rencontre des soignants : un phénomène moderne? Histoire des sciences médicales, 2005 ; 34 (4), p.359-371
44. PARE A. Les œuvres de M. Ambroise Paré, conseiller et premier chirurgien du Roy avec les figures et portraits tant de l'anatomie que des instruments de chirurgie, et de plusieurs monstres. Paris : Chez Gabriel Duon, Paris, 1575
45. DE BLEGNY N. La Doctrine des rapports de chirurgie. Lyon : chez Thomas Amaulry, 1684
46. MARTIN E. Précis de déontologie et de médecine professionnelle. Paris : Masson, 1914.

47. ZACCHIA P. *Quaestiones medico-legales*. Avignon : National Library of Medicine, 1657
48. MOLIERE. *Le médecin malgré lui*. Paris : Hachette Education, 1999 ; Acte III, Scène 1
49. SUREAU C. *Fallait-il tuer l'enfant Foucault ?* Paris : Stock, 2003, 390p.
50. Propos rapportés par Paul FENOLL dans : *Le point de vue du Conseil de l'ordre des médecins. La responsabilité médicale : de la faute au risque*. Paris : E.N.M., 1996, p.235
51. FASQUELLE N. *La judiciarisation de la médecine générale et la pratique médicale. Vers l'émergence d'une médecine défensive ?* Thèse d'exercice, Clermont Ferrand : Université de Clermont Ferrand, 2006. 123p.
52. HEMLINGER L. *La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité*. *Les tribunes de la santé*, 2004 ; 4 (5), p.39-46
53. PLATON. *La République*. Paris : Flammarion, 2002, 801p.
54. NIETZSCHE F. *Le gai savoir*. Paris : Flammarion, 2007, 445p.
55. BAUDELAIRE C. *Fusées. Mon cœur mis à nu. La Belgique déshabillée. Amoenitates Belgicae*. Paris : Gallimard, 1986, 738p.
56. KALUSZYNSKI M. *La judiciarisation de la société et du politique. Intervention orale, Colloque RIAD - Association Internationale de l'Assurance de Protection Juridique, PARIS, 21-22/09/2006*
57. KYSARDA & al. *Mythes et réalités des erreurs médicales : pourquoi la crise des assurances n'est pas une crise de la judiciarisation*. *Les tribunes de la santé*, 2008 ; (19) p.59-81
58. SAVATIER R. *Au confluent de deux humanismes : entente et mésentente entre médecins et juristes*. In : *Les métamorphoses économiques et sociales du droit civil aujourd'hui*. *Revue internationale de droit comparé*, 1952 ; 4 (4), p.819-821
59. DEMICHEL A. *Médecine et droit : bilan provisoire d'une cohabitation problématique*. In : *Etudes offertes à J-M AUBY*. Paris : Dalloz, 1992
60. FLUCKIGER A. *La preuve juridique à l'épreuve du principe de précaution*. *Revue européenne des sciences sociales*, 2003 ; 41(128), p.107-127
61. KERCHOVE (VAN DE) M. *La vérité judiciaire : quelle vérité, rien que la vérité, toute la vérité ?* *Déviance et société*, 2000 ; (1), p. 95
62. KOURILSKY P. VINEY G. *Le principe de précaution. Rapport au Premier Ministre*. 2000, 405p

63. Art. L 200-1 du Code Rural, tiré de la Loi n°95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement (JO n°29 du 3 février 1995 p.1840)
64. Conseil d'état. Valeurs et limites du principe de précaution Rapport public 1998. Jurisprudence et avis de 1997. Réflexions sur le droit de la santé. Etudes et Documents n°49. Paris : La documentation française, 1998
65. Académie Nationale de Médecine. La médecine et le principe de précaution. Bull. Acad. Natle Méd., 2000 ; 184 (5), p.869-993
66. EWALD E. Le principe de précaution oblige à exagérer la menace. Le Monde, daté du 9 juillet 2010.
67. MOUTEL G. Les risques d'une application aveugle du principe de précaution en médecine : nécessité de prendre en compte les acquis de l'éthique médicale dans l'élaboration du droit de la santé. [En ligne] Etudes et Synthèses - 2001/12 disponible sur : <http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/> (Consulté le 14 janvier 2012)
68. HAMMER R. Expériences ordinaires de la médecine. Confiance, croyance et critiques profanes. Paris, Seismo, 2010 : 235p
69. MOREAU A, BOUSSAGEON R, GIRIER P, FIGON S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. La presse médicale, 2006 ; 35(6, part 1) : p.967-973
70. RICOEUR P. Les trois niveaux du jugement médical. Rev Esprit, 1996, p.21-33
71. BECOUR B. La judiciarisation de la médecine : aspects éthiques. Thèse d'Ethique Médicale et de Santé Publique. Paris : Paris V, 2002, 307p.
72. MARZANO M. Le contrat de défiance. Paris : Grasset, 2010, 320p.
73. KANT E. Projet de paix perpétuelle. Paris : Fernand Nathan, 2010, 95p.
74. LUHMANN N. La confiance : un mécanisme de réduction de la complexité sociale. Paris : Economica, 2006, 123p.
75. Film Contre toi, de DOILLON L, avec MARMAI P, SCOTT THOMAS K, France, 2011, drame, 80 minutes
76. HERZLICH C et PIERRET J. Malades d'hier et malades d'aujourd'hui. Paris, Payot, 1991, 313p.
77. CHOUTET P, BIRMELE B. Malade : un métier ? Utilisateur ou acteur du système de santé ? Revue d'éthique et de théologie morale, 2006 ; 2(239), p. 105-116
78. SICARD D. Protéger les malades ou s'en protéger ? Le Monde, daté du 29 janvier 2004, p.17

79. PIGNARRE P. Le grand secret de l'industrie pharmaceutique. Paris, la découverte, 2003, 160p.
80. CNOM. Conflits d'intérêts en France : comment restaurer la confiance des patients-citoyens envers notre système de santé ? [En ligne] CNOM, 2011. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/conflits-d%E2%80%99interets-en-france-comment-restaurer-la-confiance-des-patients-citoyens-envers-notre-syst-1119>
(Consulté le 14 janvier 2012)
81. MOUREMBLE O. Le risque médico-légal en chirurgie gynécologique et en obstétrique. Protocole de gestions des situations à risque. Thèse d'exercice, Nice : Université de Nice, 2009, 120p
82. HIPPOCRATE. Des Epidémies (I, 5)
83. FOUCAULT M. Dits et Ecrits : Tome 2, 1976-1988. Paris : Gallimard, 2001, 1736p.
84. SONNLEITER A. De la nature individuelle des dénominations pour les résultats de consultation en médecine générale. Effet sur les calculs de fréquence statistique en médecine générale. Thèse de Médecine, Vienne, 1986
85. JACOBSON L & al. Error and safety in primary care : no clear boundaries. Fam Pract, 2003 ; 20 : p.237-41
86. GALAM E. La souffrance du médecin mis en cause par un patient. Responsabilité, 2009 ; 9 (36), p.20-23
87. BARBER N. Should we consider non-compliance a medical error ? Qual Saf Health Care, 2002, 11 : p.81-4
88. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JO n°54 du 5 mars 2002).
89. Code Pénal Art. 121-1
90. CC Arrêt MERCIER 20 mai 1936
91. CC Art 1382
92. Code de Déontologie Art. 32
93. CSP Art. L 1111-2
94. Code de Déontologie Art. 35
95. CC 25 février 1997, arrêt HEDREUL
96. CSP Art. 1142-1
97. Décret n°2002-886 du 3 mai 2002 relatif aux CRCI, Art. L 1142-4 à L 1142- 7 et Art. L 1143-1 du CSP
98. CSP Art. L4130-1

99. CSP Art. L1111-4
100. Code de Déontologie Art. 4
101. Art. 226-13 Code Pénal
102. Art. 226-14 Code Pénal
103. Art. 441-8 Code Pénal
104. OLIVIER DE SARDAN J.P La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Paris : Academia, 2008, 365p.
105. BOUVET G. Le récit de la maladie comme métaphore de ce que vit le patient : intérêt pour l'écoute en médecine générale. Etude qualitative à partir de 14 observations directes de consultations et 14 entretiens semi-dirigés. Thèse d'exercice de Médecine, Lyon : Université de Lyon 1, 2008, 224p.
106. Collège National Universitaire de Psychiatrie. Polycopié national du collège des enseignants. [En ligne] 2007, 136p. Disponible sur : <http://www.fascicules.fr/do.php?mb=public/consulter&p2=10&order=2> (Consulté le 01 aout 2012)
107. URPS Ile de France. Appels téléphoniques reçus et émis par le médecin généraliste lui-même en consultation à son cabinet. URPS médecins Ile de France, Paris, 2010, 29p.
108. Arrêté du 2-5-2007 JO DU 10-5-2007 concernant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. NOR : MENS0753287A
RLR : 432-1
109. DUCASSE A. Justice et Santé. Paris : Seve-Santé-Enjeux-Visions-Equilibres, 2004 ; (5) : p.31-56
110. Physician Insurers Association of America (PIAA). Trend analysis of claims by close year. PIAA, Rapport 2006, 181p.
111. BEAUD S. WEBER F. Guide de l'enquête de terrain. Paris : La découverte, 2010, 331p.
112. GOOD B. Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité, vécu. Paris : Empêcheurs de tourner en rond, 1999, 433p.
113. COTE L, TURGEON J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale, 2002 ; 3 : p.81-90.
114. BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin, 2010, 128p.

115. KAUFMANN JC. *L'enquête et ses méthodes – L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, 2011, 128p.
116. GAUTHIER.B. *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2009, 768p.
117. MALHERBE JF. *Pour une éthique de la médecine*. Bruxelles : Ciaco, 1990, 207p.

BIBLIOGRAPHIE DES ILLUSTRATIONS :

118. Prescrire. *Erreurs en médecine ambulatoire : une recherche balbutiante*. Prescrire, 2003 ; 23(241) : p.543-544
119. Présentation de l'organisation judiciaire en France. [En ligne] Site Thalesis, 2012.
Disponible sur :
http://thalesis.cfecgc.free.fr/vademecum/textes_html/v_chap1texte0_fichiers/tableau%20cfe.jpg (Consulté le 02 novembre 2011)
120. CRABTREE B.F. MILLER W.L. *Doing qualitative Research*. Newbury Park : Sage, 1992, p.15

BIBLIOGRAPHIE NON CITEE DANS LE TEXTE :

121. ADOUANI M. *L'erreur médicale en médecine générale : identification des résistances des médecins généralistes à déclarer leurs erreurs*. Enquête qualitative réalisée auprès de 12 praticiens généralistes de la région PACA. Thèse d'exercice de médecine, Nice : Université de Nice, 2010, 170 p.
122. BRANDEHO D. *De quoi se plaignent-ils ? Vers une judiciarisation des plaintes ?* Gérontologie et Société, 2005 ; (115), p.151-159
123. CHANELIERE M. *Impact des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes*. Etude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes. Thèse d'exercice de médecine, Lyon : Université de Lyon 1, 2005, 194p.
124. CHARON G. *L'erreur en médecine générale : revue de la littérature et étude d'observation chez 71 médecins généralistes du val de Marne*. Thèse d'exercice de médecine, Paris : Université de Paris VI, 2006. 150p.
125. JOUTEAU D. *La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours*. Proposition de définition et finalisation d'une méthode pratique permettant d'élaborer une liste des dangers inhérents à chaque résultat de consultation

du DRC© de la société française de médecine générale. Thèse d'exercice de médecine, Poitiers : Université de Poitiers, 2011, 216p.

126.MARZINIAK LEMMENS A. La prévention du risque médico-légal en salle de naissance : apport de l'expertise médicale en cas de réclamation des patients. Mémoire, Dijon : Université de Dijon, 2006, 133p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LE GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN :

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE L'ENQUETEUR, DE L'ENQUETE ET DE L'ENQUETÉ

1) L'Enquêteur

« Bonjour, je m'appelle Noémie ROLAND, je viens de finir mon internat en Médecine Générale en novembre dernier et j'effectue depuis des remplacements de médecins généralistes en attendant de passer ma thèse d'exercice. »

2) L'Enquête

« L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement».

Sujet de recherche : « Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal lié à leur pratique ».

Justification : « Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères.

Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997.

Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médico-légal inhérent à sa pratique. »

Méthode : « Je vous propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître votre avis et votre expérience sur ce sujet. Cet entretien sera enregistré de

façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que vous me confierez. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que vos réponses ainsi que celles de vos confrères interrogés me serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins.»

« Avez-vous des questions à ce stade ? Si vous n'avez pas de questions, je vous propose de commencer. »

3) L'Enquête

« Avant de commencer l'entretien proprement dit, j'aimerais connaître quelques informations vous concernant :

- Quel est votre âge ?
- Depuis quand êtes-vous installé ?
- Travaillez-vous seul ou en collaboration ?
- Qualifiez-vous votre activité d'urbaine ? semi-urbaine ? rurale ? »

DEUXIEME PARTIE : DEFINITIONS, CADRE GENERAL

Le risque médico-légal :

- 1) « Quand je parle de risque médico-légal, que cela évoque-t-il pour vous ? »
 - On peut confronter le médecin à la définition du risque médico-légal de *Prescrire* : « le risque médico-légal est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades. »
- 2) « Quelles sont les situations, selon vous, à risque médico-légal dans votre métier ? »

La judiciarisation de la médecine :

- 3) « On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine. Qu'évoque pour vous cette expression ? »

La responsabilité médicale :

- 4) « Selon vous, quelles sont les obligations légales d'un médecin généraliste ? »
- 5) « On parle souvent de la triple responsabilité du médecin. On distingue :
 - La responsabilité ordinaire ou disciplinaire
 - La responsabilité civile
 - La responsabilité pénale

Pouvez-vous m'expliquer ces différentes responsabilités et éventuellement me donner des exemples de situations qui mettent en cause un médecin dans chacune de ces responsabilités ? »

TROISIEME PARTIE : LE RISQUE MEDICOLEGAL A PARTIR D'UN EXEMPLE

- 6) « Avez-vous vécu une situation avec un patient dans laquelle votre responsabilité de médecin a été mise en cause ? »

Si le médecin ne connaît pas de situation telle que énoncée dans la question, on peut préciser : « Une situation dans laquelle il y a eu une lettre de réclamation ou une plainte, ou l'appel d'un avocat, ou encore un signalement au Conseil de l'Ordre ? »

Si le médecin n'évoque pas de situation où il a été impliqué médicalement, soit parce qu'il n'en a pas connu, soit parce qu'il refuse d'en parler, on peut lui suggérer :

« Vous connaissez peut-être un confrère dont la responsabilité médicale a été mise en cause, une situation vécue par un confrère dont vous avez entendu parler et qui vous a marqué ? »

Le but est de laisser le médecin évoquer librement cette situation.

- 7) Au cours ou à la fin de cette évocation, on peut demander « Qu'avez-vous ressenti face à cette mise en cause ? » ou « Comment avez-vous vécu cette situation ? »
- 8) « Depuis cet épisode, avez-vous changé votre pratique et comment ? »
- 9) « D'une façon globale, pensez-vous que le risque médical est important ou est devenu important en médecine générale ? »

TROISIEME PARTIE : ETUDE DE COMPORTEMENT(S) D'EVITEMENT, MISE EN EVIDENCE D'UNE MEDECINE DEFENSIVE

- 10) « Selon vous, quels sont les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médical ? »

On peut proposer plusieurs idées au médecin s'il ne les évoque pas spontanément, afin de recueillir son avis :

- Rédaction exhaustive des observations médicales/tenue du dossier médical ?
- Recours plus important aux spécialistes/à la prise en charge hospitalière ?

- S'entourer des pairs : Conseil de l'Ordre, avis de confrères, assurances... ?
- Amélioration des conditions de consultation : plus de temps, plus de moyens, plus de formations continues, plus de communication avec les patients ?
- Abandon de certaines pratiques/certaines thérapeutiques ?

CONCLUSION

« Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces quelques questions, le questionnaire est maintenant terminé.

Avez-vous des questions ou des remarques ?

Je peux vous laisser mes coordonnées afin de vous tenir au courant de la progression de mon travail ».

ANNEXE N°2 : RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS

Docteur A

- NR : Je m'appelle Noémie ROLAND, je viens de finir mon internat en Médecine Générale en novembre dernier et j'effectue depuis des remplacements de médecins généralistes en attendant de passer ma thèse d'exercice.
- Dr A. D'accord
- NR « L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement».
- Dr A : « D'accord. Bien. »
- NR : « Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal lié à leur pratique ».
- Dr A « Hum hum ! »
- NR : « Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médico-légal inhérent à sa pratique. Je vous propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître votre avis et votre expérience sur ce sujet. Cet entretien sera enregistré de façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que vous me confierez. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que vos réponses ainsi que celles de vos confrères interrogés me serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins. Avez-vous des questions à ce stade ? »
- Dr A : « Pas encore ! (rires) »
- NR : « Si vous n'avez pas de questions, je vous propose de commencer. »
- DR A : « Nous allons commencer »
- NR : « Avant de commencer l'entretien proprement dit, j'aimerais connaître quelques informations vous concernant : quel est votre âge ? »
- Dr A : « 30 ans »
- NR : « Depuis quand êtes-vous installé ? »
- Dr A : « depuis environ euh...1 an et demi ».
- NR : « Vous travaillez seule ou en collaboration ? »
- Dr A : « On est deux. »

- NR : « Votre activité est plutôt urbaine ? semi-urbaine ? rurale ? »
- Dr A : « Je dirais que j'ai une activité... j'ai une activité plutôt urbaine. »
- NR : « Quand je parle de risque médico-légal, que cela évoque-t-il pour vous ? »
- Dr A : « Hum... (long silence). Moi je dirais que c'est le risque d'avoir un procès en tant que médecin, dans notre profession au quotidien ; par exemple un patient qui pourrait nous attaquer pour quelque chose qu'on aurait fait, ou qu'on aurait mal fait... pour moi c'est ça le risque médico-légal. Le risque lié à notre pratique. (long silence) »
- NR : « D'accord. J'avais une définition en fait du risque médico-légal de la revue *Prescrire* à vous proposer : « le risque médico-légal est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades. ». Vous êtes plutôt d'accord, à peu près avec cette définition ? »
- Dr A : « Oui, oui c'est ce que cela évoque, c'est exactement ce que cela évoque pour nous je pense. »
- NR : « Quelles sont les situations selon vous à risque médico-légal dans votre métier ? »
- Dr A : « Euh... pour moi ce serait les situations où euh... par exemple on arrive pas faire un, enfin on tourne autour d'un diagnostic et on trouve pas vraiment et du coup on finit par euh... Bah que le temps... euh... qu'on ait du mal à évoquer un diagnostic qui soit intéressant au bout de longtemps et du coup que le patient soit mécontent, et euh... enfin une perte de chance pour lui au final... je dirais ça et puis je dirais aussi faire une grosse erreur, une grosse bourde... Je sais pas, ne pas l'envoyer aux urgences alors qu'il y aurait fallu et qu'il meure dans la nuit par je sais pas quoi. Ou pas avoir pensé au bon truc. Je dirais ça. (silence) »
- NR : « D'accord. »
- NR : « On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine. Qu'est-ce que ça évoque pour vous ? »
- Dr A : « Hum... le fait que les patients je pense, avant, ils auraient pas pensé à impliquer leur médecin dans une procédure judiciaire, alors que maintenant en 2011 voire 2012 je pense que les gens y ont plus recours, à la justice pour se faire justice à eux-mêmes en invoquant... en mettant en cause quelqu'un... le besoin de mettre en cause les gens plus facilement qu'avant, alors qu'avant je pense notre profession était protégée parce qu'il y avait le curé et le médecin... on avait une position plus favorable dans l'esprit des gens et maintenant je pense que ça change. »
- NR : « Selon vous, quelles sont les obligations légales d'un médecin généraliste ? »
- Dr A : « Hum... J'en sais rien ! c'est tout ce qu'on... C'est toutes les choses qu'on est obligés de faire dans le cadre de la loi mais après euh... Je pense que c'est tout ce qu'on... C'est toutes les choses qu'on est obligés de faire dans le cadre de la loi mais après euh... Je pense que c'est tout ce qui... Enfin les obligations qu'on a, être capable de pouvoir rendre des comptes sur ce qu'on a fait, et d'être capable d'expliquer nos démarches : noter dans un dossier, avoir un dossier conséquent. Ben si on a, si on a un problème de pouvoir nous justifier, avec un dossier qui soit rempli. Enfin je crois que c'est ça votre obligation. (silence) »
- NR : « On parle souvent de la triple responsabilité du médecin. On distingue : la responsabilité ordinale ou disciplinaire (le conseil de l'ordre), la responsabilité civile, la responsabilité pénale ; Pouvez-vous m'expliquer ces différentes responsabilités et éventuellement me donner des exemples de situations qui mettent en cause un médecin dans chacune de ces responsabilités ? »
- Dr A : « Les responsabilités... Les trois-là ? »
- NR : « Oui. »
- Dr A : « Euh... pour moi le pénal c'est si... c'est si on... c'est la sanction, donc si on tue quelqu'un on a une sanction on va en prison. Pour moi c'est ça le pénal, la responsabilité pénale qu'on aurait. »
- NR : « D'accord. »
- Dr A : « Le civil c'est un dédommagement, des sous qu'on aurait à verser à quelqu'un. Et le « ordinal » ben je sais, c'est si on fait une faute vis-à-vis de, je sais pas, vis-à-vis du conseil de l'ordre... Qu'est-ce qu'on peut bien faire ? (rires). Je sais pas moi, la rupture du secret médical, un truc comme ça... (long silence) »
- NR : « D'accord. Avez-vous vécu une situation avec un patient dans laquelle votre responsabilité de médecin a été mise en cause ? »
- Dr A : « Jamais, mais se poser la question si je pourrais être mise en cause oui. »
- NR : « Vous connaissez peut-être un confrère dont la responsabilité médico-légale a été mise en cause, une situation vécue par un confrère dont vous avez entendue parler et qui vous a marquée ? »
- Dr A : « Oui, une consœur, qui a été convoquée un jour au commissariat pour rendre des comptes sur une patiente qu'elle avait vue il y a longtemps, bien longtemps aux urgences... je me rappelle de ça, ça m'avait bien marqué parce que je... j'aurai pu imaginer que ça puisse arriver dans des situations un peu plus... enfin un peu plus graves quoi... la situation me paraissait un peu... c'est une histoire de plaie de doigt je crois. Et la situation me paraissait un peu... pas très importante par rapport aux conséquences que la consœur aurait pu avoir. En fait la patiente a porté plainte parce que son doigt s'était infecté secondairement après une suture faite en urgence... Une situation banale... mais ma collègue a été convoquée au commissariat. »
- NR : « Qu'est-ce que vous avez ressenti devant cette situation, cette mise en cause ? »
- Dr A : « (rires) Moi ça me paraît complètement disproportionné ! »
- NR : « Oui ? »
- Dr D : « Disproportionné parce que... euh... c'est sûr qu'elle était pas satisfaite et que ça allait pas... mais de là à je sais pas, demander réparation, moi je sais pas, ça fait un peu... Une drôle de façon de faire ! après je peux la comprendre aussi, elle a peut-être... Peut-être que les gens ont besoin lorsqu'il y a quelque chose qui va pas comme ils veulent de faire justice à eux-mêmes et du coup de... d'accuser quelqu'un ça doit faire du bien, d'accuser les gens... au moins on se demande pas soit même si on a fait quelque chose de pas bien quoi ! »
- NR : « Qu'est-ce que la patiente n'a pas fait bien selon vous ? »
- Dr A : « Eh ben elle a peut-être pas bien désinfecté à domicile après la suture, elle a peut être pris des risques... il y a toujours des risques infectieux, c'est pas forcément la faute du médecin ! »
- NR : « Depuis cet épisode, avez-vous changé votre pratique et comment ? »

- Dr A : « Non. Pas de changement de pratique mais je dirai plutôt par moment vis-à-vis de certains patients une petite suspicion... (rires). J'ai ma suspicion qui peut s'instaurer. En me disant que peut être que celui-là, si j'écris pas assez de trucs dans le dossier, ben... Il serait bien capable de me tomber dessus ! (rires) »
- NR : « Ça arrive souvent ? »
- Dr A : « Non pas souvent, mais c'est un peu lié à certains types de personnalités qu'on sent pas forcément... »
- NR : « D'une façon globale, pensez-vous que le risque médico-légal est important ou est devenu important en médecine générale ? »
- Dr A : « Je pense qu'il soit vraiment important mais il existe et je suis pas sûre que avant, comme vous le disiez au début... qu'il y a longtemps ça existait pas forcément. Et maintenant on est tous impliqués. Je pense que c'est une vraie réalité, que les gens maintenant, c'est une façon de se défendre. »
- NR : « Selon vous, quels sont les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ? »
- Dr A : « Bah... Moi ce que je fais c'est que quand j'en ai que je soupçonne un peu, j'ai tendance à mettre beaucoup de choses par écrit dans le dossier. Je sais pas de quoi cela me protégera mais bon... (rires). Moi personnellement je me sens protégée comme ça ! (rires). (long soupir) »
- NR : Vous parlez de la tenue du dossier médical. Pensez-vous que le généraliste peut avoir recours plus aux spécialistes ou à la prise en charge hospitalière pour se protéger du risque médico-légal ? »
- Dr A : « C'est pas forcément le premier truc qui me serait venu à l'esprit. Peut-être si je me sentais un petit peu mal à l'aise, si avec un patient je sens que ça dérape un peu, peut-être que je ferais appel à des confrères. »
- NR : « Et demander conseil au conseil de l'ordre, à votre assurance ? »
- Dr A : « Oui c'est sûr que si je sentais le roussi (rires) j'irai chercher de l'aide ailleurs ! pour l'instant j'ai pas été chercher de l'aide ailleurs mais bon, oui, je pense que oui, moi j'appellerais un max de confrères et j'irai voir le conseil de l'ordre. Dans ces cas-là il faut tirer une sonnette d'alarme très rapidement. »
- NR : « Est-ce que dans ce cadre de risque, il faudrait un temps de consultation plus important, plus de moyens, plus de formations continues, plus de communications avec les patients ? »
- Dr A : « La communication, très important ! c'est là qu'on peut dénouer plus d'une situation je pense. Je pense qu'il y a beaucoup... Que quand on communique il y a beaucoup de problèmes de compréhension mutuelle et que euh... et que la communication n'est pas toujours facile à établir... Que c'est par un manque de communication qu'on peut arriver au procès et que si on expliquait les choses, et ben on n'en serait peut-être pas là. Mais après le manque de temps, c'est sûr qu'on est toujours un peu boostés dans ce métier-là. On a des patients à voir et de prendre le temps... La journée est quand même longue... le manque de temps je sais pas, mais plutôt la communication. »
- NR : « Est-ce qu'un généraliste abandonnerait certaines pratiques ou thérapeutiques pour se protéger ? »
- Dr A : « (long silence)... Par exemple quoi comme pratiques ? »
- NR : « Les infiltrations, les suivis de grossesse par exemple... »
- Dr A : « Ah, abandonner des choses ! euh, pouh... Moi j'aurais pas envie d'abandonner des choses parce que j'ai peur quoi ! en tout cas ce serait pas ma façon de faire... (silence) Non, j'aurais pas envie. Mais après faire plutôt les choses où je suis à l'aise, oui, les choses où je suis pas à l'aise je les fais pas et puis voilà quoi !
- NR : « Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces quelques questions, le questionnaire est maintenant terminé. Avez-vous des questions ou des remarques ? »
- Dr A : « Hum... oui je trouve ça intéressant. Intéressant parce qu'on se pose pas toujours la question de savoir si on est en situation de risque ou pas. Après c'est vrai que le jour où il nous arrive quelque chose je pense que... je pense que la vie elle doit bien changer ! Et on doit plus avoir le même regard sur les gens. »

Docteur B

- NR : « Je viens de finir mon internat en Médecine Générale en novembre dernier et j'effectue depuis des remplacements de médecins généralistes en attendant de passer ma thèse d'exercice. »
- Dr B. « Oui, OK »
- NR « L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement. »
- Dr B : « D'accord. »
- NR : « Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal lié à leur pratique ».
- NR : « Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médico-légal inhérent à sa pratique. Je te propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître ton avis et ton expérience sur ce sujet.
- DR B. : OK
- NR : Cet entretien sera enregistré de façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que tu me confieras. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que tes réponses ainsi que celles de tes confrères interrogés me

serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins.

Tu as des questions à ce stade ?

- DR B : Pas de problèmes. Non, c'est très clair.
- NR : Donc on se lance à ce moment-là. Quelques petites informations : tu as quel âge ?
- DR B : 31 ans
- NR : Tu es thésé depuis combien de temps ?
- DR B. : Depuis le 7 mars 2012.
- NR : C'est précis !
- DR B. : D'accord depuis deux mois, aujourd'hui 2 mois.
- NR : Tu remplaces donc régulièrement ?
- DR B : Oui, oui
- NR : Depuis quand ?
- DR B : Depuis novembre 2010.
- NR : Euh, tu as des adresses plutôt fixes ? ou cela change vraiment tout le temps ?
- DR B. : Souvent les mêmes, très souvent mon père et les médecins du cabinet, ses associés...
- NR : C'est plutôt une population rurale ? urbaine ?
- DR B. : Oui ce sont des villages autour de 3000 habitants, semi-rural, des regroupements. Autour, la plus grande ville c'est Vienne à 10 km.
- NR : Tu as l'hôpital à 10 km, OK...
- DR B : Un peu moins, 8 km.
- NR : Tu fais des tranches de semaine, ou semaine par semaine ?
- DR B : Oui par semaine et je fais pas mal de gardes le WE.
- NR : D'accord OK, avec une installation prochaine ?
- DR B. : Non, Pas prévue.
- NR : Quand je parle de risque médico-légal qu'est-ce que cela t'évoque ?
- DR B : Ça m'évoque un avocat, une plainte, euh, erreur médicale sans que je sache exactement du point de vue juridique la définition, une erreur médicale, une procédure de justice, euh, indemnisation des victimes, un préjudice... (silence)
- NR : D'accord...
- DR B. : ...par ma faute ou par l'exercice de ma profession...
- NR : Selon *Prescrire*, « Le risque médico-légal est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades. ». Ça te paraît cohérent ? On retrouve un peu des termes que tu as donnés ?
- DR B. : Oui cela me paraît bien. Oui par rapport au procès, la plainte, l'indemnisation...
- NR : A ton avis c'est quoi une situation à risque médico-légal ?
- DR B : (silence) Une situation à risque médico-légal, ça va être le moment où je rédige mon ordonnance, se tromper sur les posologies, appeler en considération les interactions médicamenteuses, les médicaments, les pathologies ou antécédents du patient, Qu'est-ce que ça peut être d'autre ? Si on fait un choc avec l'anesthésie à la Xylocaïne®, ça peut être la conséquence d'une altercation quelque chose ressentie comme une altercation au téléphone ou une situation conflictuelle verbale.
- NR : D'accord dans ce que tu as dit il y a un côté thérapeutique, se tromper dans la posologie etc, les gestes et puis le relationnel ?
- DR B. : Oui.
- NR : Tu as parlé de téléphone...
- DR B. : Oui, le relationnel au téléphone, c'est là où l'on est un peu plus tendu, parfois oui j'ai entendu dire qu'il y a des plaintes, refus de soin par exemple, par un médecin débordé qui ne peut pas prendre le patient
- NR : Oui. On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine, qu'est-ce que ça t'évoque ?
- DR B : ça m'évoque ce que l'on a déjà un peu dit, que les patients puissent penser à être indemnisés quand il y a un souci, oui, un souci avec le médecin. Lorsqu'ils ont le sentiment d'avoir eu un préjudice secondaire à l'exercice de la médecine. Cela m'évoque un peu tout ce que l'on a déjà dit, les avocats, le passage au tribunal.
- NR : Tu penses que c'est une situation qui est en train d'évoluer...
- DR B. : Ben oui. Comme tu l'as dit dans ta présentation. C'est vrai au niveau de nos études on nous l'a bien assez dit: progressivement cela va être de plus en plus présent dans l'exercice de la médecine, je pense que c'est quelque chose auquel il faut s'attendre. Moi qui suis jeune médecin je suis allé au Conseil de l'Ordre des médecins. Quand tu as un entretien avec un médecin de l'Ordre, il t'en parle. En tous cas moi il m'en a parlé, donc en tant que jeune médecin on y est familiarisé pourtant cela nous fait un peu peur. On n'a pas trop envie que cela nous arrive non plus.
- NR : Oui, OK. Voici la définition de la judiciarisation du *Petit Larousse* : « La judiciarisation désigne l'intervention croissante de la justice dans tous les domaines de la vie sociale et la résolution prépondérante des litiges de manière judiciaire ». Donc ils n'englobent même pas que la médecine, un peu tout, pas seulement la médecine, c'est quelque chose aussi, en tant que citoyen, que tu ressens ?
- DR B. : Oui, oui ça me fait penser que ça vient un peu des USA, le changement de notre société qui vient des USA, il y a peut-être une judiciarisation qui ne concerne pas seulement la médecine.
- NR : Pour tous les problèmes de la vie courante ?
- DR B. : Je pense oui, là je ne trouverai pas d'exemple tout de suite, oui peut-être une judiciarisation dans le domaine agro-alimentaire, des réclamations...

- NR : Selon toi, c'est quoi les obligations légales d'un médecin généraliste ? à quoi il est tenu par la loi ?
- DR B : Des obligations de moyen, de mettre en œuvre tout ce qu'il peut pour faire le moins de tort à ses patients et puis pas d'obligation de résultats, ça c'est important, une obligation d'information par rapport à ce qu'il fait. Après....
- NR : Quand tu parlais du téléphone tout à l'heure, à ton avis à quoi il est obligé finalement?
- DR B : Par rapport au patient ?
- NR : Voilà le patient t'appelle, tu es débordé...
- DR B : Par rapport à l'information que l'on doit donner au téléphone ?
- NR : Oui, par exemple
- DR B : Je ne sais pas quoi te dire par rapport au téléphone. Je ne sais pas si on est obligé d'être joignable ou non, je dirais que non. Il y a pas mal de médecins qui ne sont pas joignables, encore que je ne suis pas sûr. Pour pouvoir répondre à l'urgence, il faudrait que l'on soit joignable. on doit être joignable. Je ne sais pas
- NR : Je te dirai... (rires)
- DR B : tu me diras. En tous les cas je le suis toujours.
- NR : Toi tu l'es toujours... On parle souvent de la triple responsabilité du médecin, ordinaire disciplinaire du conseil de l'Ordre dont on parlait tout à l'heure, responsabilité civile et puis la responsabilité pénale. Est-ce que tu pourrais dans la mesure du possible, définir ces responsabilités et donner des exemples pour illustrer cela
- DR B : Responsabilités pénale, civile ordinaire...
- NR : Tout à fait.
- DR B : Tu veux quoi ? Que je te réponde?
- NR : En fait, à quoi répondent ces différentes responsabilités et puis, donner un exemple. Une par une et donner un exemple. En quoi ta responsabilité ordinaire par exemple est-elle engagée?
- DR B : Là je suis bien ignorant....
- NR : Qu'est-ce que le Conseil de l'Ordre exige de toi...
- DR B : (silence) je sèche....
- NR : Sinon je te donne des exemples de délit et tu me dis à quoi cela correspond ?
- DR B : on va faire comme cela...(Rires)
- NR : Tu ne seras pas le seul... Le secret médical par exemple ?
- DR B : Si, le secret médical, bien sûr !
- NR : Tu as fait une boulette, tu as trahi le secret médical...
- DR B : Par rapport au serment d'Hippocrate et/ou tout ce qui se rattache à la déontologie.
- NR : Tu encours quoi ?
- DR B : Je ne sais pas...
- NR : Si le conseil de l'Ordre te tombe dessus...
- DR B : Alors là, je ne peux pas te dire. Je sèche.... (rires)
- NR : je te raconterai. Coups et blessures ou homicide involontaire ?
- DR B : Responsabilité pénale !
- NR : Là tu sais à peu près ce que tu encours. Qu'est-ce que tu risques ?
- DR B : Une amende, la prison.
- NR : L'infection liée aux soins ? Une suture, ça se surinfecte. En tous les cas, l'expert dit que c'est de ta faute..
- DR B : (silence) Responsabilité ordinaire en rapport avec l'exercice de la profession. Je ne suis pas sûr. Peut-être civile...
- NR : Est-ce que tu sais ce que tu encours dans ce cas-là ?
- DR B : Euh, à mon avis, a priori rien, s'il y a surinfection c'est un aléa thérapeutique
- NR : Ton assurance qui joue ?
- DR B : oui, voilà, mon assurance responsabilité civile !
- NR : Oui tout à fait, pour tracer les 3 responsabilités, quelque chose de beaucoup plus personnel. Est-ce que tu as déjà vécu une situation avec un patient dans laquelle ta responsabilité de médecin était mise en cause ?
- DR B : Indirectement oui j'ai déjà eu ça
- NR : Est-ce que tu peux m'en parler ?
- DR B : c'est une patiente qui venait me voir. C'était pour une consultation dont je ne me souviens pas très bien, c'est le médecin que je remplaçais, mon père en l'occurrence. C'est une dame qui venait pour une lombalgie aiguë et qui, en toute fin de consultation, me montre le résultat d'un scanner qui montrait un kyste ovarien, d'aspect radiologique plutôt bénin, mais le radiologue proposait une consultation chez le gynécologue. Là, selon les dires de la patiente je lui aurais dit que ce n'était pas grave, qu'il n'y avait pas grand-chose à faire de spécial. La patiente est revenue et finalement on l'a remontrée à un gynécologue. Elle m'en a voulu de ne pas lui avoir dit que c'était quelque chose de grave qui nécessitait de traiter. Elle a été opérée, c'était bénin heureusement. Moi je ne me souvenais plus du tout, ma responsabilité aurait pu être engagée.
- NR : Et finalement c'est ton père qui t'en a parlé plus tard ? Et toi, sur le coup tu n'en as aucun souvenir.
- DR B : Oui.
- NR : Et quand il te l'a dit qu'est-ce tu as ressenti ?
- DR B : Moi je ne m'en souvenais plus, je n'étais pas très à l'aise. Culpabilité... J'ai revu le dossier après, j'ai vu que le radiologue était plutôt rassurant, c'était un kyste, je ne sais plus exactement, environ 4 cm, pour lequel il faut une exploration ou une consultation rapprochée. J'avais la possibilité d'avoir commis une erreur ou une faute, je ne connais pas bien le terme par rapport à ça.
- NR : Par rapport à ton père, comme c'était le médecin que tu remplaçais, tu étais à l'aise ? Ou ?

- DR B. : Ben oui j'étais à l'aise. En fait il l'a revue après, il lui a dit de consulter le gynécologue etc, il n'y a pas eu de souci apparemment.
- NR : OK. Lui ne t'a pas particulièrement chargé, au contraire ?
- DR B. : Non, il m'a plutôt protégé, la réalité je ne la connais pas, mais c'est sûr il aurait fallu qu'elle voit le gynéco assez rapidement comme le proposait le radiologue.
- NR : Ok. Mais en tous cas, il n'y a pas eu de conséquences particulières là-dessus.
- DR B : Heureusement !
- NR : Par rapport et depuis cet épisode est-ce que tu as changé ta pratique et comment ?
- DR B : (silence) Je ne pense pas avoir changé ma pratique. Mais en tous cas, c'est vrai, peut-être que les conseils ou les examens qu'on te montre à la dernière minute ou à la dernière seconde peut-être je jouerais l'honnêteté si vraiment j'étais débordé. Je me souviens c'est une période où je craquais vraiment, où j'étais débordé. Je jouerais l'honnêteté, je dirais que je n'ai pas le temps et que je donnerais l'information après. Oui, peut-être différer l'information, prendre plus de temps après, si je n'ai pas envie de me mettre en retard, l'information, je la donnerai plus tard. C'est ce que je ferais.
- NR : D'une façon globale tu penses que le risque médico-légal est important ou qu'il est devenu important en médecine légale ?
- DR B : il a été toujours important, je pense, il y a juste la judiciarisation de la médecine qui change ouais qui est nouvelle. Il y a toujours le poids des mots, des interventions que l'on pourrait faire dans notre métier
- NR : Si je reformule, tu dis qu'il y a une responsabilité qui est inhérente à notre métier sans que la justice vienne dedans... C'est juste pour voir si on est d'accord (rires)
A ton avis quels sont les moyens dont dispose un généraliste pour se prémunir du risque médico-légal. Tu l'as touché du bout des doigts un peu avec ta situation. Comment on peut faire pour limiter la casse ?
- DR B : Alors oui, il y a à analyser ses pratiques, puis en tirer les conséquences de son expérience. C'est la responsabilité médicale. Ensuite, vraiment être très attentif aux informations qu'on donne, prendre le temps de bien informer ses patients, ensuite bon ben s'en tenir à des choses bêtes, bien tenir ses dossiers. Puis, plus ou moins avec l'informatique qui peut toujours rappeler certaines choses ou donner des alertes ou des choses comme ça, ça peut être un bon moyen de se prémunir ou déjà de faire un bon boulot de bien suivre ses patients, puis peut-être certains logiciels, je ne suis pas spécialiste, qu'on peut montrer qu'on a des informations simplement en notant dans le dossier tout simplement.
- NR : Alors j'avais noté 2 ou 3 petites choses, rédaction exhaustive des observations médicales, tenue des dossiers, est-ce que tu penses que pour se prémunir du risque médico-légal, il faudra un recours plus important aux spécialistes ou à la prise en charge hospitalière ? Est-ce que cela serait une solution d'après toi ?
- DR B : Oui, ben si c'est fait de façon pertinente, c'est toujours bien.
- NR : Pertinente ?
- DR B : Oui, c'est une bonne pratique de la médecine. Même sans que cela soit pertinent, cela peut l'être si tu as vraiment peur de commettre une erreur, tu montres tous tes patients à un spécialiste et à ce moment-là tu te couvres du risque médico-légal mais ce n'est pas une très bonne chose du point de vue de la santé publique.
- NR : Ce n'est pas ta façon de faire ?
- DR B : Non, ce n'est pas ma façon de faire. Cela serait vraiment une façon de se défendre du risque de travailler la peur au ventre. Cela n'est pas ma pratique en ce moment et cela ne le deviendra pas.
- NR : Est-ce qu'il ne faudrait plus s'entourer de ses pairs ? du Conseil de l'Ordre ? L'avis de confrères ? Les assurances ?
- DR B : Ah oui, je n'ai pas parlé des assurances, mais il faut déjà une responsabilité civile. S'il m'arrivait quelque chose, il faudrait déjà être assuré pour indemniser les victimes. Oui, oui tout à fait avoir les avis des autres médecins, c'est important. Et pour le Conseil de l'Ordre, il nous invite aussi à les contacter en cas de problème.
- NR : D'accord. Est-ce qu'il faudrait améliorer les consultations, plus de temps, plus de moyens, plus de formation continue, plus de communication avec les patients ?
- DR B : Oui, c'est sûr, c'est une bonne façon d'éviter d'avoir des soucis. En théorie c'est bien, en pratique c'est plus complexe. D'abord la notion de temps, c'est vrai. Dans mon histoire si j'avais été tranquille, plus calme, si j'avais eu plus de temps, j'aurais eu plus de temps pour réfléchir sur la situation et apporter une meilleure information.
- NR : Oui et puis tu avais parlé un peu de la formation continue, tu avais dit l'analyse de la pratique ?
- DR B : Ouais, les groupes de pairs.
- NR : Une bonne façon de faire du bon boulot tu disais. Est-ce que tu penses que pour se prémunir du risque médico-légal il faudrait abandonner certaines thérapeutiques, certaines pratiques. Est-ce que ce serait une solution pour toi ? Certaines thérapeutiques : je pense à des gestes par exemple des infiltrations. Ou alors, certaines pratiques : je connais des médecins, par exemple, qui refusent de voir des femmes en gynécologie ou des choses comme ça.
- DR B : Pour éviter le risque médico-légal ? Je n'ai pas songé à cela. Est-ce que j'ai songé ou est-ce que j'ai pensé à arrêter certaines pratiques pour me prémunir... ?
- NR : Est-ce que pour toi, il y a des trucs trop risqués et qu'il ne faut pas faire ?
- DR B : Si je ne fais pas ? Il y a pas mal de gestes que je ne fais pas, notamment les infiltrations, je n'en fais pas. A ce moment-là la question même ne se pose pas pour moi. Dans les gestes, je ne fais pas beaucoup de gestes. Les sutures et je continue à les faire. J'ai de l'adrénaline toujours à disposition au cas où un choc anaphylactique arrive. Cas rarissimes... Je ne pense pas que j'arrêterai les sutures pour un risque médico-légal. S'il m'arrivait un pépin, je pourrais changer d'avis mais, pour l'instant, pas.
- NR : Ce risque médico-légal, c'est quelque chose qui te ferait arrêter la médecine ?

- DR B : J'espère que non, après on n'est jamais à l'abri d'une mauvaise, d'un gros problème professionnel. Je pense que non quand même.
- NR : C'est plus rassurant. C'est parfait. Merci d'avoir répondu à ces questions.
- DR B : Déjà !
- NR : Est-ce que tu as déjà des questions à poser ?
- DR B : C'est intéressant. Non, pas de questions. J'ai juste besoin de la correction des questions en matière de responsabilité !

Docteur C

- NR : Je viens de finir mon internat en Médecine Générale en novembre dernier et j'effectue depuis des remplacements de médecins généralistes en attendant de passer ma thèse d'exercice. L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement.
- DR C : OK
- NR : Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal lié à leur pratique. Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médico-légal inhérent à sa pratique.
- DR C : D'accord.
- NR : Je te propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître ton avis et ton expérience sur ce sujet. Cet entretien sera enregistré de façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que tu me confieras. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que tes réponses ainsi que celles de tes confrères interrogés me serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins. Tu as des questions à ce stade ?
- DR C : Non, allons-y !
- NR : Ton âge ?
- DR C : 30.
- NR : Tu es thésée depuis combien de temps ?
- DR C : Un an. Non, Octobre 2011
- NR : Donc tu fais des remplacements actuellement. Tu as des remplacements plutôt fixes ?
- DR C : C'est un remplacement fixe. En fait, depuis deux ans, donc dans le même cabinet, j'y suis deux jours par semaine.
- NR : Et tu es où alors ?
- DR C : A St-Jean de Bournay, c'est en Isère c'est à peu près 50 km de Lyon
- NR : D'accord. C'est toujours le même médecin que tu remplaces ?
- DR C : Du coup, c'est toujours le même médecin que je remplace.
- NR : D'accord, c'est une activité qui est plutôt urbaine, rurale ou semi-rural ?
- DR C : C'est semi-rural en fait.
- NR : D'accord, avec un hôpital qui est à combien de km ?
- DR C : En fait je suis entre Vienne et Bourgoin, donc du coup je suis à mi-chemin entre les deux, et je fais du semi-rural à cause de cela, mais je fais quand même des visites en pleine campagne, des gens assez isolés, mais après à l'hôpital tu as accès facilement.
- NR : A un plateau technique, si besoin ?
- DR C : A un plateau technique, tout cela....
- NR : Quand je parle de risque médico-légal, cela t'évoque quoi ?
- DR C : Le risque médico-légal ?
- NR : Oui, qu'est-ce qui te vient à l'esprit ?
- DR C : Qu'est-ce, ben, qui me vient à l'esprit ?
- NR : Oui...
- DR C : Ce qui me vient à l'esprit, ben moi tout ce qui me vient à l'esprit tout de suite c'est procédure judiciaire, par les patients. Risque médico-légal. Risque, c'est-à-dire c'est que dès que l'on fait un certificat, que l'on prend en charge quelqu'un, on peut avoir un risque, un risque de plainte derrière de la part des patients. Donc voilà cela m'évoque ça après je ne connais pas grand-chose sur le sujet, je n'ai pas eu de formation là-dessus donc euh...
- NR : D'accord...
- DR C : En premier lieu je pense à ça, donc je pense aux plaintes des gens à la responsabilité que je prends quand je les prends en charge et quand je signe des certificats, des choses comme ça.
- NR : D'accord, il y a une définition du risque médico-légal par *Prescrire* c'est « le risque médico-légal est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades. »
- DR C : D'accord.
- NR : C'est un peu ce que tu as dit, les procès les malades, par rapport à ton métier quoi.

- DR C : Voilà, c'est ça.
- NR : D'accord. A ton avis c'est quoi les situations à risque médico-légal dans ton métier ? Tu en as un peu parlé déjà...
- DR C : Ben, tout ce qui est certificats, euh... On s'engage plus officiellement, quoi, on signe un papier, il y a vraiment une trace écrite, donc on peut si il y a des poursuites ou quoi, c'est vraiment une trace... C'est les situations c'est ça ?
- NR : Oui.
- DR C : (silence) J'allais dire un peu toutes les situations, de toutes façons, parce que je ne sais pas, pour n'importe quel problème médical, si il y a un problème de compréhension, une erreur de diagnostic ou quoi que ce soit, il peut y avoir un risque médico-légal derrière finalement, c'est large quoi
- NR : Est-ce qu'il y a des domaines plus à risque ou pas, selon toi ? Je pense pédiatrie, je pense gynécologie je pense maternité, dans ton métier en tous cas.
- DR C : Dans mon métier oui c'est ça. Oui, parce que les gynéco...J'allais dire les gynéco par exemple qui font des échographies, alors là c'est clair, mais après pour un médecin généraliste, est ce qu'il y a des domaines plus concernés que d'autres... (soupir)
- NR : l'urgence... ?
- DR C : Je sais pas. Je dirais que ça dépend peut-être plus du profil du patient plus que du domaine médical. J'allais pas dire que c'est spécifiquement du problème cardio ou spécifiquement un problème gynéco ou quoi je dirais c'est peut-être plus en fonction du profil des patients. Il y a des patients qui sont plus procéduriers que d'autres. Voilà.
- NR : ça t'arrive en tous cas ? Tu les ressens ?
- DR C : Les patients qui pourraient être procéduriers ? Oui, parce que c'est des gens qui euh voilà qui parlent de problèmes qu'ils ont déjà eus et en fait, on sent une certaine, oui une certaine psychologie des gens et qui disent oui voilà j'ai déjà eu tel problème et on ne m'a pas pris en charge correctement, on n'a pas fait ce qu'il fallait, oui ce sont gens qui rapportent des choses, ce qu'ils ont vécu et on sent des gens du coup qui auraient tendance à faire des procédures judiciaires, je le ressens comme cela, après moi personnellement je n'ai jamais eu de problèmes de ce côté-là. Je réfléchis, il n'y a jamais eu quelqu'un qui m'a menacée de porter plainte...
- NR : On va revenir là-dessus...
- DR C : Ou plus tôt, aux urgences quand j'étais interne...
- NR : Oui...
- DR C : Voilà...
- NR : Et par rapport par exemple aux visites à domicile, au téléphone, par rapport à certaines situations, ça te paraît... ? C'est toujours une question de profil de patients ?
- DR C : Non, c'est vrai, quand on répond au téléphone qu'on a pas vu les gens, effectivement c'est vraiment une situation où on peut dire là si tu as un problème, qu'on n'a pas vu les personnes, et qu'ils portent plainte et s'il y a un souci c'est clair qu'il y a plus de risque, voilà...
- NR : D'accord.
- DR C : Ou alors les gens qu'on voit au domicile et qu'on a pas forcément sous la main, qui habitent loin, qu'on voit une fois et puis euh ils ne viennent pas facilement au cabinet ou il peut y avoir des problèmes effectivement car ils n'ont pas appelé spontanément voilà je crois que ... car c'est vrai les appels par téléphone, oui, je n'y avais pas pensé mais c'est sûr que quand n'a pas vu les gens... Mais je leur dis aux gens écoutez au téléphone comme cela ce n'est pas facile, je préférerais que vous veniez en consultation mais on répond souvent au téléphone, on est un peu obligé quelque part. Mais, c'est clair on se dit ben s'il y a un problème...
- NR : D'accord. On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine, ça t'évoque quoi cette expression ?
- DR C : Judiciarisation de la médecine... (long silence)
- NR : Cela peut ne rien t'évoquer ! (rires)
- DR C : Pas grand-chose... Moi, j'avais juste la notion qu'effectivement les patients maintenant étaient plus procéduriers, qu'il y avait plus de plaintes qu'avant et que ...Voilà. Mais, après judiciarisation euh, je ne sais pas, je n'en sais rien. Et puis il y avait cette notion là qu'il y avait, effectivement, plus de procès, voilà plus de plaintes de la part des patients, qu'il y avait un contexte médico-légal qui était plus important qu'avant, qu'il fallait pas faire plus attention, mais qu'il fallait vraiment tout noter, ceci a été dit ceci a été noté .
- NR : D'accord.
- DR C : Voilà pour moi c'est ça.
- NR : Alors pareil il y a une définition du petit Larousse là-dessus : « La judiciarisation désigne l'intervention croissante de la justice dans tous les domaines de la vie sociale et la résolution prépondérante des litiges de manière judiciaire». Là, il ne parle pas que de la médecine, ça te paraît juste ou pas ?
- DR C : C'est dire que la médecine est plus impliquée dans...
- NR : On résout plus les conflits en empruntant la voie judiciaire. Est-ce que cela te paraît juste comme évolution ? C'est quelque chose que tu ressens ou pas ?
- DR C : En empruntant la voie judiciaire ?
- NR : Oui, au lieu de faire, je ne sais pas, par exemple une conciliation. Au lieu d'une médiation on porte plainte.
- DR C : Oui, on porte plainte oui, cette espèce de notion, elle est vraiment fondée on a un peu cette impression
- NR : Oui, à ton avis c'est quoi les obligations légales du médecin généraliste ?
- DR C : les obligations légales ?
- NR : On passe dans les questions les plus dures... (rires)
- DR C : C'est dur au vu des définitions parce que tout ça ce sont des termes qui sont un peu flous et finalement...
- NR : Tout-à-fait.

- DR C : On a des notions comme ça, mais euh, des obligations...
- NR : Tout à fait oui, à quoi tu es tenue légalement ?
- DR C : A quoi je suis tenue ?
- NR : Oui.
- DR C : Le premier truc auquel je pense est le secret médical voilà, ça c'est hyper-important, c'est le premier truc qu'on nous apprend. Donc, si je pense à ça, c'est vrai, il y a le secret médical, (soupir) après euh... (silence) tout ce qui est non-assistance à personne en danger. Donc si jamais il y a une demande de la part d'un patient, d'être bien attentif à sa demande et de bien savoir répondre et de bien faire attention qu'on ait répondu, qu'il n'y ait pas eu d'oubli, de ne pas passer à côté d'une demande, voilà....
- NR : D'accord, d'être disponible ?
- DR C : D'être disponible, oui, je ne sais pas. Par exemple, je me dis, on m'appelle pour une visite. Je n'ai pas le temps parce qu'au niveau du planning, c'est hyper chargé et par exemple, la demande c'est... par exemple aujourd'hui une dame qui en post-op d'une chirurgie, elle a mal à la jambe, suspicion de phlébite en post op, le problème si je ne me déplace pas et qu'elle a un souci d'un point de vue médico-légal je suis en tort, voilà...
- NR : Donc répondre à la demande ?
- DR C : Répondre à la demande, secret médical...
- NR : Réguler les urgences un petit peu aussi ? Ce que tu dis par rapport...
- DR C : Voilà réguler l'urgence c'est un peu pour ça qu'on les appelle ... Non-assistance aux personnes en danger, enfin, c'est aussi pour ça, une urgence qui arrive ou qui est au téléphone, on ne peut pas passer à côté et pas y répondre...
- NR : D'accord, OK. Tout à fait. On parle souvent de triple responsabilité du médecin, tu as la responsabilité ordinale, disciplinaire quoi, du conseil de l'Ordre, tu as la responsabilité civile et la responsabilité pénale. Est-ce que tu saurais me dire un peu à quoi correspondent ces responsabilités, si tu as un exemple par rapport à ça ? Tu fais ce que tu peux...
- DR C : Ouais...
- NR : Tu fais ce que tu peux, hein, le but est de savoir justement quelles sont tes connaissances.
- DR C : Responsabilité ordinale...
- NR : Voilà, le conseil de l'Ordre, à quoi tu es tenue par rapport au conseil de l'ordre...
- DR C : D'accord...
- NR : Et un exemple si tu peux....
- DR C : Le Conseil de l'Ordre (silence) euh... A quoi on est tenu ...
- NR : Le Conseil de l'Ordre, si j'essaie de reformuler, qu'est-ce que le Conseil de l'Ordre peut te reprocher et comment il te le reproche, quelles sont les sanctions que tu encours ?
- DR C : Ben, je ne sais pas, parce que des fois quand il y a eu des plaintes de la part des patients cela peut passer par le Conseil de l'Ordre, le conseil de l'Ordre régule un peu tout quoi, les plaintes qui ont été faites. Donc du coup, euh, euh, qu'est-ce que le conseil de l'Ordre peut reprocher ? Il peut reprocher un peu tout, toutes les déviances, le secret médical je ne sais pas moi, le ouais, il y a ça
- NR : C'est un bon exemple, oui. Qu'est-ce que tu encours ? qu'est-ce que le Conseil de l'Ordre peut faire contre toi ?
- DR C : Il y a des amendes, après il y a des pénalités au niveau de l'activité, on n'a pas le droit d'exercer enfin le droit d'exercice aussi qui est pénalisé, là des amendes, puis après, carrément, ne plus exercer du tout, voilà...
- NR : D'accord, la responsabilité civile ?
- DR C : La responsabilité civile alors ça, c'est avec euh... entre le civil et le pénal, en fait, je sais pas faire la différence.
- NR : Ouais...
- DR C : Je sais bien, le Conseil de l'Ordre je sais que c'est vraiment un truc à part...
- NR : Oui...
- DR C : Après il y a le civil et le pénal, je sais que le pénal c'est beaucoup plus important. Si on passe au pénal, c'est que vraiment il y a des choses très très graves. Je sais pas, entre civil et pénal je ne saurais pas faire la différence, alors là...
- NR : Il n'y a pas de soucis, c'est pour évaluer justement, pas de soucis, d'accord... On en parlait un petit peu tout à l'heure du coup, est-ce que tu aurais une situation avec un patient que tu pourrais me raconter qui aurait engagé ta responsabilité de médecin ?
- DR C : Ma responsabilité de médecin ?
- NR : Oui. Quelque chose, une situation dans laquelle tu aurais une réclamation, une plainte, une menace de plainte, l'appel d'un avocat, un signalement au Conseil de l'Ordre ? Pour que tu puisses me raconter un petit peu...
- DR C : Ouais, un truc...
- NR : Tout à l'heure tu parlais un peu, quand tu étais interne aux urgences, ou autre chose qui te vient à l'esprit...
- DR C : (long silence) En fait je revois quelqu'un qui m'a dit oui, j'ai votre nom, je sais qui vous êtes, s'il y a un problème je saurai où venir vous chercher. Je me souviens d'avoir eu cette phrase, en sachant que j'avais fait ce qu'il fallait, et que enfin c'est ce que pensais sur le coup et du coup je n'étais pas non plus trop inquiète et du coup j'arrive pas à retrouver la situation...
- NR : Tu ne sais plus exactement quelle situation c'était ?
- DR C : Non.
- NR : Donc tu étais inquiète tu disais, c'était le patient, c'était la famille ? C'était qui ?
- DR C : C'était une patiente...; je ne me rappelle plus, mais ça c'était à l'hôpital et je crois que c'était en pédiatrie, oui c'est ça c'était en pédiatrie, quand j'étais aux urgences, je crois que c'était une maman, euh...qui voulait absolument

un examen qui était pas du tout justifié. Très franchement je ne me rappelle plus exactement, mais c'était désagréable, oui.

- NR : Qu'est-ce que tu as fait à ce moment-là ?
- DR C : Ben j'en avais parlé à mon chef, comme j'étais interne, forcément c'était facile, j'en avais parlé à mon chef... du coup...
- NR : ça t'a rassurée ?
- DR C : Oui, d'en parler voilà et d'avoir son soutien, je ne me rappelle plus exactement ce qui s'est passé...
- NR : Non, il n'y a pas de problème...
- DR C : Je sais que c'est pour une histoire d'examen, voilà...
- NR : Et tu as résisté en fait ?
- DR C : Oui, mais la personne était agressive d'emblée et justement mon chef m'a dit oui, mais cette dame on a déjà eu des problèmes avec elle, euh... elle a déjà proféré des menaces comme ça, voilà.
- NR : D'accord, ça t'a rassurée du fait que ce n'était pas tourné contre toi en particulier ?
- DR C : Ben, le fait d'être interne et d'avoir l'appui de son chef, oui, bien sûr, forcément, car après oui quand on est tout seul et qu'il y a quelqu'un qui profère ça, euh oui, ce n'est pas pareil quoi.
- NR : D'accord. Est-ce que par rapport à ça tu as changé un peu ta pratique ou pas du tout ? par rapport à cet événement-là ?
- DR C : Hum...
- NR : ça t'a fait changer de regard par rapport, de pratique ou pas du tout ?
- DR C : Pas forcément, euh, après je me dis enfin, des menaces comme ça, qui sont proférées, ce sont souvent des personnes qui sont agressives, en fait, je savais qu'il ne fallait pas répondre par l'agressivité sinon ça aurait envenimé les choses et ce jour-là j'avais dû répondre un peu sèchement et du coup ça s'était emballé en fait et je me suis dit des personnes comme cela, il ne faut pas répondre par l'agressivité et euh ... et après je me suis dit après des demandes d'examen comme cela il faut être bien vigilant euh et essayer de répondre vraiment à la demande des gens, parce que finalement on n'est pas à l'abri, si on passe à côté d'un truc grave, ou je ne sais pas, c'est vraiment le manque de bol, on n'est vraiment passé à côté de quelque chose à ce moment-là ça va forcément se retourner contre nous, donc, les gens qui insistent vraiment, quand on sent des gens agressifs ou procéduriers déjà pas s'énerver, limite exceptionnellement peut-être, changer un peu son point de vue et essayer un peu d'aller dans leur sens pour ne pas avoir de problèmes derrière, quoi.
- NR : D'accord, presque abuser des examens complémentaires...
- DR C : Ouais...
- NR : Il faut, ouais ? voire plus d'avis de spécialistes par exemple ?
- DR C : Voilà !
- NR : Pour lâcher du lest et reprendre un dialogue à ce moment-là ?
- DR C : Ouais, parce que il y a des gens en fait j'ai l'impression que si ne lâche pas du lest, si on ne répond pas à leur demande, qu'on leur ne fait pas comprendre qu'on a compris etcils... voilà...ouais, c'est des gens qui peuvent mettre la pression du coup ouais, et après ça s'enchaîne...quoi...
- NR : Et après cette histoire du coup ça t'est arrivé ce genre de choses...
- DR C : Je ne sais pas si c'est forcément à cause de cette histoire parce que celle-ci je l'ai vécue car j'étais devant, mais après des histoires j'en ai entendues et assisté à d'autres histoires en tant qu'interne etc...donc à force je vois oui effectivement comment ça se passe etc... et je me dis devant les gens comme ça, d'abord il ne faut pas s'énerver, je pense qu'il faut prendre plus le temps, plus discuter avec eux et après oui au niveau des examens, je pense, que j'explique mon point de vue, mais quand je vois que ça ne passe pas et que, de toutes façons, ils n'ont qu'une idée en tête et qu'ils sont focalisés là-dessus du coup ça m'est arrivé oui effectivement de prescrire des examens qui n'étaient pas forcément justifiés d'un point de vue médical, mais je savais que cela allait calmer le jeu et éviter des ennuis derrière
- NR : D'accord oui. D'une façon générale tu penses que le risque médico-légal il est important ou il est devenu important en médecine générale ?
- DR C : Je l'ai moins ressenti qu'à l'hôpital en tant qu'interne. Je trouve que en cabinet c'est quand même des gens qu'on voit qui, comme je fais des remplacements fixes, c'est quand même des gens que je vois régulièrement, que je commence à connaître, et du coup il y a une relation qui s'instaure avec les gens, du coup il y a un certain dialogue qu'on a pas forcément à l'hôpital donc tout le côté procédure je trouve qu'il est beaucoup moins présent en cabinet parce que je pense qu'il n'y a pas la même communication, y a pas la même relation avec les gens. Comme on est le médecin traitant, on voit souvent les personnes on suit leur famille, on va les revoir des fois, on les connaît depuis longtemps, donc, la relation n'est pas du tout la même, et du coup le côté procédure on le ressent beaucoup moins et...
- NR : c'est protecteur en fait...
- DR C : Je trouve que oui, du coup oui, protecteur, je ne sais pas si c'est protecteur mais moins présent, on moins cette pression là en cabinet que... on moins cette pression là en cabinet que...
- NR : ...qu'à l'hôpital...Selon toi quels sont les moyens dont dispose le médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ? Qu'est-ce qu'il peut faire ?
- DR C : Les moyens pour se prémunir du risque médico-légal ?
- NR : S'il sent un risque, qu'est-ce qu'il peut faire ?
- DR C : C'est le dialogue avec les gens, se dire qu'il vaut mieux passer un peu plus de temps à discuter avec les gens, quitte à être en retard sur une autre consultation, euh je pense que c'est le dialogue, enfin communiquer avec les gens, discuter avec eux, leur faire comprendre, les écouter jusqu'au bout, pas les couper, pas être agressif euh

- bien comprendre leur demande, reformuler leur demande, bien voir qu'on a compris, accéder en partie à leur demande aussi, enfin ça dépend du problème, mais c'est surtout le dialogue,
- NR : Oui, d'accord. Je te propose quelques petites choses pour se prémunir contre le risque médico-légal, tu me dis si c'est possible ou pas
 - DR C : D'accord.
 - NR : Est-ce que rédiger de façon exhaustive des observations médicales, tenir le dossier médical complet, c'est quelque chose de faisable et d'envisageable contre le risque médico-légal ?
 - DR C : Oui, ben oui, tout mettre dans le dossier ouais après c'est sûr qu'en pratique on ne peut pas non plus tout mettre, c'est évident, mais au moins l'examen clinique, la base, il faut quand même l'avoir marquée, ceci dit les choses importantes, il faut les avoir notées, pour moi c'est essentiel.
 - NR : C'est primordial, c'est clair. Pour se prémunir du risque médico-légal, est ce qu'il faut avoir un recours plus important au spécialiste ou à la prise en charge hospitalière ?
 - DR C : (*silence*)... ça dépend du problème, mais ça dépend de la demande mais après ouais, si on sent la personne procédurière, si le problème n'est pas clair pour nous, oui une consultation chez le spécialiste ça conforte quand même, de ne pas être tout seul dans le diagnostic, donc oui, je pense aux examens, avoir recours aux examens au spécialiste oui, oui c'est sûr ça prévient, on n'est pas tout seul dans le problème et on a eu l'avis de quelqu'un d'autre ...
 - NR : Oui, d'accord. Est-ce que l'on peut s'entourer de l'avis de pairs, du conseil de l'Ordre, l'avis de confrères, d'assurances ?
 - DR C : Assurances, ça je n'y crois pas du tout, euh... Je n'y connais rien (rires) S'entourer de confrères, avoir d'autres avis oui, déjà ça permet d'en parler d'avoir un autre regard, et puis, voilà, ne pas être tout seul dans l'histoire, de mieux gérer la situation, oui.
 - NR : Est-ce qu'il faudrait améliorer les conditions de consultations, plus de temps, plus de moyens plus de formation continue, plus de communication ?
 - DR C : Ouais, ça le temps, ça se gère euh, moi je refuse, je prends trois consultations par heure et je refuse d'en faire plus, parce que le médecin que je remplace il en fait plus. Moi j'avais dit dès le départ que je n'en ferais pas plus. Des fois ça arrive que j'en fasse plus quand il y a des urgences entre deux, sinon j'en fais 3 par heure et j'essaie de m'y tenir c'est clair que d'avoir le temps dans une consultation c'est hyper-important car si n'a pas le temps, si on est pressé, si on est stressé, si on a plein de gens à voir, on n'a pas le temps pour discuter avec les gens on ne les écoute pas et, du coup communication mauvaise, et c'est là qu'il y a des problèmes, des procédures et ...
 - NR : Plus de formation continue, cela te paraît correct ?
 - DR C : Ben oui, c'est toujours... après pour ce qui est médico-légal, la formation continue si c'est vraiment sur le sujet oui, la formation continue ça englobe plein de trucs, tous les sujets en fait...
 - NR : Mais la formation continue, ça te permettrait de te défendre en fait ? de te donner des arguments pour te couvrir ?
 - DR C : Oh je ne pense pas, pour moi, non, enfin ce n'est pas le plus important.
 - NR : D'accord, OK. Est-ce que tu penses que pour se prémunir du risque médico-légal un médecin généraliste doit abandonner certaines pratiques ? Ou certaines thérapeutiques ? Je pense dans les thérapeutiques les infiltrations par exemple articulaires, ou alors certaines pratiques, le suivi de grossesse, est-ce que tu penses que c'est une solution ?
 - DR C : Non je ne pense pas, ben ... déjà un médecin généraliste qui accepte de réaliser des infiltrations déjà euh.. Pour moi il a une formation, il est sûr de ce qu'il fait. Donc, s'il le propose aux gens, ben à ce moment-là, je trouve cela plutôt positif, quoi !
 - NR : Donc, il faut être compétent
 - DR C : Il faut être compétent, il faut être compétent dans son domaine, ne pas s'engager à faire des choses qu'on ne sait pas faire. Dire à un généraliste qu'il va faire des infiltrations c'est à des personnes qu'il connaît, euh... qu'il t a quand même déjà une certaine relation qui s'est déjà instaurée et s'il fait des infiltrations, je veux dire, la personne ne va pas lui faire un procès s'il y a.... Pareil dans le domaine de la médecine générale, c'est pas pareil qu'à l'hôpital quoi. Mais après si le médecin est compétent dans son domaine, pour moi non il ne faut pas arrêter ces gestes-là sous prétexte que il y a des procédures, moi, je trouve ça dommage car après, du coup, on ne fait rien. Faire les infiltrations chez le généraliste, c'est quand même plus pratique pour les gens que d'aller à chaque fois chez le rhumato, enfin ...
 - NR : Oui, d'accord, bon je te remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces quelques questions, c'est terminé. Est-ce que tu as des questions ou des remarques par rapport à tout cela ?
 - DR C : Du coup oui ... Les responsabilités ordinaires, civiles pénales ! (rires)

Docteur D

- NR : L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement. Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal lié à leur pratique. Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médico-légal inhérent à sa pratique.

Je vous propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître votre avis et votre expérience sur ce sujet. Cet entretien sera enregistré de façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que vous me confierez. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que vos réponses ainsi que celles de vos confrères interrogés me serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins.

Est-ce que vous avez des questions à ce stade ?

- DR D : Non.
- NR : Alors, on peut commencer. Je sais que ce n'est pas trop poli, mais je vais vous demander votre âge ?
- DR D : 52 ans.
- NR : Et depuis combien de temps vous êtes installée ?
- DR D : Depuis 24 ans.
- NR : D'accord.
- DR D : Et installée avec mon époux depuis environ 20 ans.
- NR : Votre thèse, vous vous souvenez en quelle année ?
- DR D : 1987, à la naissance de mon fils !
- NR : Cela marque ! Vous exercez ici à temps plein, vous n'avez pas d'autre exercice ?
- DR D : Non.
- NR : C'est une activité urbaine, semi-urbaine ?
- DR D : Totalement urbaine.
- NR : Avec des hôpitaux à proximité ?
- DR D : Oui, une très grosse Clinique à proximité, très citadin.
- NR : Lorsque je vous parle de risque médico-légal, qu'est-ce que cela évoque ?
- DR D : Cela évoque la procédure judiciaire, la judiciarisation du métier, le côté sanctionnant, le côté qui fait peur, le côté qui impressionne ;
- NR : D'accord... qui peut tomber à tout moment ?
- DR D : A tout moment !
- NR : Une épée de Damoclès ?
- DR D : Oui, une épée de Damoclès.
- NR : J'avais une définition en fait du risque médico-légal de la revue *Prescrire* à vous proposer : « le risque médico-légal est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades. »
- DR D : Tout à fait. C'est le risque pour le praticien comme une épée de Damoclès comme on en parlait tout à l'heure.
- NR : A votre avis, quelles sont les situations à risque médico-légal dans votre métier ?
- DR D : Je dirais, toutes, toutes... Je citerais peut-être un peu plus les situations d'urgence, l'enfant... Je pense que les parents seraient plus amènes pour comprendre, pour chercher la vérité, se dédouaner etc... vraiment toutes !
- NR : C'est toujours possible alors... Au téléphone ?
- DR D : Le téléphone aussi, c'est vrai je fais plus attention ces derniers temps.
- NR : Donc, plutôt la pédiatrie, vous me disiez et les situations d'urgence. Mais de façon globale, toutes les situations !
- DR D : Ouais, les visites à domicile aussi.
- NR : Les visites à domicile, d'accord. Vous en faites beaucoup des visites à domicile ?
- DR D : Très peu !
- NR : D'accord. Hem, on parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine. Ce dont vous parliez tout à l'heure. Pour vous qu'est-ce que ça évoque cette expression ?
- DR D : Je pense que c'est un terme un peu à la mode parce que même si je n'ai pas une épée de Damoclès, je n'ai pas extrêmement peur et je trouve que c'est exagéré. Vous m'avez demandé ce que cela évoque ?
- NR : Oui ?
- DR D : La judiciarisation de la médecine, c'est cette médecine vue par le côté judiciaire, juridique, médico-légal observée de cette manière-là, ce n'est pas la médecine que j'exerce. Je n'ai pas très peur de cela.
- NR : D'accord.
- DR D : Mais c'est vrai que de plus en plus certains veulent la voir par ce biais-là, par cette coupe là; peut-être un jour je la verrais ... voilà...
- NR : Et pourquoi certains voudraient cette dérive ?
- DR D : Je ne sais pas, je ne sais pas s'il y a cette dérive parce que c'est un peu.. non moi je ne la ressens pas cette dérive en tout cas. Peut-être, il y a une prise de conscience que la médecine peut-être peut aussi passer dans la justice, c'est tout. Cela existait déjà avant.
- NR : Voici la définition du *Petit Larousse* : « La judiciarisation désigne l'intervention croissante de la justice dans tous les domaines de la vie sociale et la résolution prépondérante des litiges de manière judiciaire. » Vous retrouvez cela dans toute la vie sociale ou particulièrement en médecine ?
- DR D : Du point de vue social, je ne répondrais pas, ce n'est pas mon job. Dans la médecine, tel que je fais ou que je la vis je n'ai pas l'impression que c'est si prépondérant. Peut-être à d'autres endroits mais ici ce n'est pas trop le cas mais c'est vrai que cette définition me convient bien effectivement.
- NR : D'accord. Selon vous, quelles sont les obligations légales d'un médecin généraliste ?
- DR D : (Silence) Les obligations légales, c'est respecter le contrat passé avec son patient, obligation de moyens, information au patient...

- NR : Ok, tout à fait. On parle de triple responsabilité du médecin, responsabilité ordinale, le conseil de l'ordre, disciplinaire, responsabilité civile, responsabilité pénale. Est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu ces différentes responsabilités et m'en donner un exemple qui correspondrait. ?
- DR D : Oui, je suis responsable du séminaire "Erreurs médicales"
- NR : Ah, d'accord !
- DR D : Donc, c'est moi en plus qui explique ces 4 responsabilités. Je peux les reprendre. Je les présente comme étant plutôt des responsabilités sanctionnantes pour les responsabilités ordinale et pénale; pour les responsabilités administratives et civiles je les présente comme des responsabilités de type réparatrices pour les patients. Je les oppose un peu pour être plus schématique. Cela permet de mieux comprendre. Votre question était de mieux définir... ?
- NR : Oui, mieux les définir ou donner un exemple ?
- DR D : Oui, un exemple...
- NR : Dans la vie de tous les jours d'un généraliste...
- DR D : Dans la vie de tous les jours je dirais que toute situation peut relever de ces quatre responsabilités. Les problèmes éthiques ou les problèmes purement professionnels entre professionnels de soins cela peuvent peut-être plus relever du conseil de l'ordre. Tout ce qui est de la faute très grave avec une réelle comment dire, incompetence, une réelle négligence cela peut relever plus du pénal à partir du moment où les parents, les patients voudront sanctionner et puis après il y a besoin de réparer. Il n'y a peut-être pas eu nécessairement faute mais il y a eu un dommage puis quelque chose qui passera au civil ou qui paraîtra à la commission de conciliation.
- NR : D'accord, parfait ! Est-ce que vous avez déjà vécu une situation avec un patient dans laquelle votre responsabilité de médecin a été mise en cause ?
- DR D : Oui tout au moins où le patient est allé un peu plus loin qu'une simple explication et encore à peine, entre moi et lui, c'est peut-être moi qui suis allée plus loin plutôt que le patient, que j'ai préféré prévenir . J'ai eu 2 cas comme cela où c'est moi qui ai voulu prévenir le conseil de l'ordre et mon assurance que l'histoire pouvait aller un peu plus loin. En fait, dans les 2 cas, le patient n'est pas allé plus loin, n'a pas mobilisé ni la justice, ni le conseil de l'ordre mais bon il y avait cette crainte-là.
- NR : Vous pouvez me raconter une de ces situations ?
- DR D : Oui, la situation peut-être la plus récente c'était un patient alcoolique, un patient pas très âgé mais qui était dans un état de dégradation physique assez importante et qui refusait les soins, qui refusait d'aller à l'hôpital. De fait, il avait une grosse pancréatite des complications liées à son alcoolisme assez importantes c'est vrai qu'il aurait été nécessaire de l'hospitaliser, il refusait absolument tout soin à l'hôpital. Un patient d'une cinquantaine d'années qui était parfaitement conscient. Il y avait par-dessus une sombre histoire de sous avec sa compagne d'héritage et autre. Sa compagne qui s'en occupait très, très bien mais qui n'était pas appréciée du reste de la famille donc toute la famille voulait que j'hospitalise le patient enfin qu'il soit pris en charge optimale, c'est compréhensible mais surtout qu'il soit retiré un peu des mains de cette compagne mais ce n'était pas la volonté du patient. Donc la famille est venue me voir pour que je fasse un certificat de mise sous tutelle du patient. Ils avaient vu au préalable un psychiatre sans montrer le patient au psychiatre mais simplement vu en entretien sans voir le patient. Le psychiatre leur a dit : effectivement, votre frère relève d'une mise sous tutelle ou curatelle demandez donc à votre médecin généraliste de vous faire un certificat. J'ai refusé absolument de faire ce certificat, je suis allée voir mon patient et je lui ai dit : voilà ils me demandent de faire un certificat qu'est-ce que vous en pensez ? Vous êtes conscient et je ne veux pas vous mettre sous tutelle. La famille m'est tombée dessus... Les 3 frères sont venus me voir en entretien et qui m'ont menacée de mettre les avocats sur l'affaire si je refusais de mettre le patient sous tutelle et que s'il arrivait quoi que ce soit, s'il y avait une issue fatale.... Alors là j'ai prévenu le conseil de l'ordre et mon assurance pour avoir leur accord et par rapport à ma conduite à tenir.
- NR : D'accord, vous avez eu des réponses ?
- DR R : Oui j'ai eu des réponses... La responsable judiciaire, juridique pardon, du conseil de l'ordre m'a signifié que j'étais tout à fait dans mon droit que je me comportais comme il fallait que je me comporte, je ne pouvais hospitaliser d'office mon patient puisqu'il était conscient et d'autre part que bien sûr je n'avais pas à faire de certificat de tutelle ni de curatelle puisqu'il était là aussi tout à fait conscient en pleine possession de ses moyens intellectuels. Je n'avais pas à aller outre sa décision et qui me soutenait dans cette décision, que je mette tout par écrit et que je leur fasse parvenir une copie ainsi qu'à mon assurance. Voilà, je l'ai signifié à la famille et l'histoire s'est arrêtée là.
- NR : D'accord.
- DR D : Quelques années après je suis toujours ce patient.
- NR : Et il n'est toujours pas sous tutelle ?
- DR D : Et il est toujours avec sa compagne !
- NR : Et le psychiatre ? Vous avez des nouvelles ?
- DR D : Euh, Le psychiatre, je ne me souviens plus. Honnêtement, je ne me souviens plus si je l'ai appelée. C'était une amie.
- NR : Ah ?!
- DR D : C'était une amie, c'était vraiment quelqu'un que je connaissais très bien. En plus, du côté professionnel, J'ai été très déçue de sa prise de position... Elle a dû être très influencée par la famille, comme je le suis aussi, comme on peut l'être. Je ne critique pas...
- NR : Le caractère menaçant de la famille, cela vous a fait peur ?
- DR D : Oui
- NR : La peur justement du passage au judiciaire, cela vous a fait peur ?

- DR D : Non, en fait non, Ce qui m'a fait le plus peur c'est de ne pas savoir m'opposer à cette famille, être assez forte, c'est de ne pas savoir leur dire non. Et de me dire, est-ce que tu fais bien. Est-ce que c'est ça que tu dois faire ? La capacité de dire non face à ces 3 hommes qui sont dans ton bureau et que tu vas devoir revoir demain et qui vont te menacer. Mais la menace de l'avocat ne me faisait pas du tout peur car je savais que j'étais dans mon droit. J'avais surtout peur de me mettre mal par rapport à mon patient et qu'à la limite après cela se retourne contre moi, que je ne sache pas résister.
- NR : Et s'entourer de pairs, du Conseil de l'Ordre, a été bénéfique ?
- DR D : ça été d'abord mon mari en premier lieu en tant que médecin, et lui m'a dit non, effectivement tu es dans ton bon droit et ensuite comme le Conseil de l'Ordre m'a dit aussi que c'était ce qu'il avait fallu que je fasse
- NR : ça vous a conforté, d'accord. Après cet épisode est-ce qu'il y a des choses que vous avez changées dans votre pratique ?
- DR D : (silence)
- NR : ou par rapport à d'autres épisodes peut-être, des choses qui vous ont marquée et qui ont fait que vous avez d'autres réflexes ?
- DR D : Non, pas par rapport à ça, non. Je me réfère souvent au conseil de l'Ordre c'est sûr, je fais souvent appel à la responsable juridique de l'Ordre, dès que j'ai un doute sur un problème éthique, un problème déontologique, j'ai chaque fois les réponses qui me conviennent. Non, pas en rapport avec cet événement-là, non parce que par rapport à cet événement là je n'ai pas changé ma pratique.
- NR : D'une façon globale, vous pensez que le risque médico-légal est important ou il est devenu important en médecine générale ? Vous y avez déjà un peu répondu avant.
- DR D : Pas vraiment beaucoup plus... (silence)
- NR : Pas vraiment beaucoup plus, d'accord
- DR D : Mais je n'ai pas l'impression qu'il est si important que ça.
- NR : On en parle plus, vous évoquiez les médias tout à l'heure.
- DR D : oui
- NR : Selon vous quels sont les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ?
- DR D : Le moyen qui est formidable c'est le contact déjà, c'est déjà ... la plupart des histoires sont dues à un défaut relationnel, donc déjà, si on arrive à mettre à plat le problème, à le prévenir de cette manière-là et surtout à sentir la situation, à expliquer, réexpliquer, parler, convoquer, téléphoner. L'autre fois j'ai vu une petite fille, un petit bébé que je ne sentais pas très bien, j'avais pris une décision de ne pas l'hospitaliser, mais je n'étais pas trop fière de moi... J'ai rappelé la maman le lendemain matin et je lui ai dit : écoutez, je veux la revoir. Donc, accepter de faire revenir les gens : aujourd'hui je ne savais pas, mais finalement il faut faire hospitaliser votre petite fille, ça c'est dans la prévention médico-légale, je fais ça bien sûr pour le bien de l'enfant bien sûr pour qu'elle soit soignée au mieux et aussi et surtout bien sûr sur le plan médico-légal j'ai expliqué pourquoi hier je ne l'avais pas fait et aujourd'hui je le fais
- NR : Et les parents sont bien réceptifs à ça ?
- DR D : Oui, d'accord.
- NR : Par rapport aux observations médicales et la tenue du dossier ?
- DR D : Oui, de plus en plus quand même j'écris. J'écris maintenant depuis quelque temps, je ne sais pas pourquoi je le fais d'ailleurs, je n'ai jamais eu d'histoire souvent au téléphone quand je prends une décision au téléphone, avant de faire un examen, de prendre tel ou tel médicament, je l'écris dans le dossier, je vais l'écrire. Mes écrits aussi sont plus complets dans les dossiers. Les consultations sont plus détaillées,
- NR : Depuis quelque temps, vous diriez depuis ?
- DR D : Depuis quelques années,
- NR : Depuis quelques années ?
- DR D : Mais, je ne crois pas que ce soit lié à des histoires qui me soient arrivées, c'est plutôt une prise de conscience qu'il faut le faire
- NR : C'est aussi un outil pour votre travail ?
- DR D : C'est un outil aussi pour le travail, dans le sens qu'on travaille sur les mêmes dossiers avec mon mari et comme j'ai aussi beaucoup d'internes aussi qui remplacent et qui ont les dossiers. Et puis aussi peut-être quelque part cette petite alerte médico-légale que j'ai peut être intégrée.
- NR : D'accord. Est-ce que un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal il faudrait qu'il ait un recours plus important au spécialiste ou à la prise en charge hospitalière ? Est-ce que vous trouvez que c'est une solution ?
- DR D : Oui c'est une solution entre autre, j'ai une règle depuis quelque temps, c'est que quand je revois un patient 2 ou 3 fois de suite je me dis à la troisième fois il faut que tu passes la main par exemple pratiquement quelques soient la consultation ou la plainte. Voilà, je me donne un peu cette règle, je passe la main, même si j'ai l'impression que je pourrais encore continuer à suivre toute seule. Parce que je pense qu'en vieillissant un médecin qui vieillit est un médecin qui prend de plus en plus en charge les patients seul, c'est ce qu'on se disait quand on était de garde alors qu'un interne finalement envoie très vite un consultant pour se rassurer parce que ... Un vieux médecin pense savoir et des fois prend de plus en plus en charge beaucoup de choses, mais je pense que ce n'est pas non plus toujours bon. Je me donne un peu cette règle, à la troisième consultation pour la même plainte, je me dis bon là, peut être envoyer chez le dermato, peut être envoyer à mon mari : tu ne peux t'en occuper s'il revient 3 fois.
- NR : D'accord, tout à fait. Mais, là vous l'aviez évoqué, pour se prémunir du risque médico-légal il faut s'entourer de pairs, du Conseil de l'Ordre, avis de confrères, assurances, c'est ce que vous disiez par rapport à votre récit. Par ailleurs avis de confrères, vous parliez de votre mari ?

- DR D : de mon mari et puis groupes de pairs aussi...
- NR : Groupes de pairs, oui...
- DR D : Mais après les groupes de pairs, il y a des discussions, cela permet d'expliquer les consultations un peu difficiles, c'est un peu le principe des groupes de pairs.
- NR : Il y a des discussions ?
- DR D : Il y a des discussions.
- NR : D'accord. Ça vous arrive également d'appeler vos correspondants sans envoyer le patient, mais d'avoir des correspondants joignables pour demander un petit peu ...
- DR D : Ah oui je le fais très souvent, il y a 2 jours encore pour un problème dermatologique chez un petit nourrisson qui n'allait pas bien par exemple je voulais avoir son avis et du coup elle l'a reçu.
- NR : Ça débloque un peu les situations ?
- NR : Oui. Ça débloque.
- NR : Est-ce que vous pensez que pour se prémunir du risque médico-légal il faudrait modifier les conditions de consultation, je pense à plus de temps, plus de moyens, plus de formation continue, plus de communication ?...
- DR D : La formation continue, moi, personnellement je trouve que j'en ai suffisamment. Le temps oui j'aimerais en avoir un peu plus pour mieux remplir mes dossiers.
- NR : D'accord.
- DR D : Dans le risque médico-légal il y a un peu la conscience professionnelle qui est normale. Peut-être le temps surtout. La communication, c'est super-important c'est sûr, mais bon on a moyen de l'avoir la communication quand il faut.
- NR : Alors évidemment c'est plus de la théorie plus que de la pratique, parce que j'imagine que plus te temps c'est difficile à se libérer, oui, d'accord. Est-ce que pour se prémunir du risque médico-légal un généraliste devrait abandonner certaines pratiques ou certaines thérapeutiques. Alors, je pense par exemple certaines thérapeutiques les infiltrations intra-articulaires, des gestes gynécologiques, certaines pratiques, la pédiatrie ou la gynécologie pour les hommes par exemple qui pourraient avoir peur de certaines retombées ?
- DR D : Si ils ont les compétences pour l'assurer... Pour la pédiatrie, je vais très loin en pédiatrie, car j'estime que j'ai les compétences. Les infiltrations, j'ai décidé dès le départ de ne pas en faire, car pour moi c'était un geste technique difficile effectivement qui comportait des risques et je ne me sentais pas de les assumer, mais ça n'empêche que j'ai des confrères qui les font très, très bien et qui mettent en place tous les moyens pour éviter tous les effets indésirables et de mal faire. Pourquoi pas et pourquoi ils ne continueraient pas, hein ? C'est pareil pour la gynécologie, je peux en faire moi de la gynéco et d'autres confrères n'en feront pas. C'est surtout une histoire de compétences.
- NR : Ne pas abandonner en tout cas. Se donner les moyens.
- DR D : Ah non, ne pas abandonner par rapport au risque médico-légal en tout cas
- NR : Ben, on est à la fin du questionnaire, c'est gentil d'avoir répondu à ces quelques questions. Est-ce que vous avez des questions, des remarques par rapport à ça ? Des choses à ajouter ou des remarques dessus ?
- DR D : Non

Docteur E :

- NR : L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement. Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médicolegal lié à leur pratique. Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médicolegal inhérent à sa pratique.
Je vous propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître votre avis et votre expérience sur ce sujet. Cet entretien sera enregistré de façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que vous me confierez. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que vos réponses ainsi que celles de vos confrères interrogés me serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins.
Est-ce que vous avez des questions à ce stade ?
- DR E : J'ai 52 ans, je suis installée depuis 1994, d'abord seule puis en groupe de 2 puis de 3.
- NR : Puis de 3. D'accord. Ok.
- DR E : Je me suis installée pas très tôt aussi j'ai fait beaucoup de remplacements, une dizaine d'années de remplacements, j'ai fait aussi de la PMI et du planning familial.
- NR : D'accord, très tournée pédiatrie, gynécologie ?
- DR E : A l'époque, oui, maintenant ce sont les garçons qui m'en ont piqué beaucoup. Ils sont jeunes et les mamans les aiment bien, et je vois encore beaucoup d'enfants et de gynéco.
- NR : Ça reste encore une bonne activité. Et c'est une activité plutôt urbaine, j'imagine ?
- DR E : Oui, oui, là on est dans un quartier urbain, un quartier pas défavorisé mais mixte avec à côté beaucoup de HLM, de zup, de gens d'origines très diverses et puis des classes moyennes.

- NR : D'accord, mais avec des plateaux techniques pas mal à disposition.
- DR E : On a tout à côté même des « portes » d'hôpitaux comme « cardio », comme Edouard Herriot qui sont vraiment à proximité, comme Desgenettes.
- NR : Tout à fait. Quand je parle de risque médico-légal, ça vous évoque quoi ?
- DR E : Ah ben le procès, (rires) on va dire que c'est la ... , si on veut parler d'évocation, c'est la mise en cause du médecin en terme de faute, mais de responsabilité vis à vis de cette faute et voilà, j'ai fait il y a pas très longtemps j'ai fait une formation sur l'erreur médicale donc, j'ai bien révisé à ce moment-là.
- NR : Oui, d'accord.
- DR E : J'ai peut-être un peu oublié, ça va être l'occasion de savoir, les niveaux de recours des patients et des médecins.
- NR : Oui, il existe une définition par *PRESCRIRE* du risque médico-légal, je vous la cite et vous me direz si cela vous convient : « le risque médico-légal est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades ». C'est bien ce que vous parlez du procès en particulier ?
- DR E : Ben le reste, après c'est moins grave. (Rires)
- NR : Ouais.
- DR E : Donc, tout ce qui est réclamation etc ...
- NR : D'accord. A votre avis, c'est quoi les situations à risque médico-légal, dans votre métier, je parle spécifiquement...
- DR E : Je pense que les patients qui nous reprocheraient, à nous les généralistes, avec les retards de diagnostic et les défauts de prise en charge inadaptées.
- NR : Thérapeutiques ?
- DR E : Oui, thérapeutiques ou pas avoir appelé le SAMU pour une douleur thoracique ou je ne sais pas, oui c'est ça, pas avoir fait un ECG pour une douleur abdo, il me semble qu'il y a eu un procès quelqu'un qui a des dorsalgies intenses et c'était bien une dissection aortique. Enfin bon, un peu des choses où le diagnostic est évident a posteriori.
- NR : Bon, d'accord. Il y a des situations particulières, je pense à des types de patients particuliers, ou des journées particulières, des
- DR E : Alors, il est évident que les journées à risques sont peut-être les journées où on est fatiguée, surchargée, les périodes d'épidémie. Euh...La gravité d'une méningite. Mais ça, on est un peu vigilant. Peut-être la posture d'un enseignant fait que j'enseigne la vigilance aux étudiants en stage, donc peut-être ça me rend plus vigilante.
- NR : D'accord, il y a pas de situation, comme par exemple, la pédiatrie ou les choses, même de l'urgence qui vous paraît
- DR E : Alors l'urgence, finalement, on en a relativement peu. En médecine générale, on va avoir ce que nous on a appelé les secours, on va appeler les soins non programmés. Mais bon, des consultations urgentes, quand on y réfléchit bien, les vraies urgences même si on accepte les patients c'était pas si urgent
- NR : Pas plus à risque finalement qu'une consultation programmée ?
- DR E : Je sais pas s'il y a des études là-dessus mais je ne suis pas sûre que ce soit plus grave, qu'il y ait plus d'erreurs, enfin, plus de mises en cause sur des programmes, des consultations programmées ou non programmées. Là j'avoue que j'en sais pas un mot.
- NR : Le téléphone, les visites à domicile qu'est-ce que vous en pensez ?
- DR E : Alors évidemment il y a la responsabilité quand on répond au téléphone, enfin il y a deux façons de voir le téléphone : le téléphone comme élément perturbateur qui va être responsable d'une erreur ; ça c'est à nous d'essayer de faire en sorte que ça existe pas, d'être moins dérangée, ça c'est pas toujours possible et puis le téléphone, ben, la réponse téléphonique qui... qui va ensuite être prise en cause, pourquoi pas...
- NR : Oui, d'accord, bon...
- DR E : Ca j'ai bien conscience qu'à partir du moment où on décroche et qu'on répond au patient on peut être mise en cause par défaut d'intervention par exemple d'un refus de visite à domicile et d'un conseil téléphonique mais c'est pareil pour les médecins régulateurs ; sauf qu'eux, c'est enregistré, c'est plus facile après de savoir ce qui s'est réellement passé après ça va être la parole du médecin... et celle du patient... compliqué !
- NR : Oui, bien sûr. On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine. Euh, ça vous évoque quoi comme terme ?
- DR E : Alors moi ça m'évoque la nécessité pour les personnes de trouver des responsables, des coupables euh... et éventuellement en second lieu de tirer bénéfice d'une erreur, enfin, ça c'est peut-être plus ce côté américain on va essayer d'exploiter financièrement ce qui s'est passé je pense pas qu'on en soit là en France que les gens portent plainte, enfin, se plaignent pour de l'argent...
- NR : Hum...
- DR E : Mais plus pour comprendre ou pour éventuellement avoir réparation. Je pense que la plainte elle est plus liée au défaut d'explicitation et de communication, je crois que c'est dans les études et qu'y aurait peut-être moins de plaintes si le médecin communiquait mieux sur tout ce qui s'est passé.
- NR : Hum... la judiciarisation ?
- DR E : Voilà, la judiciarisation, la judiciarisation, hum, ben, y a aussi beaucoup d'arrêts et de procès qui ont fait grand bruit, et enfin on pense à Perruche et effectivement là c'est un généraliste qui a été mis en cause et c'est la plus grosse indemnité, la plus grosse condamnation financière française et c'est bien un généraliste qui a... qui l'a eu donc, euh..., je ne sais pas moi, qu'est-ce qui vous...je ne sais pas ce que vous voulez...
- NR : non, mais (rires)
- DR E : Y en a plus qu'avant !

- NR : Ouais, ça vous paraît être quand même...
- DR E : Ben, d'ailleurs vous me l'avez dit dans l'introduction puisque apparemment en 10 ans, en 15 ans vous avez dit 10 fois plus.
- NR : Ouais ?
- DR E : C'est aussi cette idée. Voilà c'est ce que je disais, la nécessité d'avoir des explications, d'avoir des coupables...
- NR : Hum...
- DR E : En tous cas des responsables, la notion que l'arbitraire et l'aléatoire n'existent pas c'est comme les tempêtes quoi...
- NR : D'accord oui tout à fait. Selon vous qu'est-ce que c'est les obligations légales d'un médecin généraliste ?
- DR E : Ben, c'est la mise en œuvre des moyens, des moyens dans les conditions dans les connaissances de la science ou je ne sais pas quoi. Hein, voilà des moyens pour prendre en charge le patient pour son diagnostic et la thérapeutique.
- NR : D'accord, oui
- DR E : Y a pas la réussite, y a pas le résultat mais il y a la mise en œuvre des moyens.
- NR : Ouais. La communication dont vous parliez tout à l'heure, ça fait partie de ces obligations légales ?
- DR E : Légales ? Joker ! (rires)
- NR : joker, pas de problèmes !
- DR E : Est-ce que c'est légal ? Il me semble que dans les codes et dans les compétences des docteurs et dans le référentiel métier y avait marqué qu'il faut expliciter et communiquer avec son patient. Ça devrait être un peu légal, je sais pas...
- NR : D'accord
- DR E : S'il y a un article de loi là-dessus....
- NR : D'accord, ok
- DR E : Je sais qu'il faut faire preuve, qu'il faut prouver qu'on l'a fait...
- NR : Ouais
- DR E : Alors on a eu une grande discussion à ce sujet. Est-ce que ça suffit de marquer dans le dossier qu'on l'avait fait, est-ce qu'il faut faire signer tout...
- NR : Ouais ça reste un grand débat. On parle souvent de triple responsabilité du médecin, une responsabilité qui est ordinaire disciplinaire du conseil de l'ordre, une responsabilité civile et une responsabilité pénale. Est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu ces différentes responsabilités, éventuellement avoir des exemples par rapport à ça ? Pour un généraliste par exemple, à quel moment sa responsabilité ordinaire ? Donc le premier...
- DR E : Alors l'Ordre, ça va être le non-respect du Code de déontologie, donc ce qui concerne les informations entre confrères et puis les histoires de certificats dits de complaisance ou mal rédigés, parce qu'à mon avis ils ne sont pas de complaisance, mais c'est des erreurs de docteurs par ignorance, euh... Ça peut être des ... pareil pour des arrêts de travail ou des abus de prescription.
- NR : Oui ?
- DR E : Les détournements de prescription pourquoi pas. Il me semble que c'est l'Ordre qui peut aussi infliger des sanctions.
- NR : Qu'est-ce qu'on encourt ?
- DR E : Ça dépend : du blâme à la sanction d'interdiction d'exercice temporaire ou définitive. Oui, la permanence des soins, machin, ça va être l'Ordre. Moi, je mettrais l'Ordre dans le code de déontologie. Après, il va y avoir des lois et donc après, ça sera soit civil soit pénal, ça c'est le patient qui va choisir.
- NR : Civil, vous sauriez un petit peu vers quoi, vers quoi on part au civil, vers quoi on part au pénal ?
- DR E : Civil on part surtout vers une indemnisation et pénal on va vers une punition avec de la prison, enfin de la prison ...
- NR : Oui...
- DR E : Enfin de la prison, ça je ne sais pas...
- NR : Oui, oui, tout à fait...
- DR E : En sachant qu'on ne peut pas juger 2 fois.
- NR : Oui...
- DR E : La primauté de la chose jugée donc une chose jugée une première fois dans une juridiction ne peut pas l'être dans une deuxième.
- NR : Au niveau pénal, vous savez un peu sur quoi on peut attaquer un médecin ? Qu'est-ce qui est puni, finalement ?
- DR E : La mise en danger, non ?
- NR : Par exemple ?
- DR E : La mort, l'invalidité ou l'incapacité. Si y a pas Voilà, il faut qu'il y ait un dommage suffisant pour aller au pénal.
- NR : Tout à fait.
- DR E : Alors qu'au civil le dommage peut être différent, on va dire plus sélectif.
- NR : Oui tout à fait. Le secret médical pour vous, vous le mettriez où ?
- DR E : Ben, dans l'Ordre c'est sûr. Et peut-être aussi... euh, je sais pas.
- NR : D'accord...
- DR E : L'Ordre ; le secret, ben si, alors après sous réquisition il ne s'impose plus. Ne pas avoir respecté le secret médical est-ce qu'un juge peut s'en inquiéter ? Je ne sais pas.

- NR : D'accord. Est-ce que vous, vous avez vécu une situation avec un patient dans laquelle votre responsabilité de médecin a été engagée ? D'une façon ou d'une autre, une réclamation, une plainte, l'appel d'un avocat ou simplement un renseignement auprès du Conseil de l'Ordre ? Et est-ce que vous seriez d'accord pour en parler ?
- DR E : Donc, j'ai une situation où j'ai été nommée mais ça n'a ... comment ça s'appelle ? Commission, y a un truc.
- NR : oui...
- DR E : Le truc de l'aléa thérapeutique
- NR : Commission de recherche de conciliation pour l'indemnisation ?
- DR E : Comment ça s'appelle ?
- NR : CRCI ?
- DR E : Voilà. J'ai un patient qui a mis en cause son chirurgien auprès de cette instance et je ne sais pas pourquoi, j'ai été convoquée. Alors c'est bizarre...enfin donc, j'ai fait part de ma surprise et on m'a répondu que c'était une erreur. On m'avait mis comme médecin traitant et du coup je n'ai pas été plus inquiétée que ça.
- NR : D'accord, OK.
- DR E : Ça m'a juste ... Non mais j'étais pas inquiète, c'est pas moi qui l'avais opérée donc...
- NR : D'accord et vous personnellement, il y a pas eu...?
- DR E : Pas de patients. Je n'ai jamais eu de plaintes ordinaires. Parfois y a eu des patients qui ont peut-être ... qui sont venus me demander des comptes entre guillemets, enfin des comptes j'exagère, ils sont venus me demander comment cela se fait qu'on avait pas fait tout de suite ce truc ou machin mais ça n'a jamais été plus loin que la simple explicitation.
- NR : Y'a pas eu de menace à ce moment-là ?
- DR E : non, jamais.
- NR : D'accord
- DR E : Non, des moments il y a eu des gens qui étaient contents qu'on donne des antibiotiques ou des choses comme ça ; ça a intérêt à aller mieux parce que... mais bon ça fait plutôt énervé on va dire, ce ne sont pas des menaces.
- NR : D'accord. Des gens qui mettaient un peu la pression pour un certificat par exemple ?
- DR E : J'en n'ai pas souvenir, les gens mettent la pression, les gens demandent des choses, ou les refusent de façon argumentée.
- NR : Ils ont peut-être l'habitude justement avec vous de...
- DR E : Non, par ce que je n'ai pas toujours su faire...
- NR : (rires) ça s'apprend ?
- DR E : Je pense, oui, rires je pense Mais non. Je pense à un ami qui est mis en cause et effectivement malgré bien qu'il ait mis des guillemets pour dire que le patient déclare que...il est quand même mis en cause, il y a quand même une enquête, mais...
- NR : C'est pour quel type de certificat ?
- DR E : il y a une histoire de divorce et de garde.
- NR : Et qu'est-ce qui fait l'enquête du coup ?
- DR E : C'est l'autre, la plainte ne va qu'au niveau de l'Ordre.
- NR : D'accord, effectivement. Vous savez vers quoi ça débouche ou pas du tout ?
- DR E : C'est en cours, c'est en cours...
- NR : Oui, d'accord. Vous pensez que ça va s'arrêter rapidement ?
- DR E : Je n'en sais pas plus que ça, mais bon j'ai l'impression, connaissant plus le médecin, je pense au pire il va se faire traiter comme quelqu'un qui n'a pas été prudent mais on va pas remettre en cause son honnêteté quoi, donc...
- NR : D'accord vous entendez par rapport justement au fait que vous ayez fait l'erreur médicale comme étude et puis par rapport à ces histoires autour de vous donc il y a des mises en cause, des choses comme ça. C'est des choses qui vous font peur ou pas ?
- DR E : Pas tellement non...
- NR : D'accord.
- DR E : Je suis pas ... Alors moi, je trouve qu'on a un peu de chance, les patients résistent à nos erreurs, beaucoup. Vous savez ça s'appelle, j'ai appris, l'échappée belle ; vous faites une bêtise, une erreur qui n'a pas de conséquence, donc finalement s'il n'y a pas de conséquence, ça va s'arrêter, ben voilà.
- NR : Hum...
- DR E : Récemment j'ai fait un 2ème vaccin méningo à un gamin donc l'analyse du dysfonctionnement est évidente, mais voilà et la réaction, je raconte ça...moi, ce qui m'a le plus troublé dans l'histoire et c'est ce que j'ai dit à la maman, c'est que ça n'a eu aucune conséquence, mais s'il y en avait eu c'était pareil quoi ! Le mal était fait si ça avait été grave, c'était fait quoi, y avait plus qu'à assumer, y avait plus qu'à assumer, donc du moment, même si ce n'était pas grave il faut assumer et essayer que ça ne se reproduise pas, donc chercher pourquoi, comment c'est arrivé, voilà, le pauvre bébé, enfin le pauvre bébé, le pauvre petit, en plus il était tout content que je fasse ça...
- NR : Ah, bon ??? (rires)
- DR E : ça fait partie du fait qu'il avait eu un vaccin chez lui donc il faut que je vérifie si c'est pas pour le frère...
- NR : Ah, c'était pour le frère, d'accord !
- DR E : Mais la mère voulait mais c'est pas défendable. Si ça avait été grave, le fait que la mère me dise je vous l'amène pour un vaccin, moi je n'avais pas pris le temps de vérifier qu'il avait été fait ou qu'il était à faire ou pas. La maman avait le vaccin alors de toutes façons, même si la mère m'a influencée, je pense que devant un juge, ça passe pas donc euh...
- NR : Oui, tout à fait, donc ça vous arrive de réanalyser du coup...

- DR E : Oui ben...
- NR : Vous arrivez à le faire sereinement ?
- DR E : Ben là c'est serein puisqu'il n'y avait pas trop de conséquences, puis bon, la maman était très sympa, elle pourrait être fâchée et plus revenir, mais elle revient donc voilà. Et puis voilà j'ai bien expliqué que c'était pas si compliqué que ça. Il y avait le frère et un petit et un moyen qui étaient là euh et la maman amène les 2 gamins avec les 2 vaccins et effectivement le petit frère, le plus petit de 18-20 mois avait le vaccin à faire mais il avait une pneumopathie ce jour-là et je l'ai pas fait et puis le gamin de 3 ans avait déjà eu son vaccin pour la méningite et la maman avait deux vaccins autres qui étaient pour celui de 10 ans. Voilà, quand j'en ai eu fini avec le petit, le grand, le moyen s'est installé en disant c'est à moi. Et voilà j'ai pas réouvert les dossiers, carnet de santé, et au moment de récrire dans le carnet de santé c'était déjà fait...
- NR : D'accord...
- DR E : Il attrapera pas la méningite.... j'espère bien. C'est serein ou pas, j'en sais rien Je vous ai dit la seule chose désagréable à penser c'est que si ça avait été des conséquences alors peut-être si ça avait été si grave que...
- NR : Oui...
- DR E : Voilà on a beau dire que ça fait trente ans que je bosse, j'ai bossé en PMI, les vaccins, je vaccine jamais sans regarder dans le carnet. Ben non, il ne faut pas dire jamais.
- NR : Oui, il y a des choses que vous faites dans votre métier pour, par rapport à ce genre d'événement après, vous essayez de regarder dans le carnet de santé effectivement chaque vaccination et est-ce qu'il y a d'autre chose particulière que vous faites plus de façon à augmenter votre vigilance ?
- DR E : Ben, je crois qu'on s'est donné les moyens, on a un secrétariat, mais c'est pareil il faut former la secrétaire, donc si vous n'êtes pas dérangée par le téléphone, mais la secrétaire elle filtre et elle peut refuser des RV, les reporter au lendemain, alors elle a des consignes : si le patient insiste trop, ou si elle sent que peut-être c'est plus urgent, qu'elle n'est pas apte à juger de l'urgence, elle nous passe le patient, enfin ça c'est la consigne mais ça peut échapper par là aussi, c'est la formation de la secrétaire. Après on va avoir ou de notre secrétariat à distance lorsque l'on l'utilise. Donc quand même il est prouvé que le médecin dérangé trop souvent en consultation fait plus souvent d'erreurs et qu'on est moins souvent dérangé grâce à la secrétaire, mais ça a ses limites ; après, on est informatisé, on met des alarmes, des trucs sur les allergies, mais toutes les méthodes ont des limites, je crois qu'il faut avoir le plus de pare feux possibles pour que ça échappe, mais vous voyez que même comme ça échappe pas donc euh...; voilà parce que, ben parce que c'était une consultation déjà bien chargée et le fait que les 2 enfants soient en même temps avec la maman, euh ..., voilà je n'ai pas pris le temps de revenir à mon bureau, le gamin s'est installé un peu vite, j'étais un peu pressée, il était motivé, j'en ai profité,
- NR : Hum... bien sûr....
- DR E : C'est grave...
- NR : D'une façon plus globale vous pensez que le risque médico-légal est important ou devenu important en médecine générale ?
- DR E : Moi je dirais que le risque est le même parce que notre métier il a pas quand même pas tellement changé, c'est la société qui a changé, c'est la société qui a changé c'est l'acceptation de l'erreur ou l'acceptation comme je vous le disais tout à l'heure la désignation de responsables à tout prix, ou le fait que,... qu'effectivement ce soit insupportable pour les patients si ça avait été insupportable pour cette maman que son enfant ait eu 2 vaccins par erreur ça pouvait aller très loin, parce que effectivement il n'y a pas de dommage mais elle pourrait au moins en vouloir et plus venir mais enfin aller jusqu'à la judiciarisation, je ne pense pas, mais...
- NR : Hum...
- DR E : Tout dépend du ressenti des gens aussi, des patients, des consultants vis à vis de leur santé, vis à vis de leur... On a quand même beaucoup de gens qui se plaignent d'avoir eu une infiltration il y a 20 ans et d'avoir toujours mal (rires) des péridurales, des femmes qui ont eu des péridurales, qui ont mal au dos ou à la tête et qui incriminent la péridurale, donc voilà... parce qu'il faut un responsable donc...
- NR : Selon vous quels sont les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ? Alors vous me parliez
- DR E : L'organisation des soins ?
- NR : Voilà ce que vous disiez, le secrétariat par exemple, exactement !
- DR E : Le secrétariat, l'informatisation, euh ...l'utilisation enfin, l'utilisation de l'informatique.
- NR : La tenue du dossier c'est important ?
- DR E : Voilà ! Dans le dossier, c'est surtout ça, la tenue du dossier.
- NR : Hum...
- DR E : Alors le travail sur rendez-vous plutôt que... donc ça fait partie de l'organisation plutôt que des consultations tout venant libres. La régulation aussi.
- NR : Hum d'accord...
- DR E : Voilà y a plein de choses qui ont changé mais on peut pas dire à quelqu'un qui appellerait pour douleur thoracique on ne peut pas ne pas lui dire d'appeler le 15...
- NR : Oui, tout à fait, est-ce que vous, vous pensez ...
- DR E : ...et s'assurer qu'il l'ait fait.
- NR : Et s'assurer qu'il l'ait fait. Et vous, vous ne pensez pas qu'un recours plus important au spécialiste, soit une prise en charge hospitalière, soient un moyen de se prévenir ?
- DR E : Alors il semble que ça soit les revendications, enfin les plaintes et récriminations des patients, de retard de diagnostic, ça veut dire que si on l'avait envoyé voir un spécialiste plus tôt, pour nous généralistes.... Alors, après, envoyer tout le monde chez le spécialiste pour ne pas avoir de problème moi je n'y arriverai pas.
- NR : Hum...

- DR E : D'abord parce que là notre boulot deviendrait beaucoup moins intéressant donc euh...je ne me suis... je n'ai jamais envoyé quelqu'un en avis, prendre un avis juste pour me protéger de la justice, enfin d'un problème ; je l'ai envoyé pour le rassurer, pour me rassurer, parce qu'il m'a gavée en insistant vraiment, mais c'est tout
- NR : D'accord....
- DR E : J'ai jamais eu à l'esprit qu'en faisant ça, ça allait limiter, protéger des risques enfin.
- NR : Pour se prémunir du risque médico-légal est-ce qu'il faut plus s'entourer de pairs, justement les réunions de pairs, le Conseil de l'Ordre, les confrères ?
- DR E : Alors évidemment la formation que ce soit par le biais de la formation qui existe maintenant, organisée par les organismes indépendants soit par les groupes de pairs qui sont reconnus comme organisation valable, oui valable je vais dire ce mot, euh évidemment je veux dire la connaissance et l'amélioration des connaissances et des techniques de communication quelles qu'elles soient ne peuvent que nous aider à nous prémunir.
- NR : Oui, tout à fait...
- DR E : C'est évident.
- NR : Avoir recours justement au Conseil de l'Ordre ou à son assureur pour se protéger c'est quelque chose qui vous est arrivé ?
- DR E : Alors avoir une assurance, ça paraît logique, s'inquiéter de quoi elle, nous euh..., protège, parce qu'il faut lire son contrat.
- NR : ça vous est déjà arrivé de leur faire un courrier, de les prévenir que, peut-être, il y aurait un problème avec un patient ?
- DR E : Ben non, du coup.
- NR : Ni au Conseil de l'Ordre ?
- DR E : Non. J'ai eu un souci avec une patiente abusive il y a longtemps, je voulais plus m'occuper de cette personne...
- NR : Oui ?
- DR E : ...qui me faisait venir, qui exigeait des trucs et tout et je me rappelle avoir appelé le conseil de l'ordre comment on fait pour me débarrasser d'une patiente (rires) pour dire non. C'était bien avant le médecin traitant en plus et donc, en fait, en dehors de l'urgence, j'ai dû faire un courrier à la patiente en disant que je ne pourrais plus m'occuper d'elle en raison de ses exigences et que son dossier était à sa disposition, à la disposition du nouveau médecin de son choix et euh..., voilà, elle m'a laissée tranquille.
- NR : D'accord.
- DR E : J'ai une patiente aussi qui était une... qui m'avait volée à deux reprises....
- NR : Hum ?
- DR E : Et la deuxième fois je lui ai envoyé un courrier pour lui dire que je ne voulais plus la voir.
- NR : Oui ?
- DR E : Avec copie au Conseil de l'Ordre !
- NR : De la même façon au Conseil de l'Ordre, d'accord. Oui, oui.
- DR E : La relation de soins était quand même fortement entachée par ses actes (rires)
- NR : Je pense dans les 2 sens. Tout à fait, est-ce que pour se prévenir du risque il faudrait améliorer les conditions de consultation ? Plus de temps, plus de moyens, plus de communication, plus de formation continue ?
- DR E : Ben, dans l'idéal...
- NR : Dans l'idéal ?
- DR E : Oui, dans l'idéal il faudrait voir un patient par demi-heure et un patient pas malade tant qu'à faire (rires) un patient pas exigeant et qui fait tout ce qu'on lui demande de faire et qui en plus va mieux dès qu'on lui donne des médicaments, on peut toujours avoir des utopies... (rires) dans la vraie vie, il y a une demande, et pressante, et le médecin est quand même soumis à cette pression. On a beau essayer de se prémunir et c'est là quoi ...
- NR : et c'est là...
- DR E : Et l'organisation des soins n'est pas parfaite et voilà de toutes façons si les urgences sont pleines c'est parce que les généralistes sont nuls et ne reçoivent pas les gens, ce qui est faux (rires) mais bon, euh...
- NR : Oui ! Est-ce que pour se prémunir du risque un généraliste doit abandonner certaines pratiques ou certaines thérapeutiques ? Alors je pense par exemple à certaines infiltrations articulaires ou alors éviter de faire certaines urgences ?
- DR E : Alors pour se prémunir... les pratiques, je pense que si on est formé, y a pas de raisons qu'on les abandonne, si on les fait bien comme il faut dans les conditions où il faut les faire. Alors c'est vrai que les infiltrations, dans la mesure où on a des rhumatologues au bout de la rue, on risque d'avoir un souci. La question se pose moins si on est à 80 km d'un rhumatologue.
- NR : Bien sûr...
- DR E : Les sutures c'est pareil et d'ailleurs les gens vont beaucoup moins se plaindre là...
- NR : Tout à fait.
- DR E : Donc s'il faut faire 80 km pour se faire recoudre, je crois que le patient supporte que la cicatrice ne soit pas parfaite, parce que le plateau technique l'était moins. Les urgences...mais malheureusement nous tombent dessus. Si on refuse une urgence on risque aussi d'avoir un souci, donc euh...
- NR : Est-ce que ...
- DR E : Je ne vois pas ce que ça peut être de refuser les urgences : ne plus recevoir les patients en soins non programmés...
- NR : Ouais...
- DR E : Et voilà après on dira vous avez mis trois jours à donner un rendez-vous et il y a eu un problème donc...
- NR : Tout à fait...

- DR E : Je ne vois pas bien comment ça réglerait le problème, donc...
- NR : Tout à fait. Il y a des confrères qui arrêtent par exemple de faire de la gynéco, les suivis de grossesse...
- DR E : Alors il y a des patients ben,... il y a des médecins ben.... Je pense que ce n'est pas du tout le généraliste. Mais la personne qui faisait des échos depuis Perruche, là, ben, l'écho du deuxième trimestre, elle la fait plus. Ça c'est une histoire de prime d'assurances. Donc, ben, elle est pas assurée pour ça.
- NR : Oui.
- DR E : Ou elle a refusé de payer la prime que l'assureur lui demandait pour ça parce que du coup ça sert plus, ce n'est plus rentable, donc après, dans la mesure où, il est quand même le gynéco, je ne fais pas d'écho. Normal, j'ai pas la formation et je ne serais pas assurée. Par contre, j'ai la formation et ça rentre dans mon champ de compétence de suivre les femmes jusqu'à six mois, la grossesse dite à bas risque, j'ai pas de souci...
- NR : Hum...
- DR E : Une jeune femme, 19 ans, diabétique de type I qui arrive du pays, en plus, qui vient parce qu'il faut que je m'occupe de sa grossesse, je dis non. Je crois que si on connaît bien ses limites euh...On n'a pas de problèmes.
- NR : D'accord. Et donc connaître sa compétence aussi...
- DR E : Ses limites par rapport à ses compétences.
- NR : Tout à fait. D'accord. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à toutes ces questions. C'est terminé. Est-ce que vous avez des questions ou des remarques ?
- DR E : Vous ne m'avez pas demandé si ça m'inquiétait ? (rires)
- NR : Si, je vous ai demandé si ça vous inquiétait. Mais vous pouvez le rajouter !
- DR E : Non, oui, moi je suis un peu curieuse parce qu'il me semble que chez les jeunes médecins, puisque justement je fais de l'enseignement, y a vraiment cette préoccupation du côté médico-légal et je pense que c'est peut-être aussi l'hôpital qui, enfin, la fréquentation, le passage dans les services hospitaliers qui est peut-être responsable de cette préoccupation là, mais moi personnellement, je passe au-dessus....
- NR : En tout cas c'est avec sérénité que vous exercez...
- DR E : On ne va pas arrêter...
- NR : D'accord...
- DR E : J'ai toujours dit que la peur n'empêchait pas le danger (rires)
- NR : C'est une belle phrase !
- DR E : ça n'empêche pas que j'aie les mêmes !
- NR : Tout à fait.

Docteur F

- NR : L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement. Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médical lié à leur pratique.
- Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médical inhérent à sa pratique.
- Je te propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître ton avis et ton expérience sur ce sujet. Cet entretien sera enregistré de façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que tu me confieras. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que tes réponses ainsi que celles de tes confrères interrogés me serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins.
- DR F : Sujet presque tabou...
- NR : Presque tabou, exactement. Est-ce que tu as des questions à ce stade ?
- DR F : Non, non, ça va.
- NR : Pas de souci. Donc, tu n'hésites pas à m'interrompre si tu as des questions pour quoi que ce soit de toutes façons. Donc, déjà j'aimerais connaître 2, 3 petites choses sur toi. Ton âge ?
- DR F : 30 ans.
- NR : Toi, tu n'es pas installée ?
- DR F : Non
- NR : Tu es thésée ?
- DR F : Je suis thésée !
- NR : Depuis combien de temps ?
- DR F : Depuis le 17 mars 2011.
- NR : Précis donc, plus d'un an.
- DR F : Plus d'un an.
- NR : Un peu plus d'un an. Tu fais des remplacements. Tu m'expliquais que tu fais des remplacements fixes ?

- DR F : Donc, là actuellement je fais des remplacements fixes dans un cabinet fixe à Villeurbanne, à peu près à temps partiel voilà depuis maintenant 4 mois et auparavant dans un autre cabinet dans le 8e pour un remplacement qui a duré 3 mois.
- NR : D'accord. Ton activité du coup, elle est plutôt comment, elle est plutôt urbaine ?
- DR F : Très urbaine.
- NR : Avec une population qui est plutôt... ?
- DR F : Plutôt mixte, mixité sociale, voilà ça va vraiment des patients avec AME/CMU et puis même bourgeoisie, cadres supérieurs, tout...
- NR : Avec pédiatrie, gynécologie ?
- DR F : Avec pédiatrie, gynéco...
- NR : Vraiment tout, donc, de la médecine générale large par rapport à cela. Quand je parle de risque médico-légal qu'est-ce que ça t'évoque ?
- DR F : ça m'évoque des termes comme plainte, comme une erreur médicale aussi, comme voilà peine, des amendes à payer, un emprisonnement, une suspension d'exercice, des choses comme ça...
- NR : Surtout en fait dans le cadre finalement de punitions, de sanctions ?
- DR F : De sanctions, dans ces termes là...
- NR : Donc c'est péjoratif par rapport à cela. D'accord. J'avais une définition en fait du risque médico-légal de la revue *Prescrire* à te proposer : « le risque médico-légal est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades », ça te paraît correct ?
- DR F : ça me paraît adapté !
- NR : Selon toi, quelles sont les situations à risque médico-légal dans ton métier ?
- DR F : Les urgences !
- NR : oui ?
- DR F : Et la pédiatrie !
- NR : oui ?
- DR F : et après voilà je dirais, les situations avec des personnalités un petit peu particulières, voilà, sans parler de la psychiatrie, des personnalités peut être, voilà, des personnes qui sont procédurières comme on dit. Voilà.
- NR : D'accord. Donc, en fait déjà tu me citais les urgences, presque une situation finalement. Quelles urgences par exemple ?
- DR F : Euh, je dirais euh, les urgences médicales, tout simplement, à domicile, une prise en charge qui pourrait être jugée par la famille inadaptée, si par exemple par rapport à notre conduite à tenir le patient venait à décéder dans un temps proche après notre intervention, euh les urgences également pédiatriques du coup on va peut-être en parler après
- NR : Non, non, pas de problème...
- DR F : On va repartir dessus et puis voilà, ce genre de chose.
- NR : D'accord, donc au niveau de la pédiatrie par exemple, quelles sont plutôt les situations - parce que il y a plusieurs choses dans la pédiatrie...
- DR F : Déjà les urgences médicales avec les fièvres d'enfants avec des facteurs de gravité mal évalués, avec essentiellement les sepsis voilà qu'on aurait pu classer dans une situation de fièvres bénignes, euh, après, tout ce qui est possiblement aussi je pense aux traumatismes crâniens des choses comme ça, les nouveau-nés également qu'on peut être amené à voir et qui sont un peu moins stables que les autres âges et peut-être aussi des situations voilà où l'on évalue mal les compétences parentales...
- NR : La compréhension...
- DR F : Voilà, la compréhension, la surveillance possible à domicile, la possibilité de ramener l'enfant en consultation ou bien de l'amener aux urgences si il y a une aggravation secondaire, ces choses-là, voilà.
- NR : Déjà là tu parlais en plus d'une catégorie de population, la pédiatrie, et ensuite mais tu m'as parlé aussi d'une autre catégorie population à risque, des personnalités à risque
- DR F : Des personnalités à risque, des gens avec qui, je pense, il faut encadrer le dialogue, préciser les choses, qui se méfient un peu plus, qui sont ... voilà,
- NR : C'est des gens que tu rencontres...
- DR F : Oui, oui...
- NR : D'accord
- DR F : Qu'on peut percevoir d'emblée et puis parfois on peut se rendre compte après coup que peut-être, qu'il y a des choses qui se sont mal exprimées ou mal perçues en tous cas
- NR : Et tu arrives en tout cas après coup à les identifier... (rires)
- DR F : rires j'essaie ! je suis encore jeune praticienne
- NR : Tu peux encore les identifier un peu plus tard. D'accord. On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine, qu'est-ce que ça t'évoque cette expression, judiciarisation de la médecine ?
- DR F : Euh... justement une pratique peut-être plus à risque, une démarche judiciaire après, j'entends le procès, voilà, de critique possible par rapport à la prise en charge du médecin, je ne sais pas, si c'est comme ça que tu l'attends...
- NR : Non, non, c'est ta réponse que j'attends, pas de soucis... A ton avis c'est dû à quoi cette judiciarisation ?
- DR F : Je dirais l'évolution de la société en général, les médias sans doute aussi, à mon avis influencent un petit peu tout ça et puis euh, oui peut-être notre façon aussi de travailler, je pense que le contact que l'on a avec les patients n'est peut-être pas le même, le temps qu'on a à leur accorder n'est pas le même non plus, je dirais ça.
- NR : D'accord, Ok. Dans le petit Larousse la judiciarisation c'est l'intervention croissante de la justice dans tous les domaines de la vie sociale et la résolution prépondérante des litiges de manière judiciaire. On retrouve en tous cas

dans ce que tu viens de dire, dans tous les domaines de la vie sociale tu disais que c'était l'évolution de la société et puis donc résoudre les choses de façon judiciaire de façon prépondérante. Tu trouves que c'est ce qui se passe ou pas ?

- DR F : De façon prépondérante, euh, c'est à dire...
- NR : Est-ce que majoritairement finalement les gens ont recours, en fait, à la voie judiciaire ou...
- DR F : Lorsqu'il y a une erreur tu veux dire ?
- NR : Oui
- DR F : Non je n'ai pas l'impression
- NR : Ou plus qu'avant...
- DR F : Plus qu'avant oui, oui, oui. Je dirais que ce n'est pas systématique, et puis heureusement, c'est pourquoi je te demandais... mais plus qu'avant oui.
- NR : D'accord. OK, je passe juste à la responsabilité médicale. Selon toi, c'est quoi les obligations légales d'un médecin généraliste ?
- DR F : Informer.
- NR : Informer, premier point ! (rires) ça te paraît prépondérant ?
- DR F : Très important, oui. Après je pense repérer les urgences, repérer ce qui est vital, le risque fonctionnel ensuite, les urgences ressenties après, je dirais
- NR : D'accord, donc hiérarchiser ?
- DR F : Hiérarchiser l'urgence.
- NR : Ok
- DR F : Pour pouvoir avoir une prise en charge adaptée ensuite, faire courir un minimum de risque au patient,
- NR : D'accord, ok.
- DR F : Dans le rôle du médecin généraliste et donc par rapport à ce cadre-là je dirais ces choses-là,
- NR : D'accord. Pour reformuler, à quoi dans ton métier par exemple tu te sens obligée, par exemple, je ne sais pas, au niveau du téléphone de l'accueil, de la permanence des soins, je te dis des choses comme ça.
- DR F : Euh... je pense voilà qu'il faut voilà, faut voilà que quand il y a une demande de conseil voilà dans la journée, il faut y répondre, si ce n'est pas immédiatement en tous cas prendre le temps entre les consultations de répondre aux questions, pour essayer voilà, d'amener le patient à avoir la démarche adaptée quoi, de ne pas lui faire prendre des risques. Après, dans le cadre de la nuit, et puis donc des horaires qui sont un peu plus systématisés maintenant qu'on a organisé la prise en charge des soins en ambulatoire eh bien dans le cadre des gardes répondre aux urgences dans les horaires où on est de garde quoi, de permanence...
- NR : Là il faut assurer effectivement les permanences. OK ! On parle souvent d'une triple responsabilité du médecin. On a la responsabilité ordinale, disciplinaire, il y a la responsabilité civile et puis la responsabilité pénale. C'est la question la plus difficile ! Est-ce que tu peux m'expliquer les différentes responsabilités, est-ce qu'éventuellement tu aurais des exemples de situations pour pouvoir justement expliquer ces responsabilités ?
- DR F : Alors la responsabilité tu as commencé par ordinale c'est au regard du Conseil de l'Ordre, donc c'est suivre les obligations du code de déontologie qui nous est présenté en fait lorsque l'on s'inscrit au Tableau ce qui est un peu tard je pense par rapport à notre formation rires donc voilà et un jugement après possible par rapport à des situations qui vont suivre ce code de déontologie, des obligations à l'égard du conseil de l'ordre et qui après vont déboucher sur des peines qui rentrent dans le cadre du conseil de l'Ordre, voilà, éventuellement qui peuvent aller jusqu'à la radiation du tableau.
- NR : D'accord
- DR F : Voilà, après sur le plan civil, eh ben, on rentre dans le cadre du relationnel avec les gens pas forcément dans le cadre d'une erreur voilà reconnue comme telle, mais un problème de communication avec les personnes, dans un contexte civil qui est légalement reconnu, et puis sur le plan pénal on arrive dans le cadre de l'erreur médicale, là il y a un jugement voilà qui est appliqué par rapport à l'erreur qui a été faite et jugée au tribunal spécial effectivement dans le cadre pénal, je ne sais pas si je peux détailler vraiment plus ...
- NR : Est-ce que tu as des exemples euh de comment dire de chef d'accusation en pénal ?
- DR F : En pénal, en pénal, je pense euh vraiment des choses qui sont vraiment, comment pourrais-je expliquer ça, en exemple concret, je pense voilà les choses qui pourraient être mal vécues comme les attouchements, voilà euh qui pourraient être considérés comme des attouchements dans le cadre des consultations voilà, et après des choses encore plus graves, je dirais peut-être, des viols ça doit certainement exister...
- NR : Oui
- DR F : Dans le code pénal
- NR : Oui dans le code pénal tout-à-fait
- DR F : Cela relève du code pénal. Je dirais ces exemples-là. C'est plus facile dans la médecine, car on rentre finalement dans l'intimité des gens quand même. On peut avoir des chefs d'accusation comme ça.
- NR : Le secret médical, tu le mettrais où dans ces responsabilités-là ?
- DR F : Je le classerais dans le civil,
- NR : Tu le mettrais dans le civil
- DR F : Mais je ne sais pas si j'ai raison... (rires)
- NR : Je ne te le dirai qu'à la fin. D'accord. OK. Tout ce qui est homicide ? Involontaire, volontaire ?
- DR F : Homicide dans le pénal
- NR : C'est juste des exemples pour voir un peu. Euh les certificats médicaux, tu sais, les certificats de complaisance?
- DR F : Est-ce que l'on peut mettre deux catégories ?
- NR : Deux, tu as le droit, complètement

- DR F : Je dirais ordinale et civile
- NR : Pour toi ça fait partie du code de déontologie.
- DR F : Ouais
- NR : OK. Je vais juste voir un peu plus ton ressenti du coup par rapport à tout ça, c'était très théorique pour l'instant. Est-ce que tu aurais un exemple de situation avec un patient dans lequel ta responsabilité de médecin a été mise en cause ? Même si ça n'a pas été très loin, c'est juste hein, est-ce que tu vois un risque médico-légal qui te serait appliqué finalement ?
- DR F : Par rapport à mon expérience, quelque chose qui me serait arrivé ?
- NR : Oui
- DR F : Dans mon expérience quelque chose qui me serait arrivée ? J'ai eu une fois, j'étais en remplacement temporaire pendant les vacances à prendre en charge une dame qui avait un cancer pulmonaire, enfin bronchique voilà qui venait d'être diagnostiqué et que j'ai vue à plusieurs fois en consultation, et que j'ai prise en charge pour une douleur aigue le dernier jour de mon remplacement là-bas, que j'avais déjà vue pour des problèmes de douleurs, mais du coup que j'avais d'abord traité en palier 1, mais qui était vraiment avec des douleurs terribles et que j'ai mise sous morphiniques. Et, en fait, la dame est décédée dans le week-end après que j'ai arrêté le remplacement. Je l'ai appris par le médecin que je remplaçais Je n'ai pas du tout, on ne m'a pas du tout demandé mon témoignage, il n'y a pas eu de conséquences derrière, mais bon il y a eu quand même un rapport de cause à effet entre ma prescription et puis son décès après. Je n'ai pas su ce que ça avait pu donner et si c'était un décès subit indépendant de ma prescription, ou si les choses se sont accélérées du fait de ma prescription. Je n'ai pas pu le savoir. En tout cas le médecin que je remplaçais a été convoqué à la gendarmerie et entendu à la gendarmerie
- NR : Il y eu quand même un dépôt de plainte ?
- DR F : Alors, je ne sais pas si c'était un dépôt de plainte de la famille, je ne sais pas exactement ce qui s'est passé mais en tous cas, elle a été entendue puisqu'il y avait un doute par rapport à la cause de la mort de cette dame
- NR : D'accord. OK. Est-ce que tu en sais par rapport au certificat de décès, si une autopsie a été demandée par exemple ?
- DR F : Je ne suis pas certaine, je crois que oui, il me semble que oui...
- NR : Il y a eu obstacle médico-légal ?
- DR F : Il y a eu obstacle médico-légal, en tous cas sur le certificat.
- NR : D'accord. OK. Par rapport à cette mise en cause, j'imagine, le médecin te l'a dit un peu plus tard finalement. J'aimerais juste savoir, en fait, déjà pendant la situation, comment tu as géré les choses, si tu avais senti que c'était quand même quelque chose à risque et après la situation quand le médecin t'a mise au courant qu'est-ce que tu as ressenti par rapport à cela ?
- DR F : Par rapport au jour où j'ai fait la prescription, si j'ai senti un risque ?
- NR : Voilà, par rapport au dernier jour de ton remplacement.
- DR F : Par rapport à la prescription je ne percevais pas forcément un risque parce que cette dame voilà était douloureuse et entrain dans le cadre de la prescription des morphiniques, puisque voilà c'était une douleur d'origine cancéreuse, donc voilà dans le cadre de la prescription des morphiniques de toutes façons. Après, j'avais commencé en plus avec des doses basses parce que cette dame était potentiellement à risque respiratoire, donc je savais qu'il y avait potentiellement un risque respiratoire et j'avais vraiment fait des prescriptions en pensant à ça. Euh, après, voilà, c'était une dame seule, donc c'est vrai il y avait potentiellement un risque, il fallait pouvoir l'emmener à l'hôpital si elle y avait une intolérance au médicament par exemple.
- NR : Le fait que ce soit pris en charge à domicile, ça te paraissait plus dur ou...
- DR F : Oui c'est plus difficile.
- NR : Plus difficile, d'accord, ok. Y compris dans ce cadre comme tu le disais elle est seule, y compris dans la façon de gérer autour du médical ?
- DR F : oui, autour du médical, exactement.
- NR : Ok, c'est à risque d'accord. Donc après tu finis ton remplacement, le médecin te tient au courant du coup de ce qu'il a été entendu, qu'est-ce que tu ressens à ce moment-là ?
- DR F : Ce que j'ai ressenti ? quand même choquée oui choquée et puis j'avais un peu oui un peu de culpabilité oui.
- NR : D'accord.
- DR F : Effectivement, le fait que j'ai qu'il ait eu un rapport oui, le fait qu'il y ait eu un rapport peu de temps après que je sois passée voir la patiente, que je sois le dernier médecin en tout cas qu'elle ait vu, oui, oui, de la culpabilité.
- NR : D'accord ok et par rapport à ton métier est-ce que cela a remis en cause des choses ou pas du tout.
- DR F : Cela n'a pas remis en cause des choses, par contre ça m'a fait réfléchir peut-être pour d'autres situations comme ça, comme celle-là, peut-être que je les gèrerai autrement. Cela m'a appris des choses.
- NR : Qu'est-ce que tu ferais a posteriori ? des pistes ?
- DR F : Des pistes ? Peut-être que j'aurais appelé la famille, pour peut-être qu'elle soit ... voilà qu'elle soit ... même si elle n'avait pas de famille proche sur place pour qu'elle soit plus surveillée notamment.
- NR : D'accord, ok.
- DR F : Pour expliquer ce que je faisais et le suivi derrière.
- NR : Donc tu parlais de rappeler la famille à ce moment-là. Par rapport au dossier, tu avais écrit des choses ?
- DR F : Oui j'avais écrit que j'étais venue la voir à domicile, qu'il y avait des douleurs intenses résistantes au palier 1, que donc dans ce contexte, je prescrivais du coup un traitement palier 3.
- NR : D'accord.
- DR F : Parce qu'il y avait une notion d'intolérance digestive aux médicaments de palier 2. Donc je n'étais pas passée par le palier 2
- NR : D'accord. Donc ça, tu avais bien noté ton choix thérapeutique.

- DR F : Mon choix thérapeutique et ma conduite à tenir dans le dossier !
- NR : D'accord, ok. Par rapport au médecin que tu as remplacé, tu gardes les mêmes rapports avec lui ?
- DR F : Oui, elle a ... il n'y avait pas eu du tout de tension par rapport à ça, c'était plus voilà qu'elle a souhaité me le confirmer, on s'est même rappelées après coup pour en discuter en fait.
- NR : Tu sais toi comment elle l'a vécu ?
- DR F : Elle l'a pas bien vécu...
- NR : Elle l'a pas bien vécu, d'être convoquée à la gendarmerie ?
- DR F : Elle-même ressentait de la culpabilité par rapport à la prise en charge de cette patiente.
- NR : D'accord.
- DR F : Parce qu'il faut savoir que c'est une dame pour laquelle elle m'avait fait une relève, voilà, elle était inquiète pour elle avant de partir en vacances et c'est vrai que voilà qu'elle s'est dit, peut-être je ne peux pas interpréter ce qu'elle a ressenti, mais il y avait quand même de la culpabilité
- NR : Parce que émotionnellement c'était chargé ?
- DR F : Voilà, c'était chargé oui, c'était une dame qu'elle suivait depuis longtemps.
- NR : D'accord, ok. Et le fait qu'elle soit convoquée à la gendarmerie à ta place, finalement, cette responsabilité du médecin remplacé ?
- DR F : Ben ça m'a un peu étonnée que l'on ne m'ait pas convoquée moi aussi j'aurais pensé qu'on nous aurait convoquées l'une puis l'autre, puisque je l'avais vue six mois avant. Cela m'interroge, ça me pose une question sur le rôle justement du remplaçant dans ce contexte-là...
- NR : D'accord.
- DR F : Parce qu'on on est voilà, on est des médecins indépendants, c'est pas...
- NR : Bien sûr !
- DR F : Mais je pense qu'elle a été convoquée simplement pour un témoignage en réalité, ce n'était pas Voilà...
- NR : ça n'a pas été plus loin ?
- DR F : ça n'a pas été plus loin effectivement...
- NR : D'accord. D'une façon globale, tu penses que le risque médico-légal il est important ou il est devenu important en médecine générale ?
- DR F : Je pense qu'il est devenu important...
- NR : Il est devenu important. D'accord. C'est quelque chose que tu prends en compte ?
- DR F : Oui...
- NR : Tu y penses ?
- DR F : J'y pense...
- NR : Ok.
- DR F : Par rapport à ça...
- NR : D'accord. Je regarde un petit peu les comportements des médecins généralistes par rapport à ça justement. Tu me dis que tu en tiens compte justement en tout cas et que tu y penses de temps en temps. Selon toi, c'est quoi les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ? Qu'est-ce qu'il peut faire ?
- DR F : Comme je disais tout à l'heure, informer le patient !
- NR : Informer, c'est toujours toi ce qui ...
- DR F : Communiquer, c'est vraiment le premier terme euh et puis après je pense remplir, bien remplir son dossier médical.
- NR : D'accord.
- DR F : De façon objective, le plus possible.
- NR : Donc la tenue du dossier médical. Cela paraît être quelque chose qu'il faut absolument améliorer ou pas ? D'après ton expérience ?
- DR F : D'après mon expérience, parce que j'ai vu différents types de dossiers médicaux que ce soit du papier, de l'informatique et des tenues qui étaient plus ou moins régulières du dossier et je pense que voilà qu'il faut systématiquement voilà quand on a un consultant devant soi écrire quelque chose
- NR : Une marque de passage...
- DR F : Une marque de passage, ouais.
- NR : D'accord. Je te propose 2, 3 petites choses et tu me dis si ça te paraît important pour prévenir le risque médico-légal c'est toujours pareil est-ce vraiment utile ou pas. Le recours plus important au spécialiste ? ou à la prise en charge hospitalière ?
- DR F : A mon niveau oui, oui.
- NR : A ton niveau, d'accord...
- DR F : Je ne pense pas systématiquement, mais je pense par rapport à mon expérience oui. A mon avis des médecins plus expérimentés ne diront pas forcément la même chose
- NR : En tous cas, toi, c'est ton avis, d'accord. Donc il ne faut pas rester seul.
- DR F : Non, ne pas rester seul, il faut s'entourer.
- NR : D'accord, donc même si tu penses que c'est peut-être un peu trop demander ?
- DR F : Oui, moi, j'ai tendance à demander plus d'avis quand j'ai un ressenti, peut-être pas forcément objectif mais d'une potentielle gravité oui, je demande des avis plus par excès.
- NR : Par excès, d'accord.
- DR F : Voilà !
- NR : Donc, cela veut dire, consultations de spécialistes, envois aux urgences en gros ?
- DR F : Oui

- NR : appel du Samu ? Des choses comme ça ?
- DR F : Oui.
- NR : Autre chose possible, s'entourer de pairs, c'est toujours ne pas rester seul, le Conseil de l'Ordre, l'avis de confrères, les assurances,
- DR F : Oui, c'est des choses ...
- NR : C'est des choses que tu peux faire ?
- DR F : Oui que je peux faire, que je trouve importantes.
- NR : Donc, tu parlais de personnes à risques procéduriers, on va dire ça comme ça, est-ce que cela t'est arrivé de faire une lettre au Conseil de l'Ordre pour le prévenir ou à ton assurance, pour dire attention, j'ai été ... ?
- DR F : Je n'ai pas été dans cette situation...
- NR : D'accord
- DR F : Je ne sais pas si j'y aurais pensé...
- NR : D'accord.
- DR F : Je ne sais pas si j'y aurais pensé avant une plainte.
- NR : Oui tout à fait !
- DR F : Non avant une plainte je n'y aurais pas pensé
- NR : Tu n'as pas fait ça ?
- DR F : Je n'ai pas fait...
- NR : Même pendant ton internat par exemple, ton tuteur t'a, t'a jamais pris en compte là-dessus ?
- DR F : Non jamais....
- DR F : Est-ce que pour se prémunir du risque médico-légal, il faut améliorer les conditions de consultation. J'entends plus de temps, plus de moyens, plus de formation continue, plus de communication. Communication effectivement on en a déjà parlé...
- DR F : Communication en première ligne !
- NR : D'accord
- DR F : Le temps...
- NR : Tu penses qu'on manque de temps ?
- DR F : Manque de temps parce que la bonne communication c'est aussi demander un retour du patient, prendre le temps d'abord pour ce retour mais des fois c'est pas toujours facile
- NR : Oui, ok. Plus de moyens ? Je parle d'espace, par exemple, ou d'une informatisation plus importante, alors, je pense à des logiciels voilà de suivi ou de ... ?
- DR F : Et peut-être aussi organiser les soins différemment avec des paramédicaux,
- NR : Oui, parfaitement...
- DR F : Travailler avec les autres, avec des infirmières...
- NR : Se donner les moyens ?
- DR F : Un relais avec quelqu'un d'autre qui pourra suivre le patient après expliquer ce qu'on attend de la prise en charge.
- NR : S'entourer, OK. Plus de formation continue ?
- DR F : Oui...
- NR : Tu penses que c'est nécessaire pour le risque médico-légal ?
- DR F : Oui, oui puisque par rapport aux décisions thérapeutiques, il faut être formé et il n'y a que par la connaissance, voilà ...
- NR : La connaissance permet de se prémunir ?
- DR F : La connaissance est une bonne prévention, je pense.
- NR : D'accord. Pareil. Pour se prémunir du risque médico-légal tu penses qu'il faut abandonner certaines thérapeutiques ou certaines pratiques ?
- DR F : (silence)
- NR : Si tu veux, j'explicité un plus cela. Certaines thérapeutiques, je pense par exemple à des gestes invasifs, qui peuvent donner des infections, infiltrations, pose d'implants etc... ou abandon de certaines pratiques, alors il y a des médecins généralistes qui font des choses qui sont un peu, pas exotiques, mais voilà qui sortent un tout petit peu de l'ordinaire, je pense à des choses esthétiques, je pense à des échographies qu'ils peuvent faire aussi, est-ce que tu penses qu'il faudrait que l'on abandonne cela ?
- DR F : Euh, je pense que si on fait justement des gestes particuliers ou qu'on fait des échographies il faut avoir des compétences pour cela, donc il faut, à mon avis, avoir validé des certificats ou une formation en tous cas pour faire reconnaître cette compétence.
- NR : D'accord.
- DR F : Avant de la faire. Après, certains gestes au cabinet, ça aussi c'est individuel, moi j'avoue que je fais peu de choses très invasives au cabinet quoi. Les implants moi ça ne me pose pas de soucis, mais c'est vrai que personnellement je ne pose pas de stérilet par exemple, voilà car c'est potentiellement quand même à risque infectieux. Je fais peu de petite chirurgie aussi.
- NR : D'accord. Tu ne fais pas non plus d'infiltrations intra-articulaires.
- DR F : Non.
- NR : Tu penses en tout cas qu'il faudrait une certaine connaissance en tous cas éviter l'amateurisme, mais ne pas s'empêcher de faire des choses.
- DR F : Pas s'empêcher, pas forcément...
- NR : Ok, très bien. Je te remercie Est-ce que tu as des questions, toi des remarques ?

- DR F : Pas des remarques mais j'aimerais qu'on discute un peu des responsabilités (rires)

Docteur G :

- NR : C'est une enquête que je suis en train de mener dans mon master 2 « Culture et Santé » donc c'est une année d'étude que j'effectue après mon internat qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie, d'anthropologie de la santé. C'est une méthode un peu particulière pour faire de la recherche par rapport à la médecine et cet entretien que l'on va faire, fait partie de mon mémoire qui servira à ma thèse d'exercice, ce que je t'expliquais tout à l'heure et donc ça s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal qui est lié à leur pratique.
Ces dernières années, il y a eu une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes. Avant c'était 1 sur 10 en 97 et maintenant on est passé à 1 sur 2 médecins qui sera impliqué dans une procédure judiciaire. Il y a peu d'étude en dehors des assurances professionnelles qui rendent compte de cet état de fait, peu d'informations pour le médecin généraliste qui voudrait savoir un petit peu ce qu'il risque ou en tout cas les situations à risque par rapport à ça. Donc, je te propose un entretien sous forme de questions pour connaître ton avis, ton expérience sur le sujet. Ça sera enregistré pour que je puisse retranscrire fidèlement tout ce que tu m'auras dit mais ce sera totalement anonyme et donc, toutes tes réponses et celles de tes confrères me serviront juste à extraire des éclaircissements sans qu'il n'y ait aucun jugement particulier sur les choses.
Est-ce que tu as des questions à ce stade ?
- DR G : Non.
- NR : On se lance... Alors, du coup, il faut que je prenne 2-3 informations. Hem, ton âge ?
- DR G : 40 ans
- NR : 40 ans pile, d'accord. T'es installé depuis combien de temps ?
- DR G : Depuis, euh ...
- NR : Ta première installation ?
- DR G : Septembre 2010
- NR : Septembre 2010.
- DR G : Ici...
- NR : D'accord ici
- DR G : Avant, j'étais assistant aux urgences pédiatriques à Villefranche.
- NR : Ouais et tu faisais des remplacements quand même ?
- DR G : Et je faisais des remplacements de médecine, enfin des gardes sur le 24-24 à Bourgoin-Jallieu aussi et depuis 2008 et euh mes premiers remplas de médecine générale, c'était en 2000 avant l'armée.
- NR : Ah oui, d'accord, ok, du coup ta thèse c'était en quelle année ? Tu te souviens ?
- DR G : Le 22 juin 2004.
- NR : D'accord, ok, très bien. Donc là, tu travailles en collaboration. Il y a 6 associés maintenant ?
- DR G : 5 associés.
- NR : 5 associés, d'accord. Ah oui, c'est vrai Arnaud n'est pas encore dedans.
- DR G : Non.
- NR : D'accord, ok, ton activité est plutôt urbaine, semi-urbaine, rurale ?
- DR G : Semi-urbaine.
- NR : Semi-urbaine. D'accord, ok avec en plus l'hôpital qui est juste à proximité ?
- DR G : Oui.
- NR : Au niveau du bassin de population. D'accord.
- DR G : Quand je te parle de risque médico-légal, ça t'évoque quoi ?
- DR : Ça m'évoque quelque chose qui me hante. On y pense tous les jours. A chaque fois qu'on fait un... enfin de plus en plus, je dirais plus on a d'expérience, plus on se rend compte qu'on peut faire des bêtises.
- NR : D'accord.
- DR G : Plus on se rend compte qu'on a de chances de passer à côté de quelque chose.
- NR : D'accord.
- DR G : Et donc, plus on y pense alors c'est pas quelque chose qui te prend à la gorge mais on y pense vraiment tous les jours. Du coup, on est en exercice on se rend compte des choses et on suit les gens on se rend compte des soucis qu'on peut avoir voilà parce que la clinique n'est pas souvent suffisante, rarement suffisante en fait on se rend compte le lendemain qu'on a un truc catastrophique et si on n'avait pas fait la biologie on serait passé complètement à côté.
- NR : On serait passé à côté, d'accord. Et c'est par rapport aussi à l'expérience de tes confrères autour ou pas ?
- DR G : Ouais.
- NR : Tu t'aperçois que ça peut aller vite ?
- DR G : Oui, ça peut aller vite. Tous les jours, enfin toutes les semaines, on a quelque chose d'énorme plus on avance dans la carrière, plus on se rend compte qu'on peut passer à côté de quelque chose.
- NR : Au début de ton activité ce n'était pas quelque chose qui était présent ?
- DR G : Non pas trop. Après, effectivement. Après on a J'ai jamais été devant un juge, j'ai jamais, on a jamais porté plainte ou quoi que ce soit contre mes faits ou mes actes médicaux mais il y a eu des moments chauds quoi, des décès qui ont pas été rapportés à mes agissements mais euh ça a été au niveau de la famille ça a été compliqué
- NR : D'accord. J'avais une définition en fait du risque médico-légal de la revue *Prescrire* te proposer : « le risque médico-légal est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou

des procès de la part des malades. » Ça te paraît juste ou pas par rapport à ça ? Ou est-ce que c'est autre chose le risque médico-légal ?

- DR G : Ben, c'est euh, si il y a le légal alors du coup tant que t'es pas passé devant un juge, je dirais que effectivement ou tant que je ne suis pas passé devant un juge, je dirais effectivement que je n'ai jamais eu de soucis. Il y a pu y avoir des couacs de temps en temps, 4, 5 cas dans ma carrière où j'aurais pu faire mieux des choses comme ça mais pour l'instant il y a pas...
- NR : D'accord.
- DR G : Je ne suis pas passé devant le juge, ils n'ont pas porté plainte du coup je me dis qu'effectivement je n'ai pas eu de soucis médico-légaux.
- NR : D'accord, ok. A ton avis dans ton métier, c'est quoi les situations à risque en particulier ?
- DR G : En médecine générale et surtout dans l'urgence c'est de, c'est de savoir passer la main.
- NR : Ouais.
- DR G : Notamment sur les douleurs abdominales par exemple c'est quelque chose qu'on a très souvent le soir à 8 heures, 9 heures, 10 heures du soir et savoir s'il faut faire l'écho d'urgence ou le scanner savoir passer la main et savoir dire je l'envoie à l'hôpital ou je ne l'envoie pas. De plus en plus on les envoie car on prend de moins en moins de risque quand même, effectivement il y a quelque chose qui plane sur nos têtes euh c'est d'arriver à se dire est-ce que ça peut attendre le lendemain quoi...
- NR : Hum...
- DR G : Souvent on a le scan facile à 8-9 heures le matin mais il se peut quand même que c'est long 12 heures il se peut que l'intestin ait souffert 12 heures plus tard. Une péritonite, ça arrive vite, ça explose vite et du coup moi c'est souvent le soir en fait comme on fait du 24 effectivement à 8 heures ou à 7 heures et demie le soir on n'a pas la possibilité d'échographie et surtout je retrouve ça sur les douleurs abdo ou les douleurs thoraciques effectivement on se dit ça va attendre on va faire une "tropa" en ville c'est pas bien de faire des "tropa" mais emmerdouiller les urgences pour une douleur thoracique un peu atypique chez quelqu'un qui n'a pas forcément de facteur de risque c'est un peu difficile mais, mais du coup c'est surtout de savoir passer la main savoir dire voilà je sais pas a priori, il y a un petit risque, même s'il y a un petit risque, il faut passer la main.
- NR : D'accord. D'après ton activité justement, la pédiatrie, ça te paraît quelque chose à risque ou pas ? Peut-être pas vue ton expérience.
- DR G : Moi j'ai un peu plus d'expérience en pédiatrie, donc je dirais que c'est moins risqué pour moi en pédiatrie à part le tout petit mais le tout petit on ne prend de risque le tout petit on l'envoie d'urgence on ne se pose même pas la question de savoir, moins de 3 mois et tout ça, du coup en pédiatrie je gère, on prend moins de risque.
- NR : D'accord.
- DR G : Et puis c'est plus naturel enfin en général c'est plus difficile la gériatrie que la pédiatrie...
- NR : Hum ?
- DR G : Les personnes âgées ça cache quelque chose, les enfants c'est plus naturel enfin je trouve c'est moins difficile...
- NR : D'accord.
- DR G : La gestion est moins difficile donc il y a moins de risque...
- NR : Le téléphone ?
- DR G : Le téléphone oui c'est risqué !
- NR : Très risqué ?
- DR G : Moi je me rends compte en fait que je ne fais pas assez attention mais euh il y en a beaucoup qui nous appellent pour des conseils, des conseils la nuit etc je finis toujours par dire ben moi je pense que il n'y a pas forcément besoin de consulter mais si jamais vous êtes inquiet il faut consulter, je finis toujours par ça. N'empêche que ce n'est pas enregistré et du coup les gens peuvent dire oui mais vous avez dit d'attendre le lendemain ils peuvent déformer les choses ils ne sont pas toujours très...
- NR : Nets ?
- DR G : Nets effectivement et donc du coup je pense que c'est le risque le plus important
- NR : Ouais, d'accord
- DR G : Quand on était au Samu je faisais ma capacité de médecine d'urgence je voyais bien que la régulation médicale même enregistrée c'est casse-gueule...
- NR : C'est casse-gueule ?
- DR G : C'est vraiment le truc difficile on ne devrait pas répondre au téléphone pour un conseil banal, on ne devrait pas...
- NR : D'accord ok.
- DR G : Ça c'est sûr...
- NR : On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine en France. Qu'est-ce que ça t'évoque cette expression ?
- DR G : Ça m'évoque effectivement que ... les USA quoi, ça m'évoque les avocats euh qui sont euh derrière les patients qui sont là pour attendre le chaland pour enfoncer le médecin entre guillemets et il y en a qui ont besoin, il y en a qui ne font pas leur métier correctement je pense alors du coup c'est l'avocat, c'est les USA, c'est effectivement la justice qui est là pour euh mettre des barrières au médecin.
- NR : Hum...
- DR G : Mais effectivement il y en a peut-être pas eu assez, il y a 30 ans le médecin faisait ce qu'il voulait, tout se passait il y avait plein de conneries qui étaient faites il n'y avait pas de barrière parce que la barrière du conseil de l'ordre c'est du pipi de chat et du coup la justice est là pour remettre de l'ordre un petit peu. Enfin moi je ne prends

pas ça en tout cas ici je n'ai pas de souci, j'ai un avocat qui est venu et voilà ... si tu fais ton métier correctement la judiciarisation de la médecine ne posera pas de souci.

- NR : D'accord.
- DR G : T'as l'impression de faire les choses correctement, d'examiner bien les gens je pense que tu prendras moins de risque que quelqu'un qui prend son métier un petit peu trop à la légère quoi.
- NR : D'accord.
- DR G : Mais du coup, ouais, c'est ça les USA, c'est avoir quelqu'un, avoir du travail avec un avocat derrière le dos etc c'est ça, c'est pas très très bon mais euh mais on a pas le choix.
- NR : En tout cas c'est réaliste.
- DR G : Ben ça c'est sûr et certain...
- NR : D'accord.
- DR G : ça c'est sûr.
- NR : A ton avis, c'est quoi les obligations légales d'un médecin généraliste ? En tout cas sa responsabilité quoi, qu'est-ce qu'il doit faire ?
- DR G : Ben, il est là pour euh, pour le suivi des patients, pour savoir s'arrêter, pour savoir passer la main, savoir envoyer au médecin spécialiste quand il y a besoin, de se dire qu'on est pas des, qu'on est que des spécialistes de médecine générale, on n'est en fait que des médecins généralistes, on a régulièrement besoin du cardiologue, on a besoin de passer la main j'ai plein de patients de gens on a l'impression d'être un spécialiste de médecine générale qui et du coup j'envoie le diabétique qui est vu tous les 10 ans par l'endocrinologue qui ne va jamais faire son fond d'œil le suivi des patients t'es à la comment dire, t'es là pour servir le patient et pour passer la main et pour être l'organisateur des soins.
- NR : D'accord.
- DR G : Entre l'hôpital, le médecin spécialiste libéral et ton cabinet tu dois pouvoir gérer le patient, et t'es pas seul à le gérer.
- NR : D'accord.
- DR G : Savoir que t'es pas le seul à le gérer savoir passer la main de temps en temps c'est bien pour le diabète, l'hypertension je vois plein de gens qui sont sous KENZEN® et qui n'ont pas vu de cardiologue de toute leur vie, ils sont sous antihypertenseurs depuis 30 ans et on ne sait pas pourquoi ils ont toujours une tension à 12-8 ils ont jamais vu de cardiologue, jamais eu d'ECG, jamais eu de bilan.
- NR : D'accord. Donc, bien coordonner le suivi...
- DR G : La coordination des soins, tu es juste là pour ça.
- NR : D'accord. On parle de triple responsabilité chez le médecin. Tu as la responsabilité ordinaire, le conseil de l'ordre donc disciplinaire, la responsabilité civile et puis la responsabilité pénale. Est-ce que tu saurais m'expliquer ces différentes responsabilités peut-être au moyen d'exemples ?
- DR G : Un petit peu.
- NR : Un petit peu... ?
- DR G : Le pénal c'est quand effectivement, tu as fait une faute et tu risques la prison !
- NR : Oui, oui...
- DR G : Le civil et ben tu risques de payer voilà, les assurances qui payeront pour toi du coup le civil c'est devant le tribunal d'instance quelque chose comme cela. Le pénal c'est devant c'est quoi le pénal déjà ben si t'as un jugement t'es jugé en tant que tel pas comme je ne sais pas si tu es jugé en tant que médecin mais pour ta faute commise pour des actes répréhensibles devant la loi pénale du coup tu risques la prison ça c'est sûr pour une faute grave par exemple.
- NR : D'accord.
- DR G : Alors que le civil tu n'as pas forcément fait de faute mais il y a eu une issue un peu fatale pour un patient là tu peux payer sans forcément que ta faute soit remise en cause.
- NR : D'accord.
- DR G : Mais devant le conseil tu prends des blâmes des choses comme ça quand t'as pas respecté les règles ordinaires enfin des trucs bêtes quoi de concurrence, de publicité ou des choses comme ça je pense que...
- NR : D'accord.
- DR G : Blâme, tu paies ou alors tu vas en prison (rires)
- NR : D'accord, ok. Le secret médical, par exemple, si tu violes le secret...
- DR G : Alors le secret médical je le mettrais.... (silence)
- NR : Tu le mettrais où ?
- DR G : Le secret médical, je le mettrais violation du secret médical ben j'en sais rien...
- NR : Mais ton idée, pas de souci
- DR G : Euh, je dirais Une faute grave, ça peut être une faute grave. Ça dépend de l'issue mais ça peut être une faute grave, ça sera peut-être le pénal....
- NR : D'accord, oui, oui, ok, tout ce qui est infection liée aux soins par exemple une suture qui se surinfecte...
- DR G : Euh, ben ça, ça peut-être du ça serait dans le civil ça serait à payer, parce qu'il n'y a pas forcément, à mon avis tu ne peux pas prouver qu'il y a, qu'y a, ce n'est pas une erreur médicale, une négligence...
- NR : D'accord.
- DR G : Moi je dirais dans le civil.
- NR : D'accord, tout ce qui est rédaction de certificats, faux certificats, certificats de complaisance ou alors des choses mal faites.
- DR G : Lors moi je dirais peut-être plutôt au niveau de l'ordinal, ça plus

- NR : Ouais.
- DR G : Mais même t'as pas le droit, le droit médical les certificats de complaisance là aussi droit ordinal, droit pénal
- NR : D'accord, ok euh du coup je vais te demander quelque chose un peu plus lié à ta carrière à toi mais tu me diras ce que tu veux. Est-ce que tu as vécu une situation avec un patient dans laquelle ta responsabilité de médecin a été mise en cause. Alors, tu m'as parlé de 4-5 cas sans que c'ait été très loin est-ce que ça ne te dérangerait pas juste de m'expliquer un cas,
- DR G : Ouais.
- NR : Savoir ce que t'as
- DR G : Par exemple je me rappelle bien d'un cas un monsieur de 85 ans - 86 ans qui n'a pas vu de médecin depuis 30 ans qui a été amené par les pompiers parce qu'il faisait des malaises donc je le vois lui seul aux urgences à Rilleux euh ... a priori il faisait des malaises à répétition donc on pensait à un truc cardiaque donc moi j'avais dans l'idée l'ECG était bon, la biologie était bonne mais c'est un monsieur qui faisait des malaises à répétition dans ce qu'on nous disait, dans ce que les pompiers nous racontaient ou les ambulanciers et j'avais mis ses enfants, je ne savais pas s'il avait des enfants ou pas, le mec était un peu perdu euh et du coup on décide de le garder. J'appelle le cardiologue. Il me dit oui on va le garder, on va le mettre en médecine. Effectivement, dans un service de médecine banal donc en attendant on le met le déchoquage en attendant la place dans un service de médecine en attendant tous les bilans, j'appelle quand même la, sa femme qui me dit que effectivement il est un peu perturbé et il a fait des malaises mais je le trouvais un peu bizarre il était un peu acariâtre, il disait qu'il était contre la médecine, contre tout, il refusait que sa femme voit les médecins et donc du coup c'était pas sûr qu'il veuille rester mais que ... mais moi je pense que médicalement c'était justifié qu'il reste à l'hôpital et elle m'avait dit ça va être un peu difficile. Du coup, je vais le voir, je l'hospitalise, je lui dit qu'on va l'hospitaliser en médecine pour un suivi pour voir son cœur parce qu'il faisait des troubles du rythme paroxystique ou quelque chose comme ça et puis euh je le retrouve debout avec sa perfusion il avait tout arraché, il allait partir, il était dans le sas des urgences il se baladait. Du coup, moi, pour pouvoir le garder en hospitalisation, je lui ai injecté, j'ai dit à l'infirmière de lui injecter un produit - qu'est-ce que c'était déjà - du TRANXENE®.
- NR : Du TRANXENE®, d'accord.
- DR G : Je crois que je lui ai mis c'était un mec qui était tout maigrichon, j'ai dû lui mettre du TRANXENE® 50 une demie ampoule de TRANXENE® 50 et on l'a attaché au brancard avec du TRANXENE® 50 une demie ampoule après j'ai vu une multitude d'autres gens j'avais fait son entrée donc il est monté dans le service et puis euh il euh je ne l'ai pas revu, je croyais que c'était réglé et du coup quand il est dans le service il est géré par les cardiologues.
- NR : Hum...
- DR G : Moi, j'ai pas eu de nouvelles de lui jusqu'au lendemain je crois je finissais ma garde et le lendemain on me dit que le médecin, le patient il a été vu par son fils et que son fils l'a retrouvé pas du tout comme d'habitude, il ne se réveillait pas, du coup quand il est arrivé le soir, il était pas réveillé toujours pas je lui avais fait injecter son TRANXENE® 25mg à 13 heures, 14 heures, 15 heures je ne sais plus et le soir il n'était toujours pas réveillé et en fait son fils donc il est revenu après effectivement m'a dit on lui a balancé de l'ANEXATE® pour contre balancer les effets des « Benzo » ça n'a pas marché et il est jamais redevenu comme il était avant, il n'a jamais rien eu de plus que ce TRANXENE® là qui l'a fait dormir a priori il n'était pas réveillable semble-t-il et il s'est jamais réveillé correctement et il n'est jamais redevenu normal et au bout de 15 jours il est mort on ne sait pas trop de quoi il est mort et mon fils, son fils m'a dit quand il est arrivé il était bien pourquoi vous l'avez gardé moi je lui ai dit que pour moi il était agité et qu'il n'y avait pas plus de risque pour lui de pas le sédaté parce qu'il allait partir et que s'il partait peut être il allait faire son trouble du rythme à la maison et que voilà et que il n'y a pas d'effet du TRANXENE® en général. Ça fait dormir point final ça on fait une fausse route ou quelque chose comme ça on a des choses mais ça n'a jamais fait mourir quelqu'un quoi mais il n'a jamais compris il m'a demandé pendant cent sept ans ce que j'avais injecté mais je n'ai injecté que du TRANXENE® moi et que pour moi cela n'explique pas le décès donc du coup il a cherché moult problèmes et du coup voilà il est décédé à 86 ans c'est pas tellement de soucis mais ça aurait été plus jeune enfin je ne sais pas si j'ai bien fait ou mal fait de faire du TRANXENE® je ne suis pas sûr que c'est pour ça qu'il est décédé. En 10 jours en fait je lui ai fait son TRANXENE®, il était bien effectivement il était agité hein et je lui ai fait son TRANXENE® 25 et il s'est plus jamais réveillé comme avant, donc il y a eu quelque chose, le scanner normal, tout était normal, il n'y a rien de particulier si ce n'est que avant il était à peu près correct après il ne l'était plus.
- NR : D'accord.
- DR G : Donc ma responsabilité n'a pas été engagée ça fait 2 ans ou 3 ans mais il était très, il était très agressif, un peu...
- NR : Très revendicatif ?
- DR G : Très revendicatif en disant qu'il y avait eu quelque chose, que de toutes façons il chercherait.
- NR : D'accord.
- DR G : Et euh il me mettait même en porte à faux avec les médecins du service le cardiologue et à la clinique : « De toutes façons ils vous lâchent à la clinique, ils ont dit que c'est aux urgences qu'il y a eu un souci et que c'était pas la faute du service ».
- NR : D'accord.
- DR G : Il s'est jamais rien passé. Il aurait pu chercher cent sept ans, je lui ai expliqué 15 fois la même chose Je sais qu'une seule chose c'est que je lui ai injecté du TRANXENE® et que c'est quelque chose qui fait dormir et que c'est pas ça qui peut, c'est pas ça qui va faire mourir.
- NR : Donc tu l'as vu à plusieurs reprises en fait ce fils ?

- DR G : Le fils, je l'ai vu, je l'ai vu une seule fois et après je l'ai eu plusieurs fois au téléphone.
- NR : Ah au téléphone. D'accord.
- DR G : Et après je l'ai eu plusieurs fois au téléphone. Je sais que ce n'est pas bien de parler au téléphone mais j'étais pas à Rillieux tout le temps, je ne pouvais pas le voir tout le temps.
- NR : D'accord, ok.
- DR G : Et j'étais remplaçant simplement.
- NR : D'accord. La femme, tu l'as pas eue au téléphone ?
- DR G : La femme je ne l'ai pas re-eue au téléphone mais je l'avais eu avant. Heureusement entre guillemets avec le cardiologue on s'est dit effectivement elle nous a dit quand même qu'il n'était pas bien stable, elle nous a dit quand même qu'il était bizarre que il voulait pas, il voulait absolument pas que sa femme, elle avait plus le droit de voir le médecin, pas le droit de sortir de la maison et enfin que donc du coup il avait quand même un comportement psychiatrique limite quoi.
- NR : Hum ?
- DR G : Et parce que en fait le fils avait complètement, il disait que son père allait bien, qu'il n'avait pas de souci psychiatrique etc et que quand même j'avais vu la femme et j'avais marqué sur le dossier comme quoi j'avais eu la maman enfin sa femme disant que effectivement il était déjà perturbé quand même psychologiquement avant et donc ça pu un peu nous aider.
- NR : D'accord, tout à fait.
- DR G : Pour expliquer les choses...
- NR : Comment t'as vécu toi toute cette situation ?
- DR G : C'est lourd. Dès que t'as un souci avec un patient. Alors, enfin je relativise en disant que je ne sais pas pourquoi il est mort ce monsieur je ne sais pas si c'est ma faute ou pas, si on l'avait peut-être laissé sortir, il aurait peut-être fait encore 2, 3 ans il avait vécu, il avait 86 ans donc c'est que j'ai essayé dans tous les cas de, de pouvoir dormir de se dire qu'il avait 86 ans et qu'il avait vécu et que, a priori, je n'avais pas fait de faute énorme voilà quoi.
- NR : D'accord, ouais, ouais. Est-ce que tu as changé ta pratique depuis cet épisode ? Il y a des choses qui t'ont fait changer ? Tu me parlais de bien appeler la famille par exemple ou bien remplir le dossier.
- DR G : Oui, de faire attention je le fais pas bien dans le service parce qu'on a beaucoup de monde dans le cabinet mais effectivement écrire tout ce qu'on dit tout ce qui s'est passé.
- NR : Ouais...
- DR G : Euh quand on a appelé quelqu'un, quand on a fait quelque chose, quand on a appelé les urgences, bien marquer dans le dossier que les urgences ont été appelées etc
- NR : D'accord.
- DR G : Bien savoir où va le patient, rappeler le service des urgences pour savoir si le patient est bien arrivé enfin des choses, je pense que là j'y pense plus maintenant qu'avant.
- NR : Qu'avant ouais, d'accord
- DR G : Plus t'as de soucis, plus t'as d'expérience, plus tu vois que t'as eu de soucis de toutes façons à force t'auras forcément des soucis tous les ans, tous les 2 ans, tous les 3 ans en pratique t'auras des soucis et du coup t'apprends les problèmes.
- NR : D'accord.
- DR G : Et du coup il faut bien tenir son dossier je le sais je le fais pas forcément parce que on a pas énormément de temps mais c'est vrai que j'y pense en tous les cas !
- NR : D'accord.
- DR G : Il faudrait le faire correctement...
- NR : D'une façon globale toi, tu penses que le risque médico-légal il est important ou il est devenu important en médecine générale ?
- DR G : Alors nous on ne fait pas vraiment de la médecine générale, on ne fait pas vraiment de suivi on prend peut-être un peu plus de risque parce que les patients nous connaissent moins, quand on connaît bien le patient, que c'est un généraliste qui suit la famille depuis 30 ans, en gros même s'il fait une connerie, je pense que ça posera pas de soucis nous on est un peu des urgentistes quand même, les gens ne nous connaissent pas et s'il arrive un couac on a plus de risques, ils attaqueront plus facilement le médecin qu'ils ont vu une fois en urgence que le médecin généraliste qui a fait une connerie et que ça fait 20 ans qu'il fait la connerie...
- NR : Oui
- DR G : Traite mal ou je ne sais pas quoi, il s'est passé quelque chose, il, ça fait 20 ans qu'il
- NR : c'est vrai....

Docteur H :

- NR : L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement. Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal lié à leur pratique. Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances

professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médico-légal inhérent à sa pratique.

Je vous propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître votre avis et votre expérience sur ce sujet. Cet entretien sera enregistré de façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que vous me confierez. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que vos réponses ainsi que celles de vos confrères interrogés me serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins.

Est-ce que vous avez des questions à ce stade ?

- DR H : Euh... Pour l'instant non, mais ça pourrait certainement venir
- NR : Ca va sûrement venir. Très bien. Alors juste deux ou trois informations sur vous. Je vais vous demander votre âge ?
- DR H : 54 ans.
- NR : 54, d'accord et vous êtes installé depuis combien de temps ?
- DR H : 89.
- NR : 89, d'accord. Toujours en collaboration ?
- DR H : Oui.
- NR : Vous avez toujours été en collaboration avec madame ?
- DR H : Oui.
- NR : D'accord. Toujours ici ?
- DR H : Toujours ici.
- NR : Toujours ici et donc depuis 89. Votre thèse, vous vous souvenez de l'année ?
- DR H : 89.
- NR : 89 également...
- DR H : Ou 88, je ne sais plus...
- NR : Très bien. Parfait. Ici c'est une activité qui est plutôt urbaine, semi-urbaine ?
- DR H : Urbaine.
- NR : Urbaine, oui, avec un hôpital à proximité ?
- DR H : Oui.
- NR : Et des cliniques ?
- DR H : Et des cliniques à Rillieux.
- NR : D'accord, ok, oui, donc facile d'accès. Avec une relation avec des patients que vous suivez du coup depuis 89 ?
- DR H : Certains oui, depuis le début oui.
- NR : Depuis le début. D'accord OK. Très bien. Quand je parle de risque médico-légal, qu'est-ce que cela vous évoque ?
- DR H : Euh oh. Tous les médecins vous disent ça, (rires) il y en a une profusion...
- NR : Oui ?
- DR H : Curieusement il y en avait beaucoup plus quand on était plus jeune, par exemple.
- NR : Oui, d'accord...
- DR H : Maintenant on est malin (rires)
- NR : C'est lié à l'expérience ?
- DR H : Ouais...
- NR : Ouais, d'accord. Et pour vous qu'est-ce que ça veut dire particulièrement un risque médico-légal ? Qu'est-ce que ça implique ?
- DR H : Le risque médico-légal ? Il s'agit des récriminations...
- NR : Humm...
- DR H : Pour tout et n'importe quoi en fait...
- NR : Oui, ça peut porter sur... ?
- DR H : ça n'a aucun sens...
- NR : D'accord, des fois c'est justifié ?
- DR H : ça été sûrement justifié euh... dans un tiers des cas, le reste étant complètement farfelu quoi...
- NR : Farfelu, oui. D'accord....
- DR H : Farfelu.
- NR : Ouais, d'accord, oui, oui. La définition du risque médico-légal par *Prescrire*, c'est « une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades. » Ça vous paraît juste ?
- DR H : Ouais, ouais.
- NR : Donc, plus vers le procès à ce moment-là ?
- DR H : Ouais.
- NR : D'accord. A votre avis quelles sont les situations à risque médico-légal dans votre métier ?
- DR H : Les situations à risque... euh... La visite à domicile.
- NR : Ouais, d'accord. La visite à domicile, pourquoi ?
- DR H : Une plaie médico-légale notoire, parce qu'il n'y a pas de table d'examen, il y a pas, ça prend du temps...
- NR : D'accord, d'accord.
- DR H : Au minimum les visites !
- NR : Vous n'en faites pas beaucoup ?

- DR H : Pour des raisons médico-légales.
- NR : D'accord.
- DR H : Parce que les conditions ne sont pas satisfaisantes.
- NR : D'accord.
- DR H : Très risqué...
- NR : Très risqué d'accord. Est-ce qu'il y a des spécialités dans votre métier qui vous paraissent plus à risque que d'autres ? Je pense à la gynécologie, à la pédiatrie, la...
- DR H : Oui je pense oui. Pour la pédiatrie on peut peut-être mettre l'obstétrique, mais je ne connais comment ils fonctionnent donc euh...
- NR : D'accord...
- DR H : J'ai les mêmes sources d'information que la population générale, quoi...
- NR : D'accord
- DR H : (rires) J'ai pas été creuser la nature de leurs problèmes et pourquoi ils ont des problèmes...
- NR : D'accord... OK. Tout ce qui est répondre au téléphone, ça vous pose un problème de ce côté-là ?
- DR H : Non...
- NR : Vous trouvez ça risqué ?
- DR H : Oui, c'est risqué, mais enfin, bon... dès que je, dès que la demande est un peu compliquée je fais venir !
- NR : D'accord. Vous faites venir à ce moment-là ?
- DR H : On ne se suffit pas du téléphone.
- NR : D'accord, ça vous paraît facile à gérer ?
- DR H : Oui, oui, quand je ne sais pas comment répondre...
- DR H : Oui, d'accord, à ce moment-là, ils viennent. Depuis quelques années on parle de judiciarisation de la médecine, qu'est-ce que ça vous évoque cette expression ?
- DR H : ... J'ai l'impression que j'en ai beaucoup moins maintenant qu'avant...
- NR : Oui... ?
- DR H : Le médecin devient plus prudent, il se méfie, il devient plus malin, il devient plus malin (rires), il repère très vite ce qui risque de dérapier.
- NR : Ouais.
- DR H : Voilà.
- NR : Et il repère en fait donc les situations dont on parlait...
- DR H : Voilà.
- NR : Les patients aussi ?
- DR H : Ouais c'est une espèce de sixième sens, là attention...
- NR : Hum ?
- DR H : ... Il y a un truc qui va dérapier là.
- NR : D'accord.
- DR H : On devient malin !
- NR : Oui, d'accord. Et vous vous trouvez justement qu'il y a un phénomène de judiciarisation, en général, hein, je parle...
- DR H : Non je ne suis pas certain, non.
- NR : D'accord.
- DR H : Non. Je ne crois pas que les gens soient... non, c'est, c'est bizarre, les gens qui nous ont fait des embrouilles, ils reviennent.
- NR : Ils reviennent, ouais, d'accord ouais, ouais euh..
- DR H : Ils se sont probablement rendu compte qu'on n'avait pas, que c'était eux qui avaient exagéré, quoi, j'en sais rien mais ça n'a pas de ...
- NR : Selon vous quelles sont les obligations légales d'un médecin généraliste, de quoi vous êtes responsable en somme ?
- DR H : Ben, de l'obligation de moyens, (rires)...
- NR : De l'obligation de moyens, oui ?
- DR H : Pas de résultats, souvent ce que les gens confondent !
- NR : Ouais, d'accord. Justement les visites à domicile, le téléphone, c'est une obligation ?
- DR H : Les visites à domicile ?
- NR : Hum ?
- DR H : Du tout, il y a une obligation de voir les gens mais... sous certaines conditions.
- NR : Oui ?
- DR H : Mais on n'est pas du tout obligé d'aller voir quelqu'un en visite.
- NR : D'accord, oui. Au niveau de la permanence des soins...
- DR H : Permanence des soins, oh, là, là c'est encore une autre histoire ça... (rires) euh... non il n'y a pas d'obligation.
- NR : D'accord, ok...
- DR H : Dans une maison médicale, il n'y a pas de visite !
- NR : Tout simplement, oui, tout simplement ouais. D'accord. On parle souvent de triple responsabilité du médecin. Il y a la responsabilité ordinale, disciplinaire du Conseil de l'Ordre, il y a la responsabilité civile et puis la responsabilité pénale. Est-ce que vous sauriez m'expliquer un peu ces différentes responsabilités et peut-être donner des exemples pour voir dans quelle case on les met ?

- DR H : Ah oui ! pénale, c'est vraiment, il faut faire une connerie monstrueuse, je ne sais pas, des trucs euh. Ah oui souvent les médecins confondent le civil et le pénal...
- NR : Oui ?
- DR H : Pénalement ils sont responsables, ils peuvent payer une amende, faire de la prison il faut que l'assurance puisse les défendre quoi, finalement.
- NR : Ouais...
- DR H : Alors que le civil, bon ben, c'est des dommages et intérêts, versés, j'en sais rien moi, pour une, un dégât mais qui n'est pas sciemment le fait du médecin enfin qu'on impute Un gamin qui se casse la figure en tombant de la chaise, bon ben on va au civil, mais pas au pénal.
- NR : Tout à fait oui !
- DR H : Le pénal, c'est à mon avis, c'est de refuser de recevoir quelqu'un et qu'il s'avère qu'il a laissé la preuve etc.... encore et encore, ça peut encore se défendre mais ...
- NR : D'accord, oui, oui. Au niveau ordinal ?
- DR H : Lors au niveau ordinal, c'est un peu des gens bizarres eux (Rires) Quand on a besoin d'eux ils ne sont pas là et puis quand on n'a pas besoin d'eux ils sont là.
- NR : Vous savez ce qui rentre à peu près là-dedans, la responsabilité ordinale ?
- DR H : Ce qui rentre là-dedans ? Les histoires entre confrères, les patients...des fois, ils interviennent en deuxième main, il faut d'abord être condamné par la justice, après ils vous tombent dessus, mais souvent on les voit quand il y a des problèmes entre confrères ou des trucs comme ça.
- NR : D'accord. Vous savez ce qu'on risque ?
- DR H : Des problèmes de certificat et autres...
- NR : Ouais...
- DR H : Mais ils sont pas d'une très grande aide. Souvent, il y a des décalages d'ailleurs entre leur discours au niveau ... J'ai fait plusieurs fois appel à eux.
- NR : Hum...
- DR H : Entre leur discours, entre le code de déontologie, qui est assez quand on lit leur fascicule là c'est strict etc. Et puis quand vous les appelez verbalement ils tiennent un tout autre langage, c'est mi-figue mi-raisin.
- NR : Ah ouais ?
- DR H : C'est pas d'une grande...
- NR : Vous pensez qu'ils sont un peu laxistes ?
- DR H : Ils se rendent compte surtout que leur code de déontologie est très peu applicable...
- NR : En pratique ?
- DR H : En pratique ouais, ils s'en rendent compte eux-mêmes. Mais comme ils ne l'écriront jamais, ils donnent leurs conseils par téléphone.
- NR : Hum, d'accord.
- DR H : Je sais pas, ce qui est le plus fréquent c'est des histoires médico-légales des problèmes qui peuvent se poser au niveau du secret médical quoi et encore si on a des ennuis avec des compagnies d'assurances, ils nous demandent de remplir des papiers des tas de trucs. En théorie on a du mal à y répondre et quand vous leur posez la question, voilà, ils répondent ah, c'est selon, il faut voir au coup par coup selon l'intérêt de votre malade etc... Enfin bon, bref.
- NR : Ca n'avance pas plus...
- DR H : Cela n'a rien à voir avec le code de déontologie...
- NR : D'accord, vous savez ce qu'on risque à peu près.
- DR H : En ?
- NR : En responsabilité ordinale.
- DR H : En responsabilité ordinale ?
- NR : Oui par exemple ?
- DR H : Du simple avertissement à la radiation.
- NR : Oui, à la radiation, tout à fait !
- DR H : S'ils s'amuse à radier tous les médecins qui...déjà qu'il y a des problèmes de sous-effectif, il va y avoir des problèmes...C'est du bidouillage, quoi...
- NR : Oui, c'est plutôt accessoire ?
- DR H : C'est pas que c'est accessoire mais je veux dire, le code de déontologie c'est comme le code civil et le code pénal, c'est des interprétations euh... Je comprends qu'il y ait un code...Mais enfin ce n'est pas la peine de nous envoyer des papiers en disant vous ne devez pas faire ci, ce n'est qu'une façon et puis quand on leur demande un conseil et hop ! ... (rires)
- NR : Hum, d'accord. Est-ce que vous seriez d'accord pour me raconter une situation avec un patient dans laquelle votre responsabilité de médecin a été mise en cause ?
- DR H : Oui !
- NR : Sans que cela ait été forcément jusqu'au procès bien sûr mais voilà quelque chose qui vous aurait marqué.
- DR H : Oh ben le dernier, c'est l'histoire de la grand-mère que j'ai eu en visite qui avait une douleur, une oppression de la gorge et donc euh, ben j'y étais allé...
- NR : Hum...
- DR H : ...Et puis je l'examine, il y avait quelque chose quoi. J'y ai fait un électrocardiogramme, il n'y avait rien de particulier, ça encore les électro on pourrait encore en parler, ces histoires... enfin, bon j'estimais qu'il était normal, donc je dis à la famille écoutez, moi dans le... le singe étant devenu malin, je dis écoutez euh moi à mon avis il vaut

mieux hospitaliser votre maman, parce que j'ai appris que les gens ne sont jamais pour hospitaliser, donc on a tendance à noircir un peu le tableau, je dis moi donc avec mon expérience de singe malin, si on laisse comme ça, je dis moi je suis pas il n'y a rien de particulier à mon examen enfin bon moi je pense qu'il faut l'hospitaliser car c'est encore un truc à la retrouver... elle vivait seule hein, c'est encore un truc classique à retrouver la mémé décédée le lendemain matin dans son lit. Ils disent ouh ben lors vous avez bien raison on va l'hospitaliser. La mémé voulait pas, bon allez hop donc l'ambulance. Et pis ça s'arrête là. Et puis le lendemain matin je reçois un coup de fil de la famille qui me dit on comprend pas ... notre maman est décédée à l'hôpital, on peut dire oui hein le matin. Alors qu'elle était apparemment dans les couloirs sur un brancard

- NR : Oh là là...

- DR H : Donc a posteriori moi j'ai dit ouf. J'ai dit, je suis désolé, je ne comprends pas ce qui s'est passé. Ben nous on ne comprend pas non plus parce que vous nous aviez dit qu'elle risquait de mourir dans son lit le matin et puis vous aviez raison, elle est morte à l'hôpital...

- NR : Hum...

- DR H : Sans qu'on lui ait rien fait quoi. J'ai dit bon, c'est une affaire classée on n'y peut rien. Mais ça ne s'est pas arrêté là, car trois jours après je reçois un appel de la gendarmerie de Rilleux dire euh on voudrait vous entendre et tout pour une affaire du décès d'une patiente suspect ? Je dis pourquoi voulez-vous euh... Parce qu'il y a une plainte de déposée et on voudrait éclaircir cette histoire (rires) mais je dis mais qui c'est qui a porté plainte je lui dis, ben c'est la famille ? Non, non c'est l'hôpital, alors évidemment bon, et puis il m'explique, voilà effectivement on a trouvé Madame Machin euh décédée le matin dans un brancard à l'hôpital et apparemment il y a quelqu'un qui a porté plainte contre vous.

- NR : Hum...

- DR H : J'ai dit mais attendez, à l'hôpital parce que apparemment il y a eu une autopsie faite par l'hôpital et ça a révélé un anévrysme thoracique disséquant au niveau des carotides. Enfin bref, je lui dis...

- NR : Hum...

- DR H : A l'hôpital ils sont euh... En fait j'ai compris le processus, ils me reprochaient de ne pas avoir fait de diagnostic, comme j'avais pas fait de diagnostic, j'ai pas mis dans la lettre, suspicion de machin ça les a induit en erreur, enfin, ils n'ont pas pris le truc suffisamment...

- NR : Au sérieux ?

- DR H : Au sérieux. J'ai compris le truc, le processus pour ne pas avoir d'embêtement à l'hôpital, ils ont essayé de me refoutre le truc sur le dos...

- NR : D'accord. C'était il y a combien de temps ?

- DR H : C'était juste un an après la Parce que maintenant comme le médecin traitant déclaré, lui est responsable de tout, même des autres (rires) ça c'est hyper fréquent. Alors, entre nous soit dit, tous les procès, tout ça, les trucs graves c'est systématiquement à l'initiative d'un confrère.

- NR : Ah oui ?

- DR H : C'est pas un malade ou alors c'est le patient qui porte plainte sur les bons conseils d'un confrère, voilà.

- NR : D'accord

- DR H : Tous les ennuis graves qu'on a eu c'est toujours comme ça

- NR : D'accord, ok. Et là du coup euh...

- DR H : Oh ben, de toutes façons, ça s'est terminé en queue de poisson cette histoire. De toute façon l'autopsie avait révélé qu'elle ne pouvait pas s'en sortir.

- NR : Il n'y avait pas eu perte de chance, par rapport à ça.

- DR H : Ouais. On a eu de la chance. L'hôpital, là

- NR : L'hôpital... et la famille vous l'avez revue ?

- DR H : La famille (ricanements), je l'ai jamais revue.

- NR : D'accord.

- DR H : Oui, c'est extraordinaire...

- NR : D'accord...

- DR H : Moi, j'envoie à l'hôpital pour avoir un diagnostic.....

- NR : Oui d'accord...

- DR H : Et ça me retombe sur le nez parce que là-bas ils n'ont pas fait de diagnostic parce que je n'avais pas fait le diagnostic. Alors ça sert à quoi d'envoyer quelqu'un à l'hôpital, si c'est Vous avez quand même un plateau technique que j'ai pas hein ?

- NR : Oui.

- DR H : J'ai pas une échographie à 10 h du soir...

- NR : C'est pas avec un électrocardiogramme que l'on va...

- DR H : Moi j'ai fait un électrocardiogramme j'ai fait mon boulot l'électro était normal, j'ai pensé qu'il y avait un truc qu'était pas normal je vous l'adresse et vous voulez m'engueuler. Ils auraient pu m'engueuler si j'avais pas...

- NR : Hum, envoyé à l'hôpital ?

- DR H : Envoyée à l'hôpital et décédée le lendemain matin.

- NR : D'accord, d'accord...

- DR H : Il y en a d'autres comme ça, il y en a plein...

- NR : C'est la première fois que vous faisiez une audition à la gendarmerie ou

- DR H : Non, non !

- NR : Comment vous l'avez vécu ça ? L'audition en elle-même ? Serein ou...?

- DR H : De toutes façons dans ces zup c'est souvent qu'on a affaire avec les forces de l'ordre, on les entend souvent, ils viennent souvent, c'est pas des gens qui ...

- NR : D'accord...
- DR H : Pas particulièrement...vouloir des trucs, la gendarmerie, la police ? Oh là, là ! Des gardes à vue, des machins, pas des gardes à vue nous mais ...Un de mes gamins qui a déraillé quoi pour des histoires abracadabrantes...
- NR : Abracadabrantes... ?
- DR H : Ils enquêtent à droite à gauche, non c'est pas un, c'est pas un souci ça.
- NR : Et depuis cet épisode-là, y a des choses que vous avez changé dans votre pratique ou pas ? ça vous a fait réfléchir sur des ... y a des trucs que vous faites maintenant ?
- DR H : Non justement hein, si on n'est pas assez malin oui on peut se retrouver avec des ces genres de truc, oui.
- NR : D'accord.
- DR H : Parce que si j'avais pas été malin, si j'avais pas envoyé la mémé à l'hôpital, c'était moi qui prenais...
- NR : C'était pire oui. D'accord OK.
- DR H : C'est pour ça qu'on peut éviter pas mal d'histoires en étant quand même un peu malin. C'est pour ça que je pense que c'est rendre un grand service quand même les stages chez le praticien, de ce côté-là c'est quand même assez bien... à la limite ils savent soigner.
- NR : Ouais, tout-à-fait.
- DR H : Mais par contre ils ne savent pas, ils savent pas repérer les trucs.
- NR : Hum ?
- DR H : Les trucs à risque. A ce niveau-là c'est surtout intéressant pour ça (rires)
- NR : D'accord.
- DR H : Non c'est vrai !
- NR : Ils sont encore en apprentissage ?
- DR H : Oui, les pièges à la con !
- NR : D'accord, à éviter !
- DR H : Les trucs de divorce, les machins, les trucs. Faut être malin, il y a des processus infernaux...
- NR : D'accord et savoir dire non, peut-être....
- DR H : Oui, savoir dire non.
- NR : Aux demandes....
- DR H : Voilà. Ça ne s'apprend pas dans les livres.
- NR : Ouais.
- DR H : Et même en l'apprenant dans les livres, c'est la pratique qui...
- NR : Qui apprend tout ça oui. D'une façon globale vous vous pensez que le risque médico-légal il est important ou il est devenu important en médecine générale, plus qu'avant je veux dire ?
- DR H : Moi, j'ai pas l'impression ça dépend des médecins, ça dépend comment ils travaillent, s'ils travaillent toutes les cinq minutes, ceux qui en voient toutes les 10mn ils s'exposent à des problèmes hein ?
- NR : C'est plus risqué oui, d'accord, ça dépend vraiment de l'activité en fait ?
- DR H : Ouï.
- NR : Oui, d'accord.
- DR H : Maintenant vous pouvez vous blinder, hein, voir beaucoup de monde et les envoyer systématiquement envoyer des courriers tous azimut hein, des courriers aux spécialistes et encore il faut se méfier, ça marche plus (rires).
- NR : Selon vous, c'est quoi les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ? Vous parliez de la compétence effectivement, de l'apprentissage par expérience, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous paraissent importantes pour se protéger ?
- DR H : Pour se protéger de ça ?
- NR : Vraiment de ce risque-là, oui.
- DR H : Ben refuser dès qu'il y a des situations à l'avance qui vont, on sait, que ça va dégénérer...
- NR : Hum, d'accord ?
- DR H : Refuser, ça m'arrive souvent de refuser des patients parce que c'est trop lourd.
- NR : Parce que c'est trop lourd, oui d'accord ?
- DR H : Le risque est trop lourd...
- NR : Hum, d'accord...
- DR H : Dernièrement quelqu'un arrive avec une ordonnance comme ça avec dix tranquillisants, trois somnifères, des trucs abracadabrants, je dis non !
- NR : Ouais, d'accord.
- DR H : Si vous acceptez que je fasse une taille dans l'ordonnance, autrement en l'état je ne vous prends pas.
- NR : OK...
- DR H : Trop risqué !
- NR : Oui, d'accord. Donc être en accord avec sa pratique quoi ?
- DR H : Voilà, oui !
- NR : Surtout ne pas sortir de son champ de compétence, d'accord. Est-ce que vous vous rédigez plus au niveau observation médicale, tenue du dossier, est-ce que ça vous paraît être un bon moyen de protection ?
- DR H : Ben oui, c'est évident, si je n'ai rien de marqué (rires), ça va être difficile d'arrêter le scandale, oui, ben oui, c'est sûr !
- NR : Ouais. C'est une chose aussi que vous avez apprise avec le temps à faire ou...

- DR H : Oui, c'est sur du papier, ou sur l'ordinateur c'est plus simple Oui, il faut noter, pas en mettre tout un, toute une tartine chaque fois, les médicaments, l'ordonnance, quoi.
- NR : Oui, ce qu'on a prescrit, d'accord.
- DR H : Oui ce qu'on évite aussi c'est de reprendre des clients, des gens qui ne sont pas contents de leur ancien médecin.
- NR : Ah !?
- DR H : C'est un signe, une alerte, continuez avec votre ancien médecin...
- NR : Parce qu'ils ont l'air, ils peuvent être potentiellement plus procéduriers ou ...
- DR H : Ouais, c'est un bon signe, ouais, c'est un mauvais
- NR : C'est un mauvais patient ?
- DR H : C'est un mauvais point.
- NR : D'accord !
- DR H : « Je ne suis pas content de mon médecin », il est pas mécontent avec vous pour le moment
- NR : C'est à dire que les attentes sont autres ?
- DR H : Ouais, c'est un peu plus ...
- NR : Plus risqué. Pour se protéger du risque médico-légal. Est-ce qu'il faudrait recourir plus aux spécialistes, à la prise en charge hospitalière ?
- DR H : Mon exemple là est taillé pour vous, je peux vous citer un autre exemple, euh. Mon épouse, hein, c'était l'histoire de la fausse couche qui saigne pas mal, le week-end, le vendredi, le samedi matin. Donc, elle appelle la policlinique, où elle était suivie par un gynéco. Le samedi matin il était pas là le gynéco, c'était le remplaçant, enfin un autre un deuxième et qui lui dit bon ben écoutez c'est pas grave etc, vous donnez ça, ça et ça et on se reverra lundi. Il fait le truc (sifflement) par téléphone et vous reverrez le docteur machin, votre gynéco habituel le lundi et puis ça se passe mal le week-end le dimanche etc. Ils sont obligés de refaire revenir le premier gynéco qui l'a suivie et qui lève les bras en l'air, ouais qu'est-ce que cette histoire etc, c'est un scandale, on n'aurait jamais dû vous laisser comme ça...
- NR : Bon ?
- DR H : Conclusion des courses, ils se sont aperçus qu'ils avaient fait une connerie...
- NR : Oui, d'accord.
- DR H : Sur l'avis du spécialiste. Même demander à un spécialiste son avis par téléphone c'est risqué...
- NR : C'est risqué...
- DR H : Il faut qu'il l'ait vue et systématiquement, par principe, un avis spécialisé en urgence, c'est pas par téléphone s'il vous dit faites comme ci comme ça, vous répondez écoutez je préfère quand même que vous la voyez vous-même personnellement et je vous l'adresse quand même.
- NR : D'accord.
- DR H : Parce que les conseillers sont pas les payeurs.
- NR : D'accord.
- DR H : Pour elle c'était une hystéro d'hémostase...
- NR : D'accord, ok, oui, effectivement...
- DR H : Il y avait un problème de relation avec la polyclinique avec, c'était le week-end...
- NR : Ça tombait mal.
- DR H : Voilà.
- NR : D'accord, ok
- DR H : Vous voyez, point barre. Des conseils, vous ne l'avez pas vue...
- NR : Oui ça reste trop risqué...
- DR H : C'est par téléphone, il n'y a aucun écrit...
- NR : Il n'y a rien d'enregistré. D'accord. Pour se protéger du risque, il faudrait s'entourer de plus de pairs ? Est-ce que par exemple vous, ça vous arrive de faire une lettre au Conseil de l'Ordre, pour dire attention j'ai une situation litigieuse ?
- DR H : Oui, oui ça m'arrive.
- NR : Ou vers votre assureur ?
- DR H : Oui, ça les assureurs, dès qu'il y a un truc boum ! (sifflement) oui, courrier aux assureurs ! Vaut mieux écrire aux assureurs qu'au Conseil de l'Ordre (rires) ils sont d'inutilité notoire ou ils vous répondent euh, ben, si vous faites ça vous serez convoqué, vous aurez de nos nouvelles. Je ne les appelle pas pour savoir si je fais ça, je vais avoir des problèmes. Si je vous appelle c'est pour que vous m'aidiez, vous vous me répondez que je vais avoir des problèmes, ça ne sert à rien, c'est pas la peine que je les appelle. Vaut mieux appeler la MACSF, eux au moins ils vous donnent un conseil. Ils vont chercher dans la jurisprudence des cas un peu similaires et ils vous répondent. C'est pas le conseil de l'Ordre qui va m'aider.
- NR : D'accord, ouais, ouais
- DR H : Ils servent à rien.
- NR : Vous avez déjà eu l'occasion et puis...
- DR H : Strictement, ils servent à rien du tout.
- NR : D'accord. Est-ce que pour se protéger du risque médicolégal il faudrait améliorer les conditions de consultation, faire plus de temps, plus de moyens, plus de communication ?
- DR H : Ben plus de temps oui...
- NR : C'est une des conditions ?
- DR H : ça dépend de l'organisation du cabinet.

- NR : C'est encore la théorie et la pratique bien sûr...
- DR H : Voilà, voilà. C'est chacun son truc hein. Il y en a peut-être qui travaillent vite et bien. Et puis il y a une paire de voyous. Voir ce qui va, ce qui va pas. Voir où ça sent le roussi ou pas. Ça ce n'est pas évident.
- NR : D'accord. Est-ce qu'il faudrait abandonner certaines pratiques, certaines thérapeutiques ? Je pense aux infiltrations par exemple, est-ce que c'est quelque chose qu'il faudrait abandonner en médecine générale, pour éviter les problèmes ?
- DR H : On n'en fait pas...
- NR : Oui ?
- DR H : On ne fait pas de sutures, plus rien...
- NR : Ah oui et délibérément ou parce que c'est ... ?
- DR H : Délibérément. Parce qu'en temps c'est chronophage, en matériel c'est chronophage aussi, et la rentabilité est nulle, voire négative, donc non.
- NR : D'accord, y a plus. Est-ce que par exemple il faudrait arrêter de faire du suivi de grossesse par le généraliste ou ce genre de chose ?
- DR H : Non. C'est pas un truc, non comme c'est bien codifié, si on respecte bien les
- NR : D'accord.
- DR H : Non, non paradoxalement, je ne crois pas que c'est une bonne voie. C'est tellement bien codifié que finalement le risque est minime, hein.
- NR : D'accord, oui, oui. Est-ce qu'il y a une question un peu d'organisation par rapport je ne sais pas au téléphone ou chez vous dans votre pratique, est-ce que par rapport au téléphone ou par exemple pour être sûr de bien voir les examens biologiques tout ça vous mettez en place une organisation, des choses ...
- DR H : Pour voir les examens biologiques ?
- NR : Ouais, pour être un peu rigoureux par rapport à ça ?
- DR H : La réception ?
- NR : Voilà ?
- DR H : Ben nous ils nous l'envoient sur les ordinateurs directement...
- NR : Donc, vous prévoyez un temps de toutes façons pour les regarder ?
- DR H : Oui, ça arrive sur je ne sais pas quel système, on a les examens du jour.
- NR : D'accord, ok, là-dessus, c'est bien, d'accord.
- DR H : Ils nous rappellent de toutes façons, ce sont souvent les gens qui nous rappellent quoi, pour connaître...
- NR : Pour savoir...
- DR H : Non ce n'est pas un problème ça.
- NR : D'accord. Vous n'avez pas un logiciel avec des, comment dire, des alertes ou des choses comme ça ?
- DR H : Pour les vaccins ?
- NR : Oui, ou les interactions médicamenteuses ?
- DR H : Non il y a toujours un truc qui clignote (rires). Non, là-dessus sur les thérapeutiques, les médicaments on fait hyper gaffe, hein. J'utilise toujours les mêmes pratiquement. On sait à peu près les questions qu'il faut poser systématiquement. C'est pas avec les traitements qu'on a eu des problèmes.
- NR : C'était pas vraiment avec ça ?
- DR H : C'est pas avec le médicament.
- NR : Avec le pharmacien en plus des fois qui rappelle si, il y a un double contrôle ?
- DR H : Oui, oh, il rappelle surtout quand ils ont pas le produit... (rires) c'est surtout ça, non c'est pas ça qui, en médecine générale, enfin pour chez nous, j'te parle pas pour les autres hein, c'est pas ça qui
- NR : Qui pose problème ?
- DR H : Qui pose problème !
- NR : D'accord.
- DR H : Ouh, il y a, ça fait un moment quand même qu'on a pas vu ça, une histoire à braque à la branque...
- NR : Faut toucher du bois ?
- DR H : Je dirais gaffe aux visites.
- NR : C'est vraiment ça.
- DR H : Je dirais gaffe aux visites. Gaffe aux visites et aux coups de fil après et en dehors des horaires.
- NR : Ah oui.
- DR H : C'est systématiquement des merdes.
- NR : C'est des espèces de coups de fil urgents...
- DR H : Oui, faut pas répondre.
- NR : Faut pas répondre ?
- DR H : Pas de téléphone.
- NR : Pas de répondeur ?
- DR H : Pas de répondeur, rien du tout. Ça sonne dans le vide et ...
- NR : ça sonne dans le vide et ils appellent le 15 si
- DR H : Oui voilà.
- NR : D'accord. OK. Vous, vous ne répondez pas dans ces cas-là, le cabinet est fermé, d'accord.
- DR H : Faut savoir, ça c'est un truc pour ne pas, quand on est fatigué, faut couper le téléphone, faut pas répondre...
- NR : Hum, d'accord.
- DR H : Comme ça, pas répondre, pas laisser, les gens laissent pas de message.
- NR : D'accord.

- DR H : C'est un truc...
- NR : Oui, oui ?
- DR H : Je le comprends le gars il arrive le soir, il en a marre, voilà rideau et puis il reçoit un coup de fil, vous pouvez venir etc première réaction du gars, ça y est merde ça y est je suis parti pour 3 heures, s'il y a des complications, si il dit non je ne viens pas, il va l'avoir dans l'os alors que s'il avait coupé le téléphone et ben
- NR : Oui, tout à fait, d'accord...
- DR H : J'ai un tuc, un truc de singe, ne jamais répondre entre midi et deux, avant 8h et après 7h du soir.
- NR : Voilà c'est terminé !
- DR H : Terminé ?
- NR : Ben, écoutez je vous remercie beaucoup !
- DR H : C'est triste hein ?
- NR : Moi je n'ai plus de question, c'est parfait mais vous en avez peut-être ? Des choses particulières ?
- DR H : Je sais pas, qu'est-ce qu'ils font les autres ? (rires)

Docteur I

- NR : L'enquête que je suis en train de mener s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse mais aussi pour un mémoire de recherche en fait pour un master 2 de « Culture et Santé » où je suis cette année c'est un master qui est à la fac de philosophie en lien avec la faculté de médecine mais tout ce que vous dites là ce sera pour le mémoire mais ça servira également pour ma thèse d'exercice après.
Ça s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal lié à leur pratique. Donc, juste pour vous donner un peu le contexte depuis ces dernières années, en fait, il y a eu une augmentation des procédures au niveau des médecins généralistes. Avant ils étaient plutôt épargnés par rapport à leurs confrères. Avant c'était plutôt 1 sur 10 en 97 qui était lié à une procédure judiciaire et maintenant c'est 1 sur 2.
- DR I : 1 sur 2 concerne la médecine générale ?
- NR : Oui qui est en médecine générale et qui sera dans une procédure. Il y a peu d'étude par rapport à ça, à part les rapports d'assurance qu'on peut recevoir chaque année, voilà, et peu d'informations à ce niveau-là pour les médecins généralistes. Donc c'est un entretien pour connaître votre avis un petit peu sur le sujet. C'est enregistré pour que je puisse retranscrire secondairement mais tout est anonyme il n'y a aucun jugement ni sur votre pratique, ni sur celle de vos confrères interrogés par ailleurs.
Est-ce que vous avez des questions par rapport à ça, à ce stade ?
- DR I : Non.
- NR : D'accord. De toute façon vous pourrez poser des questions après, sans problème. Déjà pour vous connaître un peu plus. Votre âge ?
- DR I : 54 ans.
- NR : 54. Vous êtes installé depuis combien de temps ?
- DR I : 22 ans
- NR : 22 ans. Seul ou en collaboration ?
- DR I : J'étais seul pendant 15 ans et en groupe depuis ...7 ans.
- NR : 7 ans, d'accord vous êtes combien dans le groupe ?
- DR I : On est 2 médecins généralistes associés et une orthophoniste.
- NR : D'accord, OK. Donc, dans un cabinet de groupe Ok. Votre activité, elle est plutôt urbaine, semi-urbaine ?
- DR I : Je suis semi-rural ou semi-urbain !
- NR : Semi-rural, semi-urbain.
- DR I : C'est à dire que je soigne des gens qui ont un comportement médical urbain et qui vivent, qui ont choisi de vivre à la campagne...
- NR : D'accord Ok, c'est une belle définition. D'accord. Votre thèse, vous vous souvenez quelle année ?
- DR I : Il reste encore 3 paysans en activité...
- NR : Oui ?
- DR I ; 3 agriculteurs en activité...
- NR : Et le reste ?
- DR I : 3 sur 2600 !
- NR : Ah oui d'accord, donc, plutôt des familles qui se sont installées ?
- DR I : Le reste, c'est plutôt, euh, plutôt, on est la 5^e commune en revenu par ménage
- NR : Oui, d'accord.
- DR I : Du Rhône après les 3 communes de Mont d'Or donc c'est très très privilégié, assez privilégié...
- NR : Votre thèse, vous vous souvenez quelle année ?
- DR : Ouais, 88.
- NR : 88, d'accord. Quand je parle de risque médico-légal, ça évoque quoi pour vous ?
- DR I : Ben ça évoque, le procès, le médecin, les difficultés, la catastrophe...
- NR : Ah oui d'accord, très péjoratif !
- DR I : C'est très très péjoratif, bien sûr !
- NR : D'accord, ok. Le risque médico-légal selon *Prescrire* c'est « une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades ». C'est ce que vous avez dit, donc le procès effectivement qui vient. Vous en avez vu autour de vous ou c'est quelque chose dont vous avez conscience ?

- DR I : J'ai eu la chance d'être jusqu'ici d'être épargné par cette épreuve et je, et je et je n'ai, j'ai un petit patient qui est décédé d'un volvulus du grêle et le médecin qui a été consulté et qui est un médecin de SOS a été, a eu malheureusement, a eu le procès. J'ai eu dans mes collègues un ancien dans mon groupe de pairs mais qui est parti du groupe de pairs très probablement à la suite aussi de la démotivation liée à ce procès qui a été confronté à ce procès, c'est les seules choses, des rumeurs sinon pas des...
- NR : D'accord
- DR I : Pas des choses... (silence)
- N- D'accord. De votre avis, quelles sont les situations qui sont à risque médico-légal dans votre métier ?
- DR I : En premier, l'urgence !
- NR : L'urgence, d'accord ?
- DR I : Le patient inconnu.
- NR : Oui ?
- DR I : Le patient procédurier...
- NR : D'accord. Donc, il y a la situation et puis, il y a le patient aussi en fait ?
- DR I : Le patient oui c'est le patient procédurier. Il y a des gens qui sont en procès avec tout le monde, qui sont en procès avec leurs voisins, qui sont en procès avec leur médecin aussi...
- NR : D'accord, vous, vous le ressentez ça ? Vous arrivez à les reconnaître ?
- DR I : A la fois le risque médico-légal, légal, ça m'aide à mieux travailler...
- NR : Oui ?
- DR I : C'est à dire que en consultation, je me dis, je me surprends à faire quelque chose, à être un moment à me dire pouh, oh là, là tu vas pas faire ça, fais-le car sinon on va te le reprocher si tu ne le fais pas le jour où tu seras au tribunal.
- NR : D'accord.
- DR I : Ça m'aide pluri quotidiennement
- NR : D'accord, ah oui, c'est quelque chose qui traîne dans votre tête quand même ?
- DR I : En permanence. Et à la fois comme la conscience professionnelle
- NR : Oui ?
- DR I : Ça se rejoint. C'est à dire que, est-ce que, quand on vient pour une angine est-ce que ça vaut le coup de faire un examen général ? Est-ce que cela vaut le coup de ... voilà, bien sûr.
- NR : Oui, d'accord, d'accord. Donc, les urgences euh, l'urgence c'est le patient qui consulte en urgence ?
- DR I : Oui.
- NR : C'est le coup de téléphone ?
- DR I : Les deux. Alors moi j'ai une activité professionnelle où le matin je reçois sans rendez-vous.
- NR : Ouais ?
- DR I : C'est à dire que l'après-midi j'ai des consultations programmées et maintenant avec un délai de quinze jours. Donc c'est assez long. Donc c'est des gens, c'est de la consultation programmée et le matin je vois de l'infection mineure et je vois dans la journée de mercredi par exemple où j'ai fait hospitaliser 3 personnes
- NR : D'accord.
- DR I : Un enfant et 2 adultes.
- NR : D'accord, ok.
- DR I : Dont un par téléphone, 2 que j'ai revus et un que j'avais vu et qui n'allait pas mieux et à qui, et qui habitait loin à Saint Euphémie et donc à qui j'ai dit d'aller à l'hôpital...
- NR : D'accord, ok. Au niveau, tout ce qui est spécialité alors pédiatrie, gynécologie, est-ce que vous voyez des choses ... ?
- DR I : Je fais beaucoup de pédiatrie.
- NR : Beaucoup de pédiatrie, cela vous semble plus à risque ou pas ?
- DR I : La pédiatrie c'est un exercice qui est plus à risque, plus à risque parce qu'on voit beaucoup de consultations non programmées, parce que cela peut évoluer. Faut avoir vu des trucs dramatiques
- NR : Hum ?
- DR I : En 22 ans, j'ai vu euh, une méningite purulente, un SHU : un syndrome hémolytique urémique. Je n'ai pas vu, mais, un de mes petits patients est décédé d'un volvulus du grêle euh, un de mes petits patients a fait une occlusion sur un diverticule de Meckel et ça c'est compliqué, l'enfant a été en réanimation...
- NR : Hum ?
- DR I : Mais ce n'est pas moi qui l'avais vu euh ... voilà, un enfant qui a fait enfin des choses assez... une hernie étranglée à 15 jours, qui avait du sang dans la couche, à 15 jours de vie, donc c'est un exercice à risque mais à la fois c'est un exercice qui est à la fois extrêmement stimulant...
- NR : D'accord, ok.
- DR I : C'est extrêmement euphorisant. Car le gamin, il peut aller très mal après.
- NR : Ça peut aller vite. D'accord. On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine, ça vous dit quoi cette expression ?
- DR I : La judiciarisation. Les chiffres du médico-légal. Plus personne n'est exempt de ça et surtout pas les médecins généralistes.
- NR : Ouais, d'accord.
- DR I : Donc, voilà, il faut exercer euh quand je me suis installé on avait pas d'ordinateur et aujourd'hui on a des ordinateurs et on fait de la télétransmission, et les gens consultent sur internet, consultent internet avant et voilà c'est des charges nouvelles qui sont apparues dans notre exercice ; les jeunes même nous il faut qu'on s'adapte au

fur et à mesure de notre vie professionnelle, et les jeunes médecins en tout cas ont intégré ça dès le dès leur entrée dans la vie professionnelle

- NR : C'est quelque chose que vous donnez à vos internes justement à ...
- DR I : Pas du tout, j'en parle jamais !
- NR : Ok...
- DR I : Parce qu'à la fois ça paraît pas. Si. Mais, je ne parle pas de médicolégal, mais je leur... je les incite à l'extrême rigueur dans l'établissement des certificats...
- NR : D'accord ?
- DR I : Donc, dans l'introduction de ...dans le, dans l'entretien introductif de mes SASPAS qui vont exercer en autonomie, j'ai toujours un petit mot d'abord sur la troponine et les DDimères, et la deuxième chose c'est les, c'est l'établissement des certificats, je les incite à la plus grande rigueur je pense que c'est une situation qui peut effectivement dériver sur du médicolégal assez facilement pour des choses qui n'en valent pas la peine...
- NR : D'accord, oui. Vous, vous trouvez justement qu'il y a une judiciarisation, qu'il y a de plus en plus ... ?
- DR I : Est-ce qu'il n'y a pas une judiciarisation peut-être mais est-ce qu'il n'y a pas une judiciarisation de la société ?
- NR : Ouais, peut-être ?
- DR I : Vu que les gens sont pas plus facilement en procès avec leurs voisins, plus facilement en procès avec tout le monde, peut-être, en tout cas ça ne me traumatise pas...
- NR : D'accord.
- DR I : J'y pense mais je ne suis pas traumatisé.
- NR : D'accord sans peur en tout cas. Selon vous, quelles sont les obligations légales d'un médecin généraliste ? A quoi il est tenu ?
- DR I : A faire son métier, soigner ses patients c'est à dire les interroger...
- NR : Ok ?
- DR I : ...les examiner...
- NR : Oui, oui...
- DR I : Et à leur prescrire les choses dans la meilleure situation du bénéfice et du risque.
- NR : Ouais, ouais,
- DR I : Il faut toujours avoir cette idée en tête, toujours, voilà, c'est la base, interroger, examiner, prescrire et, si possible écouter ses patients.
- NR : Ouais.
- DR I : Et bien sûr on a toujours la contrainte d'horaire, y a toujours le coup de téléphone qui vient interrompre la consultation...
- NR : Ouais, tout à fait...
- DR I : Euh qui embrouille les idées, quelle va être la situation la plus à risque, celle qu'on voit au moment du, du, avec le patient dans le cabinet ou est-ce que c'est le coup de téléphone où on a pris une mauvaise décision par rapport à une INR qui était pas équilibrée, par rapport à une créatinémie qui n'est pas par rapport à une fièvre qui dure, par rapport à une éruption qui, finalement sera un purpura et on a traité ça à la légère, je ne sais pas...
- NR : D'accord, ok.
- DR I : Et en tout cas ce qui est sûr c'est que il faut faire le diagnostic du purpura par exemple, il faut le voir quoi...
- NR : Hum...
- DR I : Mais, bon, il y a un facteur chance qui est non négligeable ...
- NR : Donc, il faut se déplacer, il faut faire déplacer les gens, il faut examiner... ?
- DR I : Je me déplace très peu moi.
- NR : Ah oui ?
- DR I : Déjà, je me déplaçais très peu, j'ai fais beaucoup de visites quand je faisais des gardes dans les toutes premières années. Mon petit patient qui est décédé du volvulus du grêle il a été examiné à domicile, à minuit et probablement dans la chambre des parents.
- NR : Hum...
- DR I : Si l'enfant était marbré et tout ça, je pense que le médecin il a pas pu bien l'examiner, il a pas été dans les bonnes conditions pour l'examiner...
- NR : D'accord.
- DR I : Donc, la visite pour le cardio-vasculaire moins je prendrais les patients à mon cabinet. Une fois qu'ils sont à mon cabinet, ils sont en sécurité je peux injecter des choses c'est mieux alors qu'au domicile du patient cassé en deux.
- NR : C'est trop risqué, justement ?
- DR I : C'est n'importe quoi
- NR : Oui, d'accord. On parle souvent de la triple responsabilité du médecin. Il y a la responsabilité ben ordinale, du conseil de l'ordre, tout ce qui est disciplinaire, la responsabilité civile et la responsabilité pénale. Est-ce que vous sauriez me dire un petit peu qu'elles sont ces différentes responsabilités, voir me donner un exemple pour expliquer ?
- DR I : Ben alors, je, je suis toujours, je suis un peu fâché avec le droit ; Il me semble que par exemple euh, donc, j'ai un exemple pour l'ordinal !
- NR : Ouais ?
- DR I : Une de mes patientes, une de mes collègues du secteur, je n'avais pas pensé à cette histoire. Elle fait un certificat de complaisance. Une patiente avait déclaré que sa maman, que son papa était malade habitant dans le

- midi euh, elle a donc établi un certificat disant que l'état de santé du patient nécessitait la présence de sa fille auprès d'elle pour une durée X.
- NR : Oui.
 - DR I : Et là, la jeune dame s'est vanté à son employeur d'avoir un certificat. L'employeur a porté plainte auprès du conseil de l'ordre et le conseil de l'ordre a condamné ma patiente à un mois d'abstinence d'exercice parce que elle n'avait pas examiné le patient euh en cause parce que bien sûr il habitait dans le midi donc elle ne pouvait pas certifier qu'elle avait examiné le patient et que son état de santé ... donc elle a été condamnée pour ça et c'est passé en appel et elle a eu la relaxe. Mais à la fois c'était une collègue de notre groupe de pairs, elle a déprimé très franchement pendant 6 mois, elle s'est retirée du groupe de pairs à la suite de cette histoire et ça m'a vacciné à vie pour tous les certificats de complaisance.
 - NR : Oui, j'imagine.
 - DR I : Voilà. Donc, ça il me semble que c'est du domaine de la compétence ordinale !
 - NR : Voilà.
 - DR I : ça se règle entre médecins à l'amiable.
 - NR : Hum
 - DR I : Et puis après je ne sais pas exactement mais, par exemple, mon petit patient qui est décédé du volvulus du grêle, j'y reviens encore...
 - NR : Hum ?
 - DR I : Euh il y a eu très probablement une histoire avec la justice alors je ne sais pas exactement laquelle, mais en tout cas j'ai eu, les gendarmes sont venus à mon cabinet pour faire une déposition avec un membre du conseil de l'ordre et on est venu saisir le dossier, donc, il a fallu que j'imprime le dossier alors on m'avait dit que ... on rechercherait dans le dossier s'il y avait des choses qui avaient été rajoutées par la suite, la vérité c'est que j'avais enrichi, je suis assez succinct dans les observations...
 - NR : Hum ?
 - DR I : J'ai enrichi les observations par exemple quand je marque, je marque l'examen est négatif, je ne le marque pas là je l'ai marqué examen clinique négatif...
 - NR : D'accord.
 - DR I : Examen sans anomalie et bien sûr, il n'y a pas de vérification du conseil de l'ordre, on ne vient pas saisir l'ordinateur pour regarder si il y a des choses comme ça qui ont été rajoutées après.
 - NR : D'accord.
 - DR I : ça, ça fait partie de la légende et de la réalité
 - NR : Hum
 - DR I : Mais j'ai quand même, les gendarmes sont venus prendre les dispositions et une gendarmette pas très corticalisée qui orientait mes réponses...c'est à dire qu'elle les simplifiait, elle simplifiait mes réponses parce qu'elle les trouvait trop compliquées et donc quand il fallait qu'elle les écrive, elle les simplifiait...
 - NR : D'accord.
 - DR I : Et ça ne rendait pas compte de véritablement de ce que j'avais dit.
 - NR : Mais, vous avez résisté ?
 - DR I : J'ai résisté un peu mais j'ai vu qu'elle était limitée et donc, au bout d'un moment c'était soit il fallait que j'appelle pour qu'on change de gendarme c'était chronophage, elle est bien restée une heure et demie ou deux heures !
 - NR : Ah oui d'accord, ok. Et ils ont fait une saisie de dossier à ce moment-là ?
 - DR I : Une saisie de dossier !
 - NR : D'accord, ils étaient accompagnés par quelqu'un ou ?
 - DR I : La gendarmette, son magnétophone...
 - NR : D'accord.
 - DR I : Et donc, le médecin du conseil de l'ordre. Qui met le, le dossier sous scellés.
 - NR : D'accord, ok.
 - DR I : Ou la gendarmette, je ne me rappelle plus.
 - NR : D'accord, ok. Donc, au niveau civil et pénal par exemple le secret médical ? Vous le mettriez où ? Peut-être ordinal ?
 - DR I : Je ne sais pas !
 - NR : D'accord ouais, ouais. Donc les certificats, ça c'est bon c'est ce que vous me disiez la dernière fois. Tout ce qui est blessures, homicides ?
 - DR I : Les certificats de coups et blessures. Alors certificat coup et blessures je, je, enfin, il me semble que je sais bien faire il y a une partie déclarative c'est à dire le patient déclare alors il a droit de déclarer ce qu'il veut et puis après il se plaint de c'est à dire qu'il a telle plainte et après, moi, j'ai observé ça alors si j'ai observé rien ou alors parfois j'ai appris qu'il fallait apprécier d'une part la présentation du patient le patient est très bien habillé ou il était complètement défait, tâché de partout et puis aussi d'observer pas seulement les traces de coup mais aussi son état mental c'est à dire que si la personne est anxieuse ou déprimée et voilà, donc...
 - NR : D'accord.
 - DR I : Ça c'est pour le certificat de coups et blessures. Parlant d'homicide, je n'ai pas été confronté à un homicide mais très dernièrement, dernièrement, j'ai été confronté à un de mes patients qui est suivi pour une leucémie ostéo en phases terminale et mon patient s'est tiré une balle dans la poitrine...
 - NR : Ah ?
 - DR I : Donc, j'ai été appelé par son fils le matin euh avec une demande du fils de faire un certificat pas conforme à la réalité et donc j'ai constaté, j'ai constaté la blessure par balle dans le cœur donc j'ai appelé la police...

- NR : D'accord.
- DR I : Et puis après j'ai vu débarqué la police, les gendarmes toute une équipe de gendarmes qui sont venus pour constater le décès mais j'ai bien précisé que c'était un monsieur qui a eu, je pense que ça s'est arrêté là parce que j'ai bien précisé que c'était un monsieur qui avait une leucémie qui était transfusé tous les quinze jours et qui m'avait exprimé des idées, des idées de mort et je pense que si on avait eu un service qui proposait une aide il serait parti dans le service.
- NR : Ah oui, d'accord oui.
- DR I : Et j'aurais éventuellement un peu parlé de ce que ça pouvait se passer en Suisse et je me suis demandé jusque quel droit, jusqu'à quel point j'avais le droit de leur en parler...
- NR : Oui ?
- DR I : De le proposer, moi, c'est à dire de répondre à une demande de leur part, j'aurais pu discuter mais de le proposer moi-même voilà, je me suis posé le problème du médicolegal à ce moment-là.
- NR : D'accord, ok. Là, vous m'aviez parlé donc d'une situation du patient avec le volvulus du grêle où vous aviez été entendu du coup par la police, est-ce qu'il y a d'autres situations où vous aviez été entendu ou vous aviez été en commission ?
- DR I : Oui, j'en ai une autre ouais, j'en ai une autre où j'ai été entendu. Un soir, quand je rentrais du tennis avec mes copains assez tard on a trouvé un de mes patients sur le trottoir qui était un patient qui était un éthylique chronique habituel et là il était dans un état d'éthylisme avancé avec une plaie du cuir chevelu euh un des voisins a appelé les pompiers et le patient est, nous on a attendu on était à côté, il n'y a pas eu de geste de réanimation j'étais avec une raquette de tennis.
- NR : C'est vrai ?
- DR I : Et euh, donc on a attendu les pompiers et le patient est parti à l'hôpital mais il était dans un état comme un état type, un état d'ébriété avancé, il faisait « aiaea » comme ça mais bon il était encore vivant en tout cas et le lendemain, j'ai vu débarquer 2 gendarmes à mon cabinet qui m'ont signalé le décès du patient.
- NR : D'accord.
- DR I : Qui sont venus saisir une déposition mais là c'était pas deux gendarmes, pas d'enregistrement, ils ont pris une déposition pour savoir ce que j'avais constaté.
- NR : D'accord.
- DR I : Parce que j'ai su après parce que le fils avait porté plainte contre X pour, pour savoir ce qui s'était passé dans la soirée.
- NR : D'accord, ok....
- DR I : Pour reconstituer la soirée...
- NR : D'accord, ok.
- DR I : Donc, il a attendu, a priori tous les protagonistes de la soirée ont été entendus.
- NR : D'accord, pour une enquête ?
- DR I : Oui.
- NR : D'accord.
- DR I : J'ai eu de la chance étant médecin qu'il vienne chez moi alors que mon collègue qui était avec moi lui il a dû aller se déplacer...
- NR : Se déplacer ?
- DR I : A la gendarmerie.
- NR : A la gendarmerie, oui.
- DR I : Mais enfin les deux gendarmes avec le képi dans le cabinet médical ça fait toujours un petit quelque chose...
- NR : Ouais.
- DR I : Puisque, alors, je, mon collègue, mon collègue qui, justement, a été condamné probablement dans une histoire de...celui qui a quitté le groupe de pairs
- NR : Oui ?
- DR I : Me raconte que, un jour, l'huissier vient à sa porte et lui remet un document en lui disant « vous êtes le docteur machin voilà très bien, je vous remets le document » et, en fait, c'est là qu'il reçoit le, le, le dépôt de plainte, je ne sais pas exactement comment ça se dit, mais, je pense que, voilà, alors, il n'était pas seul dans une histoire de cancer qui avait traîné et tout ça, et, en fait, tous les médecins qui étaient concernés c'était pas lui le seul concerné, mais aussi l'hôpital, tous les médecins de l'hôpital...
- NR : D'accord, tout le monde avait été entendu à ce moment-là ?
- De- Tout le monde a été je crois condamné, enfin, je ne connais pas l'issue...
- NR : D'accord.
- DR I : Je ne connais pas l'issue.
- NR : Par rapport à vous à vos auditions qu'est-ce que vous avez ressenti par rapport à ça ? Comment vous, vous avez vécu ça ?
- DR I : J'ai de la chance, je m'en suis tiré chaque fois.
- NR : Ouais.
- DR I : Je ne suis pas parti en prison. Donc, à chaque fois on se demande dans quel, dans quel ... alors, la fois quand même pour le volvulus du grêle, j'avais un conseiller de l'ordre à côté de moi donc, j'étais, quand même, un peu conseillé quoi. Il me semble que j'avais dû téléphoner au conseil de l'ordre avant je sais très bien que dans le conseil de l'ordre il y a une dame qui s'occupe de... qui est conseiller juridique.
- NR : D'accord.
- DR I : Et par ailleurs, je suis allé à la MACSF et j'ai une copine juge proche, qui me dit, qui juge de temps en temps et qui me dit que les avocats de la MACSF sont excellents.

- NR : D'accord, ok.
- DR I : Ça c'est quand même assez rassurant !
- NR : Vous savez que vous l'avez à disposition au cas où ?
- DR I : Exactement, je sais au moins si on est défendu parce que chez les avocats c'est comme les médecins il y a des bons et des moins bons c'est quand même assez rassurant de savoir qu'on sera défendu par des gens qui tiennent la route.
- NR : D'accord. Depuis, l'épisode du volvulus par exemple, vous avez changé votre pratique ?
- DR I : Non.
- N- Non, vous restez... ?
- DR I : J'examine mes patients, je les interroge, je les examine, et je prescris l'ordonnance.
- NR : Déjà avant ?
- DR I : L'exercice médical c'est pas fondamentalement risqué c'est à dire qu'on est confronté très tôt dans notre vie professionnelle à des souffrances et la mort, et on va être confronté à ça en permanence dans notre vie, dans notre vie active.
- NR : Oui, d'accord.
- DR I : C'est des risques qu'il faut accepter. J'ai eu quelques internes qui ont fait des... dont une qui faisait des attaques de panique en venant au cabinet je pense que ça l'examen médical c'est fondamentalement anxiogène, j'ai plein d'exemples justement où j'ai été confronté à l'attitude des internes et de l'anxiété, celle qui faisait des crises de panique, celle qui a fait des attaques de panique après sa thèse euh...
- NR : D'accord ?
- DR I : Des gens qui ont renoncé à l'exercice médical alors qu'ils étaient médecins et je suis persuadé qu'il y a plein de gens, plein de médecins qui font des excès qui ne voient pas de patients à cause de cela !
- NR : Oui d'accord, par rapport au risque et qui restent par rapport à la profession du coup...
- DR I : Mais ils ne voient plus de malade ou alors par exemple je pense, alors, c'est un avis personnel, que beaucoup de gens qui font médecine, médecine d'exercice particulier sont en fait des gens qui, qui sont paniqués par l'idée de voir des gens qui vont mal. J'ai l'exemple d'un homéopathe du secteur qui est associé avec d'autres médecins qui refusent d'exercer le samedi tout seul au cabinet parce que il a l'éventualité de voir des vrais malades quoi...
- NR : D'accord, ouais, tout à fait, d'accord. Donc, pour vous le risque médical et en même temps du coup le risque médico-légal, il est quand même plus important en médecine générale ?
- DR I : Ça, ça c'est sûr. Il est important dès, alors je pense l'obstétricien qui voit des accouchements il est majeur, le chirurgien qui voit des gens en état d'urgence justement celui qui fait justement l'urgence chirurgicale, il est bien plus à risque que celui qui fait de la chirurgie réglée parce s'il pose que de la prothèse de hanche réglée, il est moins à risque que celui qui fait de la prothèse de hanche post-traumatique...
- NR : Ouais ?
- DR I : Qui fait de la blessure souillée...
- NR : Ouais, d'accord. Euh, selon vous c'est quoi les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ?
- DR I : C'est extrêmement important ça.
- NR : Vous avez donné quelques pistes
- DR I : Déjà pas travailler trop, essayer d'avoir un exercice euh...
- NR : Se laisser du temps ?
- DR I : Prendre du temps mais.... Donc il y a plein d'attitudes préventives c'est à dire qu'il faut avoir le temps pour pouvoir examiner ses patients, d'être dans de bonnes conditions, bonnes conditions d'examen, au calme, le plus possible, voilà.
- NR : D'accord.
- DR I : Sachant que les conditions pratiques il peut arriver 2 choses en même temps, c'est toujours....
- NR : C'est toujours ça ?
- DR I : Moi, j'ai, de plus en plus, voilà, une des choses qui ont changé dans ma pratique c'est que quand les gens me téléphonent et que je prends une décision, je le marque, j'ouvre le dossier médical et, euh, je marque par téléphone : appel pour INR, pour fièvre persistante et je marque. Généralement, j'essaie d'écrire et je dis abstention, surveillance à la maison. Enfin voilà, j'essaie de marquer ça.
- NR : D'accord.
- DR I : Et puis la deuxième chose qui est extrêmement importante c'est le secrétariat médical parce que pendant très longtemps, je pendant pas très longtemps quand même, je crois pendant les 10 premières années je n'avais pas de secrétariat médical, j'étais dérangé tout le temps au téléphone, donc, le fait d'avoir un secrétariat médical c'est, ça procure un confort énorme de pas être dérangé tout le temps pour les prises de rendez-vous, pour euh, on a des patients qui téléphonent pour tout et n'importe quoi, pour savoir si faut mettre la blédine marron ou la blédine jaune euh la blédine, le sans gluten, non, ça c'est insupportable d'être dérangé tout le temps, on ne peut pas donner des conseils comme ça donc le, le secrétariat médical c'est le truc numéro 1 pour se prémunir !
- NR : Pour se prémunir, d'accord. Donc, tenue du dossier, ça de toutes façons vous m'en aviez déjà parlé avant et puis vous avez informatisé
- DR I : Depuis 1991.
- NR : D'accord, pas mal, euh, un recours plus important au spécialiste ou à l'hôpital ?
- DR I : Pas obligatoirement, parce que je pense que le type qui fait de la médecine générale en disant « bon, la douleur de l'estomac, je l'envoie chez le gastro, la douleur du cardiaque, je l'envoie chez le cardio »...
- NR : Hum ?
- DR I : Pas du tout. Par exemple, ne serait-ce, je vais prendre un exemple concret

- NR : Hum ?
- DR I : Le, si la douleur euh la douleur thoracique, par exemple, l'adresser au cardiologue est quasiment systématiquement une perte de chances et une perte de temps !
- NR : Hum ?
- DR I : C'est le médecin qui doit gérer les facteurs de risque, qui doit faire l'électrocardiogramme, ne pas faire de troponine et adresser au 15, au SAMU, je pense que voilà, voilà, une situation concrète.
- NR : Hum
- DR I : De ville est systématiquement, une perte de temps, une perte de chances pour lui, pour le patient...
- NR : D'accord.
- DR I : Donc, le médecin doit, alors ça c'est un grand leitmotiv avec les internes qui sortent de l'hôpital et qui ont l'habitude de, que ce soit les spécialistes d'organes qui traitent les patients...
- NR : Hum.
- DR I : Nous, les médecins généralistes, nous on traite 95 % de ce qu'on voit !
- NR : Oui, d'accord. S'entourer de pairs, alors ça vous m'en avez parlé, le conseil de l'ordre, les assurances, euh le groupe de pairs tout ça ?
- DR I : Le problème, le principe c'est jamais rester seul. Le groupe de pairs c'est le groupe d'analyse de la pratique c'est à dire qu'on réfléchit sur ce qu'on fait euh, on essaie de se tenir, toujours d'être au courant, de s'interroger sur les référentiels sur les changements dans les référentiels, qu'est ce qui a été démontré, qu'est-ce qui n'est pas démontré et puis le groupe de pairs ça a, ça a une dimension psychothérapeutique pour nous on voit qu'on est tous quand on fait, soit quand on fait des erreurs, alors on fait même des séances d'analyse de l'erreur et puis on voit que, alors là on voit que l'on en fait tous et bon des fois que les autres en ont fait des plus grosses que nous, donc, ça nous rassure un peu. Voilà, tant que la médecine sera faite par des hommes de toutes façons, ça sera ... il y aura des erreurs qui seront commises. Encore une fois, il y a des, des, voilà on se prémunit par exemple quand on prépare un vaccin, une injection, ben il faut s'arrêter de parler, se concentrer sur l'injection bon ça nous évite de faire des erreurs !
- NR : Oui, tout à fait.
- DR I : Voilà, donc, et puis toujours voilà toujours demander quand on voit une situation extrêmement urgente, moi personnellement, je ne m'embête plus, je téléphone au 15. Le 15 me donne un avis alors c'est l'avis, la décision partagée c'est à dire qu'on est plus seul à prendre la décision, cela est un partage de la décision et souvent ça met les idées un peu en place, soit il nous envoie une équipe de SAMU, soit il nous envoie une ambulance .
- NR : Hum, oui ?
- DR I : Souvent quand on téléphone, c'est, sachant qu'on est médecin c'est rare que...
- NR : Qu'il refuse de prendre en charge ?
- DR I : Ou alors il faut vraiment un médecin très anxieux, mais souvent, en fait, on leur a téléphoné parce que c'était une situation à risque et généralement, on va nous envoyer une ambulance quoi...
- NR : Oui, oui. Plus de communication avec les patients ? C'est une façon de se prémunir ?
- DR I : Bien sûr !
- NR : Hum.
- DR I : Au départ, euh, je pense que je parlais beaucoup mais encore une fois je pense qu'au départ je parlais beaucoup et j'expliquais beaucoup.
- NR : Hum.
- DR I : Et maintenant, il me semble que j'écoute plus, et parce que des fois on leur explique des choses qu'ils ont pas de toutes façons, ils n'ont pas le, le, la culture scientifique ou le... ou même on voit des gens qui ont la culture scientifique mais qui nous racontent parfaitement qu'ils vont chez l'ostéopathe, l'homéopathe, ils nous racontent qu'ils adhèrent totalement à une façon de penser qui est totalement anti-scientifique.
- NR : Hum.
- DR I : Donc, je pense qu'il vaut mieux écouter que, que de parler...
- NR : D'accord.
- DR I : Puis, par contre, ce que je fais beaucoup c'est quand j'ai une attitude thérapeutique, je prends des décisions partagées c'est à dire que quand je vois une épaule douloureuse chronique, ben voilà je discute il y a des patients à qui je leur dis que l'infiltration ce serait probablement la meilleure solution mais ils veulent pas entendre parler des piqûres, et des infiltrations c'est la cortisone, et c'est une cochonnerie, ou bien faire de la kinésithérapie, de la balnéothérapie pendant 6 mois plutôt qu'une infiltration bête ; c'est eux qui choisissent la décision quoi....
- NR : D'accord, hum...
- DR I : J'essaie de faire le plus possible du consentement éclairé c'est à dire que en fait c'est le patient qui prend la décision c'est moins facile pour eux parce que c'est eux qui prennent la décision.
- NR : Oui.
- DR I : Mais encore une fois, il me semble que c'est une attitude qui convient, qui conduit moins justement au médicolégal !
- NR : Au médicolégal ?
- DR I : C'est le patient qui prend la décision et pour lui faire sentir que c'est lui qui prend la décision, sans lui faire signer de papier parce que je pense que c'est totalement illusoire le fait de, de faire signer plein de papier au patient euh, je pense qu'une discussion, y a un petit peu de temps de pris, c'est mieux qu'un papier signé.
- NR : Qu'un papier signé ?
- DR I : Signé sur le coin de la table et qui représente rien du tout !

- NR : Ouais, d'accord. Est-ce que vous pensez qu'il faudrait abandonner certaines pratiques, certaines thérapeutiques. Alors dans thérapeutiques, justement, il y a les infiltrations qui peuvent être à risque ou certaines pratiques, le suivi de grossesse par exemple. Est-ce que cela vaudrait le coup pour se prémunir ?
- DR I : Je pense que ce débat, je pense que ni l'infiltration, ni le suivi de grossesse ne doivent être abandonnés mais, il faut en faire suffisamment pour que ça soit sécurisé.
- NR : D'accord.
- DR I : Donc, parlons de, de, j'ai fait des infiltrations jusqu'à récemment euh et notamment j'infiltrais 2 choses qu'il me semblait que je savais faire c'est à dire le canal carpien et l'épicondylite.
- NR : Oui ?
- DR I : Mais le reste mais que je n'en faisais pas assez pour être compétent et j'ai dernièrement vu mon compte-rendu de la MACSF à l'occasion de justement de... Je leur demandais si je pouvais être médecin de crèche, je suis médecin de crèche, bon, je viens de démissionner de mon poste de médecin de crèche après 18 ans d'exercice et en fait, ils m'ont renvoyé mon compte-rendu de tout ce pourquoi j'étais assuré et j'ai vu que je n'étais pas assuré pour les infiltrations !
- NR : Oui.
- DR I : Voilà. Et donc, j'ai décidé, à la suite de cette date de ne plus faire d'infiltration et d'envoyer toutes les infiltrations soit chez mon confrère qui fait de l'ostéopathie qui lui fait beaucoup d'infiltrations.
- NR : Hum ?
- DR I : Il connaît bien l'appareil locomoteur, soit au rhumatologue. Donc, j'ai abandonné, je fais toujours des suivis de grossesse parce que j'estime que j'en fais assez fréquemment et bien sûr, je ne fais que du suivi de grossesse, du début de grossesse et de la grossesse non compliquée.
- NR : D'accord, ok. Donc, si on est compétent, pas besoin d'abandonner !
- DR I : Pas besoin. Les infiltrations, le type qui fait beaucoup, moi j'ai beaucoup de... on a tous un exercice particulier, hein, moi, j'ai beaucoup de pédiatrie, je vois peu, j'ai la chance d'être associé avec un médecin qui est ostéopathe, médecin du sport, qui a fait de l'ostéopathie, qui fait des consultations de médecine du sport.
- NR : Hum.
- DR I : Qui connaît bien l'appareil locomoteur et qui en fait beaucoup...
- NR : D'accord, voilà.
- DR I : J'espère pour lui qu'il est assuré pour (rires) et de ce, je vais en parler avec lui pour lui demander qu'il soit bien, pour qu'il regarde bien ses contrats, qu'il soit bien assuré !
- NR : Oui, ouais, tout à fait !
- DR I : S'il résulte un effet positif de notre entretien !
- NR : (Rires) Ce sera ça. Bien écoutez, c'est terminé, merci beaucoup d'avoir répondu à tout ça. Est-ce que vous, vous avez des questions par rapport à ça ?
- DR I : Non, mais ça m'a fait réviser des choses !
- NR : Ouais ?
- DR I : Quand on répond à ces questions ça fait, enfin, moi ça fait penser en même temps...
- NR : Ouais ?
- DR I : Je crois que ça me fait, ça me fait pas vraiment envie. En fait, on a souvent des sessions mais on est souvent invité à des, à des choses, à des choses sur le médicolégal.
- NR : D'accord.
- DR I : Mais une fois aux journées d'urgence de DEBROUSSE, il y avait des, des juristes qui étaient invités
- NR : Et ça ne vous a pas convaincu ?
- DR I : Ça m'a, comme il n'y avait aucun cas concret, c'était genre un espèce de discours, alors, je comprends bien que le discours c'était, euh, « de toutes façons ça vous arrivera probablement jamais » et, euh, « et puis euh ne craignez rien, soignez bien vos patients » ; alors ça j'ai bien compris que c'était en effet le fait de, plus on était dans le soin et plus on était protégé contre si on a une attitude, si on a une espèce d'attitude préventive on est pas dans le soin c'est dans ces conditions-là où effectivement on a plus de chance.
- NR : D'accord.
- DR I : Mais quand on est véritablement dans le soin je pense que on a moins de risque de... Moi, j'ai des attitudes préventives par exemple quand j'ai lu que sur le document du sou médical de la MACSF qu'il y avait des gens qui étaient tombés du divan d'examen à l'occasion d'un vaccin et ben depuis, depuis cette histoire-là, chaque fois que je vaccine je fais allonger mes patients !
- NR : D'accord.
- DR I : Et je leur dit, ceux qui sont très anxieux, je leur dis si vous tombez dans les pommes ça ne m'inquiète pas, allez-y !
- NR : Hum ?
- DR I : Depuis que je tiens ce discours, plus jamais personne n'est tombé dans les pommes pendant un vaccin.
- NR : D'accord.
- DR I : Et donc, comme ils sont tous couchés et ben personne n'est tombé du divan d'examen !
- NR : D'accord.
- DR I : Mais je vois mes internes qui parfois qui vaccinent assis ou debout, je leur conseille de changer leur pratique.
- NR : D'accord, oui. Et ça c'est en lisant donc le rapport ?
- DR I : C'est en lisant directement parce que je lis mais je lis pas trop quand même on lit ce truc-là, on fait plus de médecine !

- NR : On fait plus rien !
- DR I : Et après c'est quoi voilà c'est comme mes collègues par exemple qui ont râlé contre l'informatique et contre la télétransmission, ils se sont tous mis, ils sont informatisés, ils télé transmettent tous et je suis sûr qu'aujourd'hui ils...
- NR : Ils reviendraient pas en arrière ?
- DR I : Bien sûr, parce que cela leur procure un confort d'exercice. Le type qui se crispe, y a des gens qui veulent jamais changer leur pratique, 50% des médecins ne font pas de test, de strepto test pour la gorge tout ça, mais, je me demande pourquoi ? Mais, c'est dur hein. A un moment on a, à changer son attitude dans la vie, le changement c'est vraiment un truc très complexe bon, mais moi, moi j'ai eu la chance d'être, le fait de prendre, d'avoir des internes dans mon cabinet ça m'a énormément fait.
- NR : Ouais.
- DR I : Alors, je pense que si déjà j'ai accepté de prendre des internes sur 35 médecins sur le val de Saône, on est 3 à prendre des internes dont deux dans le même cabinet donc c'est quand même pas hyper fréquent, les gens, les médecins ça les bouscule d'être, de prendre des internes. Moi, je pense que c'est extrêmement salutaire !
- NR : Hum ?
- DR I : Je pense que ça m'a sauvé ma fin de carrière quoi il y a plein de médecins qui sont dans le burn out qui, ils ont l'impression d'avoir tout le temps la tête dans le guidon. Moi j'adore ça.

Docteur J :

- NR : Je m'appelle Noémie Roland, je viens de finir mon internat donc, en novembre dernier. Donc, je fais des remplacements depuis et là, cette année, je suis inscrite en master 2 « Culture et Santé ». C'est un master en philosophie, en fait, en fac de philosophie pour faire de l'éthique, de l'épistémologie de la santé. Donc, cette interview, elle, elle vient pour faire aussi un mémoire dans le cadre de ce master 2 et ça me servira aussi pour écrire ma thèse dans un second temps. Ça sera le même sujet du coup euh, et ça s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal qui est lié à leur pratique. Voilà le sujet, en fait, qui va nous amener dans ces prochaines minutes.
- Juste pour vous recadrer un petit peu les choses : donc, depuis ces dernières années, il y a une augmentation de la mise en cause des médecins généralistes. Au départ, ils étaient plutôt euh, comment dire euh, épargnés par les procédures par rapport aux confrères, je pense aux anesthésistes par exemple. Aujourd'hui c'est 1 médecin généraliste sur 2 qui sera impliqué dans une procédure judiciaire quelle qu'elle soit. Avant c'était 1 sur 10 en 97. Effectivement, il y a une augmentation. En dehors des études de, d'assurances ou de, du conseil de l'ordre, c'est vrai qu'il y a peu d'informations par rapport à ça, et puis le généraliste ne sait pas trop vers qui se tourner dans ces cas-là. Donc j'aimerais bien connaître votre avis par rapport à cette question.
- Euh, tout ça sera enregistré mais il y aura tout qui sera anonyme et il n'y aura effectivement aucun jugement sur la pratique que ce soit pour vous ou pour vos confrères qui seront interrogés dans le même cas. Voilà.
- Est-ce que vous avez des questions à ce stade ?
- DR J : Pas encore, ça va venir...
- NR : Pas encore ... (rires) Vous les posez quand vous le voulez et il n'y a pas de problèmes. Pour vous connaître un tout petit peu mieux et je sais que c'est très impoli, quel est votre âge ?
- DR J : 56 ans.
- NR : 56. Depuis quand êtes-vous installé ?
- DR J : Depuis pas tout à fait 20 ans.
- NR : D'accord.
- DR J : J'ai roulé ma bosse ailleurs avant.
- NR : D'accord, ici, donc vous travaillez tout seul ici, mais dans une maison quand même médicale ?
- DR J : Je suis le seul médecin mais il y a une place pour un deuxième médecin !
- NR : Ah !
- DR J : Qui voudrait, qui aurait sa thèse et voudrait s'installer, euh tout est prêt, tout est...
- NR : Là où était Guillaume, le cabinet juste à côté ? D'accord.
- DR J : Il y a de la place pour un deuxième médecin, je travaille avec trois infirmières, une kiné, l'APA, la MDRD qui vient faire des vacances ici, une diététicienne aussi qui vient une fois par semaine, il y a des conditions de travail qui sont assez sympas...
- NR : Plutôt bien, d'accord, OK. Votre activité c'est plutôt semi-urbain urbain, ou rural ?
- DR J : C'est rural ici.
- NR : C'est bien ça ! Votre thèse, quelle année ?
- DR J : Bonne question, je préfère le titre... 82 je crois !
- NR : D'accord très bien, pas de problèmes... Quand je parle de risque médico-légal, ça vous évoque quoi ?
- DR J : Ça m'évoque quoi ? En premier ça m'évoque des médecins que j'ai croisés qui avaient été détruits mais psychiquement, par des accusations, voilà. Je pense à un confrère qui est dans le coin qui a qui peut-être est passé à côté de quelque chose, je n'en sais rien, m'enfin qui est, sur qui il est tombé une histoire médico-légale, qui a été mis en cause et j'ai l'impression que ce n'était pas l'affaire, le problème ponctuel que, lui, remettait en cause mais toute son existence, c'est à dire qu'il a passé, comme la majorité, je pense, des médecins généralistes une grosse partie de son existence à améliorer le bien-être des gens voire en guérir quelques-uns peut-être...
- NR : Oui...
- DR J : Et tout d'un coup on lui dit, en fait, ce qu'il a reçu comme message c'est : vous travaillez comme un cochon...

- NR : D'accord, oui...
- DR J : Et cela l'a vraiment perturbé, mais profondément...
- NR : Hum. Donc le risque médico-légal selon vous, c'est, au-delà, avec les conséquences que ça peut donner par rapport à cela ?
- DR J : Il n'est pas allé en prison, c'est le dégât psychique que ça a provoqué chez lui qui m'a impressionné...
- NR : D'accord. Et ça avait été jusqu'à un procès, quelque chose, une procédure en tous cas ?
- DR J : Il y a eu une procédure, je ne sais pas très bien, je suis très mauvais en droit donc, je ne sais pas très bien jusqu'où c'est allé, je sais qu'il avait été convoqué, qu'il avait dû s'expliquer, qu'il avait dû répondre de ses actes, enfin tout ça.
- NR : Hum. D'accord OK. Donc selon vous donc en fait le risque médico-légal c'est plus du coup l'enquiquinement, le mot est un peu faible mais par rapport à des plaintes des patients en tous cas ?
- DR J : C'est ça, c'est, ça peut être aussi les conséquences que ça a, c'est-à-dire que pour moi, vous l'avez compris, je vous le dis gentiment je ne suis pas de la dernière génération, (rires) ni de la dernière fraîcheur, quand on, quand j'étais à la fac on ne parlait pas de ça, le médecin était celui qui décidait.
- NR : D'accord, hum.
- DR J : Et on essayait de nous former pour pouvoir décider en fonction de ce qui nous paraissait être la bonne décision à prendre. Maintenant l'intrusion, de, de la procédure, enfin des procédures dans le domaine du médical a des conséquences. C'est à dire, avant de faire un geste je change légèrement le geste de façon à ce qu'il soit le plus en comment, en symbiose avec ce que je sais du médico-légal. Par exemple, si vous faites une injection, une ponction, avant je désinfectais avec de l'alcool à 70, maintenant je prends de la Bétadine et je fais remarquer aux gens que c'est bien coloré là où j'ai désinfecté de telle façon qu'ils voient que j'ai fait la désinfection. Vous voyez c'est des petites choses, il y a des choses plus importantes aussi mais...
- NR : D'accord, oui mais par exemple...
- DR J : ça a eu une incidence, ça a une incidence, parce que, voilà, ça fait peur quand même, voilà...
- NR : En tous cas c'est quelque chose à laquelle vous pensez...
- DR J : C'est quelque chose à laquelle je pense, c'est quelque chose que je transmets à mes stagiaires, puisque je suis maître de stages. Je leur dis, voilà, c'est un gamin qui vient, qui a mal à la tête et qui vomit. Tu marques "pas de syndrome méningé" s'il n'a pas de syndrome méningé, dans le dossier de façon à laisser une trace !
- NR : D'accord oui, oui.
- DR J : C'est ce genre de petit truc voilà. Il faut je pense à notre époque il faut se protéger.
- NR : D'accord. Et c'est quelque chose à laquelle vous pensiez au début de votre carrière déjà ou... ?
- DR J : Non, non ! C'est devenu progressivement, au début de ma carrière j'étais dans le mythe du médecin tout puissant (rires).
- NR : D'accord et ça a changé. Pour vous, quelles sont les situations à risque dans votre métier ? Celles particulièrement où il pourrait y avoir un risque médico-légal ?
- DR J : Alors, euh... à brûle pourpoint comme ça...
- NR : Oui, tout à fait ?
- DR J : Euh, j'en vois deux, on peut être à risque médico-légal parce qu'on est pas parce que on est nous-mêmes, sommes en train de faire une erreur, on peut faire une erreur et dans ces cas-là le risque il peut provenir de la surcharge de travail ou de la fatigue. C'est à dire que quand vous faites, quand vous êtes médecin généraliste une nuit de garde et que vous embraillez le lendemain avec votre journée de travail, on a pas le repos compensateur comme l'ont les hospitaliers, et on a pas ce genre de chose, et la fatigue, le manque de sommeil intervenant dans nos décisions, on peut être amené à prendre des décisions qui ne sont pas les bonnes
- NR : D'accord.
- DR J : ça peut arriver et ça arrive sans doute...
- NR : Oui, sans doute oui, ouais ouais...
- DR J : Et le deuxième vient plutôt du côté du patient, c'est à dire que ce n'est pas pour rien que je me suis installé à la campagne, ça fait aussi partie des choses auxquelles on pense, les relations entre les patients et les médecins ne sont pas les mêmes à la campagne et en ville.
- NR : Hum hum...
- DR J : Elles ne sont pas les mêmes si vous avez un accident de travail ou une maladie professionnelle, ou si vous avez quelqu'un qui s'est blessé en travaillant son jardin !
- NR : D'accord.
- DR J : Il y a des facteurs qui sont liés aux patients.
- NR : Hum. D'accord.
- DR J : Cela dit peut-être la profession du patient !
- NR : Aussi ! (rires) Donc si je résume, il y a le facteur humain, ce que vous disiez on ne peut pas être à l'abri d'une erreur effectivement, il y a le facteur travail avec la surcharge qui peut arriver j'imagine en hiver, les épidémies etc, et puis le facteur patient donc peut-être plus procédurier parfois que d'autres en tous cas. D'accord OK : on parle depuis quelques années de plus en plus de judiciarisation de la médecine. ça vous évoque quoi comme euh, on en a parlé un petit peu mais... ?
- DR J : ça m'attriste !
- NR : Ouais ! (rires)
- DR J : ça m'attriste car comme tous les médecins je pense, je suis et j'essaie de faire mon job le mieux possible dans les meilleures conditions possibles pour le bien de mes patients, pas uniquement attiré par le fric ou attiré par la notoriété ou je ne sais quoi, c'est vrai que cet aspect-là du problème c'est pas celui qui m'intéresse le plus, ce n'est pas celui qui me fait rêver, c'est pas...

- NR : J'imagine... Humm... Dans le *Petit Larousse* on dit que la judiciarisation c'est « *l'intervention croissante de la justice dans tous les domaines de la vie sociale et la résolution prépondérante des litiges de manière judiciaire* ». Vous pensez qu'effectivement c'est exact ? On résout plus les litiges comme cela maintenant ?
- DR J : On est dans cette voie-là.
- NR : Dans cette voie ?
- DR J : Je ne pense pas si, qu'on ait encore atteint les sommets, mais je sais que ça a déjà des incidences, c'est-à-dire qu'il vaut mieux être gynécologue médical qu'obstétricien par exemple !
- NR : D'accord, oui.
- DR J : Les gynécologues médicaux ça ne sert à rien, les obstétriciens on en a besoin et beaucoup de jeunes femmes et de jeunes hommes qui choisissent la spécialité gynéco vont plutôt s'orienter sur la gynéco médicale...
- NR : Hum, hum.
- DR J : Parce que ils sont plus tranquilles par rapport à ça.
- NR : A ce risque-là ?
- DR J : Par rapport aux procès.
- NR : D'accord ce qui n'était pas le cas comme vous dites au début par exemple de votre carrière, les obstétriciens pouvaient choisir en tous cas sans
- DR J : Il y avait des professions qui étaient nobles à l'intérieur de la médecine. La médecine générale malheureusement pas trop. La profession de chirurgien ou d'obstétricien c'étaient des métiers, c'était la crème de la médecine, maintenant ce sont des métiers donc des métiers de chiens, dont personne ne veut parce qu'il faut se lever la nuit et parce que vous risquez de vous retrouver en procès régulièrement.
- NR : Tout-à-fait oui, oui-oui. Selon vous, c'est quoi les obligations légales d'un médecin généraliste ? A quoi il est tenu, finalement ?
- DR J : A quoi il est tenu ? A quoi j'aimerais qu'il soit tenu. Il y a des obligations de moyens...
- NR : Par exemple, oui, tout à fait.
- DR J : Vous voudriez me faire dire ?
- NR : Après euh...
- DR J : Des obligations de moyen je pense qu'il est tenu à ne pas être isolé dans sa bulle, c'est-à-dire ne pas ... je pense que certains médecins cherchent à tout prix à avoir raison tout seuls contre le monde entier et là, je pense qu'ils sortent un petit peu de ce qui est souhaitable. Il est tenu de respecter la déontologie, je pense que le code de déontologie n'est pas trop mal fait et...
- NR : Oui, tout à fait.
- DR J : Les obligations auxquelles je me sens tenu...
- NR : D'accord. En ce qui concerne par exemple le téléphone, la régulation, vous savez par téléphone, intempestif un peu dans la journée, est-ce que on est obligé de répondre au téléphone par exemple ou de donner des conseils absolument ou ... ça fait partie de la permanence alors après je ne sais ce que vous, vous en pensez ?
- DR J : Le problème du téléphone, d'abord, c'est un véritable problème pour moi que j'ai résolu en embauchant une secrétaire...
- NR : (Rires) Déjà ! C'est déjà une solution !
- DR J : Ce problème, je ne l'avais pas vu sous l'angle médicolégal, je l'avais vu sous l'angle du fait que les appels téléphoniques multiples pourrissent une consultation...
- NR : D'accord.
- DR J : Vous imaginez, cela fait cinq minutes que l'on parle si vous avez eu quatre coups de téléphone depuis le début vous commenceriez à en avoir marre et ça serait normal. Et c'est arrivé, c'est arrivé et je m'apercevais que quand je répondais au téléphone au bout du quatrième ou Xème coup de téléphone au cours de ma consultation j'avais tendance à être agressif au téléphone. Et la personne qui m'appelait, elle savait pas pourquoi. Elle ne comprenait pas, ce n'est pas de sa faute, elle avait un médecin agressif au bout du fil sans qu'il y ait de raison valable, sans qu'il y ait de raison valable de son point de vue hein, ça c'est peut-être autre chose. Donc s'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond, il ne faut pas continuer comme cela alors soit je ferme le téléphone, ce que font certains médecins, soit je délègue et j'ai préféré déléguer, j'ai une secrétaire qui gère sauf le jeudi mais qui sinon qui gère les coups de téléphone, ça se passe bien.
- NR : D'accord, de ce côté-là au moins c'est cadré par rapport à ça. D'accord. Et la permanence de soins alors par rapport aux obligations légales ?
- DR J : On est beaucoup aidé par le centre 15.
- NR : Oui.
- DR J : Le centre 15, c'est un bel outil, faut que ça tienne, ça ! (rires) Faut que ça tienne, ça nous aide beaucoup beaucoup, la permanence en dehors des heures de cabinet je ne me sens pas tenu de répondre au téléphone.
- NR : Donc, ça c'est plutôt confortable.
- DR J : Faites passer le message.
- NR : Et des consultations en urgence qui pourraient arriver, ça vous arrive d'en refuser ? Ou de vous dire oh ben non je suis quand même obligé par rapport à des ?
- DR J : Des consultations en urgence, j'en ai refusé une hier
- NR : Ouais ?
- DR J : Qui est arrivée en me disant vous avez fait un papier, ce n'est pas le bon papier il faut que vous me le changiez parce que cet après-midi je vais à tel endroit et j'ai besoin de mon papier, voilà...
- NR : D'accord, OK.

- DR J : C'est, ressenti par le patient comme une urgence. Vu du côté du médecin je terminais à midi mes consultations qui normalement devraient se terminer à 10 h et demie, j'avais encore des visites à faire (soupir). L'urgence pouvait être différée à mon sens... (rires).
- NR : (Rires) Tout à fait, tout est relatif.
- DR J : Dans le contexte, tout dépend ce que l'on met sous le terme d'urgence, le cas ici qui se serait présenté sous forme de douleur à la poitrine, je l'aurais pas mise dehors !
- NR : Bien sûr, d'accord. On parle souvent d'une triple responsabilité du médecin. Alors je parle toujours en droit médical hein. La responsabilité ordinale ou disciplinaire, conseil de l'Ordre, la responsabilité civile, et puis la responsabilité pénale. Est-ce que vous pourriez m'expliquer un petit peu ces différentes responsabilités et me donner des exemples pour ... ?
- DR J : Non, (rires) non, et je pense que c'est encore plus complexe que ça, il y a par exemple les commissions de conciliation...
- NR : Voilà. Là je ne suis que dans les procédures...
- DR J : Non, là je suis très mauvais...
- NR : Est-ce que vous savez ce qu'on risque, tout simplement... ?
- DR J : Euh, au niveau de l'Ordre, j'allais dire que, j'imagine, j'ai jamais été traduit devant le Conseil de l'Ordre, par un patient. J'imagine qu'on va avoir une écoute de professionnels et que si on a fait son boulot à peu près correctement, de professionnel à professionnel, ça doit pouvoir se régler ?
- NR : D'accord ?
- DR J : C'est assez rare que les médecins soient très méchants et veuillent faire du mal à leur patient, à mon sens il semble hein ! (rires)
- NR : (Rires)
- NR : Je pars de cette hypothèse-là. Qu'on fasse des erreurs, ça j'en suis convaincu. Tout le monde et sans doute moi aussi, malheureusement, on peut faire des erreurs, qui n'en font pas quoi ? Le boulanger peut mettre trop de sel dans son pain. Si on travaille les erreurs peuvent arriver, faut pas...
- NR : D'accord.
- DR J : Donc, le tout est de savoir à partir de quel moment on est déclaré fautif, parce que le fait d'être auditionné par des professionnels est une bonne chose. J'ai été à la commission de conciliation et c'est vrai que c'est plus facile d'expliquer les choses devant des professionnels que devant un juge qui va vous sortir des trucs, vous auriez dû faire ça, vous auriez dû faire ça, comme si nos journées étaient extensibles, alors que lui travaille 35 heures...
- NR : D'accord. Donc au niveau de la responsabilité ordinale vous me dites par rapport à des professionnels effectivement par rapport à ça... Euh... Vous ne m'avez pas dit ce qu'on risque éventuellement si on a... ?
- DR J : Ce qu'on risque c'est des sanctions de type blâme, radiation partielle...
- NR : Tout à fait.
- DR J : Jusqu'à la désinscription à l'Ordre, à l'impossibilité d'exercer...
- NR : Tout à fait oui, la responsabilité civile, vous voyez à peu près où ça se passe et ce qu'on risque ?
- DR J : ça doit être des sous, on demande des sous (rires) !
- NR : Tout à fait !
- DR J : Cela est un peu plus à la mode en ce moment, j'imagine...
- NR : D'accord. Et puis, la responsabilité pénale, alors ?
- DR J : La responsabilité pénale, j'espère ne pas y être confronté, euh, c'est le directeur de la clinique à Marseille, qui fait des opérations de chirurgie esthétique dans son arrière-cuisine, je ne sais pas quoi...
- NR : Exercice illégal... ?
- DR J : Mais on est dans des choses qui sont un peu exceptionnelles quoi, avec peut-être pas l'intention de nuire mais l'intention de, de s'enrichir véritablement sans prendre en compte les données basiques de la science quoi,
- NR : Tout à fait. Le secret médical par exemple, la violation du secret, vous le mettriez où là-dedans ?
- DR J : C'est très compliqué l'histoire du secret médical. C'est très compliqué parce que je veux bien adhérer au discours de dire que ce qui se dit entre un patient et un médecin ça ne regarde personne et ça doit rester à l'intérieur du cadre, mais dès que vous rentrez dans la pratique médicale, la personne âgée vous dit des choses est-ce que c'est vrai, est-ce que ce n'est pas vrai ? Est-ce qu'il faut le répéter à la famille ? Si vous ne dites rien à la famille qui va s'en occuper ? Qui va faire quoi ? Vous voyez c'est très difficile, et en plus le secret médical en lui-même, le secret médical "partagé". (rires) Non mais cela me paraît cohérent parce qu'il ne devrait pas y avoir de secret médical à l'intérieur d'une équipe soignante. Moi, je travaille ici avec l'infirmière et le kiné, on parle librement des problèmes que nous posent les patients. Pour autant, on ne va pas parler de ce qui est annexe, on parle des problèmes rencontrés sur un patient concret et je pense que c'est très bien comme ça. Alors, je ne sais pas si je m'expose aux foudres de l'Ordre ou autre, j'espère que non.
- NR : En tous cas, il ne faut pas que cela soit trop rigide ?
- DR J : Voilà. Et il faut que ce soit bien attentionné, que ce soit pour le bien du patient, pour le bien du patient pas pour... Cela me dérange beaucoup plus quand j'entends des choses sur tel ou tel homme politique qui s'est fait opérer à tel endroit. Voilà, je trouve ça beaucoup plus malsain.
- NR : Quand c'est rendu public ?
- DR J : Voilà, quand c'est pour remplir les journaux, ça me semble déjà, enfin beaucoup moins loyal...
- NR : Loyal, tout à fait. On a discuté un petit peu, mais par rapport à vous même en fait, est-ce que vous seriez d'accord pour me parler d'une situation où votre responsabilité de médecin a été mise en cause ? Pour voir un petit peu comment vous avez ressenti ça, même si ça n'a pas été forcément comme vous dites devant le juge ou quoi que soit ?

- DR J : Non euh... Je suis passé dernièrement pour la première fois de ma vie devant une commission de conciliation, j'ai oublié là, j'ai oublié le nom...
- NR : La CRCI ?
- DR J : Vous voulez que je vous raconte l'histoire ?
- NR : Voilà, si c'est possible.
- DR J : C'est une dame qui était une de mes patientes habituelles, hein, qui se coupe en cassant un verre en vidant son lave-vaisselle. Elle se coupe au niveau de la base du pouce.
- NR : D'accord ?
- DR J : Qui va accompagner par sa voisine à la clinique à Ambérieu. La clinique à Ambérieu, je ne sais si vous connaissez (rires) Si vous êtes du coin, il suffit de l'évoquer !
- NR : (Rires) Voilà...
- DR J : Donc, la clinique à Ambérieu, ils la ... je ne dis pas qu'ils la martyrisent mais elle a vécu un peu comme ça, elle a vécu comme une intrusion très brutale de sa plaie avec aucune humanité, c'est-à-dire aucun dialogue possible avec le médecin. Le médecin lui dit je reviendrai quand vous serez calmée, et puis, finalement elle a fini par sortir.
- NR : Je vérifie si ça marche, oh non pas du tout, je vérifie que ça marche le tout, ne vous inquiétez pas.
- DR J : Donc, elle quitte la clinique, elle sort de la clinique contre avis médical, elle vient me voir, je la rassure, je lui explique la chose, je fais l'exploration de la plaie, tout bien, je réussis à lui faire ça, car elle est très pusillanime, mais je réussis quand même à lui faire une anesthésie locale, à suturer son truc, etc... Elle était assez contente, voilà c'était un bon job. Puis, il se trouve qu'ensuite dans les jours qui ont suivi, donc la plaie était propre, j'ai enlevé les points etc, puis elle a développé une douleur locale.
- NR : D'accord.
- DR J : Une douleur locale, je me suis dit merde j'ai oublié un morceau de verre, j'ai été mauvais, échographie, radio, on ne trouvait rien, je finis par l'envoyer chez le chirurgien de la main, qui me dit il n'y a rien, il y a rien à opéré dans tous les cas et puis elle a développé une algodystrophie majeure avec une impotence fonctionnelle de tout le membre supérieur, donc, elle a porté plainte contre la clinique, contre moi, contre le chirurgien de la main, etc...
- NR : Hum...
- DR J : Euh... J'y suis allé sans trop d'inquiétude parce que je savais que j'avais bien fait mon job, quoi. A partir du moment où je n'avais pas laissé de morceaux de verre où j'étais sûr d'avoir exploré la plaie que j'étais sûr que je n'avais pas d'artères, de nerfs, je n'avais rien tranché, j'étais pas passé à côté d'une section quelconque, hein, je ne vois pas très bien ce qui pouvait m'arriver quoi, d'autant plus qu'elle a fini par, c'était vraiment confortable pour moi, parce qu'elle a fini par être opéré par un deuxième chirurgien qui avait vérifié, qui dans son compte-rendu opératoire constate que le nerf collatéral est intègre.
- NR : D'accord.
- DR J : (rires) Donc, pour moi, voilà c'était ça, c'était. Mais ça met quand même très mal à l'aise, parce que cette femme était dans la revendication...
- NR : Hum...
- DR J : Je souffre, c'est la faute des médecins, et peut-être qu'elle avait raison je ne sais pas s'il y a un lien entre un syndrome algodystrophique et une prise en charge initiale un peu brutale, je ne sais pas. Mais, on n'a pas résolu son problème, le mien était résolu, le mien il était peanuts, c'était pas... puis elle est sortie de là, moi ça m'a fait de la peine, parce qu'elle est ressortie de là en sachant très bien que les résultats de cette commission, ça va être de dire que comme elle est sortie contre avis médical, à Ambérieu, qu'on ne pouvait rien contre Ambérieu, que moi j'avais fait mon job et que le chirurgien contre lequel elle portait plainte, ben comme il ne l'avait pas opérée, il n'y a rien à retenir contre lui et il avait raison d'ailleurs...
- NR : D'accord, tout à fait oui...
- DR J : Donc, c'est sur le plan de ma mise en cause à moi ça allait très bien...
- NR : Hum hum...
- DR J : Mais est-ce que on ne devrait pas prévoir quelque chose à côté pour la prise en charge, j'allais dire, du mal-être de ces gens-là ?
- NR : D'accord, plus un accompagnement alors ?
- DR J : Voilà, je pense qu'il devrait y avoir... Le côté humain, le côté humain, c'est ça qui est important en médecine, c'est le côté humain ça manque un peu.
- NR : ça manquait dans la commission en tous cas ?
- DR J : Ouais.
- NR : D'accord. Et comment vous avez vécu vous finalement cette mise en cause et alors que pour vous, vous dites que votre responsabilité ne vous paraissait pas engagée en tous cas, mais... ?
- DR J : Non, non j'y étais allé tranquille parce que j'étais sûr de moi, mais est-ce qu'on est toujours aussi sûr de soi ?
- NR : Peut-être pas toujours à chaque fois, oui ?
- DR J : Là j'avais des éléments, j'avais un bon dossier, je ne risquais rien, quoi, c'était carré, c'était... mais j'imagine très bien que on pourrait trouver d'autres situations où la, qui soient moins évidentes à défendre, ou à expliquer.
- NR : Tout à fait, oui.
- DR J : En médecine, on prescrit tous hors AMM tous les jours par exemple. Devant le juge qui va être Un médecin peut comprendre qu'on travaille hors AMM, le juge ne le comprendrait pas, vous voyez là Et là dans cette commission c'étaient des médecins, des médecins experts, des chirurgiens experts c'est vrai, ils ont bien vu que chacun d'entre nous, ceux qui étaient présents, c'est à dire le Dr T et moi-même, c'était notre boulot et il fallait le faire, voilà.

- NR : Tout-à-fait. D'accord. Après cette situation il y a des choses que vous avez changées dans votre pratique ? ou par rapport aux institutions ?
- DR J : Dans ce cas-là non, je pense que ça aurait pu en d'autres circonstances m'amener à ne plus prendre en charge les sutures cutanées par exemple !
- NR : D'accord, les plaies de la main en tous cas ?
- DR J : Les plaies de la main, ou bien j'ai... je suppose que vous vous êtes intéressée au petit fascicule que nous envoie chaque année le Sou Médical et où ...
- NR : Oui ?
- DR J : Voilà, donc, il y a beaucoup, beaucoup de cas où il y a des complications après des infiltrations et ça, ça a une incidence sur ma pratique, c'est à dire que j'infiltrerai beaucoup moins qu'avant.
- NR : D'accord. Ah, oui ?
- DR J : Les accidents de travail par exemple je ne les infiltre plus, j'ai peur des accidents de travail et j'ai certainement tort mais, mais il faut se protéger...
- NR : Mais c'est ainsi, quoi. Du coup, oui. D'accord ! D'une façon globale vous pensez que le risque médico-légal, il est important ou il est devenu important en médecine générale ?
- DR J : Il n'est pas... alors, dans ma façon d'exercer ici ?
- NR : Oui tout à fait, dans votre façon, oui.
- DR J : Il n'est pas majeur, parce que j'ai une relation avec les gens qui est une relation humaine de confiance.
- NR : D'accord.
- DR J : Je suis encore dans ces vieilles générations de médecin où le médecin généraliste faisait un peu partie de la famille, qui était contente de venir lui montrer le dernier-né, il tenait la main de la grand-mère à la fin, enfin, je suis encore un peu dans ce schéma-là. Donc, c'est pas le risque du procès qui est majeur, enfin je veux dire ce n'est pas ça, mais ceci dit maintenant on voit des gens qui portent plainte contre leurs parents ou des parents qui... donc voilà le fait d'être un familier n'exclut pas complètement... et puis je pense que dans d'autres circonstances, dans d'autres façons de travailler le risque est plus important, hein, si vous êtes en ville le risque est plus important, si vous faites certaines spécialités, le risque est plus important...
- NR : D'accord ?
- DR J : Moi, je m'estime à peu près à l'abri, parce que, parce que je suis très prétentieux, je vais dire, parce que mes clients m'aiment bien, m'apprécient bien et donc ils n'ont pas envie de me faire du mal, globalement, voilà, pour simplifier. Tout est possible...
- NR : Tout en disant tout à l'heure donc qu'effectivement vous n'étiez pas à l'abri d'une erreur ? et que ça, ça vous pouvez gérer...
- DR J : Complètement, complètement, le fait de le savoir je pense que c'est important. Les pires c'est les médecins qui sont persuadés d'avoir raison tout le temps contre tout le monde...
- NR : Oui d'accord...
- DR J : Ne soyons pas persuadés !
- NR : Tout à fait. Selon vous, quels sont les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ? Vous avez un peu touché du doigt par rapport à ça. Je pense tout à l'heure vous me parliez : « ben moi, dans le dossier médical j'ai écrit que... et j'ai dit à mes stagiaires que, il faut bien écrire pas de syndrome méningé » ?
- DR J : Le dossier médical, je pense que c'est en amont que ça se joue.
- NR : Oui, d'accord ?
- DR J : Je pense que c'est fonction de notre capacité à accepter le risque...
- NR : Hum...
- DR J : Il y a des médecins qui ne peuvent pas accepter le risque pour des raisons qui leur sont propres. Ceux-là ne font pas de médecine générale.
- NR : Hum
- DR J : Ils font de la médecine du travail, ils font de la médecine de caisse, ils font autre chose, ils font de la médecine légale éventuellement, quoique là j'entend dire qu'il y en avait un qui a été mis en cause...
- NR : Oui, tout à fait ?
- DR J : Ils font d'autres formes de médecine qui ne les exposent pas à prendre des décisions. Ce qui nous met en péril, ce qui nous met en danger c'est le fait de prendre des décisions.
- NR : Hum ?
- DR J : Dire : « vous allez prendre un anti-inflammatoire »...Donc, je vous fais courir le risque d'avoir une gastrite, un ulcère de l'estomac, une perforation de l'estomac !
- NR : Oui, tout à fait !
- DR J : Euh. Si on prescrit pas, si on prend pas de décision, ou du moins des décisions uniquement administratives, le risque est quand même relativement haut ? Alors !
- NR : Là, dans ce que vous dites, j'entends presque agir dans l'incertitude finalement ?
- DR J : C'est une grosse partie de notre métier ...hein ? (rires)
- NR : Une grosse partie finalement...
- DR J : On le voit bien quand on fait le test sur les écritures cliniques avant que vous arriviez, on le voit bien quand on fait les écritures cliniques, la majorité des actes que l'on propose, les prescriptions etc... ne reposent pas sur quelque chose sur un socle absolument béton de savoirs, ça repose sur des habitudes, ça repose sur une espèce de tradition, sur l'empirisme, sur l'expérience, sur... mais rarement sur des études multicentriques et parfaitement....
- NR : Tout à fait, ouais. C'est ce qui vous fait penser peut être, vous me le disiez tout à l'heure, être plus à l'aise quand c'est des professionnels qui vous jugent, entre guillemets, que... ?

- DR J : Oui je crois, qu'effectivement, on est plus à l'aise, car on peut expliquer notre démarche.
- NR : D'accord, elle est plus compréhensible, en tous cas ?
- DR J : Ce que je vous expliquais tout à l'heure, un juge si vous prescrivez hors AMM, mais non il ne faut pas prescrire hors AMM, l'AMM elle est prévue pour le KARDEGIC® mais pas pour l'ASPEGIC® et si vous prescrivez de l'ASPEGIC®, eh ben un médecin sait que c'est la même chose si vous prescrivez le KARDEGIC® ou l'ASPEGIC® c'est la même chose.
- NR : D'accord.
- DR J : Il faut pouvoir parler le même langage.
- NR : Oui, d'accord.
- DR J : C'est vrai qu'avec le juge on ne parle pas forcément le même langage ! (rires)
- NR : Pour se prévenir d'un risque médico-légal, est-ce que vous pensez qu'il faudrait recourir plus au spécialiste ou à la prise en charge hospitalière ? S'entourer plus ? Est-ce que c'est une solution ?
- DR J : C'est une façon de faire...
- NR : C'est une façon de faire ?
- DR J : C'est une façon de faire, c'est à dire que...euh... Je vais vous raconter une autre anecdote, si vous avez le temps !
- NR : Vous êtes là pour ça ! (rires)
- DR J : J'étais aux parents d'élèves du temps où mes enfants étaient plus petits. Je faisais partie des parents d'élèves et aux parents d'élèves, j'avais croisé une dame, une autre maman d'enfants qui à chaque fois que quelque chose n'allait pas, c'est à dire, un gamin qui tombait dans le car quand le car démarrait un peu fort, voulait faire un procès à la société du car, au chauffeur ; si l'institut avait laissé sortir un enfant sans être absolument sûr, etc, etc elle voulait faire un procès à l'institut, au directeur de l'Ecole, elle voulait faire des procès à tout le monde. Puis, un jour, cette dame elle est venue à mon cabinet... Mais je suis désolé, mais je arrive pas à la soigner, je arrive pas à la soigner comme les autres...
- NR : Ouais, d'accord.
- DR J : Effectivement je l'envoie à l'hôpital. Dès qu'elle : « j'ai mal à la tête », je l'envoie faire un scanner. Vous voyez, c'est... (rires)
- N- d'accord
- DR J : (rires) C'est caricatural quand même. Je ne la soigne pas comme je soignerais quelqu'un d'autre et je pense que j'ai tort, mais j'ai tort sur le plan de l'efficacité de mon métier.
- NR : Oui.
- DR J : Euh, si on voit les choses à travers l'œil de la judiciarisation de la chose, ben je me protège, il faut se protéger
- NR : D'accord, oui tout à fait. On sort presque du rapport de confiance que vous avez avec les autres patients ?
- DR J : Bien sûr, bien sûr...
- NR : C'est que la confiance va dans les deux sens finalement. Vous n'avez pas confiance en elle par rapport à l'arrière-pensée... ?
- DR J : Qu'est-ce que je peux faire surtout pour qu'elle ne me fasse pas un procès... (rires)
- NR : (rires) Tout à fait.
- DR J : Mais ça parasite la consultation je veux dire, ça pourrait, en fait, je ne sers plus à rien, je pense pas que je suis pas performant dans ce type de consultation, parce que la consultation est parasitée.
- NR : D'accord.
- DR J : La consultation c'est ça aussi, quoi.
- NR : D'accord. Est-ce que vous auriez tendance, vous, à vous entourer de plus de pairs alors si vous sentez un risque médico-légal arriver par exemple ? Faire une lettre au Conseil de l'Ordre, à un confrère, à une assurance, à votre assurance. Ça vous est arrivé ou ... ?
- DR J : L'Ordre, l'ordre, je sais qu'il faut les informer chaque fois qu'il y a quelqu'un qui a un gros problème, quoi, je sais que là aussi c'est plutôt des rapports humains, je sais qu'avec Monsieur R. quand il y a un problème, quand cette dame quand elle a commencé à en vouloir à la terre entière, bon j'ai écrit un courrier à R., hein voilà.
- NR : Hum ?
- DR J : Je sais pas si ça sert à quelque chose, j'en sais rien.
- NR : D'accord. Ça vous paraît pas le plus essentiel en tous cas ?
- DR J : Ce qui me paraît essentiel dans mon métier c'est effectivement c'est cette relation duelle qu'on peut avoir avec les patients et qui, qui n'est pas bonne si elle n'est pas basée sur la confiance.
- NR : D'accord oui.
- DR J : Euh, autre exemple je vois souvent des gamines à mon cabinet. Je reçois des jeunes filles de tous âges, hein qui viennent à 12 ans toutes seules jusqu'à 18 ans quand elles sont majeures qui viennent me voir dans mon cabinet. Je sais aussi que je prends un risque quand même rien qu'avec ça quoi. Parce que les médecins qui se font trainer devant un tribunal parce que relations sexuelles euh... Mais qu'est-ce qu'il faut faire ? Qu'est-ce qu'il faut faire, si... ? Voilà soit on travaille ensemble, soit ben ...
- NR : Soit, on ne travaille pas ?
- DR J : On travaille mal, on se défause...
- NR : Oui, tout à fait, oui d'accord. Est-ce que vous pensez que il faudrait améliorer les conditions de consultations pour essayer de se protéger justement, plus de temps plus de moyens, plus de communications ?
- DR J : Pas pour ça.
- NR : Pas pour ça ?

- DR J : Pas pour ça. Améliorer les conditions de consultation, surtout les honoraires des médecins ! (rires)
- NR : Evidemment !
- DR J : Je suis complètement d'accord avec vous, mais je, dans un monde idéal, dans un monde idéal, euh, c'est pas la justice qui devrait venir empiéter sur notre façon de travailler !
- NR : D'accord oui. Plus de temps, ce serait vous qui vous l'accordez pour faire votre boulot le mieux possible et pas... ?
- DR J : Oui, c'est vrai que, idéalement, moi si je pouvais gagner ma vie en voyant dix personnes par jour mais c'est génial mais voilà !
- NR : Oui, il y a la théorie et la pratique. On en a parlé un petit peu justement tout à l'heure euh... c'était intéressant parce que vous disiez, là je reprends les choses pour se prémunir du risque médicolégal et là je voulais vous demander s'il fallait abandonner certaines pratiques, certaines thérapeutiques et vous me parliez d'infiltrations un petit peu en tous cas sans abandon mais prudence par rapport à ça ?
- DR J : Je suis prudent par rapport à tous les actes invasifs, c'est à dire que pour certaines personnes, lorsque c'est un petit peu au feeling, un petit peu en fonction de la personnalité, en fonction du métier, en fonction de tout un tas de chose et du passé de la personne les choses que je sais parfaitement faire, je ne vais pas forcément le faire, simplement parce que je me dis : si je lui enlève son grain de beauté et s'il y a une cicatrice, elle va me traîner devant la justice, je risque quelque chose derrière. Qui peut prédire à l'avance qu'il ne va pas y avoir de cicatrice quand on fait une petite intervention chirurgicale sur un grain de beauté. Donc, voilà pour moi la situation idéale, c'est celle où les gens me font confiance et s'ils me font confiance, ben je suis là pour ça, hein je me sens libre ...
- NR : Libre, au niveau de vos compétences ?
- DR J : Ça ne veut pas dire pour autant que je vais me lancer dans un truc que je ne sais pas faire, hein. (Rires)
- NR : (rires) Tout à fait, d'accord et puis, euh, vous disiez aussi que vous ne vous empêchiez pas de voir des jeunes filles, parce que sinon on avancerait plus ?
- DR J : Ben, on a une médecine de proximité, il faut garder cette médecine de proximité. Aller voir un gynéco, ça veut dire ici aller à Ambérieux, attendre des mois, euh, etc ... pas forcément dans des conditions de confidentialité idéales quoi. Moi, si elles veulent venir me voir, elles viennent. J'essaie de faire en sorte que tout se passe bien et jusqu'à présent tout s'est bien passé ! (rires)
- NR : Il n'y a pas de raisons ! (rires) Eh bien écoutez, c'est terminé ! C'est parfait, je vous remercie beaucoup en tous cas, merci beaucoup d'avoir répondu à ces questions. Avez-vous des questions ou des remarques par rapport à ça ?
- DR J : Euh...
- NR : Des choses que vous voudriez compléter ou ... ?
- DR J : Je crois malheureusement que ce soit une évolution inéluctable (rires).
- NR : Oui.
- DR J : Qu'on ne puisse pas faire grand-chose et que des fois je me sens un peu dinosaure parce que je viens de vous dire hein, les derniers mammouths qui sont... mais c'est dommage, c'est dommage parce que ... à travers ça, je pense que c'est l'avenir de la médecine générale aussi qui est, qui est en jeu, hein...
- NR : Hum...
- DR J : De certaines spécialités bien sûr, les chirurgiens, les obstétriciens, on les a déjà évoqués...
- NR : Il y a déjà une évolution d'ailleurs par rapport à la profession...
- DR J : Et je crains que ça fasse, ça fasse partie, je ne sais pas vous êtes peut-être mieux placée que moi pour le dire, que cela fasse partie des choses qui empêchent les jeunes de s'orienter vers la médecine générale. C'est tellement plus confortable de travailler salarié d'un établissement qui endosse les responsabilités, plutôt que d'être en première ligne.
- NR : Et même peut-être d'être en spécialiste d'organes, c'est peut-être plus confortable parfois que, faire de la dermato que... ?
- DR J : Faire de la dermato ou de l'ophtalmo, c'est sûr que c'est...
- NR : ça permet quand même moins d'incertitudes ?
- DR J : Tout à fait, tout à fait, voilà, ensuite moi, à choisir j'ai fait médecine pour le côté humain de la chose...
- NR : D'accord.
- DR J : Et, j'en suis très content. C'est un beau métier médecine...

Docteur K :

- NR : L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement. Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médicolégal lié à leur pratique. Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médicolégal inhérent à sa pratique. Je vous propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître votre avis et votre expérience sur ce sujet. Cet entretien sera enregistré de façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que vous me confierez. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que vos réponses ainsi que celles de vos

confrères interrogés me serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins.

- Avez-vous des questions à ce stade ? Si vous n'avez pas de question, je vous propose de commencer...
- DR K : Non, pour le moment euh, je n'ai pas mais je suis sûre que j'en aurai un peu plus tard...
- NR : Avant de commencer l'entretien proprement dit, j'aimerais connaître quelques informations vous concernant. Quel âge avez-vous ?
- DR K : J'ai 38 ans.
- NR : Depuis quand êtes-vous installée ?
- DR K : Je suis installée depuis 5 ans, avant j'effectuais des remplacements...
- NR : Travaillez-vous seule ou en collaboration ?
- DR K : Je suis en collaboration avec un médecin qui assure les mercredis et les vendredis et qui travaille également à l'hôpital en fait en parallèle, et donc, moi je m'occupe des lundis, mardi, jeudis et un samedi matin sur 2. Avant, je remplaçais plus dans des cabinets où le médecin était seul.
- NR : Qualifiez-vous votre activité d'urbaine, semi-urbaine ou rurale ?
- DR K : C'est une activité qui est plutôt semi-urbaine. On a quand même des hôpitaux qui sont quand même à proximité, et on est pas tout seul et puis à côté de notre collaboration de notre maison médicale, il y a une maison médicale avec un chirurgien ORL, un kiné qui fait beaucoup de rééducation des vertiges et 2 infirmières.
- NR : Donc, quand je parle de risque médico-légal, que cela évoque-t-il pour vous ?
- DR K : Ben,... le risque médico-légal, c'est le risque que le médecin soit embêté par un patient, c'est le risque que la justice surtout vienne l'embêter et vienne regarder sa prise en charge euh, parfois ça peut aller jusqu'au procès et à ce moment-là, il peut aller en prison... euh, ça peut être des risques qui euh, qui euh vont jusqu'au conseil de l'ordre et à ce moment-là c'est plus des amendes qu'on peut avoir... En tout cas c'est quelque chose, en fait, qui marque beaucoup !
- NR : Je vous cite la définition du risque médico-légal de *Prescrire* : « Le risque médico-légal, c'est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades ». Donc, on retrouve dans ce que vous avez dit, en fait, effectivement, le risque pour un médecin de subir un procès. Vous êtes d'accord avec cette définition ?
- DR K : Oui, tout à fait c'est ce que j'ai voulu dire et puis ça correspond bien au risque qu'on peut avoir...
- NR : Selon vous, quelles sont les situations à risque médico-légal dans votre métier ?
- DR K : Ah ben c'est l'urgence ! Euh c'est l'urgence de toutes façons, quand on a un patient qui arrive en urgence, on sait jamais sur quoi on va tomber et pis, euh, c'est les situations des patients cardiaques en général quoi, ils peuvent toujours faire un infarctus d'un moment à l'autre quand ils arrivent avec des douleurs un peu bizarres au niveau thoracique, qu'on pourrait penser qu'ils font à nouveau un infarctus donc, il faut être super vigilant, il faut pas oublier de faire, faire l'ECG...
- NR : Est-ce qu'il y a d'autres situations selon vous qui peuvent être à risque médico-légal ?
- DR K : Ben, à part l'urgence, je ne vois pas trop euh...
- NR : Est-ce qu'il y a des situations peut être avec certaines spécialités donc là vous parliez de la cardiologie ? Est-ce qu'éventuellement la gynécologie ou la pédiatrie ça peut être des situations à risque ?
- DR K : Oui, ben la gynécologie c'est compliqué moi je fais pas, pas trop de gynécologie parce que je trouve que c'est un peu trop à risque avec les femmes enceintes on ne sait pas trop, pas trop de ce que ça peut donner et en plus, moi, j'ai des gynécos autour de chez moi qui s'en occupent. Il n'y a pas de problème. Après, euh c'est sûr que ça pourrait dégénérer, euh, très rapidement.
- NR : Et le téléphone, selon vous, c'est des... une situation qui est risquée ?
- DR K : Ah oui le téléphone, c'est très compliqué mais moi, tout de suite, euh. Il y a 5 ans quand je me suis installée, euh, ça été euh direct de prendre un secrétariat parce que moi c'est surtout le téléphone qui me dérange toutes les 2 minutes pendant les consultations et au bout d'un moment, on écoute plus ce que dit le patient et ça, il fallait absolument pouvoir s'en affranchir.
- NR : Et gérer des problèmes médicaux par téléphone ?
- DR K : Ah ben moi je le fais le moins possible, euh, quand ma secrétaire me passe un patient, moi, je dis surtout au patient de venir consulter parce que je trouve que le diagnostic comme ça par téléphone, ça se fait pas ou alors, je leur dis d'appeler le 15 s'ils veulent vraiment un conseil médical.
- NR : On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine, qu'évoque pour vous, cette expression ?
- DR K : Ben, la judiciarisation c'est le nombre de procès qui augmente. Euh, c'est le fait que, maintenant, on peut plus avoir une prise en charge médicale sans, sans qu'on passe devant les tribunaux s'il y a le moindre problème, on est plus euh, on peut plus euh aller vers la conciliation, il faut toujours se confronter et c'est quelque chose, du coup, qui nous pend au nez à tous.
- NR : C'est quelque chose à laquelle vous pensez pendant votre quotidien ?
- DR K : Oui, c'est quelque chose à laquelle j'ai toujours pensé et, heureusement il ne m'est jamais rien arrivé de trop grave mais, euh, oui, c'est quelque chose euh que j'ai toujours en tête, c'est les patients qui sont très revendicatifs maintenant. On les voit les patients de toutes façons vont poser problème ; moi, j'essaie de les orienter au maximum vers les autres (rires), j'essaie de les orienter au maximum vers les autres parce que moi je veux pas avoir de problème avec eux.
- NR : La définition du petit Larousse de la judiciarisation, ça désigne l'intervention croissante de la justice dans tous les domaines de la vie sociale et la résolution prépondérante des litiges de manière judiciaire. Vous êtes d'accord avec ça ? C'est dans tous les domaines de la vie sociale ?

- DR K : Oui, effectivement, maintenant la judiciarisation ça concerne aussi quand je vais acheter du pain chez ma boulangère. On utilise beaucoup la justice mais ça c'est un petit peu la dérive aussi des Etats-Unis, en France on va bientôt avoir le même chemin...
- NR : Selon vous, quelles sont les obligations légales d'un médecin généraliste ?
- DR K : Ben, les obligations légales, c'est plus la rédaction de certificat, c'est pouvoir faire assistance à personne en danger, c'est euh répondre au téléphone quand il y a quelqu'un qui appelle au secours, euh....
- NR : Répondre au téléphone n'importe quand ?
- DR K : Ben non pas n'importe quand, quand c'est pendant son boulot et puis quand c'est des gens, quand c'est nos patients quoi, on est là pour eux pour pouvoir répondre à leur demande, si il y a quelque chose mais en dehors des horaires moi, je leur dis bien qu'ils appellent le 15 s'il y a quoique soit.
- NR : ça fait partie des obligations légales, c'est aussi la permanence des soins ?
- DR K : Oui, oui la permanence des soins c'est une obligation légale, j'avais oublié aussi il y a le secret médical, c'est important. C'est aussi l'obligation d'un médecin généraliste, on peut lui reprocher aussi pendant un procès.
- NR : On parle souvent de la triple responsabilité du médecin, on distingue la responsabilité ordinale ou disciplinaire, la responsabilité civile et la responsabilité pénale, est-ce que vous pourriez m'expliquer ces différentes responsabilités et éventuellement me donner des exemples de situations qui mettent en cause un médecin dans chacune de ces responsabilités ?
- DR K : Ouh, là là ! ça remonte loin, ça remonte à ma première année de médecine, j'avais déjà entendu qu'il y avait plusieurs responsabilités. Euh, vous m'avez dit quoi en premier ?
- NR : Ben, la responsabilité ordinale ou disciplinaire ?
- DR K : Ah oui. Euh ça c'est le Conseil de l'Ordre. Le Conseil de l'Ordre, ben, comme je disais avant ça peut donner des amendes, euh, ça peut donner des blâmes aussi, et puis, parfois on n'a plus le droit d'exercer,
- NR : Vous savez pourquoi on pourrait être mis en cause par le Conseil de l'Ordre ?
- DR K : Ben je pense justement qu' c'est le secret, si on respecte pas le secret médical, ben à ce moment-là, c'est le conseil de l'Ordre qui peut s'occuper de ça, et puis c'est d'abord départemental, et puis si jamais y a besoin, il y a recours après au Régional ou au National. Après vous m'avez dit la responsabilité civile. Ben, la responsabilité civile, c'est les sous, hein ? C'est l'argent, c'est l'indemnisation, c'est la réparation en fait, si jamais on fait mal notre travail
- NR : Dans quel cas par exemple ?
- DR K : Ben, je ne sais pas exactement, la responsabilité civile, c'est certainement quand on fait un geste et puis que du coup après il y a un dommage, et voilà il faut réparer
- NR : Et la responsabilité pénale ?
- DR K : Ah oui, il y avait la responsabilité pénale aussi. Ben le pénal, là, c'est le jugement, c'est les tribunaux, euh, c'est là où on peut aller en prison. La responsabilité pénale c'est quand on tue quelqu'un par exemple, et à ce moment-là on peut aller en prison si on a fait une faute, par rapport à ça mais après je ne sais plus quel type de tribunal, je sais qu'il y en a plusieurs, mais entre civil et pénal je ne me souviens plus trop. Et puis pour les hôpitaux c'est pas pareil aussi. Il faut aller vers les hôpitaux, les tribunaux administratifs, et c'est encore une autre histoire.
- NR : Est-ce que vous avez vécu une situation avec un patient dans laquelle votre responsabilité de médecin a été mise en cause ?
- DR K : Alors moi j'ai jamais eu de choses très graves, j'ai jamais eu de procès. Par contre j'ai déjà été appelée par le Conseil de l'Ordre, parce qu'il y avait eu une patiente qui avait porté plainte auprès de l'Ordre contre moi, ça remonte à quelques années, puisque j'étais encore remplaçante. C'était une petite mamie qui, qui était venue, en fait, pour un bouchon d'oreille et j'avais enlevé le bouchon avec une poire, avec de l'eau et en fait, en l'examinant après j'avais pas vu qu'il y avait une petite perforation au niveau du tympan et je l'ai pas revue après cette mamie et en plus, elle était pas contente parce que déjà elle voulait voir son médecin habituel et pis, elle est tombée que sur la remplaçante et en fait, j'ai appris après qu'elle avait été voir l'ORL à côté et euh, lui il a vu qu'elle avait une perforation du tympan et elle pensait que c'était moi qu'il l'avais faite et que donc du coup, elle allait perdre son audition.
- NR : Comment le Conseil de l'Ordre s'est manifesté du coup ?
- DR K : Ben moi je, j'ai euh, j'ai reçu en fait une lettre du Conseil de l'Ordre qui me disait, qui me racontait un peu l'histoire, qui me donnait le nom de la patiente plus c'était quelques mois avant. Moi, je me souvenais plus. J'avais fait d'autres remplacements entre temps mais il me demandait mon avis et faire une lettre pour expliquer ma position. Donc, j'ai eu un peu peur. Je savais pas trop comment réagir. En plus, j'avais un peu peur par rapport au médecin que je remplaçais quoi. Je me disais qu'il allait dire que, vraiment, je faisais pas bien mon boulot. Donc, j'ai écrit une lettre, j'ai averti le médecin que je remplaçais euh, il m'a un peu aidée à écrire cette lettre et puis euh, et puis j'ai contacté un peu plus tard le Conseil de l'Ordre parce qu'ils ont un conseil juridique et ça m'a permis de voir ben que l'histoire n'allait pas aller très loin quoi.
- NR : Vous avez eu des contacts physiques avec le Conseil de l'Ordre ?
- DR K : Oui, oui je suis venue en fait à la conciliation en fait c'était au conseil départemental. Ils m'ont dit que si jamais la patiente était pas contente, elle ferait appel au niveau régional ou national mais, après, j'en ai plus du tout entendu parler.
- NR : Et avec le Conseil de l'Ordre, vous avez eu une bonne relation ?
- DR K : Oui, oui. Franchement, ils m'ont bien encadrée, ils m'ont beaucoup rassurée. Je savais pas trop moi, comment ça se passait et j'savais un peu les responsabilités comme je vous disais quand j'ai appris la médecine légale en première année de médecine. Mais franchement, le Conseil de l'Ordre, je ne connaissais pas plus que ça,

- j'étais toute jeune, donc, et en plus, du coup, je venais de, je venais de m'installer et donc d'avoir ma thèse et d'être affiliée au Conseil de l'ordre et c'était un peu tout nouveau pour moi tout ça.
- NR : Au cours de cette situation, au fait, comment vous avez vécu cette situation ?
 - DR K : Ben, j'étais un peu dégoûtée parce que je pensais avoir fait mon travail, j'avais vu la petite mamie en plus, rapidement à sa demande parce qu'elle était pressée. Euh, je lui ai enlevé très rapidement son bouchon, j'avais l'impression de l'avoir soulagée mais j'ai l'impression que quand un médecin généraliste, il voit ses patients depuis 40 ans c'est plus facile pour avoir une confiance par rapport à ça. Je pense que si j'avais été son médecin traitant habituel, elle aurait jamais fait une lettre sur le Conseil de l'Ordre. C'est parce que j'étais remplaçante que ça m'est tombé dessus, en fait.
 - NR : Depuis cet épisode, vous avez dû changer des choses dans votre pratique ?
 - DR K : Non, j'ai pas spécialement changé de choses particulièrement ; je fais toujours un peu les mêmes choses. J'ai appris pendant mes remplacements surtout à bien écrire tout dans le dossier pour que le médecin remplacé sache bien où on en est et puis, j'ai toujours mis des traces de tous les appels téléphoniques surtout pour dire ce que j'avais dit exactement au téléphone et maintenant que je suis installée j'ai toujours la même façon de faire, j'écris toujours tout dans le dossier pour que cela soit bien clair.
 - NR : D'une façon globale, pensez-vous que le risque médico-légal est important ou est devenu important en médecine générale ?
 - DR K : Oui, il est devenu important euh, les gens y croient qu'on sait tout faire, euh, on a toujours réponse à tout mais c'est pas vrai on a toujours des choses où on n'est pas sûr, on n'est pas sûr de soi et euh, et euh... j'ai pas toujours un diagnostic moi, à chaque consultation je pense surtout que la seule chose qui nous sauve en médecine générale, c'est la relation avec le patient et tant qu'on a une bonne relation, entre le patient et son médecin traitant, là il peut y avoir la confiance dans les deux sens qui s'installe et on peut être tranquille...
 - NR : Selon vous, quels sont les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ? Alors, vous m'avez déjà parlé beaucoup de la rédaction exhaustive du dossier. Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'un médecin généraliste peut mettre en œuvre ?
 - DR K : Alors j'ai appris justement, qu'on pouvait en parler avec le Conseil de l'Ordre quand on a un doute. C'est grâce à ça, grâce à mon histoire en fait finalement que j'ai pu savoir qu'il y avait des interlocuteurs au Conseil de l'Ordre, fallait bien qu'il y ait quelque chose de bénéfique à cette histoire. Après, ben on a parlé du secrétariat hein, je pense que c'est important qu'on ne soit pas dérangé toutes les 2 minutes par le téléphone, sinon on ne fait pas une médecine de qualité.
 - NR : Est-ce que vous pensez qu'il faut un recours plus important aux spécialistes ou à la prise en charge hospitalière ?
 - DR K : Pour tout ce qui est cardiologique, moi, comme je vous le disais au début, moi j'ai tendance à appeler le cardiologue très rapidement ou à envoyer aux urgences au moindre doute, ou en tous cas j'appelle le 15 pour déclencher le SAMU s'il y a besoin, je ne laisse pas quelqu'un avec une douleur thoracique sans savoir ce que c'est, j'ai trop peur que ça dégénère rapidement après. Comme on disait au début la gynécologie moi je laisse tout au gynécologue je me sens pas compétente pour ça, et ça me permet de dormir plus tranquille.
 - NR : Selon vous est-ce qu'il faudrait s'entourer de plus de pairs, alors vous m'avez parlé du Conseil de l'Ordre, est-ce qu'éventuellement vous demandez conseil aux groupes de pairs, à votre assureur ?
 - DR K : Ben, le groupe de pairs, moi j'en ai pas, il n'y en a pas dans la région où je suis en tous cas pas dans le petit village où je suis. Et après pour les assurances, non, je paye ma responsabilité civile tous les ans mais, j'avoue que j'en entends pas trop parler sinon j'ai pas trop de contact avec eux...
 - N- Est-ce que, pour se prémunir du risque médico-légal, il faudrait pas avoir plus de temps, plus de moyens pendant la consultation, peut-être plus de formation, plus de communication avec les patients ?
 - DR K : Oui, oui, la communication oui, c'est vrai, j'en ai pas, j'en ai parlé un petit peu plutôt mais euh, c'est hyper-important, c'est comme ça qu'on désamorçait pas mal de conflits c'est quelque chose de plus important en fait, plus encore que la tenue du dossier en fait, c'est ce qui permet en fait de calmer un peu en amont les problèmes. Après plus de temps ça serait bien mais on a pas forcément plus de temps... c'est surtout le temps, on le récupère grâce au secrétariat, j'ai aussi acquis il y a pas longtemps un logiciel où ça me permet de gagner du temps en fait sur la récupération en fait de mes examens médicaux. Là, je peux tout recevoir par internet, ça me permet d'être sûre de les regarder aussi, et ça me fait gagner pas mal de temps plutôt que de courir après les choses et puis euh, avoir plus de temps, le problème c'est que quand on est avec l'épidémie de grippe et que on voit trente patients par jour, ben, c'est difficile de pas passer à côté de certaines choses quoi.
 - NR : Est-ce que il faudrait abandonner certaines pratiques ou certaines thérapeutiques, alors vous vous parliez que de la gynécologie que vous ne vous sentiez pas de faire. Est-ce qu'il y a des choses autres que les généralistes devraient abandonner ?
 - DR K : Il y a des thérapeutiques euh..., non il y a toujours des choses qu'on peut faire, ce qu'il faut c'est connaître ses limites et pas oublier que tout le monde en a et voilà, il faut laisser passer la main. Moi, je suis encore jeune et il y a des choses que je sais pas encore bien faire. Je préfère que les choses soient bien faites par un confrère plutôt que moi, mais je n'abandonnerais pas des choses alors que je suis compétente. C'est surtout un problème, voilà de compétence, si on est compétent on fait, si on n'est pas compétent on ne fait pas.
 - NR : Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces quelques questions. Le questionnaire est maintenant terminé. Est-ce que vous avez des questions ou des remarques ?
 - DR K : Ben c'est intéressant. Je ne pensais pas du tout qu'on allait parler de tout ça. C'est vrai qu'il y a des choses qu'il faudrait que je révise absolument dans les responsabilités que vous m'avez dites. Après, je trouve que c'est une menace de plus en plus importante. C'est vrai c'est quelque chose qui fait que je suis de plus en plus inquiète dans mon, dans ma façon de travailler mais un jour, je pense, il y aura tellement de plaintes que les patients vont

s'apercevoir que c'est plus possible de nous attaquer tout le temps et l'exercice médical va forcément évoluer et la société va devoir s'adapter ...

Docteur L :

- NR : L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement. Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal lié à leur pratique. Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médico-légal inhérent à sa pratique.
C'est un entretien avec des questions ouvertes, donc pour avoir un peu ton ressenti par rapport au risque médico-légal. Moi, j'utilise cet entretien en fait, pour retranscrire, enregistrer, pour retranscrire fidèlement ce que tu me dis. Mais, c'est complètement anonyme, donc tu peux ce que tu veux, n'importe quoi même si tu veux, il n'y a pas de souci et puis, il n'y a aucun jugement sur aucune pratique de toutes façons. Moi c'est pour préparer le mémoire de master parce que moi je fais un master de philosophie et en même temps c'est pour ma thèse aussi. Voilà pour te retracer un peu les choses.
- DR L : Madame est compliquée (rires) !
- NR : Madame est compliquée. Donc voilà.
Euh, juste pour te donner un peu le contexte. Donc, avant, c'est surtout pour parler de la médecine générale. Avant, 1 médecin généraliste sur 10 en 97 était impliqué dans des procès, dans des affaires judiciaires et maintenant, c'est 1 sur 2 en 2012. Donc, en gros, un médecin, une carrière sur 2 quoi, si tu veux qui sera concerné. Donc, c'est pour voir un petit peu ce que toi t'en penses de cette évolution et du risque qu'on pourrait avoir par rapport à ça. Est-ce que tu as des questions par rapport à ça, à ce stade ou pas du tout ?
- DR L : Non.
- NR : Non ? OK. Euh ... il me faut deux ou trois informations. Ton âge ?
- DR L : 40.
- NR : 40 pile !
- DR L : Oui !
- NR : Parfait.
- DR L : Je ne triche pas.
- NR : Parfait, tu ne triches pas, d'accord. (rires) Est-ce que tu te souviens de l'année de ta thèse ?
- DR L : Euh, 2003 oui.
- NR : 2003 oui, d'accord, ok.
- DR L : J'ai entraîné pour la faire.
- NR : Tu as entraîné, d'accord, tu as été tout de suite en hospitalier ?
- DR L : Pratiquement oui, j'ai fait quelques remplacements d'été, mais pratiquement tout de suite en hospitalier.
- NR : Pratiquement tout de suite en hospitalier, d'accord. OK.
- DR L : Grosso modo on finit l'internat en Mai...
- NR : Oui ?
- DR L : Et tu vois j'ai entré à l'hôpital en octobre. Maintenant, j'ai arrêté, je suis dans ce cabinet depuis quelques mois.
- NR : Ah, oui. OK, d'accord. Dans ce cabinet, c'est plutôt urbain, semi-urbain, rural ?
- DR L : Semi-urbain... Et mes anciens rempla, en semi-urbain, dans la périphérie de Grenoble.
- NR : D'accord OK. Juste pour voir l'activité du coup par rapport à ça. Quand je te parle de risque médico-légal, ça t'évoque quoi ? Quelle serait ta définition de ça ?
- DR L : Euh... Un risque qui entraînerait ta responsabilité professionnelle ? Dans notre pratique professionnelle...
- NR : Oui, d'accord ?
- DR L : Risque sur un acte de prescription, ou un acte de petite chirurgie, enfin...
- NR : Des gestes ?
- DR L : Des gestes, voilà...
- NR : D'accord, OK.
- DR L : Le diagnostic, peut-être aussi...
- NR : Oui ?
- DR L : Une erreur de diagnostic.
- NR : Une erreur oui, alors que les gestes c'est moins concerné par l'erreur ? C'est plus accidentel, je vais dire ça comme ça ?
- DR L : Je pense, ouais, que c'est peut-être plus l'accident effectivement.
- NR : Oui, d'accord, OK.
- DR L : Par rapport à ta question c'est...
- NR : Comme tu différencies le diagnostic du reste, tu parlais d'erreur au niveau du diagnostic par rapport tu me disais la thérapeutique ou les gestes médicaux, c'est un peu plus de l'ordre de l'aléa, on va dire ça comme ça ?

- DR L : De l'aléa ? Pfff mais effectivement plus moi dans mon idée c'est que, les gens ont pas le même ressenti sur un acte, sur une erreur dans un geste...
- NR : D'accord, oui OK.
- DR L : Que sur une erreur diagnostique.
- NR : D'accord, voilà c'est ça qui te fait différencier.
- DR L : Voilà les répercussions ne seront pas les mêmes, même si la finalité...
- NR : Ce qui revient à la même chose, ouais, d'accord. OK. A ton avis c'est quoi les situations à risque médico-légal chez un généraliste ?
- DR L : ça serait de, de ne pas se donner les moyens de...
- NR : D'accord ?
- DR L : Voilà.
- NR : L'obligation de moyens ?
- DR L : L'obligation de moyens ! Exactement.
- NR : OK, ne pas se donner les moyens ça veut dire quoi ?
- DR L : De pas... Euh... Dès le moindre doute diagnostique ou errance dans le doute diagnostique justement de ne pas avoir le réflexe d'avoir d'un avis secondaire quoi.
- NR : D'accord.
- DR L : De ne pas s'appuyer sur les avis de spécialistes ou autre.
- NR : D'accord.
- DR L : Ou même d'autres confrères généralistes d'ailleurs !
- NR : Oui, oui-oui, tu peux t'entourer de l'avis de pairs, par rapport à ça, oui. Des investigations ?
- DR L : Oui ça fait partie du, de la démarche diagnostique quoi...
- NR : D'accord.
- DR L : Les investigations.
- NR : D'accord. Est-ce qu'il y a des situations particulières qui te paraissent plus à risque, je pense à la visite à domicile, au téléphone, au, comment? Aux fins de journée, je te dis un peu n'importe quoi, mais...
- DR L : Fins de journée, salle d'attente bondée, ouais c'est des situations, des situations à risque, je pense.
- NR : Ouais, que tu peux avoir aux urgences peut-être d'ailleurs ?
- DR L : Mais aussi aux urgences euh... Le téléphone après ça dépend un peu de sa crainte, de sa gestion au téléphone, un médecin qui fait de la régulation ça va être sa hantise.
- NR : Oui.
- DR L : Alors que d'autres médecins généralistes installés en milieu de campagne gèrent leur téléphone sans difficulté.
- NR : Hum ?
- DR L : Moi non, c'est pas un truc qui me chagrinerait, le téléphone.
- NR : Est-ce qu'il y a des consultations qui sont en plus dans certaines spécialités qui te paraissent plus à risque par exemple la pédiatrie, ou la gynécologie qu'elles soient en urgence ou pas, hein ?
- DR L : Alors, ouais. Quand on reçoit les rapports de nos assurances, effectivement c'est les spécialités en tête, les anesthésistes aussi où il y a un, où il y a une démarche à haute technicité ...
- NR : Hum d'accord, et toi dans ton exercice à toi, les consultations quand c'est un enfant qui vient ça te semble plus à risque ou pas ? Par exemple ?
- DR L :Pas forcément plus à risque mais euh plus à, la charge émotionnelle est plus importante.
- NR : Ah ! d'accord.
- DR L : Oui, à gérer. La charge émotionnelle des parents, la charge éventuellement engendrée par la situation clinique, sa propre charge émotionnelle, après ce n'est pas forcément plus à risque, je ne pense pas.
- NR : D'accord. Il y a des patients qui te font peur entre guillemets ? Par rapport au risque médico-légal, hein, je parle...
- DR L :Par rapport au risque médico-légal, oui les enfants sont peut-être à mettre dans cette catégorie ...
- NR : D'accord...
- DR L : Euh... je les catégoriserais pas les patients ça serait vraiment du cas par cas.
- NR : Du cas par cas... ?
- DR L : Ouais.
- NR : Tu mettrais pas un truc général...
- DR L : Non, parce que pour le même type de pathologie ou la même demande initiale, le patient n'est pas forcément le même, donc le risque n'est pas le même.
- NR : Donc, du coup n'est pas le même, d'accord. On parle depuis quelques années de judiciarisation de la société, ça t'évoque quoi tout ça ?
- DR L : Que euh... la population n'hésite pas à entamer des poursuites judiciaires pour euh... pour avoir un retour financier des choses...
- NR : D'accord. Financier ?
- DR L : Je pense, en terme de réparation, ouais.
- NR : OK, d'accord oui.
- DR L : De façon que, on a l'impression que c'est une sorte de reconnaissance de leur handicap éventuellement, de leur, voilà...
- NR : De leur souffrance ?
- DR L : De leur souffrance, voilà, qui est du coup monnayée, c'est à dire c'est un chiffre.

- NR : Hum, oui d'accord. Tu trouves que finalement c'est une juste réparation, un chiffre ou... c'est déjà pas mal, peut-être, je ne sais pas ?
- DR L : ça dépend dans quel camp on se place !
- NR : Ouais, (rires) alors dans ton camp ?
- DR L : Si on est l'accusé ou euh... Je crois pas que, se dire que on a une rente de tant, parce que on a un handicap de tant, permette de réparer correctement les choses...
- NR : D'accord oui.
- DR L : Après si tu, si on se retrouve accusé, enfin, en tous cas dans une démarche où on est, forcément on le vit pas très bien.
- NR : Oui, d'accord. Ouais. La judiciarisation, j'ai pas la définition sous les yeux évidemment mais dans le *Petit Larousse*, c'était euh en fait le recours systématique, c'était ce que tu disais un peu hein, à la justice pour régler des problèmes, mais dans tous les domaines de la vie sociale, pas que la santé ça te paraît juste ou pas ?
- DR L : Oh, ben oui, la télé tombe en panne et la clim marche pas...
- NR : Maintenant tu trouves que c'est devenu euh...
- DR L : Ben... après c'est aussi malheureusement peut-être le seul moyen de, d'obtenir les choses, c'est un fonctionnement global quoi.
- NR : Tu veux dire que finalement on a mis en échec tout ce qu'il y avait avant, quoi ?
- DR L : Est-ce que l'on l'a mis en échec ou est-ce qu'on ne l'a même pas tenté du tout ?
- NR : Oui ?
- DR L : Voilà.
- NR : Ouais, d'accord, ou au moins on croit que c'est plus efficace.
- DR L : On pense que ce sera plus efficace oui.
- NR : D'accord.
- DR L : Mais je suis pas sûr que ça fonctionne bien.
- NR : D'accord (rires). On parle souvent de trois responsabilités chez le médecin. Il y a la responsabilité ordinale ou disciplinaire, le Conseil de l'Ordre, la responsabilité civile et puis, la responsabilité pénale. Est-ce que tu saurais m'expliquer un peu ces trois responsabilités, peut-être avec des exemples ?
- DR L : Euh...Euh... des exemples, je pourrais pas t'en citer comme ça, mais après, le pénal, c'est quand... moi qui étais hospitalier c'était si j'avais été pris à partie nominativement dans une affaire, etc...
- NR : D'accord.
- DR L : Alors que le civil c'est l'établissement qui me couvre...
- NR : En tant qu'hospitalier ouais, d'accord !
- DR L : Et puis ordinale, c'est effectivement quand on a une demande est faite auprès du Conseil de l'Ordre et qu'il faut se justifier pour telle ou telle prise en charge, et ben voilà.
- NR : D'accord. Tu vois à peu près ce que tu risques pour chaque ? Ordinale, qu'est-ce que tu peux risquer ?
- DR L : Ordinale, euh... ça je l'ai vécu, donc euh, sans qu'il y ait de sanction derrière, hein mais effectivement, il peut y avoir, ça peut déboucher sur une sanction ordinale...
- NR : Tout à fait oui. D'accord. Civile, qu'est-ce que tu risques ?
- DR L : Civile, c'est souvent dans des situations où il y a demande de préjudice... ou il y a nécessité de prouver le préjudice et donc, justement le versement...
- NR : Des réparations, hum ?
- DR L : Des réparations, etc...
- NR : D'accord.
- DR L : Le pénal, et ben après.
- NR : Le pénal, qu'est-ce que tu risques en pénal ?
- DR L : Tout dépend. Ça peut être de l'amende à l'emprisonnement, sursis et compagnie, quoi...
- NR : D'accord.
- DR L : Enfin, on est vraiment sur du lourd, je dirais.
- NR : D'accord. A ton avis, c'est quoi les obligations légales d'un médecin ?
- DR L : Je me trompe d'ailleurs peut-être hein ?
- NR : On voit ça à la fin il n'y a pas de souci ! (rires)
- DR L : Tu me fais un résumé soft !
- NR : Je te fais le résumé sans problème, hein !
- DR L : Je vais avoir tout faux...
- NR : Est-ce que tu sais un peu les obligations légales d'un médecin en particulier un médecin généraliste, est-ce que tu sais euh... à quoi il est tenu en fait par rapport à ses responsabilités ou en général ? Donc tu me parlais de moyen, déjà en début de l'entretien...
- DR L : Ouais...
- NR : Voilà ?
- DR L : C'est le premier, après il y en a peut-être d'autres mais je les vois pas. Ça fait partie de, je dirais qu'il faut agir en bon père de famille, quoi comme on dit euh...
- NR : Tout à fait, oui, d'accord.
- DR L : Il y a certainement effectivement des choses, mais je ne me suis jamais penché...
- NR : Par exemple, il y a le secret médical, qui peut être une obligation tu vois qui est légale ?
- DR L : C'est vrai que c'est une partie intégrante de la pratique effectivement, oui.

- NR : Pour toi c'est tellement naturel que finalement que l'écrire dans une loi, puisque d'accord ça fait partie de... OK. La permanence des soins en terme d'obligation qu'est-ce que tu en penses ?
- DR L : Et ben qu'on peut pas y échapper.
- NR : Ouais... Ouais ?
- DR L : (rires) euh...ce que j'en pense de façon générale ?
- NR : Oui ?
- DR L : Qu'elle est nécessaire, la permanence des soins. Après qu'elle soit codifiée, encadrée, réglementée je trouve que, c'est peut-être, qu'on y a perdu du bon sens...
- NR : Tu y reviens d'ailleurs un petit peu à cette affaire de bon sens, le bon père de famille euh, en bonne intelligence quoi... ?
- DR L : En bonne intelligence !
- NR : D'accord, ouais. Tout ça finalement euh, d'accord... dans obligation légale, tu as une obligation un peu morale ?
- DR L : Ben oui, quand tu es aux fins fonds de la Lozère, il faut bien qu'il y ait une permanence.
- NR : Il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui soit là.
- DR L : Mais d'un autre côté euh, les débordements font que...
- NR : Oui ?
- DR L : Il faut réglementer.
- NR : Tu trouves que nous les médecins on a du mal à ... on déborde un peu ?
- DR L : On n'est pas de bons élèves en tous cas. (rires)
- NR : (rires) Oui, oui, euh...
- DR L : Les patients ne sont pas de bons élèves non plus, ils sont plus patients, c'est une histoire de mauvais équilibre...
- NR : Et la justice du coup peut se mettre un peu là-dedans ?
- DR L : C'est le levier, quoi, j'imagine...
- NR : D'accord.
- DR L : Est-ce que pour la permanence des soins, la justice euh oui, ... euh, si ça peut intervenir, car la permanence des soins est réglementée, encadrée et si on y échappe on est, Après on en a plein d'exemples de médecins qui n'ont pas assuré leurs gardes, je ne sais pas ce qu'ils risquent d'ailleurs...
- NR : Oui ! On en discutera, oui mais... effectivement, oui, on sait, voilà, ça peut être sanctionné effectivement.
- DR L : Ben je pense ouais...
- NR : Si tu es d'accord, je vais te demander, enfin, si jamais est-ce que tu as vécu, toi, quelque chose qui aurait mis en cause ta responsabilité de médecin et si tu es d'accord de m'en parler simplement pour voir un peu ce qui s'est passé en gros, comment tu as ressenti les choses ?
- DR L : Ben, c'est ce que je te disais, la seule fois où j'ai eu affaire au Conseil de l'Ordre.
- NR : Oui, d'accord ?
- DR L : C'était une demande, euh, une plainte d'un patient, de la famille d'un patient, c'était une dame qui est décédée donc forcément
- NR : D'accord...
- DR L : Décédée, mais pas dans mon service au CHU. Mais on a été pris à partie, parce que a priori mauvaise prise en charge initiale et retard de diagnostic, donc j'ai eu à me justifier auprès du Conseil de l'Ordre sur les événements du moment où j'ai reçu la patiente
- NR : Qu'est-ce qui lui était arrivé en fait ?
- DR L : Je ne sais plus trop quoi, un médecin nous l'adressait, je crois, pour une suspicion d'ischémie des membres.
- NR : Hum ?
- DR L : Ce qui n'était pas le cas, c'était une histoire d'escarre nécrosée, mais très très vilain.
- NR : Hum ?
- DR L : Donc on avait fait le point avec le chirurgien, il n'y avait pas du tout d'ischémie !
- NR : D'accord.
- DR L : Et on avait, c'était une dame en institution, et on l'avait renvoyée dans son institution
- NR : Institution de personnes âgées où ?
- DR L : De personnes âgées.
- NR : D'accord, ok.
- DR L : Et puis, après, elle a été ré-hospitalisée au CHU, je ne sais pas trop, je n'ai pas eu la suite, en tous cas elle est décédée au CHU.
- NR : D'accord, ok. Tu sais la cause du décès ou pas ?
- DR L : Non, non.
- NR : D'accord.
- DR L : Je ne me souviens plus.
- NR : Tu ne sais pas s'il y avait eu autopsie ou quoique ce soit quoi... ?
- DR L : Non je ne sais pas, je ne pense pas.
- NR : D'accord OK. Donc là, le Conseil de l'Ordre t'a... c'est le Conseil de l'Ordre qui t'a contacté ?
- DR L : Qui m'a contacté, oui, par courrier.
- NR : Par courrier ?

- DR L : En disant que le fils de la patiente ... machin, avec copie de son courrier, avec toute sa plainte. Alors, effectivement j'ai été nommé cité euh, nominativement, plus le chirurgien. Il me reprochait d'avoir envoyé manu militari sa Maman dans son institution sans rien à bouffer etc...et qu'à cause de ça.....
- NR : Elle était morte ?
- DR L : Elle était morte, hospitalisée au CHU quelques jours après....
- NR : D'accord. En fait, toi, tu n'avais eu aucun contact avec la famille, après la prise en charge ?
- DR L : Non.
- NR : Ce n'est pas la famille qui t'a contacté, euh ?
- DR L : Du tout.
- NR : Et là, il te demandait quoi le Conseil de l'Ordre du coup ? Dans leur lettre ?
- DR L : Grosso modo d'expliquer comment s'était passé la prise en charge de cette patiente.
- NR : D'accord.
- DR L : Voilà.
- NR : De leur adresser un courrier ?
- DR L : Voilà.
- NR : C'était le Conseil départemental ?
- DR L : Oui.
- NR : De l'Isère ?
- DR L : Oui.
- NR : D'accord OK. Donc ce que tu as fait ?
- DR L : Ce que j'ai fait, je leur ai expliqué la chronologie, je ne me souviens plus d'avoir pris une photocopie du dossier. Eh, bien non, je ne pense pas, je n'avais pas de raisons d'ailleurs.
- NR : D'accord.
- DR L : Euh... et puis voilà. Donc, j'ai renvoyé le courrier.
- NR : D'accord.
- DR L : Mon collègue chirurgien avait fait pareil de son côté.
- NR : D'accord OK.
- DR L : On en avait pas trop parlé d'ailleurs mais...
- NR : Vous ne vous étiez pas mis en relation par rapport à ça ?
- DR L : Non, on s'était juste donné les conclusions de nos courriers, on avait mis à peu près la même chose d'ailleurs.
- NR : D'accord OK. Et dans la suite, alors, après ?
- DR L : Et dans la suite, le Conseil de l'Ordre a jugé qu'il n'y avait aucune...
- NR : Et ils te l'ont redit comment ?
- DR L : Par courrier aussi.
- NR : Tu ne t'es pas déplacé au Conseil de l'Ordre ?
- DR L : Je n'ai pas eu à me déplacer.
- NR : D'accord, donc ça s'est fait sans toi pour la suite. Tu n'en n'as plus entendu parler après. D'accord !
- DR L : Je crois que le fils en question a fait une démarche auprès de l'établissement comme cela se fait en général.
- NR : Hum ?
- DR L : Je sais pas, je ne crois pas qu'il y ait eu une commission de conciliation...
- NR : D'accord.
- DR L : C'est des fois ce qui se fait.
- NR : Le truc là oui ?
- DR L : Non, je ne crois pas que ça été fait.
- NR : ça n'a vraiment pas abouti non plus, non ?
- DR L : Non.
- NR : D'accord, OK. Toi, à ce moment-là t'avais appelé le Conseil de l'Ordre ? Lui-même, un juriste ou t'avais appelé euh...
- DR L : Non, je n'avais pas fait...
- NR : Ni ton assureur ?
- DR L : Non non non. J'étais jeune, hein...
- NR : Tu l'es toujours (rires)
- DR L : (rires) Je le suis toujours mais je prends un peu plus de recul. Non, mais j'ai pris tout dans le buffet et je n'ai pas réalisé en fait. Ça m'a brassé.
- NR : Ça t'a brassé ?
- DR L : Quand tu te donnes tous les moyens, quand t'essaies de faire correctement ton job et que...
- NR : Hum...ouais...
- DR L : Et bon, cela n'est jamais très agréable, hein, franchement ce genre de chose
- NR : Tu as remis en question des choses ou pas du tout ou ça été plus émotionnel ?
- DR L : Les deux, oui j'ai remis en cause, j'ai remis en question quand même des choses, ouais ...

[19'57" Interruption 20'08"]

- NR : Désolé on reprend euh Donc, tu m'avais parlé, on était plutôt au ressenti en fait hein ? Par rapport à tout ça, par rapport aux réclamations au Conseil de l'Ordre et par rapport au décès de cette dame.
- DR L : Yes, yes.

- N- Voilà, donc tu me parlais plus après de tout ce qui était ...par rapport à tout ça, oui c'était par rapport à une réclamation qu'est-ce que ça peut engendrer ?
- DR L : Tu disais « coup de bambou », ouais ce que ça peut engendrer...
- NR : Ouais.
- DR L : Ben, ça engendre euh... tu dis, tu es face à ce genre de chose, tu penses avoir fait correctement ton boulot...
- NR : Ouais, c'est ce que tu me disais tout à l'heure, ouais ?
- DR L : De satisfaire les uns les autres, tu as essayé justement de répondre à la demande, d'obligation de moyens, donc et puis, et puis arrive une issue qui est, bon...ça tu la gères, mais c'est plus effectivement le côté remise en cause, est-ce que j'ai bien fait. ? Est-ce... ? Et puis aussi tu te dis tu te bats pour essayer de faire correctement les choses avec le peu de moyens que t'as, parce que le service d'urgence bondé un vendredi soir, c'est un élément important le vendredi soir ; si ce n'est pas un vendredi soir devant un truc qui dure depuis un petit moment, voilà ... toi, t'essaies d'arrondir les angles de faire au mieux, bon...
- NR : D'accord, OK.
- DR L : Voilà, donc c'est plus devant ça effectivement, tu dis, et puis, à quel endroit, à quel moment ça a pu pêcher et qu'est-ce qu'il y a comme mesure corrective à apporter, éventuellement.
- NR : Oui, il faut aussi voir... ?
- DR L : Il faut rebondir quoi...
- NR : D'accord. Toi tu as changé des choses depuis ou pas dans ta pratique ?
- DR L : Non, ça m'a conforté dans l'idée que, que... quand on sait pas, il ne faut pas chercher à inventer le fil à couper le beurre.
- NR : D'accord.
- DR L : Et que la consultation pluridisciplinaire est toujours la bienvenue dans des cas un peu compliqués.
- NR : D'accord, mais c'est ce que tu faisais déjà avant et ça t'a conforté ?
- DR L : Oui, voilà, exactement.
- NR : Et qu'il fallait s'entourer ?
- DR L : Et d'autant plus, ce que je disais souvent aux internes quand tu ne sais pas, tu ne fais pas, t'inventes pas, tu ne te lances pas, tu demandes.
- NR : Oui d'accord OK.
- DR L : Il faut connaître ses limites !
- NR : Il faut connaître ses compétences, mais ses limites aussi. D'accord, ok. Toi, tu penses que le risque médico-légal il est devenu important ou pas ? Il est important ou il est devenu important ?
- DR L : Il est important parce que, on ne traite pas avec des machines, donc il faut faire attention...
- NR : Hum ?
- DR L : Qu'il est devenu important parce que, une espèce de, de... les gens se sont accaparés leur santé, voilà, avec tous les médias etc...
- NR : D'accord.
- DR L : J'ai encore eu une dame là, elle m'a dit « docteur j'ai regardé sur Internet avant de venir »...
- NR : Oui, oui.
- DR L : Donc ils se sont accaparés leur santé avec tous les travers que ça a. Et euh ils se... à la limite ils se comportent comme s'ils étaient un écran de télé quoi ils veulent fonctionner aussi bien que...
- NR : Ouais, ouais !
- DR L : Le service après-vente faut que ça soit du tac au tac !
- NR : Oui, d'accord.
- DR L : Voilà, moi, je vois ça un peu comme ça.
- NR : D'accord, OK. Ouais...
- DR L : Donc du coup le risque est augmenté parce qu'ils veulent le zéro défaut, le zéro défaut et la réparation immédiate pratiquement...
- NR : Ouais.
- DR L : Et si ça prend du temps, et si ça rate ou quoique ça soit, forcément il y a une frustration...
- NR : Oui, oui, tout à fait oui.
- DR L : Mais néanmoins, ça peut être aussi un cadre, dans la mesure où le corps médical n'a pas non plus à faire n'importe quoi, c'est un garde-fou, quoi.
- NR : Oui, tu vois ça aussi comme une marge de sécurité pour euh... ?
- DR L : Oui.
- NR : D'accord. Pour se protéger du risque médico-légal, ou pour un risque judiciaire tu m'as dit, alors il faut s'entourer, effectivement il faut connaître ses limites. Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'un médecin généraliste peut faire pour s'en prémunir un peu ? Des techniques ?
- DR L : Des techniques, je pense déjà à la première : c'est que tout est basé sur la communication !
- NR : D'accord.
- DR L : Sur l'information, voilà il faut dire ce qu'on fait et faire ce qu'on dit.
- NR : D'accord.
- DR L : Eventuellement, pour les plus, les plus craintifs c'est tout noter, rentrer tout du patient voilà au moins c'est un contrat, ils savent ce qu'on dit, ils savent ce que l'on a fait.
- NR : Donc la tenue du dossier.
- DR L : La tenue du dossier, de façon objective.
- NR : D'accord, ok.

- DR L : On n'est jamais très objectif, on peut avoir une part de subjectif, ça fait partie de notre... 25'00" c'est comme ça aussi qu'on peut appréhender aussi certains patients mais
- NR : D'accord, oui. S'entourer de pairs, ça tu m'en a parlé. Est-ce qu'appeler le Conseil de l'Ordre, appeler son assureur, ça te paraît euh... une chose utile ? Adaptée ?
- DR L : En cas de conflit ?
- NR : On sent qu'il y a un risque médico-légal ?
- DR L : Je sais pas. Je suis pas sûr de le faire moi de façon naturelle. Si je sens qu'une situation est bancal, je ne pense pas le faire.
- NR : Ce n'est pas ton réflexe immédiat ?
- DR L : Non, je ne pense pas.
- NR : Il faudrait prendre plus de temps, ou avoir plus de moyens pour s'en prémunir ou pas ?
- DR L : Plus de temps dans le sens où... peut-être plus de temps, il faut bien expliquer les choses, que le message soit bien passé...
- NR : D'accord.
- DR L : Après plus de moyens, on a quand même pas mal de moyens.
- NR : D'accord.
- DR L : Il faut parfois aussi résister à la tentation de répondre par pleins de moyens à la demande du patient !
- NR : Oui.
- DR L : Ceux qui veulent leur IRM, leur scanner, leur bilan, leur check-up, voilà, il faut savoir raison garder.
- NR : Hum d'accord, dire non.
- DR L : Dire non.
- NR : D'accord !
- DR L : Dire non, et le justifier enfin...
- NR : Oui, oui, tout à fait. Par rapport aux moyens, par exemple, qu'est-ce que tu en penses toi des logiciels de, tu sais des alertes, des choses comme ça ?
- DR L : Non, mais il faut l'utiliser, c'est un outil...
- NR : Mais ce n'est qu'un outil.
- DR L : Ce n'est qu'un outil. L'informatique est un outil.
- NR : D'accord...
- DR L : Comme chercher l'information en temps réel, sur internet ou sur les différents euh... Oui, c'est un outil quoi.
- NR : D'accord, OK. Est-ce que tu penses qu'il faudrait abandonner certaines pratiques ou certaines thérapeutiques en médecine générale? Alors, quand je pense thérapeutiques, ce sont les infiltrations par exemple ou alors pratiques je ne sais pas, par exemple le suivi de grossesse, je dis n'importe quoi ?
- DR L : Hum pff... la mésothérapie, les injections de BOTOX®.
- NR : Voilà ?
- DR L : Non je crois pas, je crois pas.
- NR : C'est ce que tu disais les compétences et les limites ?
- DR L : Ouais, les compétences et les limites, et puis l'information. Ça. Moi, j'ai pas de honte de dire à un patient, ben, j'en sais rien, voilà.
- NR : D'accord.
- DR L : J'en sais rien, mais je sais que c'est pas grave, on va se donner un peu le temps pour réfléchir, je pense que...
- NR : C'est bien accepté comme message ?
- DR L : Oui je crois. Après il y a toujours des pressés et des gens qui sont insatisfaits mais ça on peut pas...? Comme je leur dis, si ça ne passe pas avec un médecin, allez en voir un autre. Hein ? Il y a le côté humain qui rentre en jeu aussi, le relationnel.
- NR : Le relationnel hum d'accord.
- DR L : Après, dans la médecine d'urgence, le relationnel des fois, il est un peu compliqué, mais,.....
- NR : Ouais. Oh, oui, c'est sûr. OK, ben, écoute, plus de questions, j'ai fait toutes les questions de mon truc, y a pas de soucis. Est-ce que, toi, tu as des questions par rapport à ça ou pas ?
- DR L : Non. Des remarques ?
- NR : Ouais.
- DR L : Où tu es assurée toi ?
- NR : MACSF (rires)
- DR L : Voilà, donc tu reçois comme moi le petit truc ?
- NR : *Responsabilité* !
- DR L : Je le lis de temps en temps et c'est vrai, bon, je me dis bon oui, effectivement,
- NR : Attention.
- DR L : Oui attention, oui. Il y a de plus en plus d'affaires de médecins urgentistes qui sortent...
- NR : Beaucoup plus qu'avant tu penses ?
- DR L : Ouais, j'ai l'impression ou alors on en parle plus qu'avant, c'est comme tout, hein ?
- NR : D'accord, parfait hein.

Docteur M :

- NR : L'enquête que je suis en train de mener, s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche lors d'un Master 2 nommé « Culture et Santé ». Il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat, qui se déroule en collaboration avec la faculté de Médecine et celle de Philosophie et qui propose des enseignements

d'éthique, d'épistémologie et d'anthropologie de la santé. Ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement. Cette enquête s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal lié à leur pratique. Il existe depuis ces dernières années une augmentation des mises en cause de la responsabilité des médecins généralistes, alors qu'ils étaient initialement épargnés par les procédures de réclamations des patients par rapport à leurs confrères. Aujourd'hui, un médecin généraliste sur 2 sera impliqué dans une procédure judiciaire, contre un médecin généraliste sur 10 en 1997. Il existe peu d'études en dehors de rapports d'assurances professionnelles rendant compte de cet état de fait, et au-delà peu d'informations à la disposition du médecin généraliste sur le risque médico-légal inhérent à sa pratique.

Je vous propose donc un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes, afin de connaître votre avis et votre expérience sur ce sujet. Cet entretien sera enregistré de façon à ce que je puisse retranscrire fidèlement ce que vous me confierez. Je précise que cet entretien est totalement anonyme, et que vos réponses ainsi que celles de vos confrères interrogés me serviront à extraire des éclaircissements sur le sujet sans qu'il n'y ait aucun jugement sur la pratique des médecins.

Est-ce que vous avez des questions à ce stade ?

Si vous n'avez pas de question je vous propose de commencer.

- DR M : Non c'est bon j'attends de voir ce qui va ressortir de tout ça.
- NR : Avant de commencer l'entretien proprement dit j'aimerais connaître quelques informations vous concernant, quel est votre âge ?
- DR M : 48 ans.
- NR : Depuis quand êtes-vous installé ?
- DR M : ça fait un petit peu plus de dix ans maintenant, j'ai beaucoup remplacé au départ euh, et puis je travaillais un petit peu à l'hôpital aussi pendant de courtes périodes, quelques mois en particulier en médecine physique et de réadaptation, dans un centre de rééducation pour enfants.
- NR : C'était quoi comme type de rééducation ?
- DR M : C'était tout ce qui est rééducation en particulier tout ce qui était maladies génétiques ou de maladies mentales, en fait qui étaient congénitales.
- NR : Travaillez-vous seul ou en collaboration ?
- DR M : Je travaille tout seul, mais c'est vrai que je suis à la recherche d'une collaboration pour me libérer un petit peu plus de temps parce que en ce moment j'ai du mal à m'organiser, les horaires commencent à être assez longs.
- NR : Qualifiez-vous votre activité d'urbaine, semi-urbaine ou rurale ?
- DR M : C'est plutôt rural même si je suis dans le Rhône et que les hôpitaux ne sont pas très loin, c'est vrai que j'ai beaucoup de patients qui vont très peu voir leur médecin, ils viennent plutôt au dernier moment et du coup je dirais que c'est beaucoup plus une population qui ressort de la campagne, que au niveau urbain où les gens viennent un petit peu pour tout et n'importe quoi.
- NR : Quand je parle de risque médico-légal, que cela évoque-t-il pour vous ?
- DR M : Ben le risque médico-légal c'est les patients qui ne sont pas contents, qui essaient de prendre la main sur notre relation, qui essaient de faire rendre des comptes au médecin, c'est quand le juge vient un peu mettre le nez dans vos affaires pour voir si vous avez bien fait votre travail ou pas. Parfois c'est même pas à propos de votre travail, c'est des choses un peu superflues auxquelles vous avez pas fait forcément attention mais sur lesquelles le patient essaie de vous attaquer pour essayer de récupérer des sous. Je vois pas d'autres définitions particulières.
- NR : Selon le magazine "Prescrire", la définition du risque médico-légal c'est « une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malade ». Quel est votre sentiment par rapport à cette définition ?
- DR M : Oui, c'est ce que j'ai dit, alors c'est vrai je pense pas que ça aille vraiment jusqu'au procès, parfois c'est juste une réclamation, un appel d'un avocat, là où je ne suis pas d'accord, oui, le risque médico-légal ça concerne aussi toutes les affaires qui peuvent être entre un médecin et son patient mais ça va pas forcément jusqu'au procès. Heureusement.
- NR : Oui, heureusement.
- DR M : Sinon en en aurait tous les jours d'aller au procès devant le juge.
- NR : Quelles sont les situations, selon vous, à risque médico-légal dans votre métier ?
- DR M : Les situations à risque médico-légal, je sais pas trop, c'est un peu tout, je ne crois pas qu'il y ait une situation qui est pire que d'autres, en tous cas c'est quand il y a des risques surtout pour le patient, quand on fait des décisions par rapport à un état de santé où c'est très précaire, ouais c'est quand c'est précaire, mais je vois pas de situation particulière, c'est surtout en fonction de l'état de santé du patient...
- NR : Pour vous, vous pensez que c'est plus quand il y a un risque médical qu'une situation particulière ?
- DR M : Oui c'est ça. Le risque de procès il arrive quand on tue quelqu'un ou quand on, quand on fait, on a des problèmes avec les gens, mais des problèmes importants, hein !, pas des broutilles. Hem, après je vois pas de situation euh, oui peut-être un peu plus l'infarctus ou l'AVC qui peuvent donner des cas très graves, et là si on passe à côté, alors là c'est foutu.
- NR : C'est des situations qui sont plutôt d'urgences ?
- DR M : Oui, oui souvent c'est à risque quand les gens viennent en urgence. Mais des fois même quand ils ne viennent pas en urgence ils peuvent faire un infarctus parce que euh, et on peut passer à côté parce que ils ont simplement des vomissements et des maux de ventre et qu'on voit pas que ça peut être un infarctus qui est en train de se passer. Moi euh, c'est arrivé à un de mes confrères maintenant je fais très attention, dans la région euh on sait que pendant les épidémies de gastro il y a un ou deux infarctus qui traînent.
- NR : Est-ce que vous trouvez, vous, que la pédiatrie ou la gynécologie par exemple sont des situations qui sont plus des consultations spécialisées qui sont un peu plus à risque ?

- DR M : Non, je... c'est pas forcément quelque chose d'embêtant, il n'y a pas... les enfants c'est plutôt simple, quand il y a vraiment quelque chose d'urgent, ça se voit et à ce moment-là il faut envoyer à l'hôpital tout de suite, mais sinon on peut très bien se débrouiller, non les enfants il n'y a pas de problèmes.
- NR : Selon vous, répondre au téléphone, ça pose un risque au niveau médico-légal ?
- DR M : Ben moi, j'ai tout le temps le téléphone de toutes façons, ils peuvent m'appeler aussi chez moi la nuit, j'ai toujours appris comme ça, et pis, s'il y a un souci, ils m'appellent de toutes façons, donc je réagis assez vite. Maintenant j'aime pas trop répondre au téléphone sur des sujets précis, moi je préfère qu'ils viennent pour montrer exactement les choses, ils savent bien maintenant que c'est pas la peine de m'appeler pour me demander conseil par téléphone, ils viennent directement au cabinet et je fais tout pour les voir entre deux s'il y a besoin.
- NR : Ça vous arrive de voir des gens entre deux, mais vraiment les examiner, parce que vous n'avez pas beaucoup de temps, vous avez déjà un programme...
- DR M : Oui, ça m'arrive des fois je fais des ordonnances un peu comme ça, je sais que ça se fait pas, hein! Je sais que ça se fait pas, suivant ce qu'ils me racontent quoi, alors après je leur dis que si après ça ne passe pas malgré les médicaments que je prescris, il ne faut pas hésiter à revenir et cette fois on fait une vraie consultation. Mais l'hiver en particulier moi je peux pas caser tout le monde, du coup on fait ça. C'est ce que j'appelle un peu la consultation de couloir en fait.
- NR : La consultation de couloir ?
- DR M : Oui, c'est la consultation qui se fait entre deux portes là entre ma salle d'attente et puis, et puis mon bureau de consultation. C'est un peu la consultation vite fait pour régler les problèmes les plus courants quand les gens viennent entre deux comme ça en urgence alors que il n'y a pas vraiment lieu de le faire, mais par contre ils reviennent s'il y a le moindre souci, à ce moment-là, la deuxième fois, je fais pas la consultation de couloir
- NR : On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine. Qu'évoque pour vous cette expression ?
- DR M : Ben ça, c'est exactement ce qu'on voit maintenant de nos jours, hein, c'est les Etats-Unis qui viennent en France, hein.
- NR : C'est les Etats-Unis qui donnent un peu ce mouvement ?
- DR M : Oui, oui, ça vient des Etats-Unis, c'étaient les avocats qui poussent un peu partout autour des hôpitaux qui encouragent les patients à faire des procès dès qu'il y a le moindre souci. Et maintenant en France c'est exactement ce qu'on voit, les gens sont, même si ils aiment bien leur médecin, ben il suffit qu'ils tombent sur un avocat un peu hargneux et Hop! C'est parti pour toutes les emmerdes qu'on peut avoir avec le juge par rapport à tout ça.
- NR : Donc pour vous la judiciarisation c'est la montée de l'avocat ?
- DR M : Oui, c'est la montée de l'avocat, c'est l'incursion du droit, comme ça, alors qu'on a rien demandé. Souvent on pourrait régler les choses autrement, mais la judiciarisation, ben, c'est le procès et puis on discute après quoi.
- NR : Selon vous quelles sont les obligations légales d'un médecin généraliste ?
- DR M : Ouh, là ! Ça c'est quelque chose que je ne connais pas bien, moi je me sens obligé de rien, hein. Je fais juste mon métier. Après la loi, la loi, hein, c'est pas elle qui soigne le patient au quotidien.
- NR : Est-ce qu'il y a des choses auxquelles vous êtes tenu même si vous pensez que de toutes façons c'est naturel, le besoin de votre métier ?
- DR M : Oui, forcément, moi j'ai appris en tous cas dans mes études que il fallait beaucoup respecter le patient, faut respecter son intimité, faut respecter le secret aussi, c'est important, par rapport aussi à ses proches qui peuvent être parfois un peu insistants mais bon quand on est médecin de famille, ça veut bien dire ce que ça veut dire on est médecin de famille et la famille elle participe, hein! ça, moi j'ai pas trop de secrets par rapport à la famille.
- NR : Et par rapport à la permanence des soins ?
- DR M : Ben, je vous ai dit, hein, de toutes façons je suis joignable tout le temps, même si je ne suis pas de garde, mes patients y savent que je suis disponible, maintenant c'est vrai que je fais ce que je peux en fonction des horaires que je peux avoir, mais c'est beaucoup de boulot, mais j'aime bien que mes patients sachent que de toutes façons, je suis disponible 24h sur 24 s'ils ont le moindre problème.
- NR : On parle souvent de la triple responsabilité du médecin. On distingue la responsabilité ordinale ou disciplinaire, la responsabilité civile et la responsabilité pénale. Est-ce que vous pouvez m'expliquer ces différentes responsabilités, et éventuellement me donner des exemples pour mieux m'expliquer pour chacune ?
- DR M : Ouh là là, là vous me collez des pièges, je sais pas si j'arriverais à vous dire...
- NR : Essayez et puis on verra après s'il y a besoin de, si vous avez des questions par rapport à ça ?
- DR M : Oui, oui. Bon, de toutes façons la responsabilité civile, c'est les sous, hein, c'est ce que je vous disais toute à l'heure, c'est des gens qui veulent du fric, euh, du médecin pour récupérer quoi, qui croient que le médecin y roule sur l'or et que du coup on peut lui prendre tout son fric dès qu'il y a un problème, hein.
- NR : Quel genre de problème ?
- DR M : Ben, les problèmes euh, moi j'avais vu un collègue, il y avait une petite mamie qui était tombée de sa table d'examen, elle s'était fait une fracture du col du fémur, alors c'est un peu ballot, hein ! De venir chez le médecin et de se retrouver avec une fracture. Ben du coup ça a été au civil hein, car la famille elle a tout de suite attaqué pour qu'il y ait une indemnisation par rapport à ça.
- NR : D'accord. Au niveau de la responsabilité ordinale ?
- DR M : Ben là, c'est le Conseil de l'Ordre de toutes façons, je sais pas trop à quoi ça sert éventuellement, je sais pas trop comment ça se passe, j'ai jamais eu trop de problèmes avec le Conseil de l'Ordre, j'ai un ami qui y est et du coup j'ai jamais eu trop de soucis par rapport à ça.
- NR : Vous savez ce que vous risquez éventuellement, par rapport à une confrontation au Conseil de l'Ordre ?
- DR M : Ah, ben, ils peuvent t'empêcher d'exercer hein ! S'ils ne sont pas contents par rapport à ce que t'as fait, hein. Là, à ce moment-là, tu peux plus exercer, et quand tu peux plus exercer t'as pas le droit être remplacé, alors donc, ça peut être la mort d'un cabinet annoncé par le Conseil de l'Ordre, ça, ça peut être très grave.

- NR : Vous savez pour quel genre de choses on peut être sanctionné par le Conseil de l'Ordre ?
- DR M : Ben, je pense dans les cas graves, quoi, quand... je pense plutôt aux escroqueries, escroquer la sécu, escroquer un autre médecin, j'ai l'impression que le Conseil de l'Ordre c'est plus pour ça, hein, mais vous me direz de toutes façons après...
- NR : Oui, oui, ne vous en faites pas je vous dirai après, il n'y a pas de soucis. Par contre la responsabilité pénale qu'est-ce que vous pouvez m'en dire ?
- DR M : La responsabilité pénale, ben là c'est le juge, c'est les tribunaux, là c'est le vrai procès, c'est le médecin tout seul, voilà, mais je ne sais pas, je sais pas du tout pourquoi, je sais pas trop ce qu'il risque.
- NR : Vous avez parlé toute à l'heure de cas graves, tout ce qui est mort d'un patient vous pensez le mettre où ?
- DR M : Ah ben là, c'est sûr c'est dans la responsabilité pénale, mais ben aprèsje sais pas après comment ça se passe euh, je n'ai aucune idée et j'espère que j'en aurai jamais aucune idée par rapport à ça.
- NR : Est-ce que vous avez déjà vécu une situation avec un patient dans laquelle votre responsabilité de médecin a été mise en cause et est-ce qu'éventuellement vous pourriez m'en parler pour que, voilà, on puisse un petit peu voir ensemble ce que vous avez ressenti par rapport à tout ça
- DR M : Ouuh là là, c'est un peu, c'est un peu douloureux tout ça, il y a des gens qui arrivent à vous répondre avec ça?
- NR : Oui, oui, chaque fois j'ai eu des récits effectivement, ne vous inquiétez pas, il y a pas de jugement par rapport à tout ça, c'est le cas de le dire. On revoit juste la situation et puis euh, on essaie de voir un petit peu où ça a mené.
- DR M : Ben j'ai, comme je vous le disais, hein, j'ai jamais eu affaire au Conseil de l'Ordre ni avec les tribunaux pénaux, hein, par contre le nombre d'avocats que j'ai eu au téléphone ça c'est sûr, et puis pas mal de lettres aussi des patients ça ne fait pas plaisir, hein.
- NR : Vous avez un cas précis éventuellement en tête que vous pouvez me raconter?
- DR M : Ben oui, j'avais reçu en particulier une patiente pour un problème d'entorse de cheville à répétition. C'est une patiente que je connaissais pas du tout, qui venait d'arriver dans la région, qui était un peu spéciale, une fille assez obèse qui arrivait avec tout un tas d'antécédents chirurgicaux pas possibles, elle s'est fait opérer de partout, son estomac pour pouvoir perdre du poids, elle avait été opérée des membres supérieurs, membres inférieurs, et puis après elle avait fait des algoneurodystrophies et puis c'était encore une prise en charge, des arrêts de travail, puis elle a été déclarée inapte, puis elle s'est fait opérer du dos, et puis elle avait été opérée de partout et à l'arrivée parce qu'elle faisait une énième entorse de cheville, elle voulait être opérée du pied parce que elle pensait qu'éventuellement il fallait remettre droit l'articulation, donc elle venait pour me demander ce que j'en pensais. Et moi je lui ai dit, enfin, je lui ai dit franchement, hein, que je trouvais qu'elle était folle, que ça servait à rien, que, quand on voit tous les antécédents qu'elle a elle devrait bien en avoir marre d'avoir été opérée quinze fois, que ça servait à rien, et puis qu'il fallait surtout aller voir un psy quand on courait après le chirurgien comme ça.
- NR : Eh ben, elle a pas dû être très ravie de votre avis !
- DR M : Ah ben non, elle était pas contente, ça a un peu chauffé et finalement elle est partie, je crois qu'elle ne m'a même pas réglé la consultation et puis je ne l'ai jamais revue, mais ce n'était pas une de mes patientes et dans ces cas-là je ne fais pas beaucoup d'efforts particuliers, j'ai assez de patients tous les jours qui viennent me voir.
- NR : Et suite à ça alors qu'est-ce qui s'est passé ?
- DR M : Suite à ça en fait j'ai reçu une lettre où elle disait qu'elle allait avertir le Conseil de l'Ordre de mon attitude et qu'elle avait déjà contacté un avocat pour parler avec lui de voir comment on pouvait m'attaquer. Bon j'avais pas trop d'inquiétude parce que je savais que de toutes façons qu'est-ce qui voulait que l'on prouve quoique ce soit, moi je l'avais reçue, je lui avais donné mon avis, après elle était pas contente, elle était pas contente, mais il n'y avait pas mort d'homme et puis voilà quoi. Mais, en même temps j'avoue que c'est pas la première lettre que je reçois et là c'était un peu trop dans ma pratique parce que c'est une femme que je prenais en plus dans des journées à rallonge, je terminais à 22 h tous les jours, c'était l'hiver, j'avoue que ça faisait un peu trop pour moi et ça m'a gonflé d'être mis en cause encore. C'est une lettre qui m'a beaucoup marqué, qui était très injurieuse par rapport à tout ça.
- NR : Comment vous expliquez le fait que cette lettre ait été aussi injurieuse comme vous dites ?
- DR M : Ben il n'y a pas eu une bonne communication entre nous, hein, de toutes façons je le savais bien, hein, on n'était pas fait pour s'entendre. Moi je travaille qu'avec les patients avec lesquels ça marche bien mais je refuse de me laisser faire par des gens auxquels je crois pas du tout. Donc voilà, j'avais pas confiance en elle, elle ne pouvait pas avoir confiance en moi. Donc pour moi la situation était réglée et puis c'est tout.
- NR : Et vous parliez de problème éventuellement avec des avocats ?
- DR M : Oui, j'ai eu plusieurs fois des avocats au téléphone, euh, mais c'était plutôt pour des cas de divorce en fait où ils voulaient vérifier des choses mais moi je ne leur répond pas aux avocats ils se débrouillent et c'est les patients qui viennent me voir et qui m'expliquent la situation. Moi je ne prends pas les avocats comme ça. Il y a aussi les médecins, les médecins d'assurance là, qui viennent vérifier les arrêts de travail, qui viennent vérifier en fait les handicaps, etc... Et ça c'est pareil, moi, je réponds pas à ce genre de choses, c'est les patients qui voient avec eux, moi je suis pas là pour mettre des bâtons dans les roues dans la vie des patients, si j'estime qu'un arrêt de travail était justifié, moi je donne l'arrêt de travail et puis c'est tout, si les assurances ne sont pas contentes pour X raisons, ben écoutez, il fallait faire un autre métier, mais moi je suis là pour aider les gens, pour aider mes patients.
- NR : Vous me dites en particulier que quand vous aviez reçu la lettre ça vous avait beaucoup affecté ? Est-ce que, euh, qu'est-ce qui fait que ça vous affecte comme ça, quand vous recevez plusieurs lettres comme vous disiez, ou plusieurs appels éventuellement d'avocats ?
- DR M : Euh, en fait, j'ai du mal avec la mise en cause, j'ai l'impression que je travaille beaucoup, que en ce moment je trouve que je travaille trop, je suis à bout de beaucoup de choses, euh, dans ma vie personnelle c'est pas toujours facile non plus et du coup quand je reçois ce genre de chose, ben voilà on se le prends en pleine face, hein ? On a l'impression qu'on n'a pas fait son boulot alors que j'ai vraiment l'impression que j'ai tout sacrifié pour mes patients,

que je fais tout pour les aider, je les vois dès qu'il faut, je suis tout le temps joignable, ils sont toujours bien accueillis. Et du coup dans ces cas là, c'est... se faire menacer c'est difficile, on a l'impression que l'on est le dernier des petits délinquants de cité, alors qu'on essaie de faire son travail correctement.

- NR : Depuis cet épisode de lettre est-ce que vous avez changé votre pratique et comment vous l'avez changée ?
- DR M : Non, je change rien, ce n'est pas une lettre d'insulte qui va me faire changer ce que je pense, moi je reste droit dans mes bottes, c'est à dire que j'essaie de voir mes patients au maximum, de les aider. Ben, les nouveaux patients, ça passe ou ça casse, mais je peux pas plaire à tout le monde et puis, j'essaie vraiment de, voilà, de reprendre la main sur la relation, c'est quand même moi le médecin, c'est moi qui décide, et puis si les patients sont d'accord on peut vraiment faire du bon boulot ensemble, sans problème.
- NR : D'une façon globale, vous pensez que le risque médico-légal il est important ou il est devenu important en médecine générale ?
- DR M : Ben ça, il est devenu très important, je vous dis, c'est les Etats-Unis, hein ? Et maintenant, avant à la limite comme vous disiez au début, on est beaucoup plus mis en cause comme un chirurgien esthétique que, qu'il y a dix ans, hein ? Maintenant ça nous pend au nez et moi ça me rend pas tranquille, hein.
- NR : Qu'est ce qui ne vous rend pas tranquille, finalement ?
- DR M : Ben, en plus je connais pas trop, comme vous avez vu je ne connais pas trop les procédures et je me dis si jamais ça m'arrive je sais même pas vers qui je vais me tourner quoi, je vais encore être tout seul et je ne sais pas si je vais réussir à gérer ça. La médecine je gère, mais le reste je ne sais pas si je peux gérer.
- NR : C'est des choses auxquelles vous pensez ?
- DR M : Oui, oui j'y pense tous les jours. Je me dis toujours lequel va me trahir en fait ? Lequel va me trahir ?
- NR : Selon vous, quels sont les moyens dont dispose un médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ? C'est à dire en fait, tout ce qu'il peut utiliser pour essayer de prévenir un procès quoi.
- DR M : Pour prévenir un procès, ben je pense qu'il faut bien parler avec les gens, il vaut mieux leur dire quand on ne sait pas ou leur dire quand on sait et leur dire ce qu'il faut faire surtout, parce que c'est bien beau de donner des conseils, mais s'ils ne l'appliquent pas ça ne sert à rien. Alors, il faut être très juste dans ce qu'on dit et être précis pour que les gens comprennent en fait exactement quelle est la marche à suivre parce que c'est pas eux qu'ont fait médecine. Après, il y a les dossiers, il vaut mieux bien écrire dans les dossiers. Moi, j'avoue que je le fais pas trop, hein ! Je ne suis pas très fort en dossier, souvent j'ai pas le temps et du coup quand ils arrivent comme ça et que j'en vois quarante par jour, ben il y a plein d'observations je mets juste pourquoi ils sont venus en fait soit le symptôme d'arrivée soit le diagnostic mais après, j'écris rien du tout. Il y a juste l'ordonnance du coup qui est informatisée, alors je me dis c'est déjà pas mal on sait ce qu'ils ont eu comme ordonnance mais en général mes remplaçants sont pas très contents quand ils voient, quand ils me remplacent pendant l'hiver, parce qu'ils voient qu'il y a rien qui est écrit et du coup pour eux c'est pas évident de reprendre la main.
- NR : Pour se prévenir du risque médico-légal effectivement vous parliez de la rédaction des observations médicales, la tenue du dossier, vous me disiez qu'il fallait bien parler, la communication, est-ce que vous pensez qu'il faut un recours plus important aux spécialistes, ou à la prise en charge hospitalière ?
- DR M : Ben les spécialistes c'est bien, mais quand ils sont disponibles. Le problème c'est que souvent ils ne sont pas disponibles alors euh, je pense que c'est souvent une perte de temps pour le patient, à ce moment-là, oui, il vaut mieux aller vers l'hôpital dès qu'il y a quelque chose qui nous dépasse un peu parce que c'est là où les choses peuvent s'envenimer. Dès qu'on a le moindre truc, hein, quand je vous dis l'épidémie de gastro et puis tout d'un coup on tombe sur un papy qui a une gastro mais qu'on ne sent pas très bien, ben oui ça peut être un infarctus, alors il vaut mieux appeler le 15, l'envoyer, appeler des copains à l'hôpital, voir un peu comment on peut faire quoi.
- NR : Est-ce que pour se prémunir du risque médico-légal il faut plus s'entourer de pairs, conseillers de l'Ordre, avis de confrères, assurances ?
- DR M : Ben moi le Conseil de l'Ordre, c'est vrai que j'ai un ami là-bas mais j'ai jamais trop posé de questions par rapport à ça et je sais pas trop comment ça marche. Les assurances pfffles assurances je dirais qu'elles ne sont pas trop là pour aider, non moi je le ferais pas ; je n'y penserais pas particulièrement.
- NR : Est-ce que vous pensez qu'il faudrait, pour éviter les procès en tous cas, qu'il faudrait avoir plus de temps, plus de moyens, plus de formation continue, plus de communication ?
- DR M : Ben la communication c'est bien, c'est sûr. Plus de temps ben on peut pas. Moi je vous dis, hein, je cherche un collaborateur pour pouvoir essayer de libérer un peu les choses, mais plus de temps c'est impossible, hein, j'ai trop de patients, j'y arrive pas, donc il faut être efficace dans le temps imparti, hein, vous me disiez quoi ?
- NR : Plus de moyens, plus de formation... ?
- DR M : Ah, ben plus de moyens ça serait bien si on pouvait... Plus de moyens ça permettrait de... peut-être d'avoir plus de temps justement, c'est important parce que le temps c'est de l'argent. Plus de formation, oui. Moi j'aimerais bien pouvoir en faire mais c'est pareil, justement il faut du temps pour ça et je ne sais pas trop comment faire maintenant pour pousser les murs.
- NR : Pour se prémunir du risque médico-légal est-ce qu'il faudrait abandonner certaines pratiques, certaines thérapeutiques, alors je pense en particulier à la gynécologie ou certaines thérapeutiques, les infiltrations... ?
- DR M : Non, alors oui, quand je reçois la revue là de l'assurance MACSF là, ben oui on voit que des fois il y a des accidents avec les infiltrations, mais euh... Non, j'ai jamais... ça fait plus de dix ans que je suis installé, plus de dix ans que je fais des infiltrations et j'ai jamais aucun problème, alors je vois pas pourquoi j'en aurais maintenant. Je fais attention et puis... non, ça c'est pas quelque chose que j'abandonnerais.
- NR : À partir du moment où on sait faire en fait avec l'expérience vous pensez que ça suffit ?
- DR M : Oui, oui ça suffit il faut avoir confiance aussi en ce qu'on fait parce que sinon on ne s'en sort pas hein, on douterait de tout, donc moi je fais et puis voilà. Après je continuerai toujours à voir mes patients quelle que soit la situation donc je pense, à mon avis c'est pas une solution de toutes façons.

- NR : Je vous remercie, de cet entretien, c'est déjà terminé, est-ce que vous avez des questions ou des remarques ?
- DR M : ça m'a fait, votre entretien, c'était intéressant ça m'a fait repenser à pas mal de situations effectivement je me dis que je suis pas très informé et qu'il faudrait que je me forme un peu plus pour savoir ce qu'il en est quoi, pour voir un peu comment je pourrais me protéger au cas où parce que c'est vrai c'est une angoisse que j'ai et ça vient peut-être du fait que je ne suis pas trop au courant finalement de ce qui se passe autour de moi, et puis sinon je vais vous poser des questions, de toutes façons ce sera à moi de vous les poser pour savoir un peu comment, comment ça se passe au pénal, parce que vraiment je n'en ai aucune idée !

Docteur N :

- NR : Je viens de finir mon internat en médecine générale en novembre dernier. J'effectue des remplacements de médecine générale en attendant de passer ma thèse d'exercice. L'enquête que je suis en train de mener s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de recherche pour un master 2 qui est nommé « Culture et Santé ». Donc, il s'agit d'une année d'étude que j'effectue après mon internat et qui se déroule en collaboration entre la faculté de médecine et celle de philosophie qui propose un enseignement d'éthique. Et en fait, ce mémoire pourra servir à préparer ma thèse ultérieurement si tout va bien. L'enquête, elle s'intéresse au ressenti des médecins généralistes par rapport au risque médico-légal qui serait lié à leur pratique. Donc, juste pour te donner un petit peu le contexte, il existe depuis ces 10 dernières années une augmentation des mises en cause des médecins généralistes. Avant, ils étaient relativement épargnés par rapport à leurs confrères, je pense aux chirurgiens esthétiques, aux anesthésistes etc ... Aujourd'hui, c'est un médecin généraliste sur 2 qui sera impliqué dans une procédure judiciaire contre 1 sur 10 en 97 donc il y a 15 ans en fait. Il y a peu d'études en dehors des rapports d'assurances professionnelles qui rendent compte de cet état de fait. Il y a peu d'informations à disposition du médecin généraliste qui pourra comprendre un peu ce risque médico-légal. Donc, je te propose un entretien sous forme d'une série de questions ouvertes pour connaître ton avis, ton expérience sur ce sujet. Ce sera enregistré pour que je puisse retranscrire fidèlement tes propos mais tout ça sera complètement anonyme et il n'y aura aucun jugement ni sur ta pratique, ni sur les autres confrères interrogés.
Est-ce que tu as des questions à ce stade déjà ?
- DR N : Non.
- NR : Eh bien alors, c'est parti. Pour te connaître un peu mieux, ton âge ?
- DR N : 28 ans.
- NR : 28 ans, Ok. Tu es remplaçante ?
- DR N : Je suis médecin généraliste remplaçante oui.
- NR : Voilà. D'accord. Donc, depuis combien de temps ?
- DR N : Depuis le mois d'août 2011
- NR : Depuis le mois d'août 2011, tu as eu ta licence de remplacement. Tu es inscrite où ?
- DR N : Je suis inscrite en licence de remplacement en région Rhône-Alpes et je remplace, j'ai commencé à remplacer en région Rhône-Alpes et maintenant, je remplace en région parisienne et j'ai remplacé dans l'Ain, dans le 01 pour commencer, ensuite dans le 69, ensuite à Roanne...
- NR : D'accord. C'est des cabinets où il y a plutôt des associés, des gens tout seuls ? C'est comment ?
- DR N : Alors, au début, en ce moment c'est des médecins généralistes seuls sans associés depuis la région parisienne où ils... sauf un qui est médecin associé à une prat. Ils sont 2. Euh, ils se répartissent... En fait, ils sont à mi-temps dans le cabinet.
- NR : D'accord, ok. Secrétariat ?
- DR N : Secrétariat téléphonique mais pas toujours.
- NR : Pas toujours, ok. Ça peut être plus toi qui prends le téléphone. Ton activité du coup urbaine, semi urbaine, rurale ?
- DR N : Urbaine.
- NR : Majoritairement ?
- DR N : Ouais.
- NR : Tu as déjà fait des remplacements plutôt ruraux ou..?
- DR N : J'ai fait du semi-rural à Ambérieu. Voilà, c'est semi rural puisqu'il y en a pas mal qui viennent de Bourg en fait, qui consultent à Ambérieu en fait.
- NR : Et il y a des hôpitaux qui sont pas très loin ?
- DR N : Les hôpitaux et la population je trouve qu'elle fait assez semi-rurale. Au stage prat j'ai été en milieu rural dans l'Ain, ça c'est assez rural comme population.
- NR : D'accord.
- DR N : Roanne c'est urbain aussi, donc euh...
- NR : D'accord, majoritairement c'était plutôt ça, d'accord.
- DR N : Voilà.
- NR : Quand je te parle de risque médico-légal ça t'évoque quoi ?
- DR N : Alors, risque médico-légal !?
- NR : Qu'est-ce qui, qu'est-ce qui vient à ton esprit ?
- DR N : Il vient surtout à mon esprit, je dirais que je n'ai pas encore beaucoup d'expérience personnelle mais euh bien sûr comme tout le monde j'ai déjà eu deux trois erreurs médicales ou du coup sans être la première chose qui nous vienne à l'esprit parce que la première chose, c'était plutôt pour le patient le risque qu'il encourait, euh c'est vrai que ça m'a déjà traversé l'esprit en me disant est-ce que je peux être poursuivie pour ça ? Euh, voilà, sinon

c'était plus des préventions qu'avaient nos maîtres de stages en fait ; en disant, c'est médico-légal il faut que tu mettes ça dans le dossier, c'est médico-légal, fais attention, tout ça...

- NR : D'accord ?
- DR N : Voilà.
- NR : Donc le risque médico-légal tu m'as dit poursuite ou risque de poursuite ?
- DR N : Ouais.
- NR : Et risque d'être poursuivie en tous cas t'as dit, et puis une façon de faire ?
- DR N : Oui, une façon de pratiquer, une façon surtout de se protéger. Ils disaient pas que c'étaient les patients face au médecin, c'était pas du tout ça, c'était plutôt protégez-vous, protégez votre carrière et votre exercice en notant certaines choses dans les dossiers.
- NR : D'accord Ok, ouais ouais,
- DR N : Du genre en pédiatrie, « pas d'éruption cutanée » en cas de fièvre, voilà des bêtises mais euh vous continuerez à noter tant que vous êtes pas installé depuis quinze ans avec l'expérience qui fait, avec la renommée qui fait que vous avez plus besoin de le noter dans les dossiers.
- NR : D'accord. Et toi c'est quelque chose à laquelle tu pensais ?
- DR N : Non, car je pars du principe qu'il y a beaucoup de confiance et que la fièvre chez l'enfant il y a quand même vachement de virus, rhino-pharyngite et tout ça et que de le mettre et le noter dans tous les dossiers pas d'éruptions cutanées ou noter dans tous les dossiers des phrases comme ça qui semblent une évidence
- NR : Hum ?
- DR N : ça me paraissait lourd et se protéger contre pas grand-chose et je ne me sens pas, oui j'ai pas peur en fait.
- NR : Tu n'as pas peur d'accord. C'est disproportionné tu dirais ?
- DR N : Je pensais, je pense qu'en temps de maître de stage, c'était important qu'ils nous disent des trucs comme ça, notamment par exemple, je me souviens aussi d'un dossier de gynéco, où il disait BU, moi je mettais BU négative, lui il me disait dis au moins que tu as regardé prot, glucose, que c'était pas une BU à juste leuco-nitrite, qui avait le protéine glucose quoi. En fait, c'est des trucs du coup, je pense que c'est important qu'on te l'ait dit au moins une fois. Après malheureusement au quotidien on n'a pas le temps de noter tout et moi je me sens pas à risque et j'ai pas peur en fait de ne pas avoir tout noté dans tous les dossiers.
- NR : D'accord OK.
- DR N : Je pars du principe que les choses doivent se faire avec confiance. Quand je vois qu'un patient est un peu procédurier, là je fais gaffe !
- NR : Oui ?
- DR N : Je trouve que ça se sent chez les adultes. Chez les parents c'est assez aléatoire, ça je pense que ça se sent pas trop parce que ça peut paraître des parents un peu angoissés, nous on pense un peu les rassurer et puis en fait ils seraient capables de nous faire une procédure derrière, ça je pense qu'on peut se planter.
- NR : ça c'est un risque, hein, les parents ?
- DR N : Ouais.
- NR : Et les patients procéduriers ?
- DR N : Les patients procéduriers, je trouve qu'on les sent, c'est à risque mais du coup on sent venir les choses et du coup on est d'autant plus carré dans ce qu'on note dans le dossier, parce en fait ils demandent ça à l'oral et on va le noter par écrit
- NR : D'accord, tu en rencontres ?
- DR N : Ouais j'en ai déjà rencontré, oui.
- NR : Tu en as souvent ?
- DR N : Non. Je dirais 2 % ?
- NR : Ah, oui ?
- DR N : J'ai eu vraiment peu de patients procéduriers qui sont capables de faire des procédures pour eux, je trouve. Voilà. Après les parents avec enfants, je trouve que voilà. Là je trouve que c'est les dossiers les plus complexes en fait. Voilà.
- NR : La famille en gériatrie ? Qu'est-ce que tu en penses par rapport à ... ?
- DR N : Ouais, non je ne me sens pas, ... peut-être un peu d'expérience, mais c'est vrai que des patients euh... des personnes âgées relevant de soins de gériatrie et ayant des troubles cognitifs, dont il faut informer la famille. A partir du moment où on informe la famille, voilà, je mets la famille est informée point. Je ne me sens pas...
- NR : Pour toi ce n'est pas une situation à risque comme tout ce que tu as évoqué avant
- DR N : Comme en pédiatrie ? Si, ça pourrait, mais j'ai jamais eu d'expérience de ça.
- NR : D'accord
- DR N : Voilà, j'ai jamais eu d'expérience de ça et voilà. Donc. Si, si, je sais que ça pourrait.
- NR : Pour revenir simplement sur le risque médico-légal, il y a une définition dans "Prescrire" sur le risque médico-légal "*C'est une expression consacrée qui correspond au risque pour un professionnel de santé de subir un ou des procès de la part des malades*". Alors du côté procès on en avait parlé pour les poursuites. Qu'est-ce que tu en penses, ça te paraît effectivement résumer la situation ?
- DR N : Oui, ça me paraît tout à fait... le principe du risque médico-légal et du coup la prévention de ça c'est de noter les choses dans les dossiers voilà. Après je trouve que par rapport à ce que tu dis, par rapport aux stats et tout ça, moi, les médecins généralistes, les maîtres de stages et tout ça ils m'ont toujours beaucoup rassurée en disant que les médecins généralistes, c'était eux qui avaient le moins de procédures, que plus tu expliquais les choses, moins il y avait de procédures, que souvent ça n'allait jamais jusqu'au procès. Ben voilà. Là je me dis que plus j'explique les choses... ça marche.
- NR : La communication ?

- DR N : Ouais, je trouve que c'est le plus important
- NR : On a parlé un peu des situations à risque, hein ! Je voudrais juste revoir avec toi, est-ce que tu penses qu'il y a des spécialités dans ton métier, à l'intérieur de ton métier qui sont plus à risque que d'autres ? Est-ce qu'il y a des ...Ouais. Qu'est ce qui te pose problème en risque médico-légal?
- DR N : En risque médico-légal, tout ce qui est les certificats de coups et blessures, les certificats de bilan de la lésion initiale...
- NR : Ouais ?
- DR N : ça je pense que du coup que s'il y a une procédure derrière, si on n'a pas été assez carré. Voilà. Tout ce qui est certificats médicaux en général.
- NR : En général ?
- DR N : En général, c'est le premier truc qui me vient à l'esprit. Après, euh, chez l'enfant...
- NR : Voilà tu parles de la pédiatrie, oui ?
- DR N : ça je trouve que c'est le plus complexe et si là où j'ai le plus d'exemples aussi autour de moi, procédures suite à des retards de diagnostic ou simplement une incompréhension des parents je crois. Et puis, euh... et puis la gynéco en fait. J'avoue que la gynéco, euh, mais peut-être parce que je me sens un peu plus fragile dans cette connaissance et du coup je me sens plus à risque personnellement. Mais je pense que c'est aussi une étape où les gens se sentent fragilisés et donc si le médecin fait une erreur il serait d'autant plus, voilà, à montrer du doigt.
- NR : Le téléphone ? Qu'est-ce que tu en penses ?
- DR N : Le téléphone ? J'ai eu des expériences personnelles en fait depuis mon externat et du coup (rires) j'ai bien appris qu'on ne dit plus rien au téléphone en fait. Et à partir du moment où on ne dit plus rien et qu'il faut à chaque fois qu'on termine en disant consultez votre médecin et tout ça. Maintenant, je me sens, j'ai moins voilà, mais parce que il y a eu des, j'ai eu des drôles d'expériences, quoi, voilà. Euh, notamment une médecin généraliste qui appelait à l'hôpital pour demander des nouvelles d'un patient et moi en tant que petite externe j'ai dit qu'il avait la pneumocystose. Alors elle me dit ah, le VIH, il faut que je le dise à sa femme, alors que le patient ne voulait pas le dire à sa femme, moi qui passe le téléphone au chef si tu veux. Sur ce on m'a bien rappelé qu'il ne fallait donner aucune information médicale par téléphone. Et c'était bien le médecin généraliste qui avait peur, voilà, pour... qui n'avait pas l'habitude de suivre des patients VIH en fait, hein. Et des grosses flips comme ça, ça calme...
- NR : Oui, c'est ça. D'accord. On parle depuis quelques années de judiciarisation de la médecine, ça t'évoque quoi ?
- DR N : On sait, euh, on sait qu'aux Etats-Unis les patients font de plus en plus de procès. On sait qu'on a 10 ans de retard sur les Etats-Unis et que du coup en effet comme tu disais, il y a de plus en plus de procès, de procédures, c'est sûr... tu peux répéter la question ?
- NR : (rires) La judiciarisation toujours. Alors toi, c'est une évolution vers les Etats-Unis, tu dis ?
- DR N : Oui, pour moi, c'est une évolution aussi de ce que demande le patient, dans le sens où nos sociétés qui sont ultra médicalisées, où la maladie est très mal acceptée, du coup le patient souhaite être guéri tout de suite. Maintenant, c'est aussi autre chose, pour moi c'est des mentalités qui sont au-delà de leur santé en fait aux gens et du coup, du coup, ça en vient à des obligations de résultat, en tout cas implicites, souhaitées par le patient, même si c'est jamais euh... quelque chose de nécessaire en médecine. Et ça rend voilà, je trouve des procédures de plus en plus judiciaires. Par incompréhension en fait de ce qu'est la maladie par...
- NR : Ça permettrait de rétablir un peu la compréhension justement...ou pas ?
- DR N : Non, je pense que c'est parce qu'il y a un vrai décalage de compréhension et que du coup le patient ne comprenant pas et voulant les choses tout de suite, le médecin se protège parce qu'il n'a pas le temps de tout expliquer et que, oui. Je vois tout ça comme ça.
- NR : D'accord, OK. C'est une question du risque médical aussi, du risque zéro quoi ?
- DR N : Oui.
- NR : On pense que, est-ce que ça existe le risque zéro ?
- DR N : Ben en tous cas c'est ce que les patients souhaitent, c'est le risque zéro, en fait. Donc du coup, du coup le fait que tous les... je prends un exemple tout simple du fait que tous les médicaments aient des effets secondaires, les patients sont souvent mal informés sur ce fait là, et donc quand ils ont un effet secondaire d'un médicament ils en veulent au médecin de leur avoir prescrit un médicament, mais par manque d'information par et voilà par souhait d'être guéri en 24 h sans effets secondaires, sans rien, en pensant que les recherches médicales actuelles nous permettraient ça. C'est plus par incompréhension que les patients souhaiteraient un risque zéro que nous ne pouvons pas leur offrir et donc en ayant, voilà, peur de leur demande, on se protège en fait, simplement. Moi, c'est...voilà.
- NR : A ton avis c'est quoi les obligations légales d'un médecin généraliste ?
- DR N : C'est d'utiliser tous les moyens de ce que la science, les données actuelles de la science, tous les moyens cliniques, intellectuels et euh les moyens techniques et biologiques et examens complémentaires pour en venir au diagnostic et au traitement, et à la guérison si cela est possible.
- NR : D'accord. L'obligation de moyens ?
- DR N : C'est une obligation de moyens.
- NR : D'accord. Est-ce que tu vois d'autres choses particulières ? Des choses auxquelles il est tenu ? Alors, tout à l'heure tu parlais un peu de choses, alors, je me permets de reprendre du coup hein, le secret médical
- DR N : Hum...
- NR : Quand elle dit je vais en parler à sa femme ?
- DR N : Alors il y a toutes les obligations déontologiques...
- NR : Ouais, déontologiques d'accord...
- DR N : De suivre, ça c'est radical, c'est à dire que hein, c'est une erreur, et c'est du pénal si on ne suit pas. On est d'accord. Le secret médical et d'autres obligations déontologiques...
- NR : Ouais.

- DR N : Voilà, les obligations de soins, c'est des obligations de moyens, et euh, nous ...
- NR : Hum, d'accord.
- DR N : Ouais, et les obligations d'accompagnement, je pense jusqu'à la fin, aussi des gens.
- NR : D'accord.
- DR N : Les obligations de soin jusqu'à la fin et de ne pas, ouais, de pas s'arrêter en plein milieu, de pas...
- NR : Les laisser se débrouiller, d'accord. On parle souvent de la triple responsabilité des médecins. Il y a la responsabilité ordinale, disciplinaire du Conseil de l'Ordre. La responsabilité civile, puis la responsabilité pénale. Est-ce que tu pourrais m'expliquer ces différentes responsabilités, éventuellement en me donner des exemples pour m'expliquer ?
- DR N : Pour moi, la responsabilité ordinale c'est, on prend l'exemple du secret médical, en tous cas c'est tout ce qui dépend du code de déontologie. La responsabilité civile, ben y a pas, par exemple non-assistance à personne en danger, ben, en fait, je la mettrais pas dans le civil, pardon, je la mettrais dans le pénal.
- NR : OK.
- DR N : Parce que pour moi c'est pénal non-assistance à personne en danger. Et ce qui est pénal, à mon avis, c'est aussi par exemple, quand on voit une maltraitance à enfant, le fait de ne pas le dénoncer, quand on voit tout ce qui est sévices à enfants, tout ce qui est du risque mortel, en fait. Un retard, ce serait du pénal, ne pas utiliser des moyens de connaissance, en tous cas pour tout ce qui entraînerait la mort, ouais du patient.
- NR : D'accord, ouais ?
- DR N : Même si on peut ne pas être bon partout et voilà. Il y a au moins quand même une obligation de traitement, en tous cas pour éviter...
- NR : OK.
- DR N : Ouais, une urgence vitale. La responsabilité civile, pour moi ça relève un petit peu plutôt de l'éthique, je dirais.
- NR : De l'éthique ?
- DR N : C'est la responsabilité du respect de l'autre tout simplement.
- NR : D'accord.
- DR N : Je mettrais le civil là-dedans.
- NR : OK.
- DR N : Et je crois que...c'est pas exactement ça la définition. (Rires)
- NR : (Rires) Non, mais c'est, tu m'as dit...
- DR N : Je crois que le civil c'est plus sur tout ce qui peut être, par exemple une simple erreur médicale d'agencement euh, parce qu'on a pas vu la prise de sang à temps, les résultats de la prise de sang à temps, ça peut relever du civil, je crois.
- NR : D'accord, hum.
- DR N : Sans relever de la responsabilité du médecin mais plutôt de la procédure.
- NR : D'accord. La responsabilité ordinale, qu'est-ce que tu risques ?
- DR N : La responsabilité ordinale ? Je risque...un blâme.
- NR : Un blâme ? OK
- DR N : Je risque jusqu'à l'*irradiation* de l'Ordre.
- NR : OK
- DR N : Blâme, sanction et *irradiation*, je crois.
- NR : OK.
- DR N : Pas *irradiation*, c'est pas le mot, mais...
- NR : C'était mignon ! (rises) au civil tu sais ce qu'on risque ou pas ?
- DR N : On risque une amende, il y avait plus ou moins une amende, on risque euh, euh, , c'est surtout financier pour moi et puis, jusqu'au procès en fait et euh... et à perdre son procès en fait tout simplement.
- NR : Ouais ?
- DR N : Le fait de perdre son procès et du coup il doit y avoir quelque chose d'écrit sur notre (je ne sais plus comment ça s'appelle merde), ouais, ouais.
- NR : Et en pénal, qu'est-ce qu'on risque ?
- DR N : En pénal, on risque jusqu'à la prison.
- NR : Jusqu'à la prison. D'accord, OK. Alors là, je vais te demander en fait, si tu es d'accord de me parler d'une situation dans laquelle ta responsabilité de médecin était engagée. Que ça a été jusqu'à un procès ou pas, mais une réclamation, une plainte, l'appel d'un avocat finalement quoique ça soit, d'accord ? Si tu es d'accord voilà. Juste de parler d'une situation.
- DR N : Alors, j'ai jamais eu de situation jusqu'au signalement, ni à l'appel de l'avocat. J'ai déjà eu des situations d'erreur médicale, alors, je ne sais pas si c'est nécessaire...
- NR : Là où ta responsabilité, oui, était engagée ?
- DR N : Oui, là...
- NR : Où tu as senti un risque médico-légal ?
- DR N : Du coup chez une enfant de quatorze-quinze mois-là, son médecin traitant habituel avait prescrit un vaccin de BCG. En arrivant la patiente euh... de quinze mois du coup n'ayant plus de symptômes d'affection virale, voilà, la mère me dit il faut absolument faire le vaccin. Moi, je ne voyais pas vraiment d'indication en fait, elle ne venait ni de zone d'endémie, ni d'un département le nécessitant, hein ? Elle habitait l'Ain, donc rien à voir, et euh, pour éviter d'aller contre le médecin traitant je me retrouve à faire le vaccin et je me suis trompée de dose, une vraie

erreur médicale de ma part. Euh... donc voilà, beaucoup de stress, et j'ai vraiment senti voilà qu'une procédure, s'il y avait eu des complications, une procédure aurait pu être engagée.

- NR : C'est sur le coup que tu t'en es aperçu ?
- DR N : C'est, euh... sur le coup j'étais pas très bien, parce que je sentais qu'il y avait eu quelque chose, que j'avais mis trop de dose de médicament, trop de dose du vaccin, mais euh du coup c'est en quittant la mère et la fille que j'ai revu la dose que j'avais mis euh et qu'en effet j'avais mis dix fois la dose. Parce que j'avais pas utilisé l'aiguille adaptée, parce que j'avais pas trouvé l'aiguille adaptée, voilà ! Plusieurs choses qui se sont enchaînées, mais du coup j'ai demandé à une spécialiste qui m'a bien aidée et encadrée, j'ai dû rappeler du coup les parents, plusieurs fois d'affilée pour bien leur expliquer toute la procédure qui enfin... finalement la petite fille n'a jamais rien eu...mais heureusement parce que j'ai senti que les parents étaient plein de reproches et que, même si j'étais entourée par le médecin traitant de cette petite fille et par les spécialistes, ils auraient très bien pu demander un peu plus d'explications, je pense autour d'une table ronde. Voilà.
- NR : D'accord.
- DR N : Je leur ai donné toutes les explications par téléphone, mais on se demande toujours comment ça passe en fait quand on a pas les personnes sous les yeux et ce qu'ils comprennent bien, de ce qu'ils retiennent, ce qu'ils ont envie de retenir, voilà.
- NR : Comment tu as réagi toi par rapport à tout ça ?
- DR N : Je m'en suis voulu, parce que c'est une vraie erreur, donc c'était une faute voilà, de ma part. Après euh, en reprenant, en relisant toute l'histoire on voit que souvent c'est un enchaînement de choses : le vendredi soir tard, euh, voilà, le, le, j'ai pas l'habitude de faire des vaccins de BCG, en fait je crois que je n'en n'avais jamais fait avant de faire les IDR. Le fait que c'est, que ce flacon, en fait, il est pas complètement adapté, d'ailleurs l'AFSSAPS a envoyé aux médecins généralistes des...dire faire attention car l'erreur avait apparemment déjà été faite, moi en tant que médecin remplaçant j'avais jamais reçu cette recommandation-là, j'avais jamais prêté attention à ce vaccin, voilà, pas très à l'aise, le contact qui passe pas très bien, en fait tout ça, je pense qu'en fait les choses se sont passées un peu rapidement, et pas aussi bien que j'avais pensé vraiment recalculer, j'ai recalculé plusieurs fois, voilà, ce qui m'a aussi traversé l'esprit, ce que m'ont dit les gens que j'ai appelés pour essayer de comprendre, un peu, ben c'est que l'erreur c'est humain et que voilà on en fera d'autres. Euh... ce que j'ai trouvé dur, c'était le, c'était mon propre geste qui puisse mettre en péril ou en tout cas puisse avoir des conséquences pour un enfant et tout ça, on se rend compte aussi du poids qu'on a et de notre vraie responsabilité à, très importante je trouve et dans des moments comme ça encore plus qu'au quotidien où on a une certaine confiance, voilà, de prescription au quotidien. Et euh, et oui quand même, il y a un côté un petit peu, on dirait voilà, une erreur pourrait écrouler toutes nos études, tout ce qu'on a appris, alors qu'on sait plein d'autres choses par ailleurs quoi. Et donc une grande fragilité aussi qu'on a en tant que praticien par rapport à ça, mais j'ai trouvé qu'on est, qu'en tous cas j'avais été lors de cet épisode super bien entourée, par les spécialistes, par les médecins généralistes, par le centre antipoison, pour, justement, ne pas, voilà, fragiliser ma pratique et aller aussi de l'avant tout en fera d'autres, mes responsabilités, donc euh oui.
- NR : Ta condition de remplaçante, c'était difficile par rapport à ça ou pas ?
- DR N : Oui, parce que en fait j'avais pas le, j'avais vu la mère et je n'avais pas le numéro de téléphone de la mère, mais le numéro de téléphone du père, donc, le fait que je ne connaissais pas si bien que ça la famille, même si j'avais eu un aperçu, mais en une minute un quart d'heure est-ce qu'on sait de ce qu'ils ont déjà vécu, si ils ont déjà vécu des erreurs médicales, si ils ont confiance en jeunes médecins, si ils ont eu déjà des problèmes, rien du tout. Et du coup d'appeler le père et raconter tout cela par téléphone, euh, j'avais aucune idée de savoir comment il allait réagir et je parlais du principe qu'il allait pas forcément me faire confiance parce qu'il ne me connaissait pas, or, quand je pense quand on est médecin généraliste installé, d'ailleurs je l'ai vu chez le prat chez qui j'ai travaillé, c'est qu'il y a une confiance de base et qu'il y a une connaissance de base de l'autre où on peut trouver les mots, même si c'est toujours pour dire la même chose, adaptés à chacun pour raconter ce qui s'est passé, l'erreur, et comment on va prendre en charge et du coup les choses se passent plus doucement en tous cas plus sereinement, voilà.
- NR : OK. Euh. Et le fait d'être remplaçante, et d'en rendre compte au médecin que tu remplaçais, c'était problématique ou pas ? Ça a été ?
- DR N : Non, parce que j'ai été formée par des prats qui m'ont, qui ont fait des erreurs médicales avec moi et qui m'ont raconté des erreurs médicales, médico, qu'ils avaient faits, et du coup je savais que ça allait m'arriver dans la pratique.
- NR : D'accord.
- DR N : Et donc, voilà, je me suis dit, bon ben, c'est plus une petite gêne en disant, ça c'est quand même quelque chose qu'un médecin généraliste devrait savoir faire, voilà. Sur l'erreur en question disons, on devrait savoir ses bases là, plus que sur le fait de reconnaître qu'on avait fait une erreur.
- NR : D'accord, OK. Depuis cet épisode tu as changé ta pratique ? Il y a des choses que tu as modifiées ?
- DR N : Non, euh..., non, sauf que je pense que c'est vrai que les vaccins BCG, en fait en discutant autour de moi, je n'en ferais pas au quotidien j'enverrais en PMI à des gens qui savent faire parce qu'il n'y a aucune urgence à faire un vaccin BCG et que en tous cas en tant que médecin remplaçant, voilà, je n'en ferais pas. En tant que médecin installé je pense qu'on peut revoir les patients, je trouve que tous les risques de BCGite et tout ça, si on l'a enlevé nationalement c'est bien pour ça et je trouve que c'est compliqué de prendre, de faire les gestes qu'on a pas l'habitude de faire au quotidien, voilà. Donc, plus de la prudence, je pense par rapport à certains gestes...
- NR : Oui, d'accord. D'une façon globale tu penses que le risque médico-légal, il est important ou il est devenu important en médecine générale ?
- DR N : Non, euh, non pas forcément, euh... je pense que ça dépend surtout des praticiens en fait et de la manière de pratiquer. C'est à dire que je pense que les patients ayant plus de communications et d'explications des choses et que s'ils ont pas ça, ils deviennent procéduriers à notre époque. Je dirais que voilà, ils auraient plus tendance à faire

ça. C'est peut-être, c'est peut-être idéaliste de ma part, parce que ce n'est pas de la pratique, c'est ce que j'aurais l'impression de croire, voilà.

- NR : OK. Euh, selon toi c'est quoi les moyens dont dispose le médecin généraliste pour se prémunir du risque médico-légal ? Alors, tu m'as bien parlé de noter dans le dossier, important, bien rédiger les observations médicales. Est-ce que tu penses qu'il faudrait aussi avoir un recours plus important aux spécialistes ou à la prise en charge hospitalière ? Si tu devais te protéger ?
- DR N : Pas forcément, une consultation mais dans certains cas je pense qu'un appel du spécialiste par téléphone peut être nécessaire pour, voilà. Et chez certains patients ouais. Chez certains patients je pense qu'un recours au spécialiste, mais ils nous le font bien comprendre...voilà, est nécessaire pour éviter tout, toute appréhension, ou tout, toute pensée que la prise en charge n'est pas optimale.
- NR : D'accord, ok.
- DR N : Même si ça ne change rien à la prise en charge.
- NR : Pour te protéger toi d'un risque médico-légal, tu penses qu'il faut s'entourer de pairs, euh je pense au Conseil de l'Ordre, un avis de confrères, les assurances, un groupe de pairs... ?
- DR N : Les groupes de pairs, de toutes façons sont nécessaires à notre pratique, moi, c'est indépendant du risque médico-légal...
- NR : D'accord ?
- DR N : Mais ça permet à un groupe de pairs d'enrichir son expérience à travers, parce que on se raconte aussi nos erreurs, attention j'ai su ça etc..., je pense que plusieurs personnes prévenues euh... et qui se passent le mot mieux vaut qu'une. Isolé, on a toujours plus de risque qu'à plusieurs, donc c'est sûr que ça.
- NR : Et prévenir le Conseil de l'Ordre ou tes assurances, c'est quelque chose qui te viendrait à l'esprit ? Ou pas du tout ?
- DR N : Quand j'ai fait une erreur ?
- NR : Par exemple. Ou quand tu sens qu'il y a un risque quoi.
- DR N : Euh. Pas forcément, plutôt peut-être, plutôt un avis auprès d'un médecin qui connaît en effet toutes ces procédures, euh... et comment justement s'entourer et puis comment communiquer aussi peut-être des conseils avec le patient pour éviter justement ces, des procédures...
- NR : Hum ?
- DR N : Oui, pourquoi pas le Conseil de l'Ordre parce qu'ils sont un peu la référence quand même pour ça. Mais je n'aurais pas le réflexe, un médecin qui s'y connaît un peu plus que moi, oui. Volontiers l'appeler pour lui demander son avis.
- NR : D'accord. Est-ce que tu penses que pour se prémunir du risque médico-légal il faudrait améliorer les conditions de consultation ? Je pense à plus de temps, plus de moyens, plus de formation ?
- DR N : Plus de formation... Alors nous, on en a eu je trouve et pas mal de formation sur le risque, sur l'erreur médicale, sur tout ça pendant notre internat. Je trouve que ça reste assez abstrait tant qu'on n'a pas notre propre expérience et que cela vaudrait le coup en effet de le refaire au bout de deux trois ans de pratique, de se refaire une espèce de bilan un peu de, voilà, d'introspection un peu sur deux trois consultations qu'on a eues ou sur notre expérience, sur notre manière de pratiquer. Parce que je trouve que les groupes de pairs et les groupes Balint font très bien, en fait. Ils pourraient suffire, ... non c'est jamais suffisant, je pense que les FMC sont importantes pour ça.
- NR : Ouais, ouais, d'accord. Plus de temps, de consultations ?... Plus de moyens ?
- DR N : Je trouve que quand, quand c'est nécessaire, pour justement pour certaines consultations qu'on dit à risque de prendre plus de temps. C'est nécessaire, il faut le prendre et pour l'instant étant jeune médecin, je le prends. Euh... le problème c'est toujours les rémunérations et je pense que, voilà, quand on est installé et qu'on a une patientèle importante et qu'il faut quand même terminer sa journée un jour ou l'autre et voilà, donc je pense que c'est plus de moyens, mais que le temps c'est à nous de devoir le prendre...
- NR : D'accord, s'il y a besoin et c'est là qu'il faut le prendre d'accord. Est-ce que tu penses qu'il faudrait, pour un généraliste, abandonner certaines pratiques ou certaines thérapeutiques ? Alors pour certaines pratiques je pense au suivi de grossesse ou certaines thérapeutiques les infiltrations ? Ce sont des situations plus simples ?
- DR N : Non, pas particulièrement, mais je pense qu'il faut connaître ses domaines de fragilité.
- NR : D'accord.
- DR N : Et par exemple pour moi c'est la gynécologie et que c'est vrai que j'aime pas trop remplacer des médecins généralistes qui font beaucoup de gynéco et j'aime bien adresser rapidement au gynécologue. Et euh, mais pour des médecins généralistes, si la gynécologie ils sont compétents et euh... ils seront très bien pour le suivi de grossesse. Je pense que ...
- NR : ça dépend de la compétence ?
- DR N : Oui. Par contre je trouve que ce qui est d'intéressant en médecine générale, c'est d'orienter, d'orienter un petit peu sa pratique et ça serait jamais définitif, mais voilà ! Parce qu'on peut pas être compétent sur tout. Mais voilà.
- NR : Hum d'accord.
- DR N : Parce que le risque il est là, c'est de vouloir être compétent sur tout.
- NR : D'accord, reconnaître aussi ses faiblesses alors.
- DR N : Oui, oui. Et de s'orienter soit en pédiatrie, soit en gynéco, soit autre chose, en gériatrie, mais pendant cinq ans et puis peut-être faire l'inverse, les cinq années suivantes, mais en tous cas de... mais je ne pense pas qu'un médecin généraliste soit compétent toujours omnipotent,
- NR : D'accord.
- DR N : Ou en tous cas, voilà.

- NR : Oui. D'accord OK. Je te remercie beaucoup, c'est terminé. Est-ce que tu as des questions ou des remarques déjà ? Est-ce qu'il y a des choses que tu voudrais rajouter ? Ou des choses qui t'ont perturbée ?
- DR N : Je ne pensais pas bien savoir les définitions des choses mais c'est vrai que mes connaissances ça remonte à 18 mois, donc on oublie vite, mais je trouve qu'on se rend compte que, voilà, après j'ai hâte de lire un peu ta thèse !