

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Représentations du risque médico-légal en médecine
générale : étude qualitative auprès des médecins
généralistes de la région Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 17 Novembre 2022
à 14h00 au Pôle Formation

Par Adil ABOUZINE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Valery HEDOUIN

Assesseur :

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
CDPI	Chambre Disciplinaire de Première Instance
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRCI	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
EIS	Evènement Indésirable Liés aux Soins
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins
ESPRIT	Étude épidémiologique en Soins Primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France
ESQH	<i>European Society for Quality in Healthcare</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
MACSF	Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français
ODM	Ordre Des Médecins
ONIAM	Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux

Sommaire

Avertissement.....	2
Sigles.....	3
Sommaire	4
Résumé	7
Introduction générale.....	8
Cadre conceptuel	9
1 Le risque en médecine générale	9
1.1 L'erreur en médecine générale.....	9
1.1.1 Erreur, faute et aléa	9
1.1.2 Fréquence et mécanismes à l'origine des EIS en médecine générale..	10
1.1.3 Les victimes de l'erreur	10
1.2 La sécurité des soins.....	11
1.2.1 Définitions et culture de sécurité des soins.....	11
1.2.2 La sécurité des soins : un enjeu de santé publique	12
2 Évolution de la responsabilité médicale.....	12
2.1.1 De l'Antiquité au XIXème siècle	12
2.1.2 Les jurisprudences du XXème siècle : un tournant dans la responsabilité du médecin.....	13
2.1.3 La loi du 4 mars 2002	14
2.1.4 Les différents types de responsabilité	15
3 Judicialisation de la médecine	19
3.1 État des lieux.....	19
3.1.1 Sur le plan des assurances : étude de la sinistralité en médecine générale 19	
3.1.2 Sur le plan ordinal	20
3.2 Vécu de la procédure	21
3.3 Retentissement sur la pratique et concept de médecine défensive.....	22
4 Objectif	23
Matériel et méthodes	24
1 Choix de la méthode.....	24
2 Population étudiée.....	24
3 Constitution de l'échantillon.....	24
4 Recueil des données.....	24

5	Analyse des données	25
6	Journal de bord	25
7	Cadre réglementaire.....	25
	Résultats.....	26
1	Caractéristiques des participants	26
2	L'erreur : une épée de Damoclès pour le médecin.....	27
2.1	Une peur omniprésente	27
2.2	L'erreur et la faute	27
2.3	Le médecin, un humain comme un autre	28
2.4	Mériter un châtiment.....	29
2.5	Se sentir coupable.....	29
3	La judiciarisation : entre exigence croissante et obligation de rendre des comptes	
31		
3.1	Subir une pression.....	31
3.2	Abuser de la procédure	32
3.3	Le médecin, coupable idéal.....	32
3.4	Des demandes abusives	33
3.5	Rendre des comptes	33
3.6	Modifier sa pratique.....	34
3.7	Craindre pour l'avenir	35
4	Le risque médico-légal : entre crainte des représailles et affrontement de l'inconnu :	
4.1	Avoir peur des représailles	36
4.2	Une perception du risque nuancée.....	36
4.3	Affronter l'inconnu.....	38
4.4	Des différences générationnelles	39
5	La plainte : vers une rupture de la relation médecin-patient.....	40
5.1	Subir une trahison	40
5.2	Aliénation du rapport médecin patient	41
5.3	L'altération d'un statut	41
6	Un exercice semé d'embûches	43
6.1	La crainte des certificats.....	43
6.2	Des situations pédiatriques complexes	44
6.3	Gérer le téléphone.....	45
6.4	Une vision contrastée de la téléconsultation	46
7	Entretenir des rapports confraternels	49

7.1	Exercer en groupe	49
7.2	Des rapports à l'Ordre ambivalents	50
8	Cultiver ses valeurs professionnelles, une manière de se prémunir du risque ..	52
8.1	Se former en permanence	52
8.2	Assumer sa responsabilité	53
8.3	Entretenir le lien avec le patient	53
8.4	Reconnaitre ses limites	54
	Discussion	56
1	Principaux résultats	56
2	Discussion des résultats par rapport à la littérature.....	59
2.1	Erreur et risque médico-légal	59
2.2	Judiciarisation et médecine défensive	59
2.3	Une téléconsultation à risque	60
2.4	Le vécu de la plainte.....	60
2.5	Enjeux de la relation médecin-patient.....	60
3	Forces et faiblesses de l'étude	61
3.1	Points forts	61
3.2	Faiblesses et limites	61
4	Perspectives.....	62
	Conclusion.....	63
	Bibliographie.....	64
	Annexes.....	70

Résumé

Introduction : L'évolution de la jurisprudence et de la responsabilité en matière médicale peut susciter chez les médecins généralistes un sentiment de judiciarisation croissante de la profession avec le risque de subir un ou des procès de la part de patients. L'objectif de cette étude est d'explorer les représentations qu'ont les médecins généralistes de ce risque médico-légal.

Matériels et méthode : Une étude qualitative a été menée avec réalisation de 10 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans la région Hauts-de-France, entre le 25 avril 2022 et le 18 septembre 2022. L'analyse s'inspire de la théorisation ancrée avec triangulation des données par un tiers extérieur à la recherche.

Résultats : L'erreur occupe une place importante dans la représentation du risque médico-légal. Cette peur de l'erreur est associée à une forme de pression liée à la judiciarisation, qui peut conduire parfois à la modification des pratiques chez certains patients. Certaines situations comme la téléconsultation ou la rédaction de certificats sont plus à risque que d'autres. L'ombre de la plainte peut ternir la relation médecin-patient. Cette plainte est vécue comme une trahison lorsqu'elle survient. Afin de se prémunir, les médecins mettent en avant l'exercice de groupe ainsi que la culture des valeurs professionnelles.

Conclusion : Le risque médico-légal est une préoccupation chez les médecins généralistes et reste fortement lié à la notion d'erreur médicale. Un sentiment de judiciarisation est bien présent mais cela ne modifie pas pour autant les pratiques médicales en profondeur. L'exercice de groupe ainsi que la culture des valeurs professionnelles sont fondamentaux dans la prévention de ce risque.

Introduction générale

L'évolution de la législation et de la jurisprudence en matière médicale, qui suit les progrès scientifiques et techniques de la médecine, peut susciter chez les médecins un sentiment de judiciarisation croissante de la profession avec le risque de subir un ou des procès de la part de patients. Les médecins généralistes peuvent, au cours de leur pratique être confrontés à ce risque, qu'on nomme risque médico-légal.

L'expression « médico-légal » apparaît en 1863 et désigne ce qui est en rapport avec la médecine légale, à savoir la médecine de l'identification au service de la justice, « *cette science de faire servir les lumières de la Médecine à la confection, ou à l'application des lois qui gouvernent les hommes* » (1). Ce terme est également utilisé par les médecins pour décrire les conséquences judiciaires de leur exercice. Ce risque médico-légal implique donc les éventuelles accusations que le patient peut porter auprès d'une instance judiciaire, afin que le praticien rende compte de la manière dont il a exercé son art (2). Ce n'est plus le médecin qui en tant qu'expert aide la justice, mais le médecin qui rend des comptes en tant que justiciable. La justice qui attend que le médecin réponde des conséquences dommageables de son activité est le fruit d'une évolution de la responsabilité médicale sur près de deux siècles. Progressivement, le médecin est passé d'une impunité quasi-totale à des mises en causes devant les tribunaux ou l'Ordre des médecins.

Parmi les révolutions qui ont bouleversé la législation en matière médicale, on peut citer la loi du 4 mars 2002 qui apporte de nombreux changements en terme d'indemnisation du préjudice subi par le patient, et de règlement des conflits avec la création des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) (3).

Cette place croissante des normes juridiques, ainsi que l'impact de certaines affaires comme le drame du sang contaminé, ou plus récemment l'affaire Médiateur®, amène à la notion de judiciarisation de la médecine. Réalité croissante ou mythe ? Toujours-est-il que ce phénomène interroge et suscite des craintes chez les médecins, que ce soit en terme d'abus ou de dérive, avec en tête l'exemple bien connu du modèle américain (4).

Cet environnement législatif et ce climat de judiciarisation, qui est de nature à inquiéter les médecins, conduisent à se poser la question du retentissement de ces phénomènes en médecine générale.

Cadre conceptuel

1 Le risque en médecine générale

Le risque peut se définir comme un événement pouvant possiblement causer un dommage auprès d'une personne, d'un bien, ou de l'environnement (5). La Haute autorité de santé (HAS) quant à elle définit le risque comme une « *situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine* » (6). Aborder la notion de risque, c'est donc aborder la notion de sécurité des soins. D'autre part, la notion de dommage impliquant forcément un acte fautif de la part du médecin, le concept d'erreur médicale occupe également une place importante et reste intimement lié au risque.

1.1 L'erreur en médecine générale

L'exercice de la médecine générale comporte une part d'incertitude. Celle-ci est inhérente au rapport qu'a le praticien de certaines situations où il ne dispose pas de tous les éléments nécessaires à l'établissement d'un diagnostic ou d'une prise en charge. Parfois, ce processus de traitement intellectuel, qui aboutit à une décision et une exécution des soins échoue et conduit à un événement non anticipé qui a menacé le bien-être du patient (7). On parle donc rétrospectivement d'erreur médicale quand ce processus a conduit à une voie qui n'a finalement pas été la bonne : c'est un jugement à posteriori (8). En effet, il est logique que si le praticien, au moment où il exécute son acte, a conscience qu'il va faire une erreur, il ne la commettrait pas. Il existe dans la littérature d'autres définitions, James Reason dans son livre *L'erreur est humaine* la décrit comme « *Tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à ses fins désirées, et quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard* » (9).

1.1.1 Erreur, faute et aléa

On distingue l'erreur, indissociable de toute activité humaine et que le médecin peut commettre, de la faute. Selon Alain-Charles Masquelet (10), la faute est considérée comme un manquement à une règle, un écart par rapport à ce qui est encadré par des règles. L'erreur est considérée comme étant du domaine de la conscience là où la faute est du registre de la compréhension et de l'intelligence (10). Cependant, la limite est parfois vague, les cas de négligence ou d'imprudence avérées en sont un exemple. Enfin, la notion d'aléa, reconnue par la loi du 4 mars 2002, est définie comme un événement imprévisible qui porte préjudice au patient et qui n'est pas directement imputable à une erreur liée à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins (11).

Afin de donner une connotation moins juridique au terme d'erreur médicale, les autorités publiques ont regroupé les notions d'erreur, faute et aléa sous le terme d'événements indésirables liés aux soins (EIS). La Haute autorité de santé définit un EIS comme un « *événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu*

entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau » (12).

1.1.2 Fréquence et mécanismes à l'origine des EIS en médecine générale

Les données concernant la fréquence des EIS sont majoritairement issues du secteur hospitalier, notamment à travers les études ENEIS 1 et 2 (Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins). Dans le cadre de la spécialité médecine générale, on peut toutefois mentionner l'étude ESPRIT 2013 (Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France) (13), qui s'est intéressée aux EIS en ambulatoire.

L'enquête ESPRIT 2013, étude transversale française de type « une semaine donnée », a compté la participation de 127 médecins et a permis le recueil et l'identification de 12 348 actes. Parmi eux, 317 ont été identifiés et confirmés comme étant des EIS (26 pour 1000) dont 270 EIS qui étaient évitables (22 pour 1000). Parmi les EIS évitables :

- 42% étaient en rapport avec des problèmes organisationnels : disponibilité du médecin, identitovigilance, erreur du logiciel, organisation des rendez-vous.
- 21 % étaient liés à des manques de communications entre l'ambulatoire et l'hospitalier.
- 20 % étaient imputables à un problème de mobilisation des connaissances et compétences par le praticien, la gestion de la iatrogénie médicamenteuse était notamment mentionnée.
- Les 17% restants étaient en lien avec un retard de prise en charge de la part du patient ainsi qu'une évolution inhabituelle de la maladie.

Pour 77% des patients, l'EIS n'a eu aucune conséquence clinique. Pour 21%, il a entraîné une incapacité temporaire et on compte 2% d'évènements indésirables graves.

On retient certaines limites à ce travail. Concernant la population d'étude, les médecins étaient majoritairement des maitres de stage universitaires et donc sensibilisés aux questions de santé publique, apportant de fait un manque de validité externe à l'étude. De plus, la courte période de recueils des données a pu sous-estimer le nombre d'évènements indésirables graves car il peut exister un délai entre la date de l'erreur, la survenue de l'évènement ainsi que la date ou celui-ci est reconnu.

1.1.3 Les victimes de l'erreur

L'appréciation de l'erreur est différente selon les points de vue : patient et son entourage, soignant, littérature, justice etc. Pour le patient, l'erreur est vécue comme un mal qui vient se surajouter à la maladie déjà présente. Pour le praticien, celle-ci est génératrice d'un sentiment de honte, d'une forme d'incompétence, de culpabilité ainsi que d'une crainte de potentielles conséquences judiciaires. A l'extrême, elle conduit à des conséquences psychosomatiques notamment des troubles du sommeil, une dépression voire au suicide (14). Ce concept de « seconde victime » de l'erreur, établi en 2000 par Wu AW. (15) est abondamment repris par Galam E. dans son ouvrage

L'erreur médicale, le burn-out et le soignant. En effet, l'erreur produit un impact sur le médecin que ce soit dans sa pratique professionnelle, dans son rapport à ses patients ou dans sa vie privée (16). L'étude qualitative de Chanelière et Figon met également en évidence de nombreux impacts de l'évènement indésirable, essentiellement d'ordre psychique (culpabilité, stress, colère), d'ordre relationnel mais également diagnostique et thérapeutique (17).

1.2 La sécurité des soins

Le terme « risque » renvoie à des éléments négatifs quand celui de « sécurité des soins », plus positif, aspire une progression et une amélioration des pratiques, dans le cadre d'une culture positive de l'erreur (18).

1.2.1 Définitions et culture de sécurité des soins

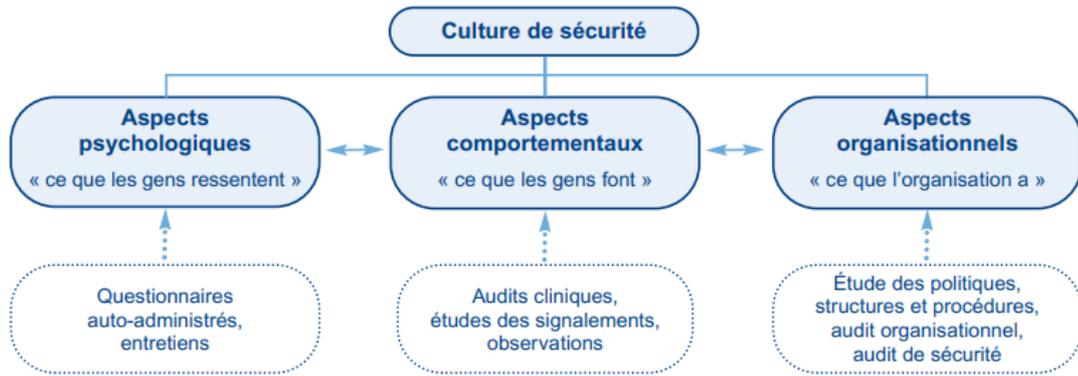
On peut définir la sécurité des soins de plusieurs manières. La Société européenne pour la qualité des soins (ESQH) la définit comme « *un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins* » (19). L'OMS quant à elle, définit la sécurité des soins comme une manière « *de prévenir et de réduire les risques, les erreurs et les préjudices causés aux patients dans le cadre de soins de santé* » (20).

Ces notions de « comportements individuels et organisationnels », et donc de mise en œuvre d'actions des professionnels de santé pour garantir une sécurité des soins optimale pour le patient, définit ce qu'on appelle la culture de sécurité des soins. Chanelière distingue toutefois trois limites à cette culture de sécurité des soins (18) :

- Le patient n'intervient pas dans le processus de sécurité des soins, il reste passif .
- La culture de sécurité des soins varie d'un professionnel de santé à l'autre, et varie au sein du même soignant au cours de sa carrière.
- Cette culture de sécurité des soins ne peut s'évaluer que dans un environnement précis et sur une période temps définie. La culture n'est en effet pas la même en fonction d'un pays donné et elle varie en fonction du temps également.

On peut évaluer la culture de sécurité des soins selon différentes méthodes. Les méthodes quantitatives favorisent l'emploi de questionnaire auto-administrés. Les méthodes qualitatives ont quant à elles recours à la réalisation d'entretiens, d'audits cliniques voire d'études des politiques dans les établissements de santé (19).

1.Méthodes d'évaluation de la culture de sécurité des soins(19)



1.2.2 La sécurité des soins : un enjeu de santé publique

Les pouvoirs publics prennent de plus en plus conscience de la sécurité des soins et de nombreux acteurs sont impliqués dans ce domaine. Cette évolution et prise de conscience ont pour origine certains drames sanitaires comme l'affaire Médiateur® en 2010 et le scandale du sang contaminé dans les années 90. On peut mentionner aussi certaines publications majeures comme le rapport américain *To err is human*, publié en 1999 et qui va secouer le paysage médical de par ses chiffres alarmants. Les auteurs estimaient en effet entre 44 000 et 98 000 décès par an imputable à un événement indésirable aux Etats-Unis (21). Parmi les acteurs publics principaux chargés de la sécurité sanitaire en France on compte notamment la HAS ainsi l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Dans le cadre des signalements d'évènements indésirables, les agences régionales de santé (ARS) ont également un rôle important tout comme les centres de pharmacovigilances.

2 Évolution de la responsabilité médicale

2.1.1 De l'Antiquité au XIXème siècle

On observait déjà les prémices d'une responsabilité médicale il y a quarante siècles à Babylone, au règne d'Hammourabi. Ses lois figurent sur une stèle qui compte 282 articles dont un concernant la responsabilité du médecin :

« Si un médecin a traité un homme libre d'une plaie grave, avec le poinçon de bronze, et a fait mourir l'homme, s'il a ouvert la taie de l'homme avec le poinçon de bronze, et a crevé l'œil de l'homme, on coupera ses mains » (22).

Le châtement peut paraître barbare, mais à une époque empreinte au chamanisme et surnaturel, ce code apparaît tout à fait novateur et pose les bases de la responsabilité du médecin (23).

La médecine grecque instaure également un tournant important avec Hippocrate, qui créa à travers ses traités éthiques les fondements de la déontologie médicale d'aujourd'hui. Quelques siècles plus tard, Maimonide, médecin juif du XIIIè siècle exprime également certains principes moraux dans sa fameuse Prière Médicale (24). Par la suite beaucoup de connaissances furent perdues au Moyen-Âge. L'emprise du

clergé sur la médecine modifia le rapport à la maladie, vécue comme une punition divine, avec un médecin devenant alors un agent au service de Dieu. Il est dégagé de toute responsabilité, le patient étant alors tributaire de la volonté de Dieu, en témoigne la phrase célèbre d'Ambroise Paré : « Je le pansai, Dieu le guérit »(25).

Ce n'est qu'au XIX^e siècle, sous le règne de Napoléon que le statut du médecin change. Les articles du code Pénal de 1810 font du médecin un citoyen comme un autre avec des devoirs imposés et des sanctions en cas de manquement. L'article 319 définit déjà certains éléments de responsabilité :

« Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide, ou en aura involontairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de cinquante francs à six cents francs » (26).

L'article 378 reprend quant à lui la notion fondamentale de secret médical :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs » (26).

L'affaire Thouret-Noroy va également marquer un tournant en terme de responsabilité médicale. Le 10 octobre 1832, le Dr Thouret-Noroy effectue une saignée à un patient avec pour complication une gangrène qui causa l'amputation de ce dernier. Le médecin fut condamné en première instance. Cette sanction causa une vive émotion au sein de la communauté médicale de l'époque et le médecin fit appel. L'appel fut rejeté ainsi que le pourvoi en cassation. L'arrêt du 18 juin 1835 de la Cour de Cassation marque la fin de l'impunité médicale (23).

2.1.2 Les jurisprudences du XX^e siècle : un tournant dans la responsabilité du médecin

La responsabilité médicale subit de nouvelles évolutions au XX^e siècle.

En 1936, l'arrêt Mercier voit apparaître la notion de contrat entre le médecin et le patient. Avant 1936, la responsabilité médicale était délictuelle, c'est-à-dire que pour obtenir une indemnisation, le patient devait établir la faute du médecin ainsi que la relation de cause à effet entre celle-ci et le dommage. L'arrêt du 20 mai 1936 ajoute ici la notion fondamentale de contrat ainsi que d'obligations de moyens du médecin :

« Mais attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que parait l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. » (27)

Par la suite, apparaissent les notions de responsabilités sans faute, d'obligations de résultats dans certains domaines, ainsi que de perte de chance (28). On peut citer entre autres :

- L'arrêt Bianchi en 1993. Il introduit la notion de responsabilité sans faute de l'hôpital ainsi que l'indemnisation de l'aléa thérapeutique (29).
- Les arrêts « staphylocoques dorés » en 1999 qui instaurent une obligation de sécurité de résultat dans le cadre des infections nosocomiales pour les établissements de santé, mais également pour les médecins (30).

2.1.3 La loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002 va apporter une révolution en terme de rapports juridiques entre médecins et patients (3,31) :

- Sur le plan de la faute médicale :

La loi du 4 mars va réaffirmer le principe de nécessité d'une faute pour mettre en jeu la responsabilité des médecins qui « *ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* » (Art. L. 1142-1). Elle maintient toutefois l'obligation de résultats des établissements de santé concernant le risque infectieux.

- Sur le plan des droits du patient

La loi renforce les droits du patient notamment en ce qui concerne le droit à l'information. En effet le patient doit, sauf cas d'urgence ou impossibilité, être informé sur sa santé ainsi que sur les explorations, traitements ou actes de préventions qui lui sont proposés. Elle autorise également le droit à l'ignorance et confirme le refus d'être informé. Elle entérine également les questions de l'accès au dossier médical, de droit à la dignité humaine, de secret médical ainsi que de refus de soins. Elle permet également au patient la désignation d'une personne de confiance.

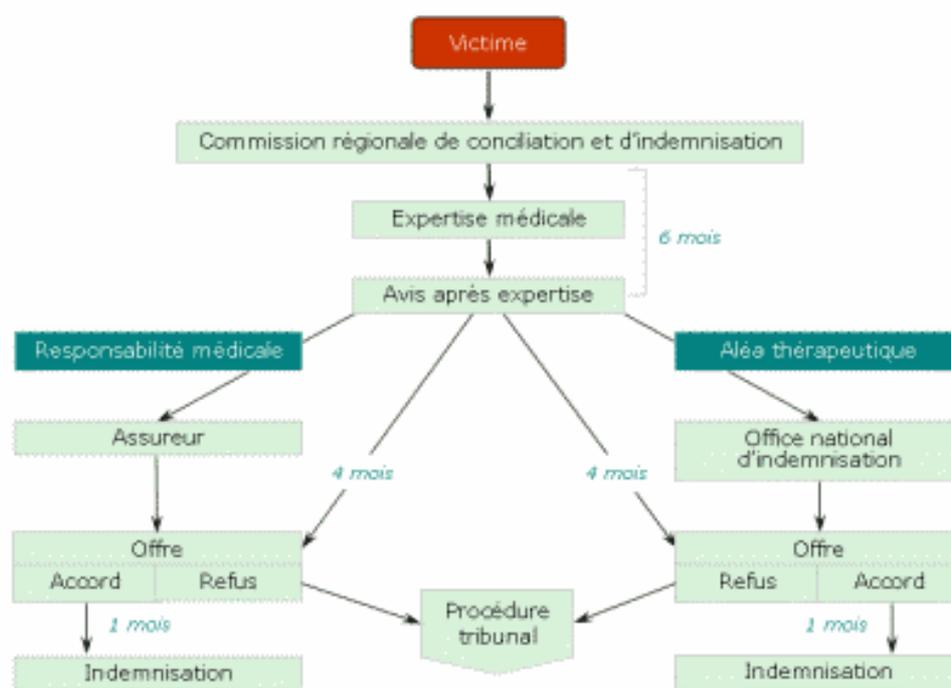
- Sur le plan des obligations du médecin

Le médecin a l'obligation de souscrire à une assurance professionnelle en responsabilité civile. Elle apporte également dans l'article 59 l'obligation de formation médicale continue : « *Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.* ». En parallèle des droits du patient, le médecin a l'obligation de recueillir son consentement libre et éclairé avant d'entreprendre tout acte médical ou traitement (Art. L. 1111-4.). Enfin, elle instaure l'obligation d'information du patient en cas de dommages imputables à un acte de diagnostic ou de soins, et ce dans un délai de quinze jours (Art. L. 1142-4).

- Sur le plan du règlement des conflits

Afin de favoriser le règlement à l'amiable des conflits, la loi va créer la commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI). Ces commissions vont permettre d'émettre un avis et une expertise permettant l'évaluation du dommage et de la responsabilité. Les CRCI favorisent la conciliation, et permettent via l'office nationale d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) l'indemnisation du préjudice en l'absence de faute, au titre de la solidarité nationale.

Figure 2. Schéma du dispositif d'indemnisation (32)



2.1.4 Les différents types de responsabilité

2.1.4.1 Brève présentation du système judiciaire français (33)

Le système juridique français est basé sur la séparation entre autorité « judiciaire » et autorité « administrative ».

Les juridictions de l'ordre judiciaire se répartissent en deux axes : civil et pénal. Elles règlent les contentieux entre deux personnes privées (civil) ou entre un individu et la société (pénal). En effet les juridictions civiles rendent des jugements débouchant sur une indemnisation alors que les juridictions pénales sanctionnent.

Les juridictions de l'ordre administratif sont chargées de régler les litiges entre un individu et l'administration, ou entre deux administrations.

En matière civile, on distingue parmi les juridictions du 1^{er} degré les tribunaux de commerce, le conseil des prud'hommes, les tribunaux de proximité ainsi que les tribunaux judiciaires. Il est possible de contester une décision en première instance et recourir à une juridiction du 2nd degré : c'est interjeter appel d'une décision. Enfin il est possible de recourir à une juridiction du 3^{ème} degré en pourvoyant en cour de Cassation. Celle-ci ne se prononce jamais sur le fond mais sur le droit. Elle s'assure que les règles de droit ont été respectées.

En matière pénal, on distingue trois types de tribunaux, en fonction de la gravité des actes reprochés :

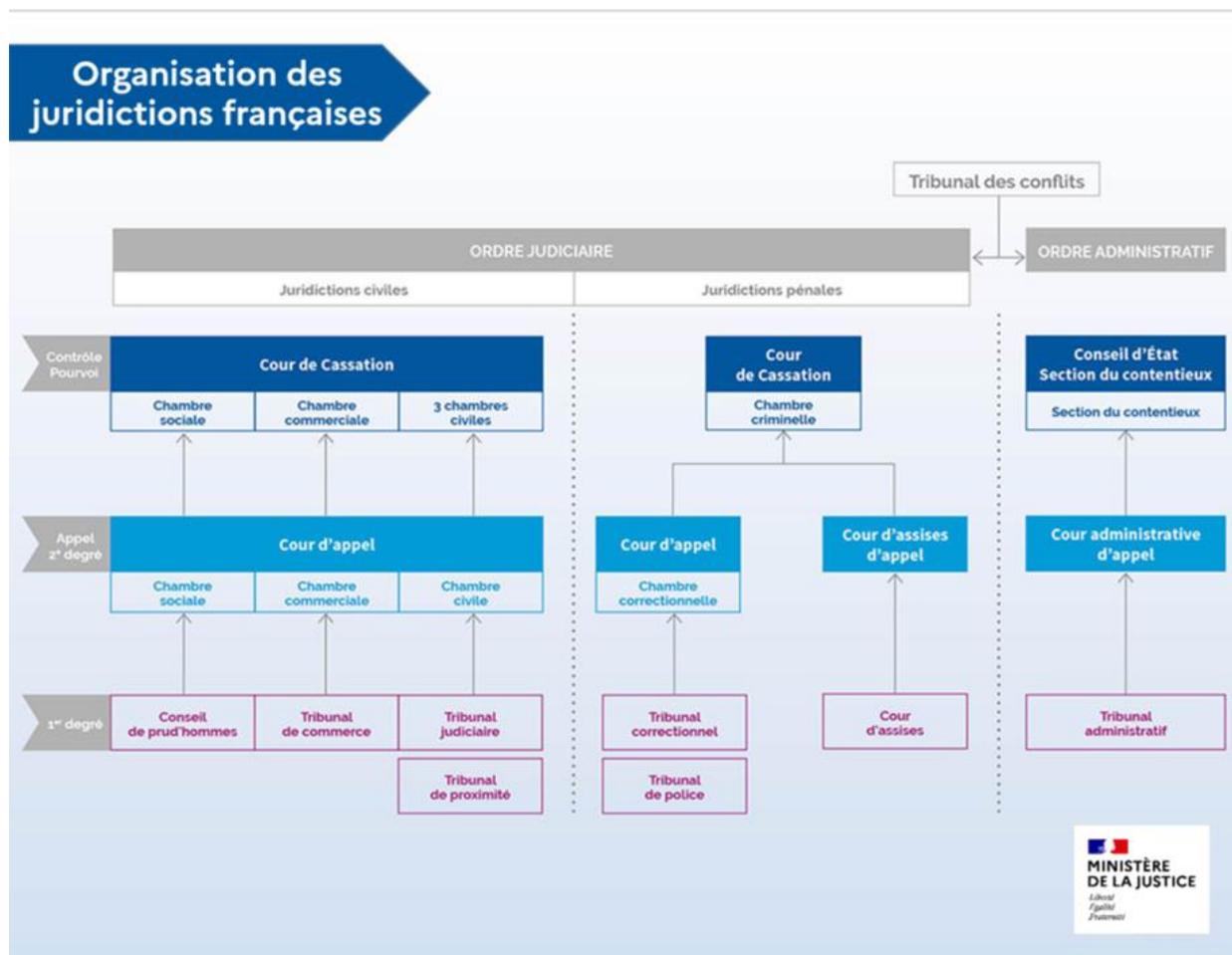
- Les tribunaux de police jugent les infractions. Ils prononcent des peines d'amendes voire de suspensions de permis de conduire.

- Les tribunaux correctionnels jugent les délits. Ils peuvent prononcer des peines d'amendes, mais également des peines de prisons.
- Les cours d'assises jugent les crimes. Elles prononcent des peines d'amendes et des peines de prisons.

Les degrés de juridictions en pénal sont les mêmes qu'au civil. Il est possible d'interjeter appel d'une décision et de pourvoir en cassation.

En matière administrative, les tribunaux administratifs sont la seule juridiction de première instance. Il est également possible d'interjeter appel d'une décision d'un tribunal administratif. Enfin, le Conseil d'Etat peut être saisi en dernier recours et contrôle, tout comme la Cour de Cassation, la bonne application des règles de droits, sans juger le fond.

Figure 3. Organisation des juridictions françaises (33)



Le médecin peut répondre de ses actes devant plusieurs juridictions, selon l'acte commis ainsi que le cadre dans lequel il exerce :

- Dans n'importe quelle condition d'exercice, il doit répondre d'éventuelles infractions, délits ou crimes devant les juridictions pénales.
- Dans le cadre d'un exercice libéral, sa responsabilité est engagée auprès des juridictions civiles.

- Il est également responsable auprès de ses pairs en cas de non-respect du Code de déontologie auprès des juridictions disciplinaires.

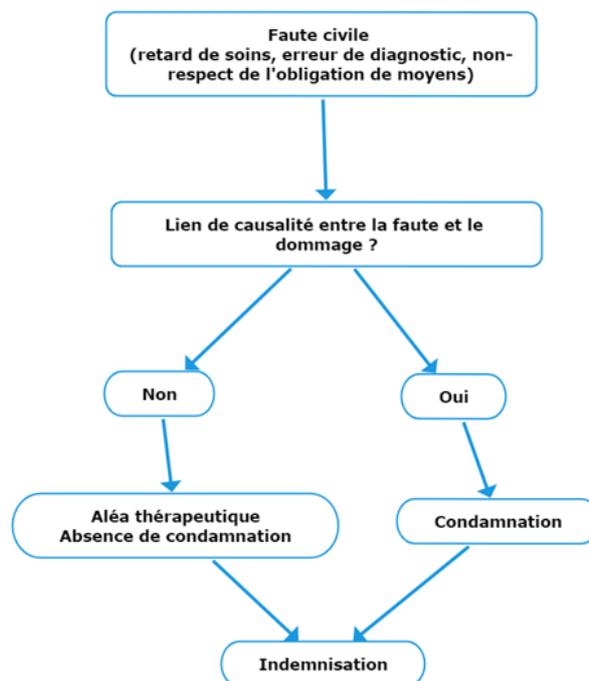
2.1.4.1 La responsabilité civile (31)

La responsabilité civile du médecin est basée sur l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le dommage. C'est le type de responsabilité qui engage le médecin exerçant en libéral, qu'il s'agisse d'un cabinet, d'une clinique voire d'un exercice privé à l'hôpital. Cette responsabilité civile peut avoir deux orientations. Elle est le plus souvent contractuelle, et suit les principes introduits dans l'arrêt Mercier, à savoir un contrat de soins entre le médecin et le patient ainsi qu'une obligation de moyens. Le médecin peut donc être mis en cause en cas de non-respect de ce contrat:

- Non-respect de l'obligation de moyens.
- Absence ou retard de soins, erreur de diagnostic, erreur de traitement.
- Soins non conformes « aux données acquises de la science ».

Elle peut également être délictuelle et concerner une activité médicale hors contrat (médecine scolaire, médecine du travail, intervention urgente dans la rue).

Figure 4. Gestion judiciaire de la faute au civil



2.1.4.2 La responsabilité pénale

La responsabilité pénale est mise en jeu lorsqu'un individu doué de discernement commet une infraction. Il doit alors expier sa faute en subissant une punition, cette dernière ayant pour but qu'il ne commette plus d'infractions à l'avenir (34).

En matière médicale les infractions relèvent le plus souvent (35) :

- D'une violation du secret médical
- D'une omission de porter secours
- D'une atteinte involontaire à l'intégrité d'une personne voire d'homicide involontaire

En fonction de la gravité des faits, le jugement est effectué par les tribunaux de police, correctionnels ou les cours d'assises.

2.1.4.3 La responsabilité administrative

La responsabilité administrative concerne la responsabilité liée à une activité dans un service public. C'est l'hôpital qui porte la responsabilité de la faute de son agent, sauf faute « détachable » du service (36).

En cas de litige, la voie amiable est privilégiée avec pour but une indemnisation. En cas de refus, la procédure peut déboucher sur une saisie du tribunal administratif.

2.1.4.4 La responsabilité disciplinaire

Tout manquement au Code de déontologie engage la responsabilité disciplinaire du médecin. C'est L'Ordre des Médecins (ODM) qui est chargé de sanctionner les éventuels manquements du praticien. L'Ordre est indépendant des juridictions pénales et civiles et prononce des peines selon le Code de la Santé publique (37).

Le plaignant peut être un patient, une administration, un employeur ou un autre médecin. La plainte est initialement traitée par le conseil départemental de l'Ordre des médecins qui organise une conciliation entre les deux parties. En cas d'échec de la conciliation, la plainte est transmise à la chambre disciplinaire de première instance (CDPI). À savoir que cette CDPI peut également être directement saisie par certaines autorités comme le Procureur de la République, le ministre chargé de la Santé ou le préfet du département (38). Au cours d'une délibération la décision est prise ou non d'instruire la plainte.

Le médecin peut encourir 4 types de sanctions (39) :

- L'avertissement
- Le blâme
- L'interdiction temporaire d'exercer, avec ou sans sursis
- La radiation du tableau de l'Ordre

D'après le rapport de 2019 de la chambre disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM), les manquements les plus fréquents sont (40) :

- La qualité des soins : risques injustifiés, soins non conformes aux données acquises de la science, manque d'information
- La confraternité
- Les certificats
- Le comportement du médecin en général

3 Judiciarisation de la médecine

Il convient de distinguer deux notions. Celle de juridicisation, qui concerne la place croissante des lois et des normes juridiques dans la société, et celle de judiciarisation, qui a trait à la place croissante du juge en matière de santé et donc de la multiplication des procédures judiciaires (41). Il faut également différencier plusieurs éléments lorsqu'on parle de judiciarisation. En effet, une augmentation du nombre de recours n'implique pas forcément une évolution du nombre de condamnations des médecins. De même la judiciarisation ne prend pas les mêmes dimensions selon la nature la responsabilité engagée, l'impact étant différent si l'on compare sanction pénale ou indemnisation au civil (42).

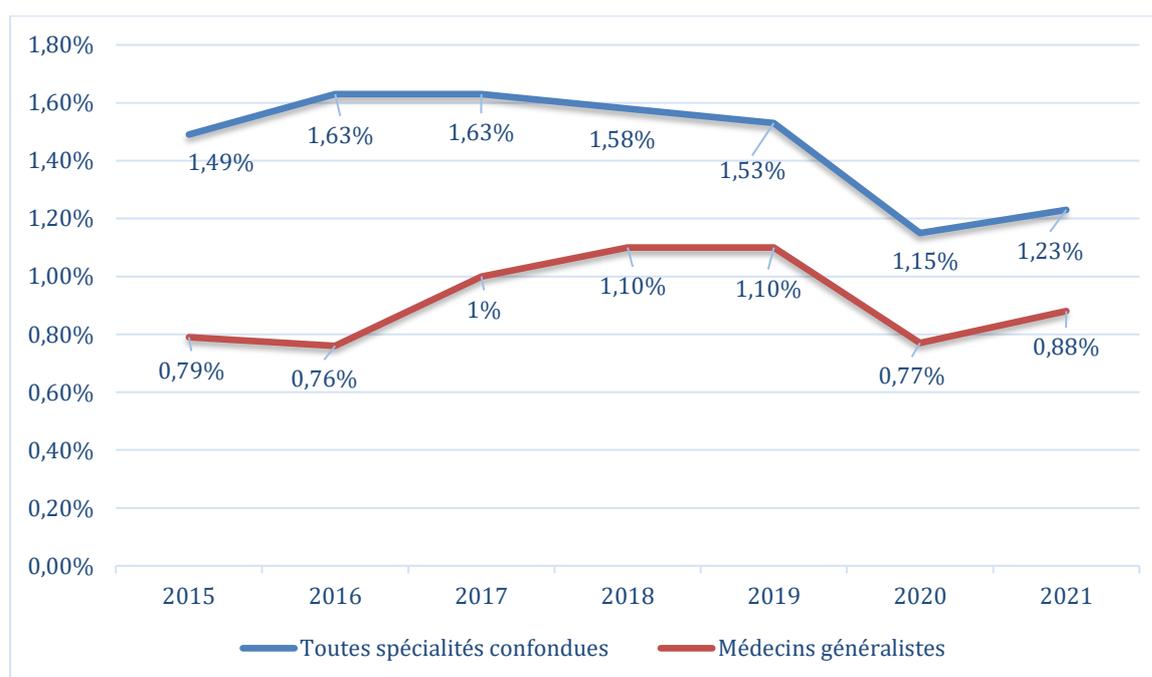
3.1 État des lieux

Les éléments statistiques permettant d'évaluer cette judiciarisation sont plutôt partiels et épars.

3.1.1 Sur le plan des assurances : étude de la sinistralité en médecine générale

En matière d'assurance, on observe une relative stabilité en terme de sinistralité au sein de la spécialité médecine générale, en témoignent les rapports du groupe Mutuelle d'assurances du corps de santé français (MACSF). Une étude de l'ensemble des rapports couvrant les années 2015 à 2021 a permis d'établir le graphique suivant : (43–49) :

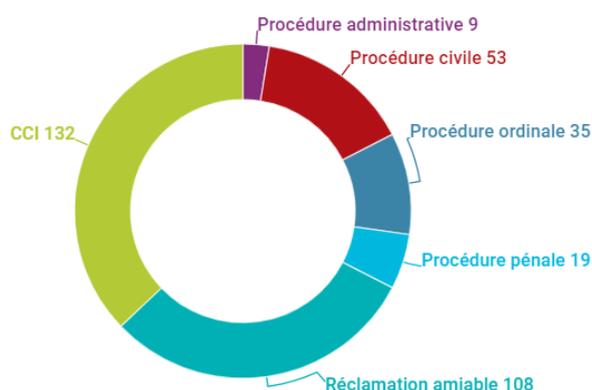
Figure 5. Évolution du taux de sinistralité chez les médecins généralistes en comparaison du taux de sinistralité toutes spécialités confondues



Qu'il s'agisse du taux de sinistralité toutes spécialités confondues ou bien celui des médecins généralistes, on a tendance à observer une certaine stabilité sur ces sept dernière années, ce qui a plutôt tendance à relativiser le phénomène de judiciarisation.

Concernant l'année 2021, le rapport de la MACSF, qui évalue le taux de sinistralité des médecins généralistes à 0.88%, rapporte la déclaration de 356 sinistres, répartis selon les procédures suivantes (49):

Figure 6. Répartition des déclarations (tiré du rapport 2021 de la MACSF) (49)



On retrouve principalement des recours auprès des CRCI et des réclamations à l'amiable qui représentent 67% déclarations. Les recours devant les tribunaux ne représentent que 22% des déclarations, ce qui là aussi a tendance à relativiser le phénomène de judiciarisation.

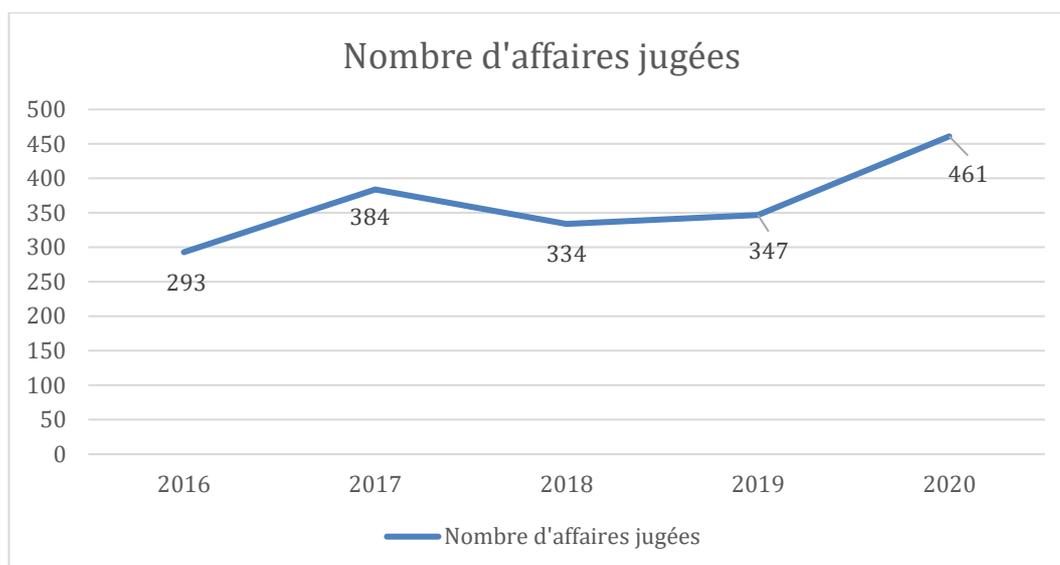
Parmi ces déclarations, les motifs les plus fréquents concernent :

- Les retards diagnostics : le rapport pointe notamment les retards dans les situations d'urgences cardiovasculaires, neurovasculaires et infectieuses.
- La iatrogénie médicamenteuse : sont concernés ici le Mediator® ainsi que les surdosages en anticoagulants.

3.1.2 Sur le plan ordinal

L'étude des derniers rapports du conseil national de l'Ordre des médecins met en évidence une augmentation du nombre de jugements par la chambre disciplinaire nationale (40,50–53).

Figure 7.Évolution du nombre jugements auprès de la chambre disciplinaire nationale



D'un côté on observe une relative stabilité en terme de sinistralité, de l'autre une augmentation des condamnations sur le plan ordinal. Toujours-est-il que le sentiment de judiciarisation suscite des avis partagés. Certains auteurs relativisent le phénomène (54,55), tandis que d'autres pointent du doigt certaines jurisprudences ainsi qu'une judiciarisation qui, à défaut d'améliorer la qualité des soins, risque de se retourner contre le patient (56).

3.2 Vécu de la procédure

La plainte est loin de laisser le médecin généraliste indifférent. Les travaux de St Vincent C. et Finon M. ont permis d'explorer le vécu de cette plainte en médecine générale (57,58). On peut décomposer cette expérience en trois phases :

- Première phase : découverte de la plainte

Lorsque le médecin prend connaissance de la plainte, plusieurs sentiments émergent. Souvent pris au dépourvu, il ne s'attend pas à recevoir une plainte. Il a en effet connaissance du potentiel risque de contentieux mais s'abrite souvent sous une forme de déni au cours de sa pratique. La surprise laisse souvent place à la colère et une forme de trahison du patient. Par la suite deux types de conduites peuvent apparaître chez le médecin : soit une forme de honte et d'inquiétude, soit une volonté de comprendre les événements qui se sont passés, avec souvent un sentiment d'injustice et d'amertume.

- Deuxième phase : déroulement de la procédure

Le déroulement de la procédure provoque le plus fréquemment un stress chez le praticien, avec un sentiment de solitude et parfois une absence de soutien des confrères. Cette absence de soutien est toutefois à relativiser car on observe chez les médecins qui exercent en équipe une forme de soutien et d'opportunité d'être écouté.

Dans tous les cas, il existe un retentissement psychologique important, avec apparition de syndromes dépressifs chez certains.

Le moment de la confrontation est un moment clé qui reste gravé dans l'esprit des médecins interrogés. L'opposition avec le patient est souvent décrite comme un moment difficile, cristallisant d'énormes craintes.

- Troisième phase : conséquences

Quelle que soit la décision rendue, il persiste une certaine méfiance à l'égard des patients, la plainte ayant laissé une cicatrice suite à la trahison subie. Pour beaucoup, les modifications des pratiques sont plutôt positives, avec une tenue rigoureuse des dossiers médicaux et l'amélioration des connaissances sur le risque par exemple. Certains toutefois modifient plus profondément leurs pratiques en ayant recours à une médecine dite « défensive ».

3.3 Retentissement sur la pratique et concept de médecine défensive

Vécu traumatique d'un contentieux ou crainte de la judiciarisation peuvent favoriser l'émergence d'une médecine défensive. Celle-ci peut se définir comme une « *médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades* » (59). Le plus souvent, elle s'illustre en une multiplication d'examens complémentaires ayant pour but de rassurer le patient et protéger le médecin contre d'éventuelles représailles.

Le concept de médecine défensive est le fruit d'une réflexion abondante courant des années quatre-vingt-dix aux Etats-Unis (60), notamment sur le plan du coût de soins (61). On note aussi des travaux sur la perception du risque judiciaire par les médecins ainsi que son impact sur la pratique (62). En effet, parmi les spécialités à risque comme la chirurgie orthopédique ou la gynécologie obstétrique, on peut observer aux États-Unis un recours fréquent à des examens d'imageries afin de se protéger (63). Cette médecine défensive peut même conduire parfois au refus de soigner certaines catégories de patients en raison du risque d'erreur (59). Elle suggère alors une perte de confiance, avec à terme une altération de la relation médecin-patient (64).

Paradoxalement, cette médecine défensive a également certains effets positifs. La judiciarisation peut en effet avoir un impact sur l'amélioration des pratiques médicales : meilleure tenue du dossier, information exhaustive auprès du patient, avis auprès d'un confrère spécialiste (65).

En France ce phénomène aurait tendance à prendre de l'ampleur. On observe notamment une augmentation de prescription d'examens biologiques et radiologiques du fait de cette pression liée à la judiciarisation (66–68). Cette pression influe également sur le plan relationnel avec l'évitement de certaines situations à risque (65).

4 Objectif

Face à ce constat d'évolution des jurisprudences et donc de juridicisation, l'apparition d'un sentiment de judiciarisation croissante de la profession paraît légitime chez les médecins généralistes.

Coordonnateur des soins en ville et premier recours, le médecin généraliste entretient des rapports privilégiés avec le patient. Cette qualité de la relation médecin-patient, qui est de nature à favoriser une alliance thérapeutique, peut toutefois être mise à mal dans certains cas. Comme n'importe quel humain, le médecin s'expose au risque d'erreur et de fait, à un éventuel préjudice pour le patient. De même, l'évolution de la médecine et de la société peuvent éventuellement conduire les patients à une certaine forme d'exigence envers le système de soins.

Tous ces éléments incitent finalement à penser que le médecin généraliste, comme n'importe quel spécialiste, est exposé dans le cadre de sa pratique à ce risque médico-légal.

Quelles connaissances ont les médecins généralistes de ce risque médico-légal ?
Quelles opinions ou croyances ont-ils ? Quelle est leur attitude face à ce risque ?

Pour répondre à ces questions, une approche qualitative paraît appropriée afin d'explorer le vécu et les représentations qu'ont les médecins généralistes de ce risque médico-légal.

Matériel et méthodes

1 Choix de la méthode

Afin de répondre à la question de recherche, il est nécessaire d'explorer les attitudes, croyances, connaissances et opinions des médecins généralistes concernant le risque médico-légal. La méthode qualitative est donc la méthode de choix pour ce travail de recherche car elle place l'intervenant au centre et permet d'aborder au mieux son point de vue et ressenti. Le choix s'est donc porté sur une étude qualitative avec une approche s'inspirant de la théorisation ancrée.

2 Population étudiée

La population ciblée concernait les médecins généralistes exerçant dans la région Hauts-de-France.

3 Constitution de l'échantillon

L'échantillonnage est réalisé ici selon le principe d'échantillonnage théorique.

Le recrutement initial s'est fait sur la base de deux connaissances. Les autres participants ont été recrutés ensuite au fur et à mesure du recueil des données. Pour établir le modèle explicatif, les nouvelles données ont été recueillies chez ces participants sans prendre en compte des caractéristiques telles que l'âge ou le sexe par exemple. En effet le participant suivant était surtout sélectionné en fonction des hypothèses formulées lors de de l'analyse précédente.

4 Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par le biais d'entretiens demi-dirigés réalisés au sein du cabinet du médecin, à l'aide d'un dictaphone Sony ICD-TX660 ©. Le lieu et l'heure étaient choisis par l'intervenant, afin de favoriser un climat calme et limiter au maximum les interventions extérieures. Deux entretiens ont été réalisés par visioconférence afin de convenir aux disponibilités des médecins interrogés.

Les entretiens ont été réalisés de manière semi-structurée sur la base d'un guide d'entretien évolutif (Annexe 1) favorisant l'emploi de questions ouvertes, tout en orientant la conversation vers les thématiques choisies. Les entretiens ont été testés en amont sur des personnes extérieures à la recherche afin d'évaluer leur bonne compréhension.

Les enregistrements ont ensuite été retranscrits par l'investigateur à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word ©, avec anonymisation des données. Après retranscription, les enregistrements ont été détruits.

La saturation théorique des données a été obtenue lors du 8ème entretien. À partir du 8ème entretien, l'auteur a en effet considéré que les catégories conceptuelles, qui ont structuré le modèle explicatif, ont été intégralement caractérisées par des propriétés tirées de l'analyse. Deux autres médecins ont été interrogés afin d'assurer cette suffisance des données, pour un total de 10 entretiens.

5 Analyse des données

Une micro-analyse a été réalisée au préalable du codage des verbatims, avec un double objectif. D'une part, démarrer par une immersion complète dans le matériau afin d'améliorer les futurs entretiens. D'autre part, expliciter les à priori de l'auteur et les mettre à distance afin d'amorcer un codage de qualité. Cette micro-analyse a été conduite le 30 avril 2022 lors d'une séance « brainstorming » avec un tiers extérieur à la recherche.

L'analyse des données a par la suite été réalisée selon un codage manuel. La rédaction, collecte et analyse ont été conduites de manière simultanée selon le principe d'itération qualitative. Une triangulation partielle des entretiens a été réalisé via un tiers extérieur à la recherche.

Chaque verbatim s'est vu attribuer une étiquette permettant l'identification de propriétés. Ces propriétés ont permis l'émergence de catégories conceptuelles puis selon le principe de codage axial, la construction d'axes. Enfin après une étape de codage sélectif, l'intégration des différent axes a permis l'élaboration d'un modèle explicatif.

6 Journal de bord

Un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche afin de servir de support réflexif pour l'investigateur. Ce dernier a été réalisé sur un fichier Word© et a permis de suivre l'évolution du travail de recherche à travers la rédaction de compte-rendu. Des extraits du journal de bord sont disponibles en Annexe 2.

7 Cadre réglementaire

Un consentement oral ainsi qu'une lettre d'information écrite étaient demandées au préalable de chaque entretien, garantissant l'anonymat et la confidentialité (Annexe 3). Pour les deux entretiens réalisés en visioconférence, seul le consentement oral a été recueilli. Les noms propres ont été supprimés ainsi que les éléments très particuliers pouvant lever l'anonymat d'un tiers cité.

Résultats

1 Caractéristiques des participants

Les entretiens de ce travail de recherche ont été réalisés entre le 25 avril 2022 et le 18 septembre 2022. La durée moyenne des entretiens est de 37 minutes. L'entretien le plus court a duré 14 minutes et 39 secondes, et le plus long 1 heure 6 minutes et 36 secondes pour une durée totale d'enregistrement de 6 heures 7 minutes et 36 secondes.

L'échantillon est constitué de 50% de femmes et 50% d'hommes avec une moyenne d'âge de 40 ans. Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau ci-dessous (table 1)

Table 1. Caractéristiques des participants

	Sexe	Âge	Début d'exercice	Activité	Type d'exercice
MG1	Masculin	30	2019	Urbaine	Groupe
MG2	Féminin	55	1997	Semi-rurale	Seul
MG3	Féminin	62	1990	Semi-rurale	Seul
MG4	Féminin	65	1985	Rurale	Seul
MG5	Féminin	28	2019	Semi-rurale	Groupe
MG6	Masculin	32	2017	Semi-rurale	Groupe
MG7	Féminin	37	2014	Semi-rurale	Groupe
MG8	Masculin	31	2020	Urbaine	Seul
MG9	Masculin	32	2020	Urbaine	Groupe
MG10	Masculin	33	2017	Urbaine	Groupe

2 L'erreur : une épée de Damoclès pour le médecin

2.1 Une peur omniprésente

La crainte de l'erreur est omniprésente dans l'esprit du médecin généraliste :

MG1 : « Je pense que ça peut arriver, une erreur de prescription ou passer à côté d'un diagnostic, ça peut arriver, bon normalement on essaye de faire tout pour que ça arrive pas mais voilà. »

MG3 : « non mais j'ai toujours peur de faire une faute médicale, mais c'est pas le...c'est de faire une erreur mais c'est tout, c'est de pas... Je pense qu'on est tous comme ça, on a tous peur de passer à côté d'un truc, ça me paraît logique non ? »

MG6 : « Je suis déjà assez anxieux de faire des erreurs médicales. »

2.2 L'erreur et la faute

Selon les médecins, les erreurs ne se valent pas toutes. Certains distinguent les erreurs de la faute et considèrent ces dernières comme impardonnables :

MG3 : « je passe à côté d'un infarct' , je passe à côté de quelque chose bon. Ou une erreur diagnostique, si j'ai pas pris le temps ou quelque chose, là effectivement c'est normal.»

MG2 : « y'a des fois, oui je pense qu'il faut remettre les pendules à l'heure, puis y'en a, de temps en temps c'est du grand n'importe quoi. »

MG4 : « Faute médicale, faute médicale, c'est conséquence, par exemple une erreur de diagnostic, c'est une faute médicale. Pas interrogé correctement le patient et prescrire des médicaments contre-indiqués, c'est une faute médicale. »

MG5 : « Si par contre, j'ai pas tracé et que en tout état de cause j'ai pas posé la question, je suis en faute, j'ai fait une erreur médicale à mon sens. »

MG6 : « Y'a des gens qui font de grosses erreurs, par faute de connaissance, par faute pratique, donc on s'efforce tout au long de notre carrière à être vigilant sur l'erreur médicale et notamment ne pas mettre en danger le patient. »

MG10 : « peut-être une négligence, c'est-à-dire peut-être faire une IM à quelqu'un qui est sous PLAVIX®, c'est pas une grosse erreur médicale, mais ça en est une quand même. »

L'erreur peut être perçue différemment par le patient :

MG1 : « Je pense que c'est différent de ce que le patient pourrait appeler une erreur, du genre, ce qu'on disait, sa perception à lui « on aurait dû faire plus vite, ou mieux, ou d'une autre façon », qui est je pense perçue comment une erreur, parce que le patient il n'est pas content de la finalité. »

2.3 Le médecin, un humain comme un autre

Le risque d'erreur n'est jamais nul, les médecins l'admettent, l'erreur n'est parfois pas évitable, elle est perçue comme une fatalité :

MG3 : « parce que à mon avis on est tous amener à faire une, au moins des erreurs de temps en temps, ça me paraît...j'espère juste que ce sera sans conséquences.»

MG4 : « Moi j'accepte, il existe des erreurs, c'est obligé d'accepter qu'il existe des erreurs, oui. Existe toujours un pourcentage de risque. Obligé d'accepter ça. »

MG5 : « Parce que, bah voilà, on sait que malgré tous nos efforts pour être carré, bah il y a des choses qui peuvent nous échapper et que on est pas infallible, et des fois de bonne foi tu peux faire une erreur en fait et oui. »

MG6 : « On est pas des machines, donc l'erreur médicale est naturelle. Alors on se forme, on se force d'avoir une pratique qui respecte les recommandations, on se forme tout au long de notre carrière pour rester à la page des compétences, pour éviter au maximum le risque d'erreur médical. »

Cette part d'aléa est décrite par certains praticiens :

MG8 : « malheureusement y'a toujours une incertitude diagnostique hein, on peut pas tout savoir donc c'est compliqué. »

MG6 : « Après cet aléa thérapeutique il peut être éviter ou mesurer avec la balance bénéfice-risque. On pèse le pour et le

contre. On sait qu'il va y avoir l'aléa thérapeutique, y'a des fois où on le sait pas. »

Toutefois, le médecin peut ressentir une forme de pression extérieure de par son statut :

MG9 : « nous on a pas le droit à l'erreur, on doit être peu importe notre état, qu'elle que soit notre état physique ou mental, on doit toujours avoir les écouteilles ouvertes, être vigilant, et aller au bout des choses. »

2.4 Mériter un châtime

La faute est perçue comme un échec du médecin, encore plus lorsqu'il s'agit d'une faute évitable. Dans ce contexte, le médecin trouve légitime que le patient se retourne contre lui :

MG1 : « le patient peut légitimement se retourner contre nous, enfin-moi si je fais une erreur, y'a un moment si le patient m'attaque, je peux que lui donner raison à ça.»

MG3 : « Bah si je fais une grosse erreur médicale, le patient porte plainte. C'est justifié à la limite. »

MG7 : « Une grosse faute médicale, je peux comprendre que la famille souhaite porter plainte, déjà perdre quelqu'un c'est déjà difficile, après si on voit que c'est un décès qui aurait pu être évité, bah je peux comprendre que certains patients souhaitent porter plainte. »

2.5 Se sentir coupable

L'erreur est mal vécue par le médecin, elle entraîne souvent un sentiment de culpabilité :

MG5: « Mine de rien on s'en veut quand même, il y a une culpabilité donc bon. Il y a la justice ok, mais y'a aussi la conscience.»

MG6 : «comment je l'ai vécu, bah mal [...]. On s'est dit on est passé à côté de quelque chose, on avait peur...là par contre j'ai pensé à la juridiciarisation, vraiment j'ai flippé, on est passé à côté. »

Ce sentiment de culpabilité est également associé à un sentiment de honte et de dévalorisation :

MG9 : « j'ai pas fait ce qu'il fallait et puis, honteux un peu, je me suis dit « mince je vais passer pour un mauvais médecin. » »

3 La judiciarisation : entre exigence croissante et obligation de rendre des comptes

3.1 Subir une pression

Pour les médecins, le sentiment de judiciarisation est associé à une exigence croissante des patients :

MG1 : « c'est assez compliqué de faire face à ça, parce qu'il sont très demandeurs, parfois je dirais un peu, presque agressif, à vraiment venir demander, insister. »

MG5 : « C'est quelque chose que je trouve quand même angoissant quand même et j'ai l'impression, après c'est peut-être pas vraiment le cas, j'ai l'impression que dont on parle de plus en plus, peut-être que les générations qui nous ont précédées ont été moins sensibilisées ou peut-être qu'il y avait moins de plaintes auparavant. »

MG6 : « Tout est évalué, y'a plein de sites d'évaluation, on peut mettre des avis sur son médecin et vraiment le système outre-Atlantique est en train d'arriver en France avec ces procès fait des fois je pense, des fois fait à juste titre, mais souvent je trouve que c'est fait à tort mais bon. »

MG7 : « On a de plus en plus l'impression d'être un métier de service, d'être à leur disposition, enfin voilà et c'est vrai qu'à un moment donné y'a quand même des limites enfin moi j'estime qu'ils ne peuvent pas tout se permettre. »

Cette exigence peut prendre plusieurs formes, notamment l'image du patient « consommateur de soins » :

MG1 : « c'est vrai que quand juste ils arrivent « j'ai vu sur Internet que je pense que j'ai ça, je veux tel examen, tel examen, et des antibiotiques. » »

MG 7 : « C'est des genres de personnes où faut quand même être assez vigilant parce que, ils pourraient facilement se retourner contre le médecin je pense voilà, parce qu'ils sont procéduriers et qu'il n'écoute rien et qu'ils ont été voir Dr Google qui leur a dit que. »

3.2 Abuser de la procédure

Les médecins déclarent faire face à un recours de plus en plus abusif à la procédure :

MG1 : « je pense que si un patient est mécontent du médecin, il peut engager des poursuites. »

MG2 : « Et c'est vraiment que maintenant tout le monde se protège, surtout les chirurgiens, c'est des pages et des pages et des pages pour ne plus être responsables de leur actes et c'est dommage oui. »

MG5 : « aujourd'hui faut pas non plus que ça devienne monnaie courante et que tout élément de mécontentement subjectif du patient devienne une opportunité de porter plainte. »

MG6 : « dès qu'il y a truc qui va pas avec le médecin bah on va se plaindre à l'Ordre, on va se plaindre à la justice, on porte plainte je pense, c'est l'évolution naturelle de la société. »

MG8 : « maintenant on est dans une société où les gens...on est dans une société régie par l'argent et dès que les personnes peuvent avoir quelque chose, tout de suite c'est... on a une plainte sur le dos. »

3.3 Le médecin, coupable idéal

Devant certaines situations ayant porté préjudice au patient, le médecin a parfois l'impression d'être le bouc-émissaire idéal :

MG5 : « même si c'est pas forcément nous le responsable, parce que des fois y'a ça, il y a l'aléa thérapeutique où l'on n'est pas responsable mais le patient a besoin de désigner, de pointer du doigt un coupable pour faire son travail d'acceptation. »

MG7 : « Il leur est arrivé quelque chose, il leur fait un responsable et puis bah voilà. T'es le premier recours et voilà. Après dans notre société, on a une culture de l'irresponsabilité, enfin voilà on en arrive. »

MG9 : « Le truc c'est que voilà, il faut un responsable pour tout ce qui se passe, alors que bah non en fait on contrôle rien. »

3.4 Des demandes abusives

Cette judiciarisation ainsi que cette exigence croissante peuvent entraîner plusieurs difficultés avec les patients :

MG1 : « y'a beaucoup de patients qui viennent demander des certificats complètement illogiques et illégitimes avec des gens qui veulent contourner des règlements intérieurs d'écoles ou de pas porter masque en l'occurrence dans ce contexte de COVID. »

MG7 : « le nombre de fois où on a des certificats « ah bah je veux déménager parce que mon logement ne me plaît plus et du coup si vous faites un certificat médical, ça va réduire mon préavis d'un mois ». »

MG4 : « Et pour les arrêts maladie. Ils demandent pour lombalgies « c'est possible jusqu'à la fin du mois ? ». Euh non. Niet. Pourquoi jusqu'à la fin du mois ? »

Le refus du médecin d'accéder à certaines demandes du patient, jugées abusives peut entraîner une méfiance vis-à-vis du corps médical :

MG1 : « et quand on leur dit non et bah du coup, ils peuvent effectivement avoir l'impression qu'on ne fait pas bien qu'on a envie de nous attaquer derrière si par ailleurs ça se passait mal. »

3.5 Rendre des comptes

En cas de désaccord avec le médecin, le patient peut demander au praticien de se justifier, et dans les cas où il s'est senti lésé de rendre des comptes. Le médecin peut alors percevoir dans sa pratique certaines contraintes :

MG1 : « notamment je pense à tous les enfants qui font de la fièvre, où les parents sont très inquiets, ils ont l'impression qu'il faut faire plein de trucs, alors que moi je juge que c'est juste une virose, seulement j'ose pas mettre juste virose. Je suis là en train de mettre un examen hyper détaillé, sur comme quoi, ils ont pas de méningite, alors que clairement ils font juste une rhino. »

MG7 : « Je pense que cette médecine défensive on est obligé de l'avoir avec certains patients parce qu'ils sont en demande et puis pour le peu qu'il y ait un truc alors là c'est tout, tu te fais... »

MG8 : « c'est quand même assez pénible. Assez pénible pour des bêtises parfois il faut quand même se couvrir et c'est quand même triste à dire »

3.6 Modifier sa pratique.

Ces contraintes peuvent conduire à des concessions de la part des médecins, afin de se protéger :

MG5 : « Après je pense que ça m'est déjà arriver oui de prescrire des examens parce que je sentais que j'avais en face de moi un patient qui était un peu procédurier, ou tu sens que si quelques chose va de travers, que ça va pas dans son sens bah ça va vite tourner au vinaigre. »

MG7 : « Des choses qu'on aurait peut-être pas fait forcément mais en fait des fois y'a une demande, toi t'es persuadé de ton coup sur le plan clinique, mais pour pas avoir de souci, tu vas prescrire ton bilan sanguin alors que tu sais que pertinemment y'aura rien mais je pense que pour te couvrir tu peux faire ce genre de choses-là. »

MG9 : « je pense que ça modifie aussi un peu la pratique, dans le sens où y'a un peu cette ambivalence où on nous demande de faire attention à la prescription et compagnie mais y'a aussi le poids de la judiciarisation de la médecine où tu peux te faire attaquer pour un oui ou pour non et tu as tendance à avoir une pratique qui te couvre un maximum. »

MG10 : « Pas tellement, un petit peu quand même, ça va pas vraiment modifier ma pratique, mais je vais être plus démonstratif avec le patient, avec la famille. »

Ces mêmes pratiques sont toutefois mises en cause par certains praticiens :

MG 2 : « Même si les patients me demandent des examens pour ceci ou cela, si je ne juge pas nécessaire, euh non. »

MG10 : « mais sinon faire des actes, des demandes d'examens complémentaires à outrance, je pense pas que ça soit valorisant pour nous déjà parce qu'on quand même fait dix ans d'étude pour savoir dans tel ou tel cas, il faut faire tel ou tel examen. Et puis ça a un coût pour la société. »

3.7 Craindre pour l'avenir

Cette perception de la judiciarisation conduit certains médecins à craindre leurs conditions d'exercices futures :

MG5 : « quoi qu'on fasse faut vraiment faire attention à ça à ce qu'il n'y ait pas de plaintes derrière et j'ai un peu peur que parfois ça modifie nos pratiques dans le sens où tu te dis « je vais pas lui dire non pour pas qu'il s'énerve, qu'il porte plainte contre moi. » »

MG7 : « des fois on a l'impression d'être devenu un service, un dû, on leur doit, y'a qu'à, et non, ça marche pas comme ça. La médecine va évoluer forcément dans ce sens-là, enfin moi j'ai l'impression en tout cas, puisque la société évolue dans ce sens-là. »

4 Le risque médico-légal : entre crainte des représailles et affrontement de l'inconnu :

4.1 Avoir peur des représailles

La crainte des représailles est intimement lié à la perception du risque médico-légal :

MG1 : « mais du coup je mets vraiment tout pour montrer que j'ai tout cherché et être sûr qu'on puisse pas venir me reprocher que je sois passé à côté de quelque chose. »

MG7 : « moi perso j'aime bien partir le soir en ayant aucun regret de ma journée, voilà je peux dormir sur mes deux oreilles, ça c'est vraiment le plus important pour moi, de pas me dire « roh je l'ai pas vu » ou « roh j'aurai peut-être dû faire ça. » »

MG8 : « donc c'est vrai qu'on a toujours peur d'avoir des plaintes, et c'est pour ça que je fais le plus possible pour respecter le cadre légal quoi. »

Pour certains médecins cette crainte des représailles relève plus d'une crainte de la procédure que d'une peur de la sanction :

MG5 : . « Donc non, moi la sanction j'y pense pas, je sais même pas ce qu'on pourrait avoir mais par contre oui moi c'est plus le coté machinerie administrative. »

MG6 : « la sanction derrière non, c'est pas vraiment la sanction derrière qui m'embête, parce que je fais bien attention à bien faire mon travail, après on est pas l'abri d'un oubli mais, la sanction non j'y pense rarement. »

4.2 Une perception du risque nuancée

La perception du risque n'est pas la même selon les médecins, certains l'associent à un élément supplémentaire à gérer dans leur pratique :

MG5 : « Oui j'ai cette impression-là, que ça fait une petite menace qui plane et donc un peu de charge mentale pour nous. »

MG8 : « c'est forcément un poids en plus, un stress, un stress pour le praticien. »

MG9 : « la petit alarme rouge qui vient trente secondes dans la consultation pour dire « ah oublie pas de mettre ça, parce que justement c'est médico-légal. » »

Cette crainte peut varier si le rapport avec le patient est conflictuel :

MG 5 : « j'y pense régulièrement car des fois on se dit « Ah tiens, ça c'est pas très... ». J'y pense quand ça se passe mal, c'est-à-dire que quand y'a un conflit avec un patient Ou quand il y a eu une joute verbale ou un petit conflit verbal, des petites choses comme ça, on se sent obligé de tout écrire pour te protéger en fait. »

Elle varie également lorsque la situation s'avère complexe :

MG1 « premièrement, dès que j'ai un, alors ou bien un diagnostic un peu compliqué ou je me dis ou alors je me dis que le patient ça peut mal tourner. »

D'autres médecins ne conçoivent pas ce risque :

*MG2 : « Non j'y pense jamais. C'est parce que je dois prendre une assurance, sinon je pense que je la prendrais même pas. *rires* »*

*MG3 : « moi le risque médico-légal, il me passe...très au-dessus. *rires* »*

Cette perception du risque varie en fonction de la relation médecin-patient, où celle-ci peut se révéler bénéfique :

MG1 : « alors je pense que ça dépend, y'a des moments où je fais pas trop attention, alors surtout quand je connais bien les patients, que je sais qu'il viennent me voir en confiance, souvent je prends moins de précautions. »

MG7 : « c'est pour ça je trouve que c'est bien de connaître ses patients parce qu'on sait qui va venir. Celui qui a jamais l'habitude de venir, on va se poser la question « tiens pourquoi il vient. » »

MG6 : « Après favorablement, à l'inverse, quelqu'un qui se plaint jamais, ou quelqu'un qui abuse pas. Y'en quand ils viennent, c'est que ça va pas et qu'il y a quelque chose ».

Toutefois, cela est nuancé dans certains cas où ce rapport peut paradoxalement s'avérer délétère :

MG5 : « on peut être soit hyper vigilant et voir des choses qui n'existe pas forcément ou contraire se dire « non, non je les connais très bien ceux-là, ça se passera jamais », et du coup, voilà. Ça peut être très utile de bien connaître les gens mais ça peut aussi nous desservir à quelques égards. »

MG6 : « Je vais prendre un patient qui se plaint tout le temps depuis vingt ans . Y'a un jour il va se plaindre, il suffit de une fois . »

MG7 : « Mais sincèrement c'est vrai et le problème quand tu as ta patientèle, tu les connais et c'est vrai que, c'est pas un affect...enfin si tu as quand même cet affect qui rentre en ligne de compte et du coup je pense que c'est différent, et c'est là le piège en fait. »

4.3 Affronter l'inconnu

Affronter l'inconnu, c'est faire face au risque de différentes manières. Le médecin peut être sur ses gardes et faire preuve de prudence lorsqu'il se retrouve face à certaines situations :

MG1 : « j'ai vraiment tout noté, j'avais appelé une plateforme de psychiatrie pour montrer comment ça se passait, que si elle avait besoin elle pouvait appeler le 15, j'ai tout noté dans le dossier, son numéro de téléphone, j'ai noté exactement tout ce qu'on avait fait, j'ai noté qu'on avait passé du temps, fait pas mal de choses. »

MG6 : « c'est vrai que, que je suis au courant et puis que je note dans les dossiers bah que je fais tout pour que tout soit cadré et tout soit légal quoi. »

MG7 : « Clairement il faut absolument se protéger sur pas mal de choses et je pense qu'il y a plein de situations qu'on imaginerait même pas, je pense que ça peut vite aller loin. »

MG8 : « comme je te disais dans les dossiers, mettre toujours une note pour m'assurer que si il y a quelque chose j'ai des dossiers bétonnés pour y faire face. »

4.4 Des différences générationnelles

La connaissance du risque médico-légal diffère en fonction des générations de médecins. Les plus jeunes témoignent d'une formation précoce, dès le début des études médicales :

MG1 : « je sais que pendant nos études, on nous a pas mal dit de faire attention, à blinder au niveau des transmissions. »

MG5 : « ça m'évoque les premiers sujets dont on m'a parlé à la fac, le tout premier cours qu'on a eu quand on était à la fac de médecine. »

MG6 : « Comme je t'ai dit maintenant, moi j'ai été prévenu toute ma scolarité, parce que la société d'aujourd'hui porte plainte pour un oui et pour un non. »

MG8 : « on est prévenu, en fonction de mes stages les médecins ils m'ont toujours prévenu, je sais que ça peut arriver et que ça arrivera forcément un jour et c'est pour ça que moi dans ma pratique j'essaye de m'y préparer le plus possible. »

Concernant les médecins plus expérimentés, ces derniers rapportent plus un manque de formation à leur époque:

MG3 : « On vous l'inculque maintenant. Nous pas du tout à l'époque. Enfin je me souviens pas qu'on m'ait dit au début de notre activité de faire attention à ça. »

MG7 : « on apprend théoriquement les grandes lignes j'ai envie de dire mais je trouve qu'en pratique enfin, je me souviens pas d'avoir eu un cours dans mon cursus de méd gé sur tout ce qui était médico-légal. »

5 La plainte : vers une rupture de la relation médecin-patient

5.1 Subir une trahison

La plainte est vécue comme une trahison par le médecin, que celle-ci émane du patient ou d'un confrère :

MG2 : « J'ai eu une plainte à l'ordre des médecins. Un patient que je suis depuis vingt-cinq ans, une famille, tout une famille. »

MG4 : « c'est un pharmacien qui a appelé à l'Ordre des médecins, et en plus c'est un pharmacien qui a appelé « La doctoresse elle a prescrit comme ça, et c'est pas comme ça. » »

Certains praticiens ressentent une incompréhension totale face à la plainte :

MG2 : « Mais oui ça fait bizarre quand même de recevoir des plaintes après juste sincèrement, au quotidien je m'en méfie quand même. »

MG3 : « ça fait drôle quand tu reçois le papier euh, ça m'a vraiment surpris. »

La plainte génère chez certains un sentiment de colère :

MG2 : « Un truc complètement loufoque. Invraisemblable. Mais comment on peut déposer une plainte comme ça et comment l'Ordre des médecins peut retenir cette plainte ? »

MG3 : « Et donc on lui a pas donné de rendez-vous. Et il a porté plainte. Et on lui a dit l'Ordre « mais si si, il faut porter plainte ». Quand je vois ça, je trouve que... »

Parfois le vécu de la plainte laisse un sentiment de rancune vis-à-vis du patient :

MG2 : « Et puis de toute façon il ont pas retenu la plainte. Du coup je veux plus le voir, mais il fait des embrouilles à tout le monde. »

5.2 Aliénation du rapport médecin patient

Le risque de plainte suscite des craintes quant à l'équilibre de la relation médecin-patient qui peut se retrouver altérée :

MG5 : « du coup le fait que ça multiplie ou du moins l'impression que j'ai que ça se multiplie de plus en plus ces pratiques de plaintes, c'est un peu inquiétant nous on se dit quelle relation de confiance on a avec les patients, est-ce qu'au final on pense que certains patients ont une bonne relation avec nous et qu'au final derrière ils vont très facilement porter plainte à la moindre chose qui va pas. »

MG6 : « Parce que à un moment donné, je veux plus la voir en fait, je veux plus la suivre. C'est compliqué avec des gens comme ça, et puis en plus c'est quelqu'un qui peut potentiellement porter plainte à l'Ordre parce que je ne veux plus la recevoir et elle fait partie de mes patients. »

Certains médecins ressentent même un déséquilibre dans les rapports médecin-patient, en défaveur du médecin :

MG5 : « Je veux dire eux ils peuvent porter plainte quand ils exigent, quand ils estiment qu'on va pas dans leur sens ou qu'on leur a porté préjudice mais le sens inverse ? »

MG6 : « Là ou moi je me pose le plus de questions aussi c'est par rapport à cette relation médecin-patient, parce que c'est vrai que cette relation médecin-patient faut pas non plus qu'elle devienne un dû. »

5.3 L'altération d'un statut

La plainte entraîne une souffrance chez le médecin ainsi qu'un sentiment de dévalorisation :

MG1 : « il a assez mal vécu les choses, qu'il s'est senti attaquer et un peu humilié par cette convocation qui remettait un peu en cause sa façon de faire la médecine. »

MG5 : « Eh bah il était extrêmement angoissé, surtout il ne s'y attendait pas, il ne s'y attendait absolument pas. »

Ce sentiment de dévalorisation est également associé à une remise en question de sa pratique :

MG5 : « Et puis même on se remet un peu question, « bah tout ça pour ça », « je pensais pas faire si mal que ça ». »

6 Un exercice semé d'embûches

6.1 La crainte des certificats

Parmi les situations à risque, le certificat prend une place importante dans l'esprit du médecin généraliste :

MG5 : « Moi c'est souvent des questions de certificats, un patient se présente, me demande un certificat, j'hésite sur jusqu'où je peux aller dans ce que je dois écrire, la formulation. »

MG8 : « ce qui peut vraiment m'inquiéter au cabinet... aller un truc, d'un point de vue médico-légal qui me pose énormément de problèmes je viens d'y penser et je mettrai même au-delà des visites, tout ce qui concerne les certificats et les licences. »

MG10 : « ce qui est pourvoyeur je pense de complications, c'est les certificats entre guillemets abusifs, les gardes d'enfant, les histoires d'absence scolaire, d'arrêt de travail ou d'accident de travail. »

Le certificat peut susciter beaucoup de méfiance dans l'esprit du médecin :

MG7 : « moi les certificats, ça j'ai vraiment du mal, j'ai souvent l'impression que...alors que ça soit dans tous les certificats et même les crèches et compagnie, mais surtout les certificats où on te demande...c'est souvent pour en retirer un bénéfice secondaire quand même. »

MG8 : « quand il y a des histoires d'assurance derrière, je me dis qu'il y a encore un risque supplémentaire que l'assurance se retourne contre le médecin tu sais. »

Certaines situations sont jugées particulièrement à risque ; notamment, pour certains médecins, le cas des situations conjugales complexes :

MG2 : « moi j'évite de faire ça, les histoires de divorces souvent je dis « ah moi je peux pas », oui non effectivement ça peut se retourner contre toi, et puis non. »

MG5 : « après y'a aussi les situations familiales ou des situations de séparation ou...ça c'est très complexe, entre l'un

qui vient avec le gamin, l'autre qui vient avec le gamin aussi et puis à la fin t'a la demande. »

MG10 : « l'avocat porte plainte contre le médecin parce que le médecin s'est initié dans la vie privée alors que nous à la base c'était pas ça donc je suis hyper vigilant quand on me demande des certificats comme ça. »

Chez certains médecins le certificat génère une crainte de la sanction à travers certains cas de condamnations :

MG1 : « c'est un autre médecin que je remplace qui m'a raconté qu'il avait eu des soucis, convoqué à l'Ordre, alors je pense pas que ça avait été remonté, je pense pas que ça avait été judiciairisé, que c'était resté au niveau l'Ordre, où il avait eu un blâme, puis y'a eu une interdiction d'exercer d'un mois suite à des certificats abusifs. »

MG8 : « Et du coup, il a fait le certificat et au final il a été condamné, parce qu'elle a eu un saignement intracrânien tu sais, et au final il a été condamnée. »

Ces craintes peuvent entrainer des comportements d'évitements chez certains praticiens :

MG1 : « vis-à-vis des certificats, j'ai un peu des techniques d'évitement on va dire. Ou bien de refuser clairement quand les patients arrivent à comprendre. »

MG5 : . « Mais je refuse de les remplir, parce que voilà on a été, on nous a beaucoup expliqué que c'était vraiment quelque chose où on pouvait risquer gros enfin que ça pouvait impacté notre carrière. »

MG7 : « Franchement j'avoue que je fais le certificat médical, je ferai tout pour le contourner, ça c'est clair. »

6.2 Des situations pédiatriques complexes

Les situations en pédiatrie sont décrites par certains médecins comme étant complexes :

MG4 : « Pédiatrie c'est difficile. Parce que un patient qui parle c'est autre chose, mais un patient qui pleure c'est autre chose,

pas parler, que crier, et préciser ce qu'il a. Oui pédiatrie c'est difficile. »

MG9 : « en soi la pédiatrie c'est toujours plus ou moins stressant même si neuf fois sur dix un enfant qui consulte va plutôt bien, bah t'a toujours peur que ça se dégrade vite et que voilà. »

MG6 : « Bah la pédiatrie c'est toujours un peu risqué, on touche déjà à une population donc c'est des enfants, qui sont hyper stressés. »

Cette complexité peut conduire certains médecins à adopter des automatismes :

MG7 : « En fait c'est ça le truc c'est de rester systématique en fait, c'est le seul être systématique pour pas passer à côté de quoi que ce soit en fait, ça c'est clair. Et pas se fier que « ah bah il a le nez et de la fièvre, c'est une rhino ». »

MG8 : « quand j'étais interne aux urgences pédiatrique de V., c'est la première chose qu'on faisait systématiquement parce que si y'avait une plainte, bah en tout cas c'est les dires des chefs, ils disaient que c'était la première chose sur laquelle on était jugé, c'était les constantes. »

La suspicion de maltraitance et l'ambiguïté qui peut en découler peut également susciter des craintes :

MG1 : « du coup, y'avait toujours cette suspicion un petit peu de, peut-être de maltraitance et qui posait souci et que du coup c'était un peu compliqué de gérer quoi. »

MG5 : « Et puis la consultation de pédiatrie, oui ça c'est vrai que...bon y'a déjà la problématique des maltraitances, je trouve quand même assez importante à évoquer parce que, c'est je pense une des situations la plus stressante quand on est interne. »

6.3 Gérer le téléphone

La gestion du téléphone peut parfois être compliquée pour les médecins généralistes :

MG5 : « Alors le téléphone, oui j'avoue que c'est des problématiques... et puis en plus le problème du téléphone c'est qu'on les tracent pas. »

MG6 : « Mais sinon oui les appels téléphoniques, moi j'ai beaucoup de mal à décrocher le téléphone, surtout quand je suis en consultation c'est pas viable, c'est compliqué donc pour le téléphone. »

MG10 : « On prend beaucoup d'appel au téléphone, on peut pas voir tout le monde physiquement, il faut quand même trier au téléphone. »

Cette gestion du téléphone peut parfois être génératrice d'erreur :

MG8 : « et je régule beaucoup par téléphone et c'est vrai que je peux potentiellement me mettre en danger parce que je ne vais pas chez les gens. »

MG8 : « ça c'est vraiment les situations les plus difficiles parce que quand ils sont au cabinet, c'est vrai que moi j'explique tout. »

6.4 Une vision contrastée de la téléconsultation

La téléconsultation peut susciter une appréhension :

MG2 : « Bah déjà j'aime pas du tout les téléconsultations par rapport à ça, parce que du coup tu peux pas du tout examiner les patients, et du coup ça, ça ne me plaît pas du tout .»

Cette d'appréhension peut s'expliquer par un risque d'erreur accru du fait de l'absence d'examen clinique :

MG5 : « On peut faire des erreurs tout le temps, tout le temps. Si on décide de soigner les gens comme quand on les voit physiquement sans examen clinique c'est impossible, vraiment, c'est la porte ouverte à faire beaucoup d'erreur. »

Très vite, les médecins trouvent des limites à ce mode de consultation, amputé d'un élément essentiel de l'exercice médical : la clinique.

MG6 : « Quand j'estime qu'il y a besoin d'un examen clinique, j'accepte pas la téléconsultation. Ça m'arrive de raccrocher et de dire « Venez demain au cabinet ». Méfiance sur les téléconsultations. »

MG8 : « Après, une angine bah non c'est pas possible, tu dois toujours vérifier si y'a pas un phlegmon tu vois. Pareil, quand y'a quelque chose de clinique, tu peux pas faire de téléconsultations. »

MG9 : « Mais d'un point de vue médico-légal, pour moi c'est encore un paradoxe, comment faire une vraie consultation ? Après je pense que y'a des critères pour réaliser une téléconsultation, mais comment faire une téléconsultation de manière sereine quand t'as pas l'examen clinique. »

De fait, la téléconsultation peut susciter un rejet :

MG2 : « Oui non, j'ai vite arrêté la téléconsultation par rapport à ça, parce que ça ne me plaisait pas du tout niveau risque. »

MG5 : « C'est quelque chose qui me questionne aussi, ça été un peu présenté comme la panacée, on manque de médecins et la désertification médicale, mais j'ai un peu de mal à y croire, si c'est ça la médecine de demain, euh bah non en fait. »

MG8 : « Moi je t'avoue que je fais pas du tout de téléconsultations. Même dans mes remplacements j'en fais pas. »

Ce mode d'exercice peut également entraîner des craintes pour l'avenir :

MG5 : « C'est vrai que moi ça me fait un peu peur quand je vois les cabines de téléconsultation fleurir un peu partout, quid de la responsabilité derrière. Qui va assumer les conséquences, est ce que c'est les sociétés ? Les médecins qu'il y a derrière ? »

Pour les médecins, son usage doit finalement rester cantonné à quelques cas particuliers :

MG6 : « La téléconsultation c'est plutôt du dépannage en vrai. »

MG5. « La téléconsultation pour moi, à part du suivi de patient qu'on connaît déjà pour leur rendre des résultats ou donner un avis sur autre chose, ou à la rigueur du suivi psychologique d'un patient qu'on a déjà vu pourquoi pas. »

MG8 : « Moi j'estime que la téléconsultation c'est que pour des histoires de papiers, autrement dit les renouvellements de traitements, les prolongations d'arrêt de travail, pour x raison

hein, ou téléconsultations pour renouveler des soins infirmiers des choses comme ça. »

La téléconsultation est même perçue parfois comme une forme de « bouche-trou » :

MG9 : « Bah moi je pense que la téléconsultation, à la limite, c'est vraiment parce que il y a un besoin dans le sens où ça peut faire gagner du temps, de permettre de trouver un médecin à des milliers de kilomètres alors que dans ton secteur y'en a pas de disponible. »

7 Entretien des rapports confraternels

7.1 Exercer en groupe

L'exercice de groupe est perçu comme un mode d'exercice parfois sécurisant pour le médecin, cela lui permet d'être rassuré :

MG5 : « quand tu reviens et que tu es parti deux-trois semaines et que du coup t'a ton courrier, tes biologies etc à rattraper avec parfois des urgences qui passent à la trappe euh, des collègues sur qui tu peux compter c'est important, c'est important. »

MG8 : « Je pense que c'est pas mal, c'est quand même une perte de chance de travailler tout seul quoi, c'est bien d'avoir des autres avis, et puis ça rassure aussi d'avoir des autres avis quoi. »

De même, le fait de se concerter avec ses confrères permet aux médecins de partager leurs difficultés :

MG5 : « bah le fait de discuter de certaines situations ça peut permettre de limiter les erreurs, par exemple voilà, on a une demande certificat pour un patient on se dit « ah je m'y connais pas très bien, je vais demander à mon collègue il connaît mieux. » »

MG7 : « coup oui je pense que l'exercice de groupe dans certaines situations, ça permet de désamorcer certaines situations puis même aussi nous d'en parler entre nous. »

MG8 : « Et surtout pourquoi, parce que c'est important de prendre des décisions collégiales et puis parler des patients, parler des cas qu'on a. »

MG9 : « ça peut être un appui dans certaines situations, les moments où tu doutes de ton orientation, dans les situations d'incertitudes tu peux appeler, et puis réfléchir ensemble. »

Le fait de se concerter avec ses confrères permet, d'une certaine manière, de limiter le risque :

MG5 : « une situation un peu compliqué, ça peut toujours être intéressant, ce côté-là ça peut être un facteur protecteur contre ce risque médico-légal. »

MG7 : « je pense que ça a vraiment ses avantages, parce que le problème, le truc dans ces situations comme ça, à la limite, quand on a des patients, et ça nous ai déjà arrivé qui sont un peu envahissants entre guillemets, en fait voilà on va essayer de gérer le truc ensemble. »

Pour certains médecins, notamment les plus jeunes, l'exercice de groupe est aujourd'hui perçu comme une nécessité :

MG7 : . « Donc euh oui, non en groupe c'est indispensable. »

MG8 « Je pense que c'est pas mal, c'est quand même une perte de chance de travailler tout seul quoi, c'est bien d'avoir des autres avis, et puis ça rassure aussi d'avoir des autres avis quoi. »

7.2 Des rapports à l'Ordre ambivalents

Les rapports à l'Ordre sont très variés en fonction des médecins interrogés. Pour certains praticiens, notamment ceux ayant fait face à une plainte, un climat de méfiance prédomine :

MG2 : « En plus l'Ordre des médecins s'était trompé, il m'avait envoyé une plainte qui n'était pas à moi, donc c'était une histoire que je ne comprenais pas du tout. »

MG3 : « Parce que quand je vois pourquoi on est embêté par l'Ordre des médecins, je trouve ça complètement débile. »

Cette méfiance peut parfois donner place à une forme de mépris :

MG3 : « Ah moi j'ai eu une plainte à l'Ordre, euh franchement, je trouve qu'ils ont rien d'autres à faire hein l'Ordre des Médecins. »

Pour d'autres médecins, le rôle de l'Ordre des Médecins est avant tout un rôle de conseil :

MG5 : « On a beau essayer d'acquérir de l'expérience, parfois ça suffit pas donc oui savoir à qui demander de l'aide je pense que c'est important pour se protéger, et le conseil de l'Ordre pour ça, il sont biens. »

MG10 : « j'ai le conseil de L'Ordre, je sais pas si on peut considérer ça comme un outil mais quand j'ai une question un peu quand c'est des tableaux un peu bizarre je les appelle. »

Ce rapport à l'Ordre est même perçu parfois comme un appui, un soutien en cas de difficultés :

MG6 : « Y'a une plainte qui est déposée, c'est notre interlocuteur privilégié en cas de souci, en cas de conflit. Oui en cas de problème rencontré dans la vie, en lien avec notre métier en tout cas. Je pense qu'ils sont aussi présents en cas de problèmes de santé. »

Pour les plus jeunes médecins, le rapport à L'Ordre reste un peu flou, ce dernier est vu comme une autorité :

MG9 : « On va dire que j'ai pas... c'est une autorité, c'est un rapport je pense autoritaire, peut-être hiérarchique aussi quelque part, c'est quand même eux qui nous permettent d'exercer dans le sens où c'est eux qui livrent la licence. »

Enfin, pour d'autres praticiens le rapport peut être inexistant et n'occuper qu'une place minime dans leur esprit :

MG8 : « J'ai pas trop d'avis là-dessus. Pas de bienveillance, rien du tout. Même l'Ordre des médecins au final, dans ma pratique j'y pense même pas. J'essaye de respecter le cadre légal, comme je te dis l'exemple typique c'est les dossiers médicaux, vraiment s'il y a une faute que je puisse me justifier, sinon c'est organisme comme un autre. »

8 Cultiver ses valeurs professionnelles, une manière de se prémunir du risque

8.1 Se former en permanence

Pour certains médecins, être à jour de ses connaissances est fondamental afin de pouvoir répondre aux problématiques des patients :

MG5 : « Pour moi c'est peu ça, et puis on leur doit aussi d'être à jour de nos connaissances, parce que c'est important d'avoir un médecin qui soit toujours capable de répondre à leurs problématique. »

MG9 : « Plus on est formé, moins on a de comment dire...plus on est formé moins y'a de doutes. Les zones de doutes on les réduit un petit peu, plus on a de connaissances, plus on a de formations, plus les zones de doutes elles sont minces et plus on va être sûr de sa prise en charge. »

Pour d'autres médecins, la formation passe par une forme d'expérience qui s'acquiert au fil du temps. Cette expérience s'obtient avant tout à travers une clinique au lit du malade :

MG4 : « étudier tous les jours. Et travailler beaucoup pour voir beaucoup de cas. Expérience c'est beaucoup. Si tu fais quinze consultations par jour, pas voir beaucoup de cas pour affiner, c'est normal, si tu restes avec des livres de spécialités c'est pas beaucoup. Fait des gardes, travailler beaucoup, écouter, écouter beaucoup. »

MG6 : « l'expérience fait partie je pense...travailler régulièrement fait partie je pense de notre formation. De voir des patients, d'acquérir de l'expérience, ça pour moi c'est un devoir déontologique. »

Pour d'autres médecins, la formation s'obtient en apprenant de ses pairs, qu'ils soient jeunes, ou plus expérimentés :

MG5 : « je trouve que le fait de lire ou d'échanger avec nos confrères, ça permet aussi de se former nous à un entre guillemets « arsenal de défense » pour limiter le risque d'erreur. »

MG6 : « garder un contact je pense avec le monde universitaire, pour moi c'est indispensable, dans la vie d'un médecin d'accueillir des étudiants, de lire des RSCA d'étudiants, de lire

des thèses d'étudiants ça permet de garder une plasticité cérébrale et de rester éveillé sur l'évolution de la médecine, qui change. »

8.2 Assumer sa responsabilité

Pour certains médecins, donner son maximum est une manière d'assumer sa responsabilité :

MG1 : « je pense que vis-à-vis de chaque patient qui vient nous voir, on a la responsabilité de faire au mieux, après je dis pas que faire au mieux c'est l'idéal, parfois on peut pas faire l'idéal, donc on fait au mieux de qu'on peut et de nos capacités. »

MG2 : « Bah quand j'examine quelqu'un, si tu veux, quand y'a un problème, bah je vais pas le bâcler en trois minutes parce que ma salle d'attente est pleine. Je vais aller jusqu'au bout. »

MG9 : « Oui faire de son mieux pour son patient, avec ses connaissances, avec ses capacités certes et avec l'appui de toute la confrérie. Faire de son mieux, allez au bout des choses, rester vigilant et à l'écoute un maximum. »

Certains médecins n'hésitent pas à poser des limites devant certaines demandes et faire preuve d'assertivité :

MG2 : « Même si les patients me demandent des examens pour ceci ou cela, si je ne juge pas nécessaire, euh non. »

MG5 : « après y'a des demandes auxquelles on a le droit de dire non aussi. Je pense que c'est à nous aussi de dire « je suis pas obligé de dire oui à toutes les demandes ». »

8.3 Entretenir le lien avec le patient

L'entretien de la relation médecin-patient passe par un comportement d'écoute :

MG1 : « je pense, peut-être que j'ai tort, mais d'avoir un bon contact et de les écouter et qui se sentent écoutés, ils auront moins tendance à m'embêter après si je fais quelque chose qui ne leur convient pas. »

L'importance de l'information est capitale pour certains médecins :

MG7 : « moi j'essaie d'expliquer le maximum aux gens, je pense que ça passe vraiment par là. Je pense c'est vraiment un problème de communication avec les gens. Je pense qu'il faut essayer de leur expliquer un maximum les choses, prendre son temps et être sûr qu'ils ont compris. »

MG8 : « je te dis ça passe vraiment par l'éducation des patients quoi. Quand tu expliques les signes de gravité, qu'est-ce que la fièvre, qu'est-ce que les signes de mauvaise tolérance, tout ça. »

Pour certains praticiens, avoir une relation de confiance permet un rapport sain avec le patient, limitant ainsi le risque de plainte :

MG1 : « Donc je pense que oui, d'avoir une bonne relation avec son patient, ça permet aussi d'éviter derrière des complications. »

MG8 : « Je pense que la réassurance, les explications et puis dire qu'on est là si besoin, bah ça c'est vraiment les arguments clés pour que les patients ne portent pas plainte. »

8.4 Reconnaître ses limites

Pour certains médecins, se protéger du risque c'est aussi reconnaître ses limites, et savoir orienter lorsque la situation l'exige :

MG1 : « Après, je pense qu'après il faut aussi connaître ses propres connaissances, et savoir passer la main au spécialiste notamment si on se sent pas compétent dans un domaine. »

MG5 : « faut aussi rester humble et modeste et te dire « bah y'a des choses qu'on sait pas faire », et puis on leur doit ça aussi, on a cette honnêteté de dire « ça au fait je sais pas », c'est important. Je trouve que ça fait partie de nos obligations, de connaître ses limites. »

MG8 : « Moi quand j'ai des difficultés, j'hésite pas à appeler les spécialistes tout ça, même si ça me prend un peu plus de temps. »

Reconnaître ses limites, c'est également accepter une part d'incertitude :

MG6 : « Dire au patient de ne pas savoir ça m'arrive aussi également, je dis « écoutez moi je sais pas, je vais chercher, on se revoit la semaine prochaine » »

Discussion

1 Principaux résultats

Parmi les représentations qu'ont les médecins généralistes du risque médico-légal, l'erreur occupe une place importante. La crainte de l'erreur est omniprésente dans l'esprit du médecin et plane comme un spectre au quotidien. Le risque de se tromper est pourtant inévitable, le médecin n'est pas un être parfait, et il conçoit d'ailleurs qu'il existe parfois une part d'aléa. Lorsqu'une erreur ou une faute est commise, celle-ci est vécue comme un échec pour le médecin. Ce dernier est alors envahi par la honte et la culpabilité, avec au décours un risque de souffrance psychologique.

Le phénomène de judiciarisation de la médecine est vécu comme une forme de pression des patients, de plus en plus exigeants. La profession est parfois perçue comme un métier de service, avec des attentes de la part des patients et parfois des demandes abusives de leur part. Pour le médecin, témoigner d'un refus c'est s'exposer à d'éventuels recours à la procédure, parfois abusifs, en cas de litige avec le patient. Cette pression subie par les médecins les pousse parfois à se justifier et à rendre des comptes. Dans ce contexte, des principes défensifs sont employés devant certains patients, avec la prescription d'examens complémentaires qui ne sont pas nécessairement justifiés. Toutefois ces pratiques ne sont pas généralisées et sont même dénoncées par des médecins interrogés. Toujours est-il que ces modifications des pratiques suscitent chez certains des craintes pour l'avenir.

La crainte de l'erreur ainsi que l'exigence croissante des patients contribuent à alimenter une peur d'éventuelles représailles. Cette inquiétude est intimement liée à la manière dont est perçu le risque par les médecins. Ces derniers soulignent par ailleurs que cette perception du risque varie en fonction du rapport entretenu avec le patient. De même, une relation de longue durée avec le patient ne diminue pas forcément le risque, bien que le plus souvent cela soit favorable.

Tous ces éléments incitent le médecin à une forme de prudence. Le praticien est alors sur ses gardes et n'hésite pas à se prémunir, comme par exemple, en consignand dans le dossier médical le suivi de la situation à risque.

Cette prudence est alimentée par une crainte des représailles et de l'erreur mais également lors de certaines situations spécifiques. Parmi elles, la production de certificats qui génère notamment des craintes et de la méfiance dans la profession. Que la situation relève d'un problème conjugal ou qu'un confrère ait été notamment condamné pour la production d'un certificat, ce dernier occupe une place importante dans l'esprit du médecin, suscitant parfois même du rejet. La pédiatrie et sa complexité sont également mentionnées, conduisant les médecins à adopter certains automatismes afin d'éviter l'erreur.

En plus des situations à risque précédemment évoquées, la téléconsultation occupe une place particulière. Elle suscite de la méfiance voire parfois du rejet, en cause

l'absence de possibilité d'examiner le patient, mais également le risque accru d'erreur. Chez certains praticiens la téléconsultation soulève certains problèmes liés à la démographie médicale, avec des craintes pour l'avenir de la médecine.

Lorsque le médecin subit une plainte, celui-ci le vit comme une trahison. Suscitant tout d'abord l'incompréhension voire la colère, celle-ci génère un sentiment de rancune envers le patient, mettant en péril leur relation. Le médecin se sent alors dévalorisé, avec une remise en question de sa pratique, pouvant le conduire à une situation de souffrance. La relation médecin-patient est même remise en cause par certains, l'ombre de la plainte venant ternir ce rapport et entraînant un déséquilibre souvent en défaveur du médecin, avec là aussi des craintes pour l'avenir.

Pour se prémunir du risque, les médecins mettent en avant la culture de certaines valeurs professionnelles. Afin d'éviter la plainte, l'écoute du patient tient ici son importance, de même qu'une information exhaustive. L'entretien de ce lien avec le patient permet alors un rapport sain, limitant ainsi le risque que ce dernier se retourne contre le médecin.

La formation joue également un rôle fondamental, permettant de limiter la crainte ainsi que le risque d'erreur. De même, l'apprentissage auprès de ses pairs, qu'il s'agisse d'un contact avec le monde universitaire ou bien d'échange avec ses confrères, limite également le risque d'erreur.

Ces pairs, qui constituent l'entourage professionnel du médecin peuvent parfois faire partie du même cabinet dans le cadre d'un exercice de groupe. Ce mode d'exercice nourrit une certaine forme de sécurité, les médecins pouvant partager leurs difficultés. Ils peuvent également se concerter lors de certaines situations difficiles, et ainsi limiter le risque d'erreur et la crainte de représailles. L'exercice de groupe est vu par certains jeunes médecins comme une nécessité aujourd'hui, l'exercice seul n'ayant quasiment plus sa place.

Parmi l'entourage professionnel du praticien, l'Ordre des Médecins tient une place assez particulière. Il suscite la méfiance chez certains, notamment chez ceux ayant subi une plainte. Pour d'autres il est perçu comme un élément d'appui dans certaines situations difficiles, et tient également un rôle de conseil si nécessaire.

2 Discussion des résultats par rapport à la littérature

2.1 Erreur et risque médico-légal

Les résultats de cette étude ont pu mettre en évidence un lien entre erreur et risque médico-légal en médecine générale. Lorsqu'on parle de risque médico-légal, le médecin pense à l'erreur. Cela rejoint les travaux de Morkane I. concernant la prévention de l'erreur. La crainte de la sanction ou d'éventuelles poursuites sont ici entretenues par une « culture punitive » de l'erreur, elle-même corrélée au sentiment de judiciarisation perçu par le praticien (69).

Les éléments ayant mis en évidence le caractère inévitable de l'erreur, ainsi que les attentes de la société vis-à-vis du médecin concordent également avec certains travaux réalisés récemment (70,71). Ces derniers mettent effectivement en évidence une part d'aléa dans la pratique médicale, de même que cette image erronée du médecin « infaillible ».

Enfin, le sentiment de culpabilité et de honte qui font du médecin une « seconde victime » est abondamment repris par Galam et Figon (16,17) qui décrivent précisément les impacts psychologiques de l'erreur médicale.

Ce travail de recherche renforce donc l'idée, déjà décrite dans la littérature (72), que risque médico-légal et erreur sont deux concepts indissociables.

2.2 Judiciarisation et médecine défensive

Le sentiment de pression croissante décrit dans cette étude ne fait que confirmer les craintes exprimées par de nombreux auteurs concernant la judiciarisation de la médecine (56). Toutefois l'usage d'une médecine défensive est ici nuancé, ce qui s'oppose à certaines études qui au contraire, mettent en avant une augmentation croissante de cette pratique (65,67). Afin de se prémunir, le médecin reste effectivement sur ses gardes, notamment en ce qui concerne la tenue du dossier médical. Cependant, il cultive également en parallèle certaines valeurs comme l'entretien de la relation ainsi que l'écoute du patient, ou encore la formation médicale continue. Ces pratiques qu'on pourrait considérer comme vertueuses s'opposent de fait au concept de médecine défensive.

Un article paru en octobre 2022 dans la revue *Exercer* vient néanmoins confronter nos données. Ce dernier apporte en effet quelques éléments sur l'impact de la médecine défensive en médecine générale (73). Sur 132 médecins interrogés, la quasi-totalité (98.5%) admet modifier sa pratique lors d'une consultation jugée tendue. Ces modifications concernent :

- La tenue dossier médical chez 80% des médecins interrogés.
- La sur-prescription d'examen d'imagerie (60.6%), d'examen biologiques (57.8%).
- La sur-prescription de traitements médicamenteux (34.9%).
- L'orientation « facile » vers le spécialiste (73.5%), ou vers les urgences (27.3%).
- Le refus de réaliser certains actes techniques (54.2%) : ECG, sutures, actes gynécologiques.

Cet article apporte également une donnée intéressante concernant le certificat médical. En effet, 43% des médecins interrogés déclarent, soit apporter un soin particulier à la rédaction du certificat, soit tout simplement refuser sa rédaction. Cette crainte des conséquences judiciaires liées à la rédaction d'un certificat concorde avec les données de notre étude. Elles sont également appuyées par un autre article de la revue *Exercer* concernant l'incertitude liée à la rédaction des certificats de non contre-indication à la pratique du sport (74). La crainte médico-légale génère ici une incertitude et conduit parfois l'usage de certaines formules dans la rédaction, voire une forme de zèle dans la traçabilité du dossier.

2.3 Une téléconsultation à risque

Les données concernant la téléconsultation apportent des éléments intéressants par rapport à la littérature existante. Depuis l'épidémie de COVID-19, elle est perçue comme un outil pratique qui a su apporter une certaine souplesse au médecin (75). Dans notre étude, elle est plutôt vue d'un œil méfiant, notamment du fait des risques accrus d'erreurs. Cela rejoint une étude réalisée en 2012 par la Fondation de l'Avenir auprès du grand public ainsi qu'une étude réalisée en 2014 auprès des médecins généralistes (76,77). Ces dernières pointent notamment le risque d'erreurs diagnostiques ainsi que la réticence des médecins quant à l'usage de la téléconsultation. Les écueils de la télémédecine sont également évoqués par la MACSF, à travers un cas de décès chez un patient diabétique (78). La société d'assurance souligne à travers ce cas les potentiels risques de la téléconsultation. D'une part l'absence d'examen clinique, mais aussi l'absence de connaissance du patient et de ses antécédents, parfois séparé d'une centaine de kilomètres du médecin.

2.4 Le vécu de la plainte

Le vécu de la plainte est initialement marqué par un sentiment d'incompréhension et de colère, corroborant les éléments décrits dans les travaux de Finon et Vincent (57,58). Toutefois les données recueillies dans notre étude ne concernent que des médecins ayant subi des plaintes auprès de l'Ordre. De même, le vécu de la procédure est peu exploré, le retentissement psychologique étant plus mis en avant lors des entretiens.

2.5 Enjeux de la relation médecin-patient

La place de l'écoute et de l'information paraît fondamentale et reste un facteur protecteur vis-à-vis de la plainte, comme en témoignent les propos recueillis lors des entretiens. Une étude qualitative s'est notamment intéressée aux relations médecins-patients conflictuelles ainsi qu'aux facteurs de mécontentement du patient (79). Le constat est sans appel, les patients mécontents pointent souvent du doigt un manque d'écoute et d'empathie du praticien.

3 Forces et faiblesses de l'étude

3.1 Points forts

L'étude du phénomène de judiciarisation et de médecine défensive ont fait l'objet de nombreux travaux de thèses. Toutefois, peu d'études se sont intéressées aux représentations qu'ont les médecins généralistes du risque médico-légal. On peut mentionner le travail de Roland N. en 2012 qui a su apporter des éléments sur ce ressenti (80). Il a paru donc intéressant d'explorer dix ans après les représentations de ce risque médico-légal, cette fois-ci par le biais d'une analyse s'inspirant de la théorisation ancrée.

Avant la réalisation du travail de recherche, l'auteur s'est formé au préalable sur la méthodologie de l'analyse qualitative (81–83) ainsi que sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés (84).

Le journal de bord a constitué un support fondamental dans la recherche. Pour reprendre les termes de Lejeune C. le journal de bord « *est dépositaire du matériau et du processus d'analyse* » (82). La rédaction de comptes-rendus de codage a permis notamment l'élaboration des propriétés et des catégories conceptuelles ainsi que le codage axial. Des extraits sont disponibles en Annexe 2. La micro-analyse réalisée en amont du codage a permis quant à elle une mise en recul des à priori de l'auteur.

La durée moyenne des entretiens (37 min) a permis une dynamique favorable à l'expression des différents intervenants. La retranscription des entretiens n'a pas été déléguée à un tiers afin de permettre à l'auteur une immersion complète dans le matériau. Le codage a été réalisé de manière manuelle, non pas par manque de connaissances des logiciels, mais afin de favoriser la réflexion de l'auteur.

La triangulation des données a été réalisée par un tiers extérieur à la recherche, non médecin, renforçant ainsi la validité de l'analyse.

Le travail a pu être évalué selon les lignes directrices COREQ (Annexe 4) (85). Sur les trente-deux critères, vingt-sept ont été respectés (les critères 6, 18, 23, 27 et 28 n'ont pas été respectés).

3.2 Faiblesses et limites

Ce travail constitue la première recherche qualitative pour l'auteur. Le fait d'être novice en la matière a pu limiter la qualité des premiers entretiens ainsi que les relances auprès des participants.

La méthodologie de recherche initiale devait être composée initialement d'un focus group au préalable des entretiens individuels semi-dirigés. Dans le contexte

d'exploration d'un ressenti du risque médico-légal, l'expression de certains éléments intimes pouvait être limité par le focus group. L'idée a donc été abandonnée.

Les deux entretiens réalisés par visio-conférence ont pu limiter l'expression non-verbale chez les participants.

Sur le plan des caractéristiques des participants, la moyenne d'âge reste relativement basse. Cela peut limiter l'interprétation des résultats notamment en ce qui concerne le vécu de certains évènements comme la plainte.

4 Perspectives

Cette étude a permis d'apporter certains éléments concernant les représentations du risque médico-légal chez les médecins généralistes. Certaines thématiques sont apparues et suggèrent de nouveaux questionnements :

- Quel rapport au risque médico-légal dans le contexte de la téléconsultation ? En effet ce mode d'exercice suscite des interrogations sur son risque potentiel et peu d'études se sont penchées là-dessus.
- Qu'est-ce qui motive la plainte chez le patient ? Certaines études quantitatives se sont déjà intéressées aux motifs de plaintes auprès de l'Ordre (86), notamment en ce qui concerne les certificats médicaux (87). Explorer le vécu de ce patient par le biais d'une étude qualitative est une piste intéressante à explorer.

Conclusion

Le risque médico-légal est une préoccupation chez les médecins généralistes et reste fortement lié à la notion d'erreur médicale. Un sentiment de judiciarisation est bien présent avec une crainte d'éventuelles représailles. Cette pression suscite des craintes pour l'avenir mais ne modifie pas pour autant les pratiques médicales en profondeur. Parmi les situations à risques fréquentes, les médecins expriment surtout des craintes vis-à-vis des certificats et de la téléconsultation. La plainte, perçue comme une trahison est mal vécue et provoque une remise en question de la pratique. Cette possibilité de plainte du patient peut ternir la relation médecin-malade. L'exercice de groupe apporte des bénéfices certains en terme de prévention du risque. Le médecin peut en effet partager ses difficultés et ainsi limiter le risque d'erreur. De même l'apprentissage auprès de ses pairs participe à une culture des valeurs professionnelles qui promeut la formation médicale continue. La culture de ses valeurs, qui passe également par une écoute du patient, est fondamentale afin de se prémunir du risque médico-légal.

Bibliographie

1. Porret M. La médecine légale entre doctrines et pratiques. *Rev Hist Sci Hum.* 2010;22(1):3-15.
2. LECOURT D. Dictionnaire de la pensée médicale. Presses Universitaires de France; 2004. 1296 p. (Quadrige - Dicos Poche).
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
4. Guillaume Rousset. Judiciarisation et juridicisation de la santé : entre mythe et réalité. *Rev Prescrire.* 2009;(16):23-8.
5. Moulaire M. Organiser la gestion des risques. 3e édition. Montrouge: ESF Social; 2018. 136 p.
6. Haute Autorité de Santé. Solutions pour la Sécurité du Patient. mai 2012 [cité 26 mai 2022]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/methode_de_ssp_v15.pdf
7. Revue PRESCRIRE. Erreurs liées aux soins : les analyser pour mieux les prévenir. sept 2018;38(419):692-7.
8. Théau D. Erreurs médicales: Analyser, comprendre pour éviter l'évitable. Brest: Editions Mesgalon; 2018. 159 p.
9. James Reason. L'erreur humaine 2e édition. Presses de l'Ecole des mines. 2013. 403 p. (Economie et gestion).
10. Masquelet AC. L'erreur de raisonnement. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2006. p. 64-74. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-raisonnement-medical--9782130556497-p-64.htm>
11. Article L1142-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020628252/
12. Haute Autorité de Santé. Évènement indésirable associé aux soins (EIAS). oct 2014; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/eias_hors_ets_vd_1710.pdf
13. Michel P, Haeringer-Cholet A, Keriel-Gascou M, Larrieu C, Quenon JL, Villebrun F, et al. Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (ESPRIT 2013). *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;410-6.
14. Sicot C. Le patient et l'erreur médicale. Paris: Editions L'Harmattan; 2019. 269 p.
15. Wu AW. Medical error: The second victim. *Br Med J.* 18 mars 2000;320(7237):726-7.
16. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant : De la seconde victime au premier acteur. Paris Berlin Heidelberg etc: Springer; 2012. 327 p.

17. Figon S, Chanelière M, Moreau A, Le Goaziou MF. Impact des événements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage. *Presse Médicale*. 1 sept 2008;37(9):1220-7.
18. Chanelière M. *Prendre soin des patients en toute sécurité*. Brignais: Le Coudrier Editions; 2019. 172 p.
19. Dr Pauline OCCELLI. *La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique*. déc 2011;16.
20. OMS. *Sécurité des patients* [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2019 [cité 3 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
21. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
22. Scheil JV, Hammourabi. *La Loi de Hammourabi (vers 2000 av. J.-C.)*, par V. Scheil. Paris: E. Leroux; 1904. 71 p.
23. Malicier D, Miras A, Feuglet P, Faivre P. *La responsabilité médicale : données actuelles*, 2e édition. Lyon: ESKA - Alexandre Lacassagne; 2000. 366 p.
24. *Prière de Maïmonide - Conseil Régional Ordre des Médecins - Provence Alpes-Côte d'Azur - ORDRE NATIONAL DES MEDECINS* [Internet]. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-medecins-paca.fr/fr/documentation-crom-paca/priere-maimonide>
25. Bertella-Geffroy MO. *L'évolution des rapports justice-santé*. *Trib Santé*. 2004;5(4):21-9.
26. *Code pénal de 1810 (Texte intégral - État lors de sa promulgation en 1810) : Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463)* [Internet]. <https://ledroitcriminel.fr/>. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_3.htm
27. *Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier* [Internet]. *Revue générale du droit*. 1936 [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cour-de-cassation-civ-20-mai-1936-mercier/>
28. Dr P.Peton. *HISTORIQUE DE LA RESPONSABILITE MEDICALE*. 1 juin 2006;4.
29. *Conseil d'Etat, Assemblée, du 9 avril 1993, 69336, publié au recueil Lebon* [Internet]. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000007834775/>
30. *Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 29 juin 1999, 97-14.254, Publié au bulletin* [Internet]. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007042438/>
31. Bernard M. *160 questions en responsabilité médicale: Aspects pratiques et fondamentaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. 432 p.

32. Commission Régionale Conciliation et Indemnisation, quel sera le délai de mon indemnisation , accident médical, aléa thérapeutique, infection nosocomiale, oniam, crci [Internet]. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: http://www.aavac.asso.fr/loi_kouchner/indemnisation_mode_emploi_05_oniam_delai_indemnisation.php
33. Justice / Portail / Organisation de la Justice [Internet]. [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/>
34. Segrétain S. La responsabilité pénale des professionnels de santé : principales infractions reprochables aux professionnels de santé. Paris: Weka; 2013. 147 p. (Angle public).
35. Grandordy B. Le médecin devant le juge: Fait-il face à une menace aggravée" du pénal ?". Paris: Editions L'Harmattan; 2016. 182 p.
36. Fiche pratique : « Les responsabilités à l'hôpital » - APHP DAJDP [Internet]. [cité 15 juill 2022]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/fiche-pratique-les-responsabilites-a-lhopital/>
37. La juridiction ordinale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 15 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/juridiction-ordinale>
38. Maillard S. Plainte devant le conseil de l'ordre: Conséquences pour le médecin ou l'étudiant en médecine. Brest: Editions Mesgalon; 2018. 84 p.
39. Article L4124-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034058980/
40. Conseil national de l'Ordre des médecins. Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinale [Internet]. 2019 [cité 15 juill 2022] p. 60. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xoqvf4/rapport_dactivite_de_la_juridiction_ordinale_en_2019.pdf
41. Gouvernement du Canada S publics et AC. judiciarisation / juridicisation - Entrées commençant par J - Juridictionnaire - TERMIUM Plus® - Bureau de la traduction [Internet]. 2009 [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2guides/guides/juridi/index-fra.html?lang=fra&lettr=indx_catlog_j&page=9u2A-DRXN8-E.html
42. Ateliers de droit médical, Forum des jeunes chercheurs. Le droit de la santé et la justice : conférence internationale. Bordeaux: les Études hospitalières; 2013. 382 p.
43. Rapport 2016 sur les risques des professionnels de santé : une sinistralité stable en fréquence mais des indemnisations plus lourdes [Internet]. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/actualites/rapport-2016-sur-les-risques-des-professionnels-de-sante-une-sinistralite-stable-en-frequence-mais-des-indemnisations-plus-lourdes-60d8-ddf57-2.html>
44. Rapport 2017 sur le risque des professionnels de santé : une sinistralité en hausse [Internet]. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/actualites/rapport-2017-sur-le-risque-des-professionnels-de-sante-une-sinistralite-en-hausse-1633-ddf57.html>

45. Rapport 2018 sur le risque des professionnels de santé : une sinistralité en légère hausse [Internet]. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/actualites/rapport-sur-le-risque-des-professionnels-de-sante-chiffres-2017-une-sinistralite-en-legere-hausse-800d-ddf57.html>
46. Le groupe MACSF publie son rapport 2019 sur le risque des professionnels de sa... [Internet]. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/actualites/le-groupe-macsf-publie-son-rapport-annuel-sur-le-risque-des-professionnels-de-sante-ba2b-ddf57-1.html>
47. Responsabilité médicale : le rapport 2020 de la MACSF marqué par la sévérité... [Internet]. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/actualites/responsabilite-medicale-le-rapport-2020-de-la-macsf-marque-par-la-severite-des-tribunaux-9499-ddf57.html>
48. Responsabilité médicale : le rapport 2021 de la MACSF marqué par la crise sani... [Internet]. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/actualites/responsabilite-medicale-le-rapport-2021-de-la-macsf-marque-par-la-crise-sanitaire-63a9-ddf57.html>
49. Bilan 2022 sur la responsabilité médicale : retour à une situation d'avant crise [Internet]. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/actualites/bilan-2022-sur-la-responsabilite-medicale-retour-a-une-situation-davant-crise-sanitaire-725e-ddf57.html>
50. Conseil national de l'Ordre des médecins. Mobilisés ! 2021 p. 52.
51. Conseil national de l'Ordre des médecins. Écouter et agir pour la Santé [Internet]. 2018 [cité 15 juill 2022] p. 44. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/1s3w3c8/cnom_rapport_activite_2018_0_1.pdf
52. Conseil national de l'Ordre des médecins. Avec vous, l'Ordre agit. 2020 p. 44.
53. Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins. Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinale [Internet]. 2017 [cité 15 juill 2022] p. 89. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/oukz4g/rapport_dactivite_de_la_juridiction_ordinale_en_2017.pdf
54. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. Trib Santé. 2004;5(4):39.
55. Laude A. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ? Trib Santé. 2010;26(1):49-59.
56. Lansac J, Sabouraud M. Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. Trib Santé. 2004;5(4):47.
57. Robert De St-Vincent, C. Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2013.
58. Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2014.
59. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. Sci Soc Santé. 2006;24(2):5-33.

60. Danzon PM. The « crisis » in medical malpractice: a comparison of trends in the United States, Canada, the United Kingdom and Australia. *Law Med Health Care Publ Am Soc Law Med*. Spring-Summer 1990;18(1-2):48-58.
61. FIELDING SL. Physician Reactions to Malpractice Suits and Cost Containment in Massachusetts. *Work Occup*. 1 août 1990;17(3):302-19.
62. Kessler D, McClellan M. Do Doctors Practice Defensive Medicine?*. *Q J Econ*. 1 mai 1996;111(2):353-90.
63. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 1 juin 2005;293(21):2609-17.
64. Hammer R, Cavalli S. Quand le médecin se tire une balle. De la face sombre de la -judiciarisation aux transformations sociales de la médecine. :14.
65. Carrez C. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive: étude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
66. Begue A. Les plaintes en responsabilité professionnelle en Médecine Générale: état des lieux et étude de l'impact sur la pratique médicale [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2013.
67. Fédération Hospitalière de France. Sondage « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés ». 2012 p. 10.
68. Fasquelle N. La judiciarisation de la médecine générale et la pratique médicale: vers l'émergence d'une médecine défensive ? [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I; 2006.
69. Morkane I. Prévention de l'erreur médicale en médecine générale: moyens et perspectives [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2021 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_MORKANE_Issam.pdf
70. Macron M. Impact de l'erreur médicale sur le médecin généraliste: étude qualitative auprès de 14 médecins de l'Oise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
71. Martin O. L'erreur médicale et son enseignement: enquête de satisfaction, confrontation bibliographique et pistes d'amélioration [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2021.
72. Rollin M. L'erreur, la faute : de quoi parle-t-on ? *Prat En Anesth Réanimation*. 1 juin 2021;25(3):134-7.
73. Vincent YM, Morichon C, Grocq T, Lévêque C. Impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale. *Exercer*. oct 2022;(184):340-6.
74. Queruau-Lamerie X, Soulie B, De Jaegher S. Comment les médecins généralistes gèrent-ils l'incertitude liée à l'acte de certifier l'absence de contre-indication à la pratique de sports ? *Exercer*. 1 déc 2021;32(178):442-7.

75. Cail-Rolet F. Pratique de la téléconsultation en médecine générale depuis la crise sanitaire de la COVID-19 dans la région des Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2021.
76. Fondation de l'Avenir. « Les Français sont-ils prêts pour la Télémédecine ? » [Internet]. 2012 [cité 4 oct 2022] p. 47. Disponible sur: https://www.fondationdelavenir.org/wp-content/uploads/2015/12/FDA_Telemedecine_041012.pdf
77. Cypriani F. Télémédecine en 2014: enquête auprès des médecins libéraux français [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg. Faculté de médecine; 2014.
78. MACSF.fr. Téléconsultation : un risque émergent ? [Internet]. MACSF.fr. [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/la-teleconsultation-risque-emergent>
79. Rouet H. Relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale dans les Côtes-d'Armor (22): étude des causes de mécontentement du point de vue des patients envers leur médecin et compréhension des facteurs prédisposant au conflit [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2019.
80. Roland N. Les médecins généralistes et le risque médico-légal: étude qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes rhodaniens [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.
81. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M, Lejeune C. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff: Armand Colin; 2016. 336 p.
82. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 1re édition. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2015. 152 p.
83. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Londe JG de la, Collectif. Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux Paris: Wolters Kluwer Health France; 2021. 192 p.
84. Blanchet A, Gotman A. L'entretien - 2e éd. Armand Colin; 2015. 128 p.
85. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 1 janv 2015;15(157):50-4.
86. Auberton-Hervé D. Analyse des principaux motifs de plaintes ordinales déposées à l'encontre des médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes ces sept dernières années [Thèse d'exercice]. [Grenoble ; 1971-2015, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
87. Flick D, Chamagne É. Identification et analyse des motivations de plaintes ordinales en lien avec des certificats médicaux à l'encontre des médecins généralistes en Rhône-Alpes de 2008 à 2016 [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018.

Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien initial et final

- **Guide d'entretien :**

Pourriez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez pensé « procédures » ou éventuelles risques de plainte ?

Que pensez-vous du phénomène de judiciarisation de la médecine ?

Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit, quand je vous parle de risque médico-légal ?

A quelle occasion avez-vous été confronté à ce genre de situation ? Pouvez-vous me parler d'une situation que vous avez vécu ?

Si ce n'est pas le cas un de vos confrères ?

Quelle a été votre réaction ?

Pouvez-vous me parler d'éventuelles situations à risque ? Avez-vous en tête des situations à risque ?

Quelle place occupe ce risque médico-légal dans votre pratique ?

Pouvez-vous me parler de vos moyens de préventions ?

Relances :

Pouvez-vous m'en dire plus ?

Mais encore ?

Que voulez-vous dire par là ?

Si je comprends bien...

- **Guide d'entretien final :**

- Quand je vous parle de risque médico-légal, à quoi ça vous fait penser ?
- Que pensez-vous du phénomène de judiciarisation de la médecine ?
- Quelles sont d'après vous les obligations légales et déontologiques du médecin ? Quel est votre rapport à l'Ordre ?
- Avez-vous en tête des situations à risques particulières ?
Si pas de réponse, relancer avec situations du type pédiatrie, appel téléphonique, certificats
- A quelle occasion avez-vous été confronté à une plainte ? Pouvez-vous me parler d'une situation que vous avez vécu ?
Si ce n'est pas le cas un de vos confrères ?
Quelle a été votre réaction ?
- Quelle place occupe ce risque médico-légal dans votre pratique ?
La peur de la sanction influe-t-elle sur la pratique ?
Qu'en est-il de l'exercice de groupe ?
- Quels sont vos moyens de prévention ?
Si pas de réponse, relancer avec méthode du type rédaction de dossier, formation
- Et la place de téléconsultation dans tout ça ?

Relances :

Pouvez-vous m'en dire plus ?

Mais encore ?

Que voulez-vous dire par là ?

Si je comprends bien...|

Type : Compte de rendu de terrain

Date : 25/04/2022

Titre : Premier entretien avec le Dr GA

Ancrage : Préparation premier entretien

L'entretien s'est plutôt bien déroulé, en tout cas c'est une première impression plutôt positive que j'en garde. L'ambiance était détendue, nous avons pu nous entretenir dans un des bureaux de la maison de santé dans laquelle le médecin travaille. C'était assez calme et nous n'avons pas été dérangé, je craignais toutefois l'arrivée d'un collègue et ou d'une secrétaire, l'entretien s'étant déroulé au cours de la pause midi du médecin. C'était plutôt fluide, sans trop de stress de ma part. J'ai trouvé les éléments de discours très intéressant, je me suis d'ailleurs efforcé de ne pas couper l'intervenant, j'ai d'ailleurs sûrement du le couper sans le vouloir au moins une fois. Le médecin interrogé était plutôt à l'aise je trouve, discussion les bras croisés, on s'est d'ailleurs tutoyé le long de l'entretien, je ne l'ai pas trop senti « bridé » dans son discours. J'ai vérifié à un moment si le dictaphone enregistrait bien, j'ai eu peur à un moment que ça n'enregistre pas. Il faudrait que je pense à enregistrer avec un deuxième dispositif pour le prochain entretien et surtout à ne pas couper tout de suite à la fin !

Titre : Compte-rendu de codage

Date : 30/04/2022

Titre : Micro-analyse de « notre rôle nous médecins généralistes »

Auteur : Abouzine Adil

Ancrage : Entretien avec GA, médecin généraliste

Extrait :

Complicé de te parler de la responsabilité, je pense que vis-à-vis de chaque patient qui vient nous voir, on a la responsabilité de faire au mieux, après je dis pas que faire au mieux c'est l'idéal, parfois on peut pas faire l'idéal, donc on fait au mieux de qu'on peut et de nos capacités. Après, je pense qu'après il faut aussi connaître ses propres connaissances, et savoir passer la main au spécialiste notamment si on se sent pas compétent dans un domaine. Après notre rôle nous médecins généralistes, c'est d'orienter finalement le diagnostic, et une fois qu'on sait à peu près dans quelle direction aller, si on se sent pas de faire nous-mêmes, et bah d'envoyer chez un spécialiste pour poursuivre la prise en charge, et poursuivre le diagnostic. Après sur notre responsabilité à nous, je pense surtout ça, savoir

Type : Compte-rendu de codage

Date : 12/05/2022

Titre : étiquette « je reconnais mes limites»

Ancrage : Entretien avec GA, médecin généraliste

Cette étiquette reflète l'expression d'une forme d'humilité de la part de l'informateur, qui admet d'une certaine manière ne pas détenir toute la connaissance médicale.

La propriété pouvant caractérisée ce phénomène pourrait être : **être humble**

Type : Compte-rendu de codage

Date : 12/05/2022

Titre : étiquette « j'ai un rôle très important»

Ancrage : Entretien avec GA, médecin généraliste

L'informateur exprime ici l'importance de son rôle dans la coordination des soins, fondamentale pour la bonne prise en charge du patient.

Propriété pouvant caractérisée le phénomène : **Place du généraliste**

Type : Compte-rendu de codage

Date : 12/05/2022

Titre : étiquette « je n'ai pas de mal à passer la main»

Ancrage : Entretien avec GA, médecin généraliste

A travers ses propos sur le fait d'envoyer chez un spécialiste lorsque la situation dépasse les compétences du praticien, l'informateur exprime ici ne pas éprouver de difficultés à passer la main à un spécialiste lorsque les conditions l'exigent.

La propriété pouvant caractériser le phénomène pourrait être : **Savoir concéder**

12/07/2022 : codage axial

Situation : **Être entouré**

Méfiance envers l'Ordre : -

Méfiance envers les urgences : -

Partager un labeur : +

Avoir des différents : -

Se confier à quelqu'un : +

Être empathique : -

Être pris au dépourvu : +

Être stressé : +

Être trahie : +

Subir une épreuve : +

	Subir une plainte	Alliance thérapeutique	Se protéger du risque	
Exigence croissante	+	-	+	
Relation privilégiée	-	+	+	
Recours abusif à la procédure	+	-	+	
Judiciarisation de la médecine	+	-	+	
Faire confiance	-	+	+	
Méfiance envers le corps médical	+	-	+	
Clarifier les choses	-	+	+	
Être à l'écoute	-	+	+	
Être empathique	-	+	+	
Garder rancune	+	-	-	
Être trahi	+	-	-	

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :
N°entretien :

Titre du projet : Risque médico-légal en médecine générale

RECHERCHE QUALITATIVE auprès des médecins généralistes de la Région Nord Pas de Calais

Introduction : *L'évolution de la législation et de la jurisprudence en matière médicale, qui suit les progrès scientifiques et techniques de la médecine, peut susciter chez les professionnels de santé un sentiment de judiciarisation croissante de la profession avec le risque de subir un ou des procès de la part de patients. Les médecins généralistes peuvent, au cours de leur pratique, être confrontés à ce risque qu'on définit comme risque médico-légal.*

Les objectifs de ce projet sont d'explorer les attitudes, croyances, opinions et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis du risque médico-légal.

La finalité est de recueillir des éléments afin d'établir un modèle explicatif permettant d'approfondir les connaissances sur le sujet et ce, à destination de la spécialité médecine générale.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par *M^r ABOUZINE Adil* suivant vos disponibilités.

Il durera de 30 à 90 minutes et sera **enregistré de façon anonyme**.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel et vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Mr ABOUZINE Adil.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse d'exercice en médecine générale et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____

Signature (investigateur) _____

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

Annexe 4. Grille COREQ traduite

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Adil ABOUZINE	Enquêteur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Validation du 3 ^{ème} cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Médecin généraliste remplaçant non thésé	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Novice, formation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Oui les deux premiers participants	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Médecin remplaçant	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?
8. Médecin généraliste remplaçant non thésé	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Recherche qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
Sélection des participants		
10. Échantillonnage théorique	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?
11. Téléphone, mails	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?
12. Dix participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Aucun	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Au cabinet de médecin pour huit participants. En visioconférence pour deux autres	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

16. Sexe, Âge, Début d'exercice, Activité, Type d'exercice	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon
Recueil des données		
17. Guide d'entretien testé en amont sur personnes extérieures à la recherche	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Pendant et après	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 37 min en moyenne (minimum 14min et maximum 1h6min)	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non souhaité	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Deux. L'auteur ainsi qu'un tiers extérieur non médecin pour le codage ouvert. Codage axial et sélectif par auteur seul	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui, modélisation	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Pas de logiciel	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?



AUTEUR : Nom : ABOUZINE

Prénom : Adil

Date de soutenance : Jeudi 17 novembre 2022

Titre de la thèse : Représentations du risque médico-légal en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la région Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : judiciarisation, responsabilité médicale, risque, erreur médicale, médecine défensive, étude qualitative

Résumé :

Introduction :

L'évolution de la jurisprudence et de la responsabilité en matière médicale peut susciter chez les médecins généralistes un sentiment de judiciarisation croissante de la profession avec le risque de subir un ou des procès de la part de patients. L'objectif de cette étude est d'explorer les représentations qu'ont les médecins généralistes de ce risque médico-légal.

Matériels et méthode : Une étude qualitative a été menée avec réalisation de 10 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans la région Hauts-de-France, entre le 25 avril 2022 et le 18 septembre 2022. L'analyse s'inspire de la théorisation ancrée avec triangulation des données par un tiers extérieur à la recherche.

Résultats : L'erreur occupe une place importante dans la représentation du risque médico-légal. Cette peur de l'erreur est associée à une forme de pression liée à la judiciarisation, qui peut conduire parfois à la modification des pratiques chez certains patients. Certaines situations comme la téléconsultation ou la rédaction de certificats sont plus à risque que d'autres. L'ombre de la plainte peut ternir la relation médecin-patient. Cette plainte est vécue comme une trahison lorsqu'elle survient. Afin de se prémunir, les médecins mettent en avant l'exercice de groupe ainsi que la culture des valeurs professionnelles.

Conclusion : Le risque médico-légal est une préoccupation chez les médecins généralistes et reste fortement lié à la notion d'erreur médicale. Un sentiment de judiciarisation est bien présent mais cela ne modifie pas pour autant les pratiques médicales en profondeur. L'exercice de groupe ainsi que la culture des valeurs professionnelles sont fondamentaux dans la prévention de ce risque.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Valery HEDOUIN

Assesseur : Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR