



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



ANNÉE 2023

N°9

Vécu des médecins généralistes face aux plaintes administratives, judiciaires et ordinaires des patients.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **31 janvier 2023**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine Par

Priem Lucille

Née le 10/09/1995 à Lannemezan

Sous la direction de

Dr Rosenstiehl Maud

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 1^{ère} classe)

BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
LINA Gérard	Bactériologie,
MION François	Physiologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
RUFFION Alain	Urologie,
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie,
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie,
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie,
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 2^{ème} classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale,
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,
MORNEX François	Cancérologie ; Radiothérapie,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques,
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BERARD Frédéric	Immunologie,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
CERUSE Philippe	O.R.L,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes,
FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie,

GILLET Pierre-Germain
 JOUANNEAU Emmanuel
 KASSAI KOUPAI Behrouz
 LANTELME Pierre
 LEBECQUE Serge
 LIFANTE Jean-Christophe
 LEGER FALANDRY Claire
 LONG Anne
 LUAUTE Jacques
 LUSTIG Sébastien
 MOJALLAL Alain-Ali
 NANCEY Stéphane
 PAPAREL Philippe
 PICAUD Jean-Charles
 REIX Philippe
 RIOUFOL Gilles
 SANLAVILLE Damien
 SERVIEN Elvire
 SEVE Pascal
 TAZAROURTE Karim
 THAI-VAN Hung
 THOBOIS Stéphane
 TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
 TRINGALI Stéphane
 WALLON Martine
 WALTER Thomas

Biologie Cellulaire,
 Neurochirurgie,
 Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
 Cardiologie,
 Biologie Cellulaire,
 Chirurgie Générale,
 Médecine interne, gériatrie,
 Médecine vasculaire,
 Médecine physique et Réadaptation,
 Chirurgie. Orthopédique,
 Chirurgie. Plastique,
 Gastro Entérologie
 Urologie,
 Pédiatrie,
 Pédiatrie,
 Cardiologie,
 Génétique,
 Chirurgie Orthopédique,
 Médecine Interne, Gériatrique,
 Médecine Urgence,
 Physiologies – ORL,
 Neurologie,
 Anatomie et cytologies pathologiques,
 O.R.L.
 Parasitologie mycologie,
 Gastroentérologie – Hépatologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel
 BELOT Alexandre
 BOHE Julien
 BOSCHETTI Gilles
 CHO Tae-hee
 COURAND Pierre-Yves
 COURAUD Sébastien
 DALLE Stéphane
 DEMILY Caroline
 DESESTRET Virginie
 DUPUIS Olivier
 FASSIER Jean-Baptiste
 FRIGGERI Arnaud
 GHESQUIERES Hervé
 HAUMONT Thierry
 KOPPE Laetitia
 LASSET Christine
 LEGA Jean-Christophe
 LOPEZ Jonathan
 MARIGNIER Romain
 MAUCORT BOULCH Delphine
 MILOT Laurent
 PASSOT Guillaume
 PIALAT Jean-Baptiste

Hématologie,
 Pédiatrie,
 Réanimation urgence,
 Gastro-entérologie Hépat.
 Neurologie,
 Cardiologie,
 Pneumologie,
 Dermatologie,
 Psy-Adultes,
 Histo.Embryo.Cytogénétique,
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
 Méd. Santé au travail,
 Anesthésie Réa.Méd.
 Hématologie,
 Chirurgie Infantile,
 Néphrologie
 Epidémiologie., éco. Santé,
 Thérapeutique – Médecine Interne,
 Biochimie Biologie Moléculaire,
 Neurologie,
 Biostat.Inf. Méd.
 Radiologie Imagerie Médicale
 Chirurgie Générale,
 Radiologie et Imagerie médicale,

PINKELE CAUSSY Cyrielle
RASIGADE J. Philippe
ROLLAND Benjamin
ROSSIGNOL Audrey
ROUSSET Pascal
SUJOBERT Pierre
VISTE Anthony
VOLA Marco
VUILLEROT Carole
YOU Benoît

Nutrition
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Addictologie
Immunologie
Radiologie imagerie médicale,
Hématologie – Transfusion
Anatomie
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
Médecine Physique Réadaptation.
Cancérologie,

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (1^{ère} Classe)

ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy,

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian,
PERDRIX Corinne,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionn

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire,
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reprodu
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reprodu
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques,
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
HAFILON DOMENECH Pierre-Yves	Pédiatrie,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne Gériatrie et Addictologie
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PETER DEREX Laure	Physiologie,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,

PUTOUX DETRE Audrey
SKANJETI Andréa
SUBTIL Fabien
VALOUR Florent

Génétique
Biophysique. Médecine nucléaire,
Bio statistiques,
Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine
BOLZE Pierre-Adrien
CHATRON Nicolas
DANANCHE Cédric
KEPENKIAN Vahan
LE BOSSE Fanny
PERON Julien
RAMIERE Christophe
WOZNY Anne-Sophie

Pharm.fond.pharm clinique,
Gynécologie Obstétrique,
Génétique,
Epidémiologie. Économie de la santé,
Chirurgie Viscérale et Digestive,
Gastro-Hépatologie
Cancérologie ; radiothérapie,
Bactériologie-virologie,
Biochimie biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,
HERSAT DE LA VILLEMARQUE Anne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice
ANNAT Guy
BONNEFOY Marc
ECOCHARD René
FLANDROIS Jean-Pierre
LAVILLE Martine
LAVILLE Maurice
LLORCA Guy
MALICIER Daniel
MATILLON Yves
MOURIQUAND Pierre
MOYEN Bernard
SAMARUT Jacques
SIMON Chantal
TEBIB Jacques

Bactériologie – Virologie,
Physiologie,
Médecine Interne, option Gériatrie
Bio-statistiques,
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
Nutrition – Endocrinologie,
Thérapeutique – Néphrologie,
Thérapeutique,
Médecine Légale et Droit de la santé,
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
Chirurgie infantile,
Orthopédiste,
Biochimie et Biologie moléculaire,
Nutrition
Rhumatologie,

Le Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Table des matières

Table des matières	8
1. Introduction.....	13
1.1 Contexte légal en France	14
1.1.1 Les différentes procédures existantes.	14
2 Méthodologie.....	16
2.1 Objectif	16
2.2 Type d'étude.....	16
2.3 Composition de l'équipe de recherche	16
2.4 Elaboration du canevas	16
2.5 Constitution de l'échantillon	17
2.5.1 Recrutement.....	17
2.5.2 Critère d'inclusion	17
2.5.3 Critère d'exclusion.....	17
2.6 Collecte de l'information.....	17
2.6.1 Déroulement de l'entretien.....	17
2.6.2 Retranscription des données.....	17
2.7 Méthode d'analyse.....	18
2.8 Aspect éthique et réglementaire	18
2.8.1 Réglementation	18
2.8.2 Confidentialité	18
2.8.3 Archivage des données.....	19
2.8.4 Conflits d'intérêt.....	19
3 Résultats.....	19
3.1 Caractéristique de l'échantillon	19
3.2 Au moment de l'annonce	19
3.2.1 Emotions ressenties	19
3.2.1.1 Le choc.....	19

3.2.1.2	La violence	20
3.2.1.3	L'inquiétude.....	21
3.2.1.4	La colère	21
3.2.1.5	La culpabilité.....	22
3.2.2	Quel soutien trouvé ?	23
3.2.2.1	Soutien au niveau du cercle intime.	23
3.2.2.2	Soutien auprès des assurances.	23
3.2.2.3	Soutien auprès de l'Ordre des médecins.	23
3.2.2.4	Soutien perçu comme insuffisant par l'Ordre des médecins.....	24
3.2.2.5	Difficulté à chercher du soutien par honte.	24
3.2.3	Impact sur la pratique	26
3.2.3.1	Arrêt temporaire de l'activité.....	26
3.2.3.2	Perte de confiance.....	26
3.3	Au moment de la procédure	28
3.3.1	Emotions ressenties	28
3.3.1.1	Gérer les émotions en rationalisant et en expliquant sa démarche.	28
3.3.1.2	Le désarroi.	28
3.3.1.3	L'angoisse.	29
3.3.1.4	La violence.	30
3.3.1.5	La colère et l'injustice.	31
3.3.1.6	Le découragement.....	32
3.3.2	Quel soutien trouvé ?	33
3.3.2.1	Soutien des pairs.	33
3.3.2.2	Soutien extérieur à la profession	34
3.3.2.3	Soutien des proches	34
3.3.2.4	Absence de soutien	35
3.3.2.5	Absence de soutien par volonté de protéger les proches.....	35
3.3.2.6	Absence de soutien par honte	36

3.3.2.7	Défaut de soutien institutionnel	37
3.3.3	Impact sur la pratique	38
3.3.3.1	Trouble de la concentration	38
3.3.3.2	Rupture du lien médecin – patient.....	38
3.3.3.3	Peu d’impact sur la pratique	39
3.4	Après la procédure	40
3.4.1	Emotions ressenties	40
3.4.1.1	Médecins condamnés.....	40
3.4.1.1.1	La colère et la déception	40
3.4.1.1.2	L’anéantissement et la perte de confiance	40
3.4.1.2	Médecins acquittés	41
3.4.1.2.1	Le soulagement	41
3.4.1.2.2	L’incertitude	42
3.4.1.2.3	Amélioration avec le temps	42
3.4.1.2.4	Une expérience traumatisante.....	43
3.4.2	Quel soutien trouvé – intérêt du partage d’expérience.....	44
3.4.2.1	Le partage d’expérience	44
3.4.2.2	L’envie de créer des structures d’aides.....	45
3.4.3	Impact sur la pratique	46
3.4.3.1	Méfiance envers les patients.....	46
3.4.3.2	Augmentation des examens complémentaires.....	47
3.4.3.3	Mettre un cadre dans sa pratique.....	48
3.4.3.4	Augmentation de la traçabilité dans les dossiers.....	48
3.4.3.5	Changement d’activité	50
3.4.3.6	Amélioration avec le temps – nouveau projet	51
4	Discussion	52
4.1	Synthèse des résultats.....	52
4.2	Comparaison avec la littérature	53

4.2.1	Concept de seconde victime	53
4.2.2	Impact sur la pratique	53
4.2.3	L'impact émotionnel chez une seconde victime	54
4.2.4	Evolution émotionnelle	55
4.2.5	Prise en charge des secondes victimes	56
4.2.5.1	Importance du partage d'expérience	56
4.2.6	Notion d'erreur en médecine.....	58
4.2.6.1	Définition et mécanisme de l'erreur	58
4.2.6.2	Education à une culture positive de l'erreur	59
4.3	Forces et limites de ce travail.....	62
4.4	Perspectives.....	63
5	Références bibliographiques.....	66
6	Annexe :.....	71

Lexique :

CCI : commission de conciliation et indemnisation

ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux

1. Introduction

Depuis une dizaine d'années, avec la médiatisation des affaires judiciaires dans le domaine de la santé, le pouvoir grandissant des associations des patients et les frais d'assurance qui augmentent, la peur de la juridiction en médecine est grandissante (1).

Dans une étude effectuée sur des médecins dans les Deux-Sèvres, 71% des participants pensaient qu'il y avait une augmentation des plaintes (2). Cette judiciarisation est une préoccupation pour beaucoup. Dans une étude dans le Morbihan, 69% des médecins interrogés étaient inquiets de la judiciarisation (3).

Dans une étude faite en 2007 par l'union régionale des médecins libéraux, 83.9 % des répondants pensent que le risque de contentieux juridique est un facteur d'épuisement professionnel (4). On s'aperçoit que le risque de procès est une réelle préoccupation.

Pourtant, les chiffres de procédure judiciaire enregistrés sur ces dix dernières années montrent une stabilité des condamnations, avec 400-500 condamnations par an. Ainsi qu'une légère baisse des procès en civil, pénal et CCI. Avec en 2019, 2321 médecins mis en cause vs 1801 en 2020 (5). Cependant, la médecine générale n'est pas épargnée puisqu'elle est la deuxième spécialité la plus attaquée en justice (6). Au niveau ordinal, on note une tendance à la hausse avec en 2019, 1523 plaintes déposées à l'Ordre vs 1236 en 2012, soit une augmentation de 18% (7). Sur l'année 2021, 1667 dossiers ont été déposés soit une hausse de 9% par rapport à 2019 (8). On remarque donc une hausse des plaintes ordinaires, mais une stabilité du nombre des condamnations.

Or, une accusation est généralement mal vécue par les médecins, et peut engendrer une grande déstabilisation émotionnelle avec un sentiment de honte et de culpabilité chez le soignant. Ceci pouvant entraîner une modification du regard porté sur les patients(9).

L'appréhension de la plainte peut aussi entraîner des craintes. Ainsi on retrouve dans l'étude menée dans les Deux-Sèvres que 69% des médecins interrogés craignaient des répercussions sur leur vie professionnelle et 75% sur leur vie personnelle (2).

Le vécu est similaire entre un médecin qui a vécu un procès et celui qui a pu le craindre avec de l'anxiété, des troubles du sommeil et des idées persévérantes (3). On peut donc s'interroger sur l'impact de recevoir une lettre de réclamation, car elle peut engendrer la crainte d'un procès.

Mais alors, vers qui, le médecin peut se tourner face à une telle expérience ? En effet, l'accompagnement semble important pour surmonter une plainte ou une remise en cause de sa pratique. Mais le soutien est difficile à trouver. Une thèse de 2019 montrait que tous les médecins participants s'étaient sentis isolés et n'avaient pas trouvé de structure adaptée pour les soutenir(10). Les médecins peuvent aussi se replier sur eux-mêmes et n'osent pas en parler autour d'eux. Ils minimisent l'anxiété que cela engendre. Une étude a montré qu'un réseau confraternel solide était un bon protecteur contre ce sentiment d'isolement, mais qu'il y avait encore très peu de communication sur les différentes ressources exploitables (10).

Qu'en est-il aujourd'hui ? Alors que la crainte de la procédure est bien présente, est-ce que les médecins se sentent toujours aussi seuls quand cela leur arrive ?

La peur de la procédure peut engendrer l'adoption d'une médecine dite défensive. Dans une étude menée en Auvergne sur l'émergence de la médecine défensive, on remarque qu'une majorité des médecins ont modifié leur pratique par peur de la mise en cause judiciaire (11). On s'aperçoit alors qu'une procédure peut entraîner des modifications dans la pratique et la relation aux patients. Ce changement peut être bénéfique avec une meilleure tenue de dossier et une implication plus importante dans la formation continue. Elle peut aussi être délétère avec une augmentation des examens complémentaires, la peur permanente de l'erreur voire l'arrêt de l'activité. Les médecins développent alors de la méfiance envers des patients qu'ils jugent procéduriers et modifient leur relation avec eux (11).

On comprend là qu'une procédure engagée par un patient qu'elle est aboutie en justice ou pas, a un impact sur le médecin qui la reçoit. Cet événement, dans la vie d'un praticien, reste tabou et il peut être difficile de trouver le soutien nécessaire. Pourtant elle n'est pas si rare et peut engendrer un vrai changement de pratique. Cette question n'a pas beaucoup été étudiée bien qu'elle soit une préoccupation pour de nombreux médecins installés. Ainsi nous nous sommes posé la question du vécu des médecins généralistes face aux plaintes et lettres de réclamations des patients. Avant de passer à la méthodologie, il nous semblait important de faire un bref rappel sur le contexte légal en France.

1.1 Contexte légal en France

1.1.1 Les différentes procédures existantes

Le médecin a trois types de responsabilité : la responsabilité civile, disciplinaire et pénale. Selon le but recherché, le patient peut attaquer sur ces trois responsabilités (12).

S'il recherche une indemnisation, deux démarches sont possibles : à l'amiable en demandant une conciliation auprès de la commission de conciliation et indemnisation (CCI), ou par une démarche judiciaire auprès des tribunaux civil (si exercice libéral) ou administratif (si agent public).

Si le recours à l'amiable auprès de la CCI est décidé, le dossier est expertisé pour déterminer la gravité du préjudice. Si le seuil de gravité n'est pas atteint, la CCI ne peut être saisie et le dossier est soit renvoyé en contentieux, soit une conciliation avec l'assurance est engagée. Si le seuil est atteint, une réunion à la CCI est programmée, pour déterminer s'il y a faute médicale ou non. Si la responsabilité médicale est reconnue, l'indemnité sera versée par l'assurance du professionnel. Par contre, si la responsabilité médicale n'est pas reconnue, mais que le préjudice est supérieur à un certain seuil fixé par décret, l'indemnisation est faite par l'ONIAM (13) (14).

Les commissions de conciliation et d'indemnisations sont présidées par un magistrat et sont composées des représentants des professionnels de santé, des usagers, des assureurs, des établissements de santé et de l'ONIAM. Cette commission est organisée au niveau régional et se réunit une à quatre fois par mois pour étudier les différents dossiers (15).

La démarche judiciaire pour avoir une indemnisation est faite auprès du tribunal civil. Durant cette procédure, le dossier sera examiné par des médecins experts, qui rendent un rapport au juge. Pour que le médecin soit jugé responsable, il faut réunir trois conditions : qu'il y est un préjudice pour le patient, une faute du médecin et un lien de causalité direct entre la faute et le préjudice (16). La responsabilité civile est assurable c'est-à-dire que si le médecin est jugé responsable, c'est son assurance qui versera les indemnités.

Si une sanction du professionnel est recherchée, il faut engager la responsabilité disciplinaire, avec un recours à l'Ordre des médecins, qui jugera s'il y a eu ou non manquement au code de la déontologie médicale. Après réception d'une plainte à l'Ordre, il y a d'abord conciliation au niveau départemental avec les conseillers ordinaires, le plaignant et le médecin mis en cause. Si la plainte est maintenue, l'affaire passe en chambre disciplinaire de première instance au niveau régional avec un magistrat administratif et des conseillers ordinaires. Les peines prononcées sont graduellement : un avertissement, un blâme, une interdiction d'exercice de la médecine avec ou sans sursis pouvant aller jusqu'à 3 ans, la radiation du Tableau de l'Ordre,

c'est-à-dire l'interdiction totale d'exercer la médecine. L'appel de ce jugement se fera en chambre disciplinaire nationale, et en dernier recours en Cour de cassation (17).

L'autre voie possible pour une sanction du professionnel est le recours à la responsabilité pénale. Le tribunal pénal déterminera s'il y a infraction au code pénal qu'il y ait ou non une conséquence pour le patient. Cette responsabilité n'est pas assurable (18).

2 Méthodologie

2.1 Objectif

L'objectif principal était d'étudier le vécu des médecins généralistes face aux plaintes des patients.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier les différents soutiens qu'ils ont pu trouver et les répercussions sur leur pratique.

2.2 Type d'étude

Pour réaliser cette étude, nous avons choisi une méthode qualitative avec des entretiens semi-dirigés. En effet, chaque médecin dans son individualité a un vécu différent et cette méthode nous paraissait la plus appropriée pour rendre compte de cette diversité.

2.3 Composition de l'équipe de recherche

L'équipe de recherche était constituée de l'investigatrice Priem Lucille et de sa directrice de thèse Dr Rosenstiehl Maud.

2.4 Elaboration du canevas

La grille d'entretien a été préparée en avance, afin d'harmoniser les thèmes abordés, avec des questions ouvertes pour permettre des réponses exhaustives et personnalisées. Elle a été validée par la directrice de thèse.

La grille d'entretien a été élaborée autour des quatre thèmes : le récit de l'évènement, les différentes émotions rencontrées au cours de l'évènement, le soutien trouvé ou non et les répercussions sur la pratique. La grille est disponible en annexe 1.

Le canevas a d'abord été testé sur des co-internes qui participaient à l'atelier formation à la recherche qualitative, organisé par la faculté de médecine de Lyon. Après essai nous avons rajouté une dernière question autour des conseils qu'ils pouvaient donner à d'autres confrères, cette dernière question permettait d'obtenir des informations supplémentaires.

Les données démographiques, sexe, âge et type d'activité ont été recueillies en début d'entretien au cours de la première question.

2.5 Constitution de l'échantillon

2.5.1 Recrutement

Les participants étaient des médecins généralistes installés en région Auvergne Rhône Alpes. Au début ils ont été recrutés par le biais du bouche-à-oreille avec effet boule de neige. Mais face aux limites de cette méthode, nous avons diffusé une demande de participation via le syndicat URPS d'Auvergne Rhône Alpes. Les médecins intéressés nous contactaient afin de convenir d'un rendez-vous. Le mail de contact était sur la boîte mail sécurisée de la faculté.

2.5.2 Critère d'inclusion

Les participants devaient être des médecins généralistes thésés exerçant dans la région Auvergne – Rhône Alpes et ayant eu une expérience de plainte ou de lettre de réclamation.

2.5.3 Critère d'exclusion

Les personnes ne pouvant pas participer à l'étude étaient les spécialistes, les internes, les anciens maîtres de stage de l'investigatrice, et ceux ayant retiré leur consentement.

2.6 Collecte de l'information

2.6.1 Déroulement de l'entretien

Selon la préférence du participant, les entretiens se faisaient en présentiel ou en visioconférence.

Lorsque l'entretien était en présentiel, l'enquêtrice se rendait dans le lieu choisi par le médecin (dans son cabinet ou à son domicile). Pour la visioconférence, cela se déroulait sur la plateforme sécurisée de l'Université de Lyon avec WEBEX. Durant l'entretien il n'y avait que l'investigatrice et le participant, il n'y avait pas de tierce personne.

Une lettre d'information et un formulaire de consentement ont été envoyés en amont de l'entretien (Annexe 2 et 3). Avant l'enregistrement, l'enquêtrice répondait aux différentes questions formulées par les participants de l'étude. Les médecins étaient prévenus du début et de la fin de l'enregistrement.

2.6.2 Retranscription des données

Les données récoltées par enregistrement sur un dictaphone ont été retranscrites mot pour mot sur un fichier Word©, lui-même enregistré sur l'espace Claroline de l'enquêtrice. La

retranscription a été faite manuellement. Une fois les verbatim retranscrits dans le respect de l’anonymat, les enregistrements étaient supprimés du dictaphone.

2.7 Méthode d’analyse

Pour répondre à notre objectif principal, nous avons choisi la méthode qualitative, c’est-à-dire d’analyser en termes de mots et de ressenti et non pas en données chiffrées. La retranscription et l’analyse des données ont été faites au fur et à mesure du recueil (*annexe 4*).

Dans un premier temps, les entretiens étaient retranscrits mot pour mot puis après une première lecture pour s’imprégner du contexte, une codification était effectuée pour créer des unités de sens. Nous avons ensuite, procédé à une mise en relation pour créer des catégories composées de plusieurs unités de sens. De l’analyse des différentes catégories obtenues, nous avons tiré des hypothèses de réponse à la problématique posée.

Les données ont été triangulées avec une troisième chercheuse (L.P) pour augmenter la fiabilité de l’étude.

Le logiciel Atlas Ti© a été utilisé pour l’analyse des données.

2.8 Aspect éthique et réglementaire

2.8.1 Réglementation

La thèse relève au niveau réglementaire, de l’article R1121-1 du Code santé publique.

Elle a fait l’objet d’une déclaration auprès de la Commission nationale de l’informatique et des libertés (CNIL) dans le cadre du protocole MR-004. L’étude est enregistrée sous la référence n°2021/014.

Le protocole de recherche a été validé par le comité éthique du Collège universitaire de médecine générale (CUMG) de Lyon le 08 juillet 2021 et est enregistré avec n° IRB : 2021-07-08-02.

2.8.2 Confidentialité

Seules l’investigatrice et sa directrice de thèse ont eu accès aux données non anonymisées. L’analyse a été faite dans le respect de l’anonymat. Une fiche d’information et une lettre de consentement ont été remises aux participants avant les enregistrements.

2.8.3 Archivage des données

Aucune donnée non anonymisée ne sera conservée à l'issue de ce travail. Seul le document de thèse sera conservé et il ne contient que des données anonymisées.

2.8.4 Conflits d'intérêts

La chercheuse et sa directrice de thèse ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

3 Résultats

3.1 Caractéristique de l'échantillon

Entre novembre 2021 et mai 2022, quinze médecins ont été interrogés, deux ont été exclus de l'étude, car ils n'avaient pas d'expérience de plainte. Il y avait 9 femmes et 4 hommes. Agée de 30 à 62 ans pour un âge moyen de 47 ans. Il y avait 7 maitres de stages sur 13. L'activité était semi-rurale pour 5 médecins sur 13 les autres avaient une activité en milieu urbain. Une seule était installée dans un cabinet seule avec son mari, sinon ils avaient tous une activité en cabinet de groupe.

Les entretiens ont duré de 16 min à 64 min avec une moyenne de 35 minutes. Les caractéristiques sont détaillées en annexe 5.

3.2 Au moment de l'annonce

« Racontez-moi l'évènement ? » bien souvent, le récit de cet évènement se faisait de façon chronologique, avec une évolution dans le temps des différentes émotions ressenties, du soutien trouvé et de l'impact sur la pratique. C'est pour cela qu'il nous semblait intéressant d'organiser les résultats de façon chronologique.

3.2.1 Emotions ressenties

3.2.1.1 *Le choc*

Une des premières émotions qui est ressentie à la réception d'une lettre recommandée est le **choc**.

M9 : « *J'ai été sidérée »*

M10 : « *Le ciel m'est tombé sur la tête, alors d'abord, je ne l'ai pas reçu par voie postale, mais par voie électronique. Je me souviens très bien ».*

M7 : « *C'est un peu choquant quand même »*

3.2.1.2 La violence

On retrouve aussi, une notion de **violence**, certains médecins ont trouvé la lettre, ou la plainte violente notamment dans les propos utilisés, mais aussi dans la forme. Face à cette violence, beaucoup sont désarçonnés, bouleversés à la réception du courrier.

M10 : « *J'ai reçu un courrier, le même que le radiologue, comme quoi beh ce n'était pas bien du tout. De la part de la mère, qui était arrivée à la direction, et la direction me l'avait passé voilà et donc aussi bien le radiologue il était incompétent et désagréable aussi bien moi j'étais incompétente, mais plutôt agréable, mais bon voilà c'était très violent ».*

M4 : « *Moi j'ai trouvé de la violence, d'abord dans le fait de recevoir un recommandé, enfin non c'est même un huissier qui m'a apporté le truc je crois. Ou fallait que j'aille le chercher chez un huissier, oui c'est ça ... ça c'est violent.* »

M13 : « *de pouvoir être accusé c'est quelque chose de très violent, et donc voilà je me suis mise à pleurer »*

On note aussi une violence pour ceux qui ont eu une convocation chez l'huissier de Justice. Cette expérience est vécue comme **brutale**, certains décrivent même un sentiment d'infériorité, de jugement par l'institution judiciaire.

M2 : « *Ah beh très brutalement, j'ai vu débarquer dans mon bureau, l'huissier qui m'a remis l'assignation »*

M13 : « *J'ai vu un avocat qui était sur un fauteuil qui était très en hauteur sur son bureau et moi j'étais assise sur un tabouret très bas, et j'avais un sentiment d'infériorité déjà terrible et en fait, j'avais senti aussi, je me suis sentie dévalorisée c'était terrible.* »

La réception d'une plainte est un moment vécu comme **violent** par celui qui la reçoit. La violence d'être remis en cause dans sa pratique, mais aussi dans la forme, avec **une violence institutionnelle**.

3.2.1.3 L'inquiétude

Après le choc, on remarque chez les médecins de l'étude que les émotions dominantes sont **la peur et l'angoisse**.

M2 « vraiment très stressée. Pour plein de raison, d'abord tu reçois un courrier qui est écrit dans un langage que tu n'as pas l'habitude de lire. Mis en cause dans l'affaire nanana contre nanan, ce sont des mots qui sont un peu angoissants »

M5 : « ça été un peu la panique à bord pour moi, parce que c'est vrai que quand tu reçois ça, c'est vachement stressant » / « C'est vachement stressant, tu te remets vachement en question, déjà tu as peur de la sanction. »

M12 : « voilà, de la peur, de l'effroi, de la culpabilité, enfin tout, c'est extrêmement désagréable, ça me met dans une panique, une terreur. »

Cette inquiétude est justifiée par la méconnaissance de la suite.

M2 : « Aussi parce que je ne savais pas ce qu'il allait se passer, je ne savais comment ça allait se dérouler »

M5 : « au départ tu ne sais pas trop comment ça fonctionne. » / « tu te dis « ou-la-la va falloir que je vende ma maison, je ne vais jamais y arriver »

M7 : « pour ces trucs-là on n'est pas vraiment prêt. »

Une des émotions ressenties au moment de la prise de connaissance de la plainte est donc **l'inquiétude**. Ce stress est généré par **la crainte sur la suite de la procédure et sur l'issue** de celle-ci.

3.2.1.4 La colère

Les médecins rapportent aussi de la colère lors de l'annonce. Cette colère peut être justifiée par une incompréhension de la plainte. En effet, certains médecins avaient l'impression d'avoir bien effectué leur travail et ne comprennent donc pas la mise en cause.

M1 : « Qu'est-ce que j'ai ressentie ? bon beh de la colère. »

M12 : « Euh, pff, de la peur, de la colère après quand je me suis rendu compte du dossier dont il s'agissait, où j'estime qu'on avait tout mis en œuvre pour ce patient. »

3.2.1.5 La culpabilité

Les médecins décrivent aussi, **un sentiment de culpabilité** avec une crainte d'avoir commis une faute, et souvent le premier réflexe est d'aller vérifier dans le dossier s'il y a eu ou non préjudice et erreur de leur part.

M8 : « Déjà chercher ma part de responsabilité en premier, je pense une auto-accusation et un échec de relation. Et tout de suite rechercher le dossier en disant « merde je suis passée à côté de quelque chose ». »

M9 : « Mais bon, moi sur le coup, je me suis sentie coupable de tout. »

M12 : « L'erreur médicale c'est un spectre à connotation pas très positive et donc j'ai gambergé pendant toutes mes vacances pour savoir ce que c'était, parce que je n'avais pas moyen de savoir ce que c'était avant de retravailler aux urgences. Donc, juste un peu horrible, je suis repassé aux urgences, j'ai relu le dossier. »

On voit donc bien que parmi les médecins interrogés, la réception d'une mise en cause engendre une réponse émotionnelle qui n'est pas neutre. Que ça soit de l'angoisse, de la colère, chaque interrogé a été impacté émotionnellement dès la réception de la lettre. Ce moment est souvent décrit comme **violent, brutal, choquant** et engendre de **l'inquiétude, de la colère et de la culpabilité**.

3.2.2 Quel soutien trouvé ?

3.2.2.1 Soutien au niveau du cercle intime.

Après le choc de la réception de la lettre, les médecins de l'étude ont eu tendance à chercher du soutien dans le cercle intime, en parlant avec **leur associé ou leur famille**.

M5 : « Je me suis fait accompagner par mon confrère, ami, ancien maître de stage »

M10 : « J'ai beaucoup demandé conseil à mes collègues. »

M9 : « J'ai téléphoné à mon époux »

On voit là, que le soutien est recherché dès le début. Avec un besoin de se tourner vers une personne de confiance pour demander de l'aide et du soutien.

3.2.2.2 Soutien auprès des assurances

Il y a aussi le réflexe, pour certains, d'appeler **leur assurance**.

M1 : « Je suis toujours bien accompagnée par ma protection. »

M2 : « J'ai appelé ma RCP, mon assureur pour leur dire ce qu'il se passait, donc ils m'ont indiqué la démarche à suivre »

M3 : « Et puis en grande partie aussi par l'assurance, qui m'a clairement rassuré et soutenu du début à la fin. »

Le soutien peut aussi être trouvé auprès des **assurances**. Les praticiens y trouvent surtout des **conseils pratiques et juridiques**. L'assurance permet de répondre aux questions sur la suite de la procédure, ce qui peut permettre, pour certains, de diminuer l'inquiétude en sachant un peu plus vers où la plainte peut mener.

3.2.2.3 Soutien auprès de l'Ordre des médecins

Il y a aussi quelques médecins qui ont eu recours **au conseil de l'Ordre**.

M6 : « Mais en tous cas, au niveau du Conseil de l'Ordre, l'aide je l'ai eu, c'est clair. »

M11 : « J'ai interpellé le Conseil de l'Ordre suite à cette lettre. »

Il y a donc pour certains un réflexe à se **tourner vers l'Ordre** pour demander conseil. Là encore, il s'agit d'un **soutien surtout juridique**, avec une demande de conseils sur les réponses à apporter aux patients.

3.2.2.4 *Soutien perçu comme insuffisant par l'Ordre des médecins*

Si certains sont satisfaits du conseil de l'Ordre, on note aussi que quelques médecins interrogés n'ont pas eu le soutien escompté. Ils décrivent soit un mauvais conseil juridique, soit une non-écoute et un manque de bienveillance.

M4 : « Quand j'ai su que l'Ordre m'avait fait écrire un courrier qui n'avait ni queue ni tête, là j'ai été très en colère. J'ai eu de la déception, parce que je me suis senti trahi par la patiente, déception par l'Ordre aussi je dois dire. L'Ordre, j'ai du mal chaque année à signer mon chèque. »

M8 : « Du soutien auprès de l'Ordre, pas du tout. J'ai vraiment trouvé que le conseil de l'Ordre était très du côté de la patiente et voilà, aucun mot d'introduction empathique, avec « nous sommes désolés de devoir vous faire part de la plainte de Mme machin », c'est très laconique. [...] Je ne me suis pas du tout sentie soutenue par la hiérarchie. »

M7 : « Mmh soutenu, le Conseil de l'Ordre, et bien j'aurais aimé qu'ils mettent une phrase comme « on est avec vous, on est de votre côté » quelques choses comme ça, après j'entends qu'ils doivent être dans la neutralité, si c'est une cellule juridique. »

Il y a donc une **déception vis-à-vis de l'Ordre**, avec des praticiens qui jugent le **soutien insuffisant** voir absent. Si certains le voient comme une obligation de neutralité vis-à-vis de la procédure, d'autres ont du mal à le pardonner et peuvent garder une certaine rancune.

3.2.2.5 *Difficulté à chercher du soutien par honte*

Dans notre étude nous avons remarqué qu'il y avait des médecins qui arrivaient facilement à parler de leur plainte, mais d'autres qui décrivait quand même un certain **tabou à partager** sur cette expérience, avec un sentiment de **honte**.

M2 : « *Donc soutien de la famille et des proches, mais bon ce ne sont pas des choses que tu ébruities quand même parce que c'est voilà... »*

M7 : « *Au moment même où on reçoit la plainte, comme on peut avoir une espèce de honte, qui peut arriver, en disant « est-ce que j'ai mal fait », il peut y avoir des personnalités qui ne vont pas trop en parler autour d'eux »*

M11 : « *Parce que l'autre chose aussi, c'est que c'est très tabou, entre médecins c'est que quand on commence à avoir une plainte, on ne le crie pas sur les toits, bien évidemment. »*

Dans notre étude on s'aperçoit alors qu'une plainte peut engendrer **un sentiment de honte**, notamment vis-à-vis de ses confrères. Cette honte est sous-tendue par le fait que l'erreur, ou la suspicion d'erreur est vue comme une faiblesse. Ce tabou peut donc être un frein à la recherche de soutien avec une certaine appréhension à discuter de cet événement par peur de jugement, par honte.

Malgré la difficulté d'en parler, tous les médecins interrogés se sont tournés, rapidement après la réception de la lettre, vers quelqu'un pour **partager cette expérience** et **chercher du soutien**. Le plus souvent dans le cercle intime et plus rarement vers des institutions comme les assurances ou le conseil de l'Ordre. Ces derniers étant surtout sollicités pour des conseils juridiques.

3.2.3 Impact sur la pratique

Comme nous l'avons vu, à la prise de connaissance d'une accusation, les médecins de l'étude ressentent plusieurs émotions plus ou moins fortes et cela peut entraîner des conséquences sur la pratique, sur le long terme comme nous le verrons plus bas, mais aussi sur le court terme.

3.2.3.1 Arrêt temporaire de l'activité

Certains médecins décrivent, le jour même, de la réception de la lettre **une incapacité à continuer l'exercice**, au moins de façon transitoire.

M9 : « *je me sens tellement mal que moi j'arrête tout, je ne veux plus rien entendre, autrement j'arrête de travailler. »*

M11 : « *Quand je l'ai su, je ne suis pas allée au travail le lendemain, parce que j'ai senti que je ne pourrais pas aller faire face à des patients en difficulté, parce que je n'étais pas cognitivement prête. »*

Cet arrêt d'activité peut être temporaire, et survient à la suite du choc de l'accusation. Il est justifié par une **incapacité à se concentrer** et à faire face aux autres patients à cause d'un état émotionnel trop fragile.

3.2.3.2 Perte de confiance

Au-delà d'un arrêt transitoire d'exercice, il y a un réel impact avec **une remise en question de sa pratique, une perte de confiance** qui engendre une plus grande crainte à commettre une erreur.

M3 : « *Au début, tu remets en cause ta pratique, tu te dis beh merde, qu'est-ce que je n'ai pas fait comme il faut ? Est-ce que je n'aurais pas dû faire autre chose ? »*

M5 : « Et puis, est-ce que je n'ai pas fait une erreur, donc au début tu te sens fragilisé sur le plan médical. »

M10 : « Qui me met un peu plus bas et je me sentais, ouais, pleine de culpabilité, je me sentais encore plus surtout, en perte de confiance sur cette activité-là. »

Dans notre étude, **la perte de confiance** arrive avant même le début d'un procès. Elle survient avec l'unique accusation d'un patient, alors même qu'il n'y a pas encore de jugement par une institution. **La remise en question est donc initiée dès le début par le praticien lui-même.**

La réception d'une plainte est un moment délicat dans la vie d'un praticien. Nous avons vu que pour les médecins de notre étude, elle engendre un **bouleversement émotionnel** qui impacte la pratique. Le soutien est vite cherché surtout auprès des proches, car il peut y avoir un tabou pour certains qui n'osent pas ébruiter leur affaire au-delà du cercle intime. Nous allons maintenant voir l'évolution des émotions, du soutien et des répercussions au cours de la procédure.

3.3 Au moment de la procédure

3.3.1 Emotions ressenties

3.3.1.1 Gérer les émotions en rationalisant et en expliquant sa démarche

Une fois le choc de l'annonce passé, on note différentes façons de faire face. Certains médecins ont essayé de **rationaliser**, d'essayer de prendre du recul sur la plainte.

M1 : « *Donc je me suis tout de suite ramenée à, essayer de rationaliser. Par rapport aux émotions j'ai essayé de remettre mes émotions dans ce rectangle « tu as décidé de rester dans ce rectangle, restes dans ce rectangle, essayes de garder la tête froide » »*

M11 : « *Bon ce sont des fouteurs de merde, donc voilà, il ne faut pas trop le prendre personnellement. »*

On note aussi une envie de **s'expliquer avec le patient**, de reprendre calmement le dossier avec lui pour essayer de le **comprendre** et de lui **expliquer sa démarche**.

M9 : « *Juste expliquer pourquoi elle était venue, dans quel état d'esprit elle était ce jour-là, pourquoi j'avais fait une prise de sang, cette dame elle avait perdu du poids que je ne savais pas, expliquer ma démarche. »*

M10 : « *Donc oui c'est quand même beaucoup dans la communication et ne pas hésiter, à appeler les patients, pour poser les choses quand on les connaît. »*

M5 : « *Donc le médecin va écrire en se justifiant et en expliquant sa version. »*

L'esprit rationnel du médecin prend rapidement le relais. Une fois le choc de l'annonce passé, **le praticien tente d'expliquer, de comprendre la situation**. Cette technique de **rationaliser** permet de prendre un certain recul sur l'évènement et entre dans une stratégie qui permet de faire face à la plainte.

3.3.1.2 Le désarroi

Malheureusement, des médecins interrogés n'ont pas pu avoir ce moment d'explication avec le patient et cela engendre **un désarroi**, avec une impression de ne pas être écouté par l'expertise.

M9 : « Ça aussi c'est le problème, personne ne vous croit, votre parole n'est pas entendue c'est-à-dire vous pouvez dire ce que vous voulez, il n'y a pas de preuve. »

M11 : « Et je dis au juge « mais lisez ce qu'elle me met dans ses textos », mais il a refusé. Et du coup quand ça a été mon tour de parler, moi j'étais tellement abasourdie par le témoignage de la patiente, qui n'était absolument pas la vérité, cet avocat qui m'enfonçait en disant que j'avais fait un faux, et le juge qui acquiesçait, le refus du juge de lire l'échange de texto, que du coup j'ai dit à mon avocate « non, mais moi je ne parle pas, je n'ai rien à dire, on est en train de dire que je suis une menteuse, que j'ai fait un faux, vous m'excuserez je n'ai plus la parole »

M9 : « C'est-à-dire que celui qui parlait à parler aux deux experts et moi je n'ai pas pu en placer une. »

Ce **défaut d'écoute** par le patient, mais aussi par les institutions lors du procès perçu par certains médecins de l'étude est mal vécu. Il peut être responsable d'une véritable **détresse**, un sentiment de ne pas être pris en compte et de ne pas être considéré.

3.3.1.3 L'angoisse

Au cours de la procédure, **le sentiment de peur et le stress** sont toujours présents avec même parfois des manifestations somatiques, comme des troubles du sommeil, des troubles de la concentration. Il y a la peur du procès et de ses conséquences, mais aussi la peur de la confrontation avec le patient.

M5 : « Donc du coup insomnie. Après comme je te disais, la procédure était longue donc des fois quand je sortais du cabinet le soir seul, je fermais la porte, et j'avais vraiment peur de représailles physiques. »

M13 : « Je pense que pendant 2 ans j'ai été angoissée en permanence, mais vraiment, j'avais un poids »

M9 : « Je n'ai pas dormi pendant trois nuits, je me suis dit « qu'est-ce qu'ils vont me trouver encore ? »

M2 : « Je me dis qu'ils doivent être pétris de peur comme moi je l'étais. Sidéré par rapport à ce qui m'est arrivé. »

Les médecins nous rapportent que le stress est souvent alimenté par la **longueur du procès**. Effectivement, les procédures sont perçues comme interminables et cette **longue période d'incertitude peut être fatigante**.

M5 : « Mais ça, ça prend un an cette procédure donc tu as le temps de stresser. »

M2 : « Donc ça a duré, entre le moment où j'ai reçu le courrier initial de mise en cause fin 2020 et là ça s'est terminé il y a 15 jours, donc ça a duré plus d'un an entre tous ça. »

M11 : « Et là, moi ça fait depuis le X/X que j'attends ce courrier de la chambre disciplinaire, qui n'arrive pas, où je quette ma boîte aux lettres, et en plus le jour de mon anniversaire arrive et je n'arrête pas de dire que ça va arriver le jour de mon anniversaire, encore une fois, histoire de me pourrir la vie. »

L'**angoisse** commence donc dès la réception de la plainte et on voit qu'elle se poursuit tout au long de la procédure. La longueur du procès est aussi mal vécue par les praticiens de notre étude, car elle est jugée trop longue et est responsable d'une longue période d'angoisse.

3.3.1.4 La violence

Les médecins ont pour la plupart vécu leur procès comme **un moment violent, agressif**. Avec une impression d'être **jugé coupable** avant même la procédure.

M4 : « Parce que c'est quand même violent comme truc, c'est quand même très violent. J'avais en face de moi quelqu'un d'extrêmement malhonnête, euh, donc on en prend plein la figure. »

M5 : « J'avais trouvé les propos un peu insultants, diffamatoires, je me suis senti blessé. »

M9 : « Et donc du coup, j'étais véritablement considérée, comme la coupable, tout simplement. Donc j'étais vraiment très mal, et j'ai très mal vécu que je ne puisse pas parler, déjà avec celle qui m'attaquait et ni avec ce satané expert qui m'a parlé comme une

coupable d'emblée. Mais j'ai trouvé que c'était très violent et que nos institutions n'étaient pas sympathiques. »

Les médecins relatent une vraie **violence institutionnelle**, en effet on voit là que la violence émane aussi des experts et des juges qui ne sont pas perçus comme bienveillants.

3.3.1.5 La colère et l'injustice

Cette violence du procès engendre chez les médecins interrogés de **la colère et un sentiment d'injustice**. Notamment quand le médecin a le sentiment d'avoir bien fait et que la plainte n'est, selon lui, pas justifiée. La colère peut être portée **sur les institutions, sur les juges qui sont considérés comme partiaux et les experts qui manquent de bienveillance**.

M3 : « *Et dans ma tête je me disais que ce n'était pas juste, tu fais ton boulot comme il faut, pour une connerie comme ça, euh tu te retrouves mis en cause dans une affaire. »*

M8 : « *Et puis oui, un sentiment d'injustice, et d'incompréhension. On donne toujours plus et ce n'est jamais assez. »*

M11 : « *Et du coup, je suis aussi tombée sur un juge qui ne devait pas aimer les médecins très clairement, j'ai vécu une descente aux enfers. » / « *Donc, moi là ça a été une charge mentale énorme, un sentiment d'injustice et d'impuissance » / « *Parce que là on a qu'une envie, notre cerveau archaïque, celui qui n'est pas contrôlé par notre lobe frontal, a qu'une envie c'est foutre une « torgnole » au juge et à la plaignante (rire), bon évidemment on ne le fait pas, on le fait symboliquement, mais pas dans la vraie vie. »***

En plus de la colère contre les juges et les experts, ils décrivent aussi de **la colère contre le patient**. Le patient qui attaque le médecin peut être considéré comme **vénal**.

M2 : « *C'était vraiment très pécunier. Ce n'était pas condamner mon exercice, mais vraiment me, nous faire cracher au bassin. Et ça, c'était désagréable aussi.* »

M9 : « *Je pense que cette dame, elle a fait ça pour l'argent. »*

3.3.1.6 Le découragement

Face à la procédure qui est longue, à la colère et à l'injustice, les médecins ressentent du **découragement**.

M4 : « Je crois que le mot qu'on peut dire c'est perturbant, c'est asthéniant et puis c'est un peu décourageant enfin moi dans mon cas j'ai trouvé décourageant. »

M9 : « Le premier médecin qui m'a convoqué, à la fin de l'entretien je lui ai dit « écoutez-moi, je vous dis qu'une seule chose, si ça se poursuit comme ça, j'arrête de travailler. »

Le découragement ressenti lors du procès est le résultat de **la longueur de la procédure** et du **manque de bienveillance** des institutions. On perçoit avec les propos de M9, que ce découragement peut être à l'origine d'un **épuisement professionnel** qui conduirait à **l'arrêt de l'activité**.

On voit que pendant la procédure de multiples émotions sont ressenties et qu'elles évoluent avec le temps du jugement. Globalement, cet événement est vécu de façon **violente**, avec aussi de **la peur**, de **l'angoisse** et de **la colère** qui peuvent aboutir à **une lassitude, un découragement**. Face à cette épreuve, nous allons voir quel soutien a pu être trouvé par les médecins interrogés.

3.3.2 Quel soutien trouvé ?

Comme nous l'avons vu, les procédures sont longues il faut donc trouver un soutien sur le long terme.

3.3.2.1 Soutien des pairs

Comme au moment de l'annonce, les médecins s'appuient sur **leurs associés** pour surmonter cette épreuve. Souvent, le dossier est revu avec un collègue, pour en discuter, voir s'il y a eu une erreur, chercher la réassurance. Les médecins qui ont répondu par lettre font, pour beaucoup, relire leur réponse, certains même se font accompagner pendant le procès.

M4 : « *J'y suis allé avec un de mes anciens associés »*

M5 : « *J'ai réécouté la bande avec mon confrère, qui lui m'a confirmé qu'il n'y avait pas de soucis. » / « J'ai fait relire la lettre à mon confrère et mon épouse. »*

M6 : « *Evidemment j'en avais déjà parlé avec mes collègues, mes associés, j'avais un associé qui avait 10 ans de pratique de plus, il a revu avec moi le dossier, etc. »*

Les médecins interrogés ont plus de facilité à se tourner vers leurs pairs, car il peut avoir un **partage d'expérience** et une compréhension plus importante de leur part.

M5 : « *Voilà moi ma femme elle est médecin, elle m'a compris, elle m'a aidé. »*

M9 : « *Qui voulez-vous qui comprenne à part un autre confrère ? Il n'y a pas beaucoup de gens qui peuvent comprendre ça. »*

M11 : « *Dans les choses qui m'ont aidé, parler avec un confrère qui a eu deux plaintes, sur mon secteur. »*

La confraternité prend là tout son sens, avec une vraie ressource possible de soutien dans les épreuves. Et on voit là, **l'importance d'avoir un réseau de pairs de confiance**, effectivement les médecins ont davantage de facilités à parler avec un pair de confiance, car ils y trouvent une meilleure compréhension, notamment auprès de ceux qui ont déjà vécu cette expérience.

3.3.2.2 Soutien extérieur à la profession

Si pour certains le soutien des associés est suffisant, d'autres ont cherché le soutien auprès de leur **avocat**, de leur **assureur** ou de leur **psychologue**.

M1 : « Et que donc j'ai trouvé que l'accompagnement était super. Protection juridique, je les trouve formidables. Quand je pense à toute les fois où ils ont géré des problèmes pour moi avec une telle rapidité. Ils rappellent, il y a un médecin d'urgence qui rappelle vite, c'est super. »

M4 : « Et tout d'un coup de confier à l'avocat c'est extrêmement sécurisant »

M11 : « Et puis je suis allée, suite à l'injustice du tribunal je suis retournée voir une psychologue parce que là j'avais vraiment besoin de prendre du recul. »

L'aide extérieure peut donc aussi être une ressource de soutien complémentaire pour le praticien. **Le recours à des avocats et des assurances** peut être utile pour des conseils juridiques. L'appel à **un psychologue**, va-lui, pouvoir apporter une neutralité qui peut faciliter la parole et ainsi avoir un regard professionnel sur le vécu psychologique.

3.3.2.3 Soutien des proches

Un autre soutien possible est celui trouvé auprès de **sa famille**. La plupart des médecins interrogés ont trouvé dans leur compagne ou leur conjoint un rôle d'accompagnant, on remarque dans notre étude, que celui-ci est facilité quand elle ou il fait partie du milieu médical.

M5 : « Alors moi j'ai eu, une épouse qui est médecin, donc effectivement elle m'a beaucoup soutenue, accompagnée, on a beaucoup discuté, ça a été un exutoire. »

M9 : « Mais alors, j'étais dans un état lamentable, c'est-à-dire que psychologiquement parlant, je suis sortie de là j'ai téléphoné à mon époux en lui disant « écoute c'est horrible, je suis coupable, j'ai tué cette femme », mon mari qui est médecin aussi, me dit « non, mais attend », mais j'étais dans un état lamentable. »

M10 : « Je pense que ces histoires-là c'est très, quand on a peu confiance en soi, ça écorche, mais bon après le fait d'être accompagné par des proches, pas forcément institutionnel, ça m'a permis de me dire bon beh voilà ça a l'air d'aller. »

On remarque dans notre étude que le soutien a joué un rôle majeur dans le vécu de ces épreuves. Ils ont pu le trouver auprès des pairs, des proches, mais aussi au niveau institutionnel. Cependant, certains **décrivent une solitude** et une difficulté à se faire aider. Cela impacte négativement leur vécu.

3.3.2.4 Absence de soutien

On retrouve chez certains **un sentiment de solitude**, notamment au cours du procès, où les proches ne sont pas présents. Même s'ils ont pu en discuter en amont, l'absence de proche au cours de la procédure engendre une grande solitude.

M9 : « A part ce monsieur, je n'ai aucun soutien, zéro. Et j'ai trouvé ça très difficile, alors sur l'instant j'étais dans mon brouillard et tout ça et je n'étais pas bien du tout, mais avec le recul je me suis dit « quand même on est bien seule » c'est le sentiment que j'ai eu : la grande solitude. »

M11 : « J'étais mais dégoutée, parce que moi, mon mari n'était pas présent. »

M13 : « Pour le coup je n'ai eu aucun accompagnement, aucun. »

3.3.2.5 Absence de soutien par volonté de protéger les proches

Mais le soutien peut aussi être difficile à chercher, en effet, certains ont du mal à partager avec la famille notamment **pour les protéger et ne pas les inquiéter**.

M11 : « Quand j'ai juste reçu la menace, quand je suis rentrée sur le temps de midi, c'était au moment du confinement alors mes filles étaient présentes, elles m'avaient fait un gâteau pour souffler mes bougies, mais en fait je suis rentrée je me suis effondrée. En fait d'abord, j'ai essayé de ne pas dire que j'avais de nouveau une menace de plainte. »

Il peut donc y avoir une **certaine réticence à partager avec la famille** pour essayer de les ménager. Mais on voit avec les propos de M11, qu'il est difficile de leur cacher les choses et bien souvent ils finissent par en parler.

3.3.2.6 Absence de soutien par honte

On retrouve au cours de la procédure la difficulté de partager à cause du **sentiment de honte**. En effet, **l'erreur est perçue négativement** ce qui peut entraîner une appréhension à parler avec les pairs **par peur de se faire juger**.

M4 : « *Donc j'ai réglé ce que j'avais à régler et j'ai fait profil bas.* »

M5 : « *Tu te retrouves un peu tout seul et c'est vrai que dans ce genre de situation tu ne sais pas trop à qui parler.* » / « *Ils sont tous pas biens, ils ne savent pas, mais par pudeur, par égo, je pense, ils ne veulent pas en parler.* »

M13 : « *Je trouve qu'on n'en parle pas assez, je pense qu'on a tous conscience qu'il y a des risques médico-légaux à ce qu'on fait, je pense qu'on en a tous conscience, mais je pense qu'on n'est pas du tout accompagné... Mais du coup, quand on parle des risques médico-légaux, enfin moi les souvenirs que j'en avais c'était « *soyez un bon médecin, faites les choses bien et il n'y aura pas de risque* » enfin voilà et s'il y a un risque c'est que vous l'avez pris, et donc derrière il y a un peu cette idée que si ça vous tombe dessus c'est que vous n'êtes pas bon, que vous avez fait une bêtise. C'est normal que vous soyez puni. »*

Dans notre étude, **la honte est un frein à la recherche de soutien**. Cette honte est pour certains, fondée depuis le début de nos études, comme le soulève M13, dans le milieu médical il peut avoir **une tendance à associer procès / erreur / mauvais médecin**. Cette croyance peut engendrer la honte d'avoir un procès avec un **médecin qui peut se sentir alors incompetent** et craindre d'être jugé comme tel par ses pairs.

3.3.2.7 Défaut de soutien institutionnel

Certains soulèvent **le manque d'entités institutionnelles visibles** qui pourraient être utiles, notamment pour des conseils juridiques.

M5 : « Mais ouais ça manque de pas avoir de structure, alors après je sais que ce n'est pas facile, même si ces structures existent ou existeront un jour ce n'est pas facile d'y avoir recours, mais je pense que c'est important qu'elles existent, d'être aiguillé, épaulé par ses pairs. »

M7 : « Là, encore une fois, je n'ai pas forcément levé des leviers institutionnels, peut être que j'aurais dû me faire plus conseiller à ce moment-là ... (silence), du soutien, je pense qu'à ce moment-là c'est un peu ça qui pêche quand on est en libéral. Alors peut-être qu'il y a des structures d'aides, d'écoute, de l'assistance juridique, mais on n'y pense pas forcément pile quand on reçoit une plainte. »

Le manque d'institution visible a été dans notre étude un frein à la recherche de soutien institutionnel. En effet, les médecins n'ont pas eu ce réflexe et ont eu des difficultés à trouver les réponses aux questions juridiques qu'ils se posaient.

Malgré la difficulté de parler de ce sujet, par peur du jugement, ou par protection des proches, tous ont réussi à trouver les moyens pour se faire aider. Néanmoins ils décrivent **un manque de ressource extérieure et une prédominance de l'aide du cercle intime** avec les proches et les confrères. Nous allons maintenant aborder l'impact du procès sur la pratique.

3.3.3 Impact sur la pratique

Comme nous l'avons vu, la pratique est impactée le jour même de l'annonce, alors comment évolue-t-elle au cours de la procédure ?

3.3.3.1 Trouble de la concentration

Devant la longueur du jugement, les médecins décrivent **des ruminations** où ils pensent sans arrêt au procès et cela peut impacter la relation aux autres patients, car cela engendre **des troubles de concentration**, des difficultés à être cognitivement à cent pour cent dans les consultations et dans l'écoute.

M5 : « Ça a été des ruminations, des troubles de la concentration, beaucoup les jours qui ont suivi. »

M8 : « Les jours d'après, je n'étais pas concentrée. »

M13 : « Je n'étais plus à l'écoute de mes patients en fait, je n'étais plus capable d'écouter, d'entendre la souffrance et d'accompagner »

3.3.3.2 Rupture du lien médecin – patient

Pour la plupart des médecins interrogés, une fois la lettre reçue il y a **une rupture de lien avec le patient** qui les a mis en cause.

M1 : « L'année dernière, elle a repris rendez-vous en consultation, je l'ai rappelé et je lui ai dit « écoutez Mme, vu ce qui s'est passé, je n'ai que de la bienveillance à votre égard, mais je trouverais judicieux que je ne sois plus votre médecin. »

M4 : « Moi je lui ai dit carrément, que le lien de confiance était rompu et qu'elle trouve un autre médecin traitant. »

M5 : « Je n'ai jamais eu de nouvelle de cette patiente, d'ailleurs ils ont demandé que je ne sois plus le médecin. »

Cette **rupture de relation** est donc souhaitée par le médecin, mais aussi par le patient. Effectivement, ils l'expliquent par le fait qu'après une mise en cause il **n'y a plus de lien de confiance** et la relation thérapeutique ne peut donc plus se faire.

3.3.3.3 *Peu d'impact sur la pratique*

Certains praticiens **n'ont pas été impactés dans leur pratique** et ils ne décrivent pas de changement vis-à-vis de leur relation aux autres patients.

M6 : « Je ne pense pas que ça ait changé ma façon d'être, ma façon de faire. [...] Donc non ça n'a pas changé ma façon de fonctionner. »

M7 : « Ça n'a pas de conséquence sur ma carrière, sur ma manière de pratiquer avec les gens, enfin ça ne m'a pas euh, ce n'est pas une pierre psychologique pour moi. »

M10 : « Alors par rapport aux patients, honnêtement je n'ai pas changé, je ne l'ai pas tous considéré comme des voyous. »

Dans notre étude, il est décrit au cours de la procédure un impact sur la pratique avec **des troubles de la concentration** engendrés par la charge mentale du procès. Il y a aussi **une rupture du lien de confiance** avec le patient. Cependant, **certains ne sont pas impactés** et n'ont pas modifié leur rapport aux autres. Nous allons maintenant nous intéresser au post procédure.

3.4 Après la procédure

3.4.1 Emotions ressenties

Les émotions ressenties dépendent de l'issue de la procédure, s'il y a eu ou non condamnation. Dans notre échantillon, il y a deux médecins qui ont eu une condamnation : un blâme et une autre reconnue coupable d'un retard diagnostique d'une semaine. Nous verrons donc dans un premier temps les émotions ressenties pour les médecins condamnés, puis celles de ceux qui ont été acquittés.

3.4.1.1 Médecins condamnés

3.4.1.1.1 La colère et la déception

Au moment du jugement, on retrouve de **la colère avec un sentiment d'injustice**, quand la peine est prononcée, mais que le praticien ne se sent pas coupable.

M4 : « J'ai eu de la colère, ouais, quand le mec il m'a proposé la transaction, quand il y a un jugement qui a été fait pour un truc où je n'avais rien à faire. »

M4 : « Donc là j'étais très remonté, je voulais faire appel »

À la suite de la colère, il y a aussi de **la déception** face à une condamnation qu'il ne comprend pas.

M4 : « Puis une fois que le blâme a été signé et que j'ai dû reparaître au tribunal pénal, là alors là, je suis directement allé voir mon avocat, donc j'étais sur la peur après la surprise, ouais j'ai été très surpris de tout et puis euh la déception ouais j'ai eu un certain moment, un peu un dégoût euh de la manière dont ça s'est passé. »

M4 : « Là j'ai été un peu déçue en me disant « mais c'est quoi cette histoire ». »

3.4.1.1.2 L'anéantissement et la perte de confiance

Au moment de la condamnation, on note aussi un grand bouleversement, avec une remise en cause profonde, et **une perte de confiance** qui peut entraîner **un sentiment d'anéantissement et de découragement** qui peut persister dans le temps.

M13 : « *S'il y a des gens qui veulent travailler avec moi, qui me demande un coup de main c'est que je ne suis pas totalement nulle. [...] Plus que moi j'avais confiance en moi, parce que moi j'avais tout perdu, mais alors tout perdu ... »*

M13 : « *Et puis, bon, je suis déjà quelqu'un qui n'a pas beaucoup confiance alors là waouh ça avait tout balayé et puis je vous dis, une remise en cause de toute ma pratique. Je me suis beaucoup, beaucoup questionnée. »*

M13 : « *Ça commence à dater et pourtant ... vous sentez ? j'ai encore des trémolos dans la voix quand j'en parle. »*

Cette perte de confiance en son exercice, engendre une **autodépréciation** avec une impression de ne plus être au niveau de ses confrères.

M13 : « *Voilà et on se dit qu'on essaye de faire les choses bien et malgré ça on se retrouve ... enfin pour moi j'étais condamnée, ça m'a condamné aussi aux yeux de mes confrères. »*

On voit donc à quel point la condamnation a été **bouleversante et dévastatrice** pour le praticien. En effet celle-ci a entraîné **une perte de confiance** dans son activité et a remis en cause **sa confiance dans sa capacité à être un bon médecin.**

3.4.1.2 Médecins acquittés

3.4.1.2.1 Le soulagement

Lorsque la procédure se conclut avec un acquittement et que le médecin est reconnu non coupable, il y a dans un premier temps **un soulagement, une délivrance.**

M2 : « *Et lorsque la plainte a été retirée, ça a été abandonné sans suite, euh j'ai senti comme une sorte de délivrance. »*

M3 : « *Puis après une fois que l'expertise était passée, que le chirurgien avait revu tous les éléments un par un et qui l'a dit « non personne n'a rien fait de mal », c'est rassurant. »*

M5 : « *Comme quoi le comité d'expertise reconnaît qu'il n'y a pas de faute de régulation, donc là ouf, on est à 6 mois d'évolution, tu baisses d'un cran, tu es un peu plus tranquille, tu souffles. »*

Dans notre étude, même s'il y a eu condamnation, le médecin a ressenti du **soulagement**.

M4 : « *J'ai été soulagé quand ç'a été fini. »*

Comme nous l'avons vu, la procédure est longue et éprouvante, le soulagement vient donc aussi du fait qu'elle se termine et pas seulement de l'acquittement.

3.4.1.2.2 L'incertitude

L'acquittement a joué un rôle important dans **la reconstruction des praticiens** interrogés, car il a permis de passer à autre chose et de **les rassurer sur sa pratique**. Cependant, pour beaucoup des médecins interrogés il n'y a pas eu de réponse définitive de la part des institutions, notamment pour les plaintes à l'Ordre et cela engendre **un sentiment d'incertitude** difficile à vivre et qui freine la reconstruction.

M7 : « *J'ose espérer que ça s'est terminé, qu'ils ont dû lui dire « aller, madame, circuler vous n'allez pas accuser votre médecin pour ça » enfin je n'en sais rien. »*

M8 : « *Enfin euh finalement je vous dis que là, ça s'est arrêté, mais en fait je n'en sais rien si ça s'est arrêté [...]. Et puis s'en est resté là, mais est-ce que ça va resurgir un jour ? je n'en sais rien. Ça reste en suspens. »*

M13 : « *Moi je regrette aussi de pas avoir eu, à aucun moment des points d'étape en fait »*

3.4.1.2.3 Amélioration avec le temps

Parmi les médecins interrogés, plusieurs ont raconté une histoire ancienne, ce qui nous a permis d'avoir du recul sur l'évolution des émotions. On note **une amélioration avec le temps, avec une reprise de confiance** et de **plaisir à pratiquer la médecine**. Cette amélioration avec le temps est aussi vraie avec les médecins condamnés.

M5 : « Et puis après les choses se sont un peu étiolées et j’y pensais de moins en moins, j’ai repris confiance progressivement. »

M7 : « A mon avis c’était il y a au moins 6 ans, donc j’y pense, bon non là je n’y pense pas, j’y ai pensé quand j’ai vu ton sujet passé. Donc voilà, je pense que je n’aurais pas répondu sinon, ce n’était pas inflammatoire non plus pour moi maintenant. »

M13 : « Le temps efface pas mal de trucs, et ce que je me disais c’est qu’aussi, je pense qu’aujourd’hui je repratique, je suis de nouveau dans la relation comme j’aime être avec les gens, et je pense que j’ai de nouveau une pratique qui est beaucoup plus normale entre guillemets que ce que j’avais. Je retrouve le plaisir de consulter, le plaisir dans mon métier et je me sens moins inquiète. » / « Donc réussir à passer le cap de se dire que ça va être un moment douloureux, que ça va être compliqué, mais qu’il y a un après. »

3.4.1.2.4 Une expérience traumatisante

Cependant, même si le temps guérit les blessures, pour les médecins de l’étude **une plainte reste un évènement traumatisant.**

M1 : « Et je m’en souviens comme si c’était hier, donc oui c’est traumatisant. »

M2 : « Ah beh oui c’est quand même traumatisant comme expérience, c’est tabou de dire j’ai eu une plainte, après même si c’est classé sans suite c’est toujours dérangeant. »

M8 : « Je n’ai pas voulu me replonger dans le dossier avant de vous parler, parce que je n’en ai pas dormi pendant quelques nuits et je n’ai pas envie de revivre ça. »

Une plainte est perçue par les médecins interrogés comme **un évènement traumatisant**, avec un vécu difficile et bouleversant. La fin de la procédure est marquée par **un soulagement** et avec le temps les praticiens **ont retrouvé une confiance et un plaisir à travailler.** Mais ce chemin est long et nous allons voir comment ils ont fait pour s’en remettre et l’importance du soutien dans cette épreuve-là.

3.4.2 Quel soutien trouvé – intérêt du partage d’expérience

Tous ont relevé l’importance d’avoir du soutien pour traverser cette épreuve, que ça soit à l’annonce, pendant, mais aussi après, pour pouvoir partager leur expérience et prendre du recul sur la situation.

3.4.2.1 Le partage d’expérience

Parmi les conseils donnés, celui qui revient quasi systématiquement est celui **de partager, de discuter** de ce qui nous arrive et de ne **pas s’isoler des autres**. Que ça soit avec des proches, des associés, des pairs, les médecins de l’étude soulèvent l’importance de réussir à se confier pour ne pas être seul.

M9 : « *Et beh, le premier conseil que je donnerais c’est qu’ils en parlent avec d’autres confrères, pour qu’ils puissent échanger, relativiser leur erreur, parce qu’on fait tous des erreurs, on en fera tous, et il faut qu’il y ait un lien avec d’autres confrères pour pouvoir exprimer ce dont on nous accuse.* »

M10 : « *Quand c’est possible d’en parler avec ses proches et après c’est en amont de tout ça, pour avoir un réseau qui nous accompagne, avoir un groupe de pair, pour pouvoir parler des situations complexes.* »

M13 : « *Donc le conseil c’est par contre, enfin moi, je pense que c’est important d’en parler à son entourage professionnel. Hum, et d’aller chercher, d’aller se chercher le soutien nécessaire pour passer le cap.* »

Certains font la remarque que le fait qu’être seul durant cette épreuve doit la rendre plus compliquée et **pourrait entraîner des épuisements professionnels, des burn-out voir des suicides**.

M6 : « *Alors c’est surtout ne pas rester seul, clairement. [...] On considère, nous au syndicat des médecins généralistes, qu’un médecin généraliste seul est un médecin en danger. S’il exerce seul, c’est lui qui est menacé du burn-out, du suicide. Donc s’il se retrouve seul, avec une plainte, alors qu’il a déjà ses 40 actes par jour, 70h par semaine ce n’est pas possible. »*

M7 : « Ça serait dommage en fait, si on n'a pas forcément beaucoup de ressource, beaucoup d'amis à qui en parler, ça peut être fragilisant. »

M9 : « Et je pense que c'est d'autant difficile qu'on est seul. »

Dans notre étude, nous avons noté l'unanimité des médecins interrogés sur **la nécessité de discuter** avec des personnes de confiance, pour ne pas se mettre en danger en restant isolé. Pour se remettre de cette épreuve, **le partage d'expérience et la discussion sont décrits comme le plus important**. Cela permet de prendre du recul, d'analyser la situation et de comprendre ce qu'il s'est passé. **Le soutien est donc perçu par les médecins de l'étude comme une des clés les plus importantes pour surmonter une procédure.**

3.4.2.2 *L'envie de créer des structures d'aides*

Ces évènements ont montré aux praticiens interrogés l'importance d'un réseau de soutien solide, car il leur a permis de traverser cette épreuve. Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, il peut être difficile de le trouver. Que ça soit par tabou avec une difficulté à parler à ses proches et ses confrères, mais aussi par méconnaissance voir absence de structure d'aide. Ces difficultés rencontrées motivent certains **à témoigner pour ouvrir le dialogue et dédramatiser** le fait d'avoir une plainte. Il y a même quelques médecins qui ont à cœur de **créer des structures d'aides**. En tous cas, tous montrent une **envie de confraternité** pour aider ceux qui traversent actuellement une plainte.

M2 : « *Moi là maintenant en tant que conseillère ordinale, je fais les conciliations entre les patients et les praticiens. Donc euh j'essaye d'aider nos confrères à se sentir à l'aise par rapport aux plaintes, à essayer de dédramatiser la situation, parce que je me dis qu'ils doivent être pétris de peur comme moi je l'étais.* »

M5 : « *Donc moi depuis cette histoire, j'ai créé une association au sein de la régulation, une cellule d'écoute où on est 3 médecins et où on peut aider les confrères.* »

M11 : « Voilà à distance, créer une association des professionnels de santé, parce que voilà, là j'ai la sage-femme, l'urgentiste, qui soit sage-femme ou urgentiste je pense qu'ils vivent le même enfer que moi, voilà. »

Une plainte de patient a créé chez certains médecins de l'étude le besoin de confraternité pour pouvoir être épaulé. C'est pourquoi après cette épreuve, beaucoup on a cœur d'aider les collègues qui sont dans la même situation qu'eux. Et la difficulté pour certains de savoir vers qui se tourner est une source de motivation pour **créer des structures d'aide visibles, pour améliorer la prise en charge des médecins accusés.**

3.4.3 Impact sur la pratique

3.4.3.1 Méfiance envers les patients

Nous avons remarqué chez quelques médecins de l'étude qu'il pouvait y avoir aussi un impact sur la relation aux patients, avec **une certaine méfiance** qui se met en place face à des patients qui sont considérés comme de plus en plus **procéduriers**.

M1 : « Mais en ce moment, je trouve que les patients ils sont, hum comment dire, au moindre truc ils disent «je vais porter plainte ». Si tu n'acceptes pas leur demande « je vais porter plainte » donc ça me gonfle, ça m'énerve. Ils sont devenus très procéduriers. »

M9 : « Ça m'a pourri mon exercice pendant des mois et des mois, et après je notais, mais alors moi je notais déjà, mais bon j'étais devenue parano. »

M11 : « Ça a vraiment des conséquences très négatives, ça nuit à la relation du patient, très clairement, c'est-à-dire qu'on est vraiment plus sur le qui-vive, on fera moins confiance aux gens. » / « Avant je n'avais pas cet esprit-là, tordu, à me méfier de tout, mais là j'en deviens méfiante. »

L'accusation par un patient a entraîné chez certains médecins de l'étude **une perte de confiance auprès des autres patients**. Ils justifient cette perte de confiance par l'impression que les patients deviennent de plus en plus procéduriers et qu'ils peuvent attaquer sur plein de motifs divers et variés. Cette méfiance peut nuire à la relation, car le médecin peut développer **une médecine dite défensive**, qui vise à faire des choses – par exemple examen complémentaire, non pas dans l'intérêt du patient, mais pour se protéger de lui et d'un procès éventuel.

3.4.3.2 Augmentation des examens complémentaires

Les praticiens de l'étude ont eu tendance à augmenter **le nombre d'examens complémentaires**, mais aussi ont pu **craindre les erreurs sur les prescriptions médicamenteuses**.

M3 : « Je serais encore plus vigilante sur la prescription d'examen complémentaire en cas d'évolution un peu moyenne, même si le patient il te braque. »

M9 : « Pendant des mois et des mois, j'étais paralysée à la moindre prescription, c'est-à-dire que j'étais devenue parano, en me disant, qu'est-ce qui va m'attaquer ? qui va me dire que je suis coupable ? » / « Donc bon j'avais appris que le SEROPLEX pouvait donner des hypokaliémies, du coup je ne l'ai pas prescrit pendant des années »

M13 : « Et puis du coup la prescription d'examen complémentaire beaucoup plus et façon *inadaptée*. »

En plus de la peur d'un nouveau procès par méfiance envers les patients, **une perte de confiance en son activité peut être aussi responsable d'une augmentation de prescription d'examen complémentaire**. On voit aussi dans notre étude qu'il y a **un traumatisme** par rapport à la situation où ils ont été mis en cause. En effet, quand ils sont face au même motif pour lequel ils ont été attaqués, il y a **une vigilance plus importante** et/ou **une peur d'une nouvelle erreur**.

3.4.3.3 Mettre un cadre dans sa pratique

La plainte permet aussi à certains praticiens de **renforcer le cadre** qu'ils s'étaient fixé.

M3 : « Je me suis dit heureusement que je fais ça, et ça m'a conforté dans l'idée qu'il fallait continuer. »

M4 : « Ma manière de faire mes certificats, je suis encore plus exigeant, je refuse même de faire des certificats. »

M7 : « Donc cet épisode-là parmi d'autre m'ont rappelé que c'est important quand même d'avoir un cadre, d'avoir un certain niveau d'exigence dans la pratique qu'on a. »

Les praticiens apprennent donc de cette expérience de plainte, et même si elle est bouleversante, des **changements positifs peuvent émerger**, avec une connaissance de ses limites et un renforcement de son cadre. Ce qui permet de **limiter les situations où ils peuvent se sentir en danger** et un **meilleur cloisonnement entre la vie professionnelle et personnelle**.

3.4.3.4 Augmentation de la traçabilité dans les dossiers

Au cours des entretiens, **tous les médecins rapportent une augmentation ou du moins un renforcement de la traçabilité dans les dossiers**.

M3 : « J'écris même quand les patients sont compliqués, j'écris une phrase au début « il vient pour ça » et je dis « entretien très compliqué, je ne comprends pas ce que me dit le patient, un peu agressif, m'exige des examens complémentaires immédiatement, refuse de revenir » j'écris tout. Comme ça pas d'histoire. »

M8 : « Et je note encore plus dans le dossier, quand je sens qu'il y a une relation qui ne s'établit pas très bien. »

M12 : « *La traçabilité dans les dossiers, que ça soit en médecine générale ou n'importe où, la traçabilité c'est hyper important et on se rend compte qu'à chaque fois qu'il y a un problème de plainte, au final avoir un dossier bien tenu, argumenté, avec un plan de soin, un recueil de données exhaustif qui concerne le patient, c'est la preuve que l'on a tout mis en œuvre pour le patient, pour comprendre son problème de santé et tenter de l'éclaircir au maximum. »*

La tenue de dossier est un des **premiers conseils donnés** par les médecins interrogés. Que la plainte est eue ou non un impact émotionnel fort, les praticiens notent un renforcement de la traçabilité. Ceci est justifié par **le besoin de preuves écrites** qui sont les seules qui comptent le jour d'un procès.

3.4.3.5 Changement d'activité

Deux des médecins de l'échantillon **ont changé d'activité** à la suite d'une plainte. Si pour certains l'arrêt de l'activité a été envisagé au moment de la plainte, pour deux d'entre eux, l'évènement a été moteur pour ce changement.

Une des médecins a envisagé une reconversion en médecine du travail avant de revenir finalement à la médecine générale.

M1 : « *Donc ce que j'ai fait c'est que pendant un an, j'ai fait du mi-temps au cabinet et j'ai essayé de me reconvertir en médecine du travail.* »

Une autre a arrêté de travailler dans la structure où elle avait été mise en cause.

M10 : « *Après moi, personnellement, ça a été le gros truc qui a fait que j'ai arrêté cette activité en fait.* »

Nous avons analysé la relation entre changement d'activité, soutien présent ou absent et condamnation. Dans notre échantillon deux médecins ont vécu l'évènement de façon isolée, une d'entre elles a arrêté de façon temporaire la médecine générale et l'autre a envisagé l'arrêt. Cependant il y a aussi eu un changement d'activité pour une personne qui a eu du soutien de son cercle intime. Parmi les deux condamnés, il n'y a pas eu d'arrêt d'activité.

(Annexe 6).

Au-delà du manque de soutien ou de la présence ou absence de condamnation, ce changement d'activité peut s'expliquer par **la perte de confiance en son exercice** engendrée par la plainte. Effectivement, quand celle-ci est trop importante, l'activité devient impossible avec une peur constante de l'erreur et la seule solution trouvée à ce moment-là est **l'arrêt de l'activité dans laquelle ils ont été mis en cause.**

3.4.3.6 Amélioration avec le temps – nouveau projet

On remarque dans notre étude, **une atténuation avec le temps** et une reprise de sa pratique habituelle.

M9 : « *Moi au début je me disais, je ne vais plus jamais faire des iono, c'est fini comme ça voilà. Bon bien sûr, je refais des iono maintenant, mais voilà c'était assez traumatisant.* »

M13 : « *J'ai de nouveau une pratique qui est beaucoup plus normale entre guillemets que ce que j'avais.* » / « *les aides extérieures, qui ne savaient pas ce qu'il se passait, mais qui m'ont demandé de les aider dans un projet et ça, ça m'a fait du bien.* »

Une plainte peut donc être à l'origine **d'un changement de pratique**, tant sur la forme avec une tenue de dossier plus stricte, une augmentation des examens complémentaires, mais aussi sur le fond avec un vrai changement d'activité. Mais malgré les changements amenés par une plainte, dans notre étude, il y a une **diminution de l'impact sur la pratique avec le temps** ce qui permet de retrouver un exercice plus naturel pour le médecin. Cette diminution de l'impact est expliquée en partie par **une reprise de confiance** en son activité. Celle-ci **revient grâce au soutien et à la discussion avec les pairs**, mais aussi grâce à **des nouveaux projets** où il y a de nouveau un accomplissement professionnel et personnel.

4 Discussion

4.1 Synthèse des résultats

Les différents entretiens montrent qu'une plainte est un évènement marquant dans la carrière d'un professionnel. Les médecins interrogés ont, dans un premier temps, présenté un choc, puis l'inquiétude. Cette crainte est alimentée par la méconnaissance du système juridique ou de structure d'aide vers qui se tourner. Le praticien peut alors se sentir isolé et en danger, avec la peur d'avoir fait quelque chose de mal, d'avoir nui à un patient. C'est dans ces moments-là que la confraternité prend tout son sens, comme nous l'avons vu dans cette étude, les praticiens se tournent plus facilement vers des pairs pour chercher du soutien. Néanmoins, la plainte reste taboue et le soutien est cherché surtout vers des proches de confiance. Dans notre échantillon, la procédure est décrite comme longue et énergivore, elle engendre de l'inquiétude et du stress, ce qui nuit à la pratique avec une plus grande difficulté à être dans la relation avec les autres patients. On note même un certain épuisement, une perte de confiance en soi, en sa pratique avec des risques de *burn-out*. Là encore, le soutien semble être la clef pour passer cette épreuve.

Au-delà de l'inquiétude et du stress, les médecins de l'étude décrivent de la colère. Colère contre le patient qui est jugé vénal et procédurier, et de la colère contre les institutions qui sont jugées partiales. Cette colère est aussi alimentée par la violence de la plainte, en effet cet évènement est souvent vécu comme un traumatisme. Les médecins interrogés ont vécu une vraie violence institutionnelle avec un manque de considération, un manque de bienveillance de la part des institutions, que ça soit l'Ordre, les assurances ou les experts. Cette colère est aussi justifiée par un sentiment d'injustice et d'incompréhension de la plainte.

Une fois la procédure terminée, un soulagement apparaît faisant suite à toutes les émotions négatives ressenties au cours de la procédure. Dans tous les cas, qu'il y ait condamnation ou non, les praticiens de notre étude ont remarqué des changements, plus ou moins marqués, de leur pratique avec :

- L'affirmation d'un cadre, avec le refus de faire certains certificats injustifiés, le refus d'ajout de consultation en dernière minute alors que le planning est déjà bien rempli ...
- Une augmentation de la traçabilité dans le dossier des évènements pouvant être jugés comme pourvoyeur de plainte.

- Une multiplication des examens complémentaires que les médecins interrogés rapportent par une perte de confiance tant envers le patient que dans leur pratique.

D'après notre étude, le temps, le soutien et la discussion avec des pairs permettent de retrouver la confiance en limitant l'impact sur la relation aux patients, et sur la pratique. Progressivement, ils reprennent plaisir à travailler et ils retrouvent une pratique qui leur correspond.

4.2 Comparaison avec la littérature

4.2.1 Concept de seconde victime

La considération pour le soignant mise en cause est récente. En effet, la première étude qui parle du sujet est publiée en 1992 par Pr Christensen. Elle s'intéresse à l'impact émotionnel d'une erreur sur onze médecins hospitaliers, il en ressort qu'une mise en cause a un impact émotionnel significatif qui perdure même des années plus tard. Elle montre aussi une difficulté pour les médecins d'en parler avec leur collègue. (19)

Le concept de seconde victime arrive plus tard, en effet il a été décrit pour la première fois, en 2000 par Dr WU aux Etats-Unis (20). La définition est la suivante : "*un soignant impliqué et traumatisé par un événement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales.*" (21). Un médecin peut être considéré comme une seconde victime, même quand il n'y a pas d'erreur de sa part. Ainsi, les médecins qui ont vécu un procès, une lettre de réclamation, même sans faute de leur part ou sans condamnation, sont des secondes victimes.

La conceptualisation de ce phénomène a permis de l'étudier et d'essayer d'apporter des solutions.

4.2.2 Impact sur la pratique

Quelques études s'intéressent à l'impact d'une plainte sur la pratique. Dans une étude espagnole, qui s'intéresse à l'impact d'une mise en cause chez les urologues, on retrouve que 6.7% des urologues interrogés avaient songé à arrêter leur activité. Mais l'impact le plus important est celui d'adopter une médecine défensive (c'est-à-dire une augmentation de la prescription d'examens complémentaires et plus de demande d'avis spécialisé) chez 71% des praticiens (22). On retrouve des résultats similaires en Italie. En effet, une étude montre qu'un

des déterminants principaux d'une médecine défensive est le fait d'avoir été une seconde victime (23).

Une revue de la littérature retrouve qu'il y a une tendance chez les secondes victimes à augmenter la prescription d'examen complémentaires qui ne sont pas forcément utiles. Ceci est expliqué par une volonté de vouloir se protéger et par la peur de faire une erreur ou de passer à côté d'un diagnostic (24).

Néanmoins, on retrouve un facteur temps, avec un impact plus important au début de la procédure, au moment où les émotions ressenties sont les plus fortes puis on note une amélioration avec une pratique qui se normalise, lorsque le procès est terminé (22).

Ces résultats s'accordent avec les nôtres, effectivement parmi les médecins interrogés, on retrouve chez certains, une augmentation des examens complémentaires qui tend à se normaliser avec le temps.

4.2.3 L'impact émotionnel chez une seconde victime

Au Canada, une étude a été menée pour analyser les différents signes émotionnels, physiques, cognitifs et comportementaux qu'on retrouve chez les secondes victimes. On retrouve des troubles du sommeil, de l'épuisement, une asthénie, de la culpabilité, la sensation d'être impuissant, de la colère, l'impression de perdre le contrôle, de la panique, de la peur, mais aussi une diminution de la concentration, des prises de décision altérées, des pensées perturbées. Ce qui peut donner du désengagement, un changement d'activité voire un changement de personnalité. (25)

Une revue systématique de la littérature sur les émotions ressenties chez les secondes victimes, qui regroupe 11.000 réponses de soignant, montre que les symptômes les plus rapportés sont : les troubles de mémoire pour 81% d'entre eux, l'anxiété à 76%, la colère envers eux même pour 75%, le remord à 72%, l'inquiétude à 70%, la peur d'une nouvelle erreur à 56%, la honte à 52%, la culpabilité à 51% et des difficultés pour dormir à 35% (26). Une revue de la littérature a mis en évidence que de façon significative la perte de confiance, le sentiment de culpabilité et la peur de jugement par les collègues sont plus ressentis chez les praticiens femmes (27).

Dans une étude de Pr Gomez- Durand, qui regroupe des entretiens d'une centaine de praticiens ayant eu une plainte, il est montré que l'impact émotionnel, social et familial ne

dépend pas du type de procédure ni de son issue. On y trouve cependant une corrélation entre le nombre de symptômes ressentis (inquiétude, culpabilité, angoisse...) et l'impact sur la pratique, c'est-à-dire que plus il y a de symptômes, plus l'impact sur la pratique sera important, sans corrélation avec l'issue de la plainte(28). Nos résultats concordent avec la littérature, effectivement nous retrouvons globalement les mêmes émotions quel que soit le type de plainte et l'issue de celle-ci.

Dans une étude du Pr Stehman, on retrouve un lien entre *burn-out* et seconde victime. Effectivement, un médecin accusé d'erreur médicale a plus de risque de faire un *burn-out*, mais elle montre aussi qu'un médecin en *burn-out* est plus enclin à avoir un évènement indésirable (29).

Au vu des différents résultats dans la littérature, on s'aperçoit de l'importance de prendre en charge le plus tôt possible un médecin accusé pour prévenir le risque d'épuisement professionnel et diminuer le risque d'évènement indésirable futur.

4.2.4 Evolution émotionnelle

Selon Scott et al, il y a six étapes franchies par les secondes victimes. Le premier stade est au moment de l'annonce avec le choc. Le deuxième stade est une remise en question avec la question « qu'est-ce que j'ai fait de mal ? ». Le troisième stade est lorsque le praticien cherche à rétablir son intégrité personnel et professionnel en recherchant du soutien. Le quatrième stade est de subir le questionnement des pairs, voir avec eux le mécanisme de l'erreur. Le cinquième stade consiste à avoir les premiers soins émotionnels. La dernière étape est soit de continuer sa pratique soit de l'abandonner (21).

Une étude japonaise montre que les secondes victimes ont après l'évènement une volonté de mieux gérer leur détresse émotionnelle, afin de rétablir un bien-être personnel. Pour cela, ils expriment le désir d'avoir des conseils sur la gestion des émotions, notamment sur la gestion de l'angoisse et de la culpabilité. Une des pistes proposées dans l'étude est de mettre en avant la culture positive de l'erreur, c'est-à-dire un système où l'erreur n'est plus vue comme quelque chose qu'il faut pénaliser, mais plutôt comme un évènement dont il faut discuter, sans crainte, pour l'analyser afin de diminuer les risques de récurrence et pour améliorer le vécu des soignants (30).

On observe toutes les conséquences négatives à une accusation avec son impact émotionnel, qui peut être à l'origine d'un mal-être du praticien et d'un épuisement professionnel conduisant à l'arrêt de l'activité. Mais cela peut aussi engendrer un changement de pratique qui n'est pas sans conséquence sur le patient, mais aussi sur l'économie de la santé. En effet, l'arrêt de l'activité qu'elle soit temporaire ou définitive engendre une baisse du nombre de médecins, et l'augmentation des examens complémentaires entraîne une augmentation des coûts en santé, avec aussi un risque d'augmenter la iatrogénie en étant plus invasif dans les examens demandés (31). Pour toutes ces raisons, il est important de bien prendre en charge les médecins accusés pour essayer d'en réduire les répercussions.

4.2.5 Prise en charge des secondes victimes

4.2.5.1 Importance du partage d'expérience

Un des facteurs protecteurs soulevés par Pr Stehman est le soutien des pairs et des proches. En effet, elle montre qu'un sentiment d'isolement et un défaut de soutien exacerbent le syndrome de seconde victime (29).

Pr Sachs a travaillé sur ce concept et donne plusieurs clés pour aider les médecins qui en sont victimes. Il souligne l'importance de discuter de l'évènement dès le début avec des pairs. Il est aussi important, en cas d'erreur, de débriefer pour comprendre les différents mécanismes qui ont conduit à cet évènement (32). Ces discussions permettent de diminuer la culpabilité et permettent au praticien de se sentir entouré. D'après une étude de 2016 menée par Pr Plews-Ogan, les médecins interrogés avaient plus de facilité à parler avec des collègues ayant déjà eu une plainte et le retour d'expérience était bénéfique. A contrario, la minimisation de l'évènement par les pairs était plutôt mal vécue (33).

L'utilité de l'échange avec les pairs est aussi retrouvée dans une étude du Pr Herring, qui porte sur l'erreur en chirurgie. En effet, il montre que la discussion avec les collègues permet de diminuer la culpabilité et le stress (34).

Une étude s'est intéressée aux besoins des personnels de santé après une mise en cause. Sur trois cents secondes victimes interrogées, on retrouve en tête avec 80.5% le désir d'un soutien de leurs pairs afin de reprendre en détail l'évènement, ils étaient 47.5% à vouloir une aide extérieure, anonyme (35). Cette étude s'accorde avec le fait que le partage avec des pairs semble être un soutien important.

Cet échange avec les collègues est important dans la gestion des émotions de l'individu. Une étude de 2001 par Pr. Grosjean décrit trois types de mécanismes dans la régulation des émotions en milieu hospitalier qui sont la régulation par mise à distance, la mise en récit et la régulation par réassurance (36).

La régulation par mise à distance, passe notamment par l'humour, la dérision. De rire ensemble d'une même situation joue aussi un rôle d'empathie, on est plusieurs à vivre la même situation, l'humour participe aussi au soutien du groupe, on n'est pas seul à vivre ça. Il permet aussi de montrer qu'on domine la situation, qu'on a le contrôle.

La régulation par mise en récit est le fait de partager sur une situation complexe, de prendre une décision partagée et de pouvoir échanger sur nos difficultés. De ce fait, il y a un échange avec l'équipe, de l'empathie se crée et on s'accorde sur une émotion commune, on se sent moins isolé.

Et enfin, la régulation par réassurance qui survient surtout lors d'une faute, qui consiste à discuter du cas avec les pairs pour analyser l'erreur et aussi la partager et s'entendre dire « ça aurait pu m'arriver » elle a pour visée de neutraliser l'offense en réassurant le collègue de son appartenance au collectif, cela permet de diminuer la culpabilité (36).

On s'aperçoit que dans les trois mécanismes, le partage est au cœur de la régulation des émotions.

Or, une étude faite par le Pr Newman en 1996 s'intéresse aux médecins généralistes, elle montre qu'après une erreur, 63% des médecins interrogés exprimaient avoir besoin de parler à quelqu'un, mais dans 67% des cas, ce soutien était recherché ailleurs que chez les pairs (37). Cette différence par rapport aux études hospitalières serait peut-être due à l'isolement des médecins généralistes par rapport à un praticien hospitalier qui est entouré par des collègues et aura donc plus de facilité à trouver du soutien. On aurait pu penser qu'il y ait aussi une question d'époque. Effectivement, cette étude date des années 90 où on était aux prémices du concept de seconde victime et donc de sa prise en compte. Or, une étude de 2021 qui s'intéresse aussi à la médecine générale retrouve un sentiment de solitude et un manque d'information sur les structures d'aides (38). En 2018, un numéro vert a été mis à place par le Conseil national de l'Ordre des médecins, qui permet aux médecins et autres professionnels de santé d'avoir en ligne 7j/7 et 24h/24 un psychologue (39). Ce numéro a surtout été instauré

dans le cadre de la prévention au suicide chez les soignants, il n’y a pas de numéro dédié aux médecins « seconde victime », il pourrait être intéressant d’en instaurer un et de le rendre rapidement identifiable pour les médecins qui en auraient besoin.

Le partage d’expérience peut aussi être difficile à chercher, par peur. En effet, une étude menée sur des internes aux Etats-Unis par le Pr Saba montre une difficulté des étudiants à parler de leur erreur avec un supérieur. La peur du jugement, la honte et la peur de la punition sont des facteurs limitants à la discussion. Et dans la majorité des cas, le soutien est cherché auprès de co-internes sans rapport hiérarchique (40).

Nos résultats s’accordent avec les données de la littérature. En effet, les médecins rapportent un besoin de soutien qu’ils peuvent trouver au sein de leur famille ou de leur collègue lorsqu’ils travaillent en cabinet de groupe. Mais ils rapportent aussi un certain tabou à discuter avec des pairs qui n’ont pas vécu de plainte, avec une peur de jugement. Ils restent donc un travail à faire pour favoriser la prise de parole et la discussion afin de pouvoir trouver tout le soutien nécessaire pour surmonter une plainte.

4.2.6 Notion d’erreur en médecine

Bien que notre étude s’intéresse au vécu des plaintes et non pas aux erreurs, nous avons pensé qu’il pouvait être intéressant de parler de la notion d’erreur et de culture positive de l’erreur en médecine. En effet, même si avoir un procès n’est pas synonyme d’avoir commis une erreur, il peut avoir un ressenti d’erreur soit de la part du patient plaignant soit de la part du médecin accusé, c’est pourquoi nous allons rapidement aborder ce thème.

4.2.6.1 Définition et mécanisme de l’erreur

Une erreur en médecine est pour James Reason « *des séquences planifiées d’activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l’objectif désiré, quand ces échecs ne peuvent être attribués à l’intervention du hasard.* » (41).

En France le principe de l’erreur médicale est encadré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, aussi intégrée au Code de la santé publique à l’article L. 1142-1 : « *Il s’agit d’une situation indésirable qui survient dans le cadre des étapes de l’activité médicale, c’est-à-dire au cours du diagnostic, de la prévention, des examens médicaux ou de la prescription des soins. Cette erreur est de nature à causer un préjudice sur l’état de santé du patient.* » (42).

James Reason a décrit le mécanisme de l'erreur avec une multitude de défaillances qui finissent par aboutir à l'erreur médicale. Il identifie les causes latentes qui sont déjà présentes et ne se révèlent qu'au moment de l'erreur et les causes patentes qui sont causées par un individu. Il y a différentes erreurs possibles :

- Institutionnelles : problème systémique d'organisation, d'équipe, de service, du système de santé.
- Organisationnelles : défaillance de management.
- Liées aux conditions de travail : surcharge de travail, manque de personnel, défaut de matériel.
- Liées à la tâche : geste compliqué, inhabituel ...
- Liées à l'équipe : mauvaise ambiance de travail, stress, dynamique péjorative.
- Liées au soignant : lié à l'intervenant.
- Liées au patient : mauvaise observance, patient difficile ...

L'évènement indésirable survient quand il y a eu une défaillance dans l'ensemble de ces niveaux (43). Ceci est résumé dans le diagramme de Reason en [annexe 7](#).

On remarque qu'une erreur n'est pas le fait d'une seule personne et qu'il y a un intérêt à analyser de façon systémique un évènement indésirable pour voir l'ensemble des défaillances et essayer d'y remédier.

4.2.6.2 Education à une culture positive de l'erreur

La culture positive de l'erreur est celle qui prône la déclaration des erreurs et la discussion de celle-ci sans jugement et sans punition. Elle s'oppose à la culture punitive de l'erreur qui est responsable de la peur de parler lors d'une accusation (44). La culture positive de l'erreur est prônée par la Haute Autorité de Santé, car elle permet une meilleure déclaration des erreurs et l'analyse de celles-ci permet de les diminuer (45). Il pourrait avoir une crainte que la déclaration des erreurs augmente le nombre de procès, c'est dans ce contexte qu'une étude en Pennsylvanie a étudié entre 2002 et 2011 l'appariement entre révélation de l'erreur aux patients et nombre de procès. Les résultats montrent que l'augmentation de la déclaration des erreurs aux patients n'est pas associée à l'augmentation des procès (46).

Certains articles nous rapportent que les raisons qui peuvent freiner le développement d'une culture positive de l'erreur sont à la fois individuelles et collectives. La formation médicale

délivrée dès le début des études de médecine est largement incriminée. En effet, la médecine évolue dans une culture du savoir, de la connaissance et de la rigueur qui ne laisse aucune place à l'erreur ; les professionnels se doivent d'être infaillibles (47).

Deux freins à la déclaration d'erreur ont été soulevés par des internes en Amérique : la charge de travail avec un manque de temps et la nature punitive du système avec une peur des représailles (48). Dans ce même service, ils ont mis en place des réunions avec des seniors et des internes où ils échangeaient sur une erreur unique, de façon anonyme. Ils ont montré au terme de cette étude qu'il y avait une meilleure déclaration des erreurs avec une analyse commune de celle-ci qui faisait ressortir des modifications positives favorable à la sécurité du patient (48).

Dans un service hospitalier américain, il a été étudié l'intérêt d'intervention brève sur la culture positive de l'erreur auprès d'internes. Ces interventions brèves consistaient à donner un cours en début de semestre aux internes du service sur l'intérêt de rapporter leurs erreurs pour pouvoir les analyser ensemble. Il a été montré que ces formations entraînaient l'augmentation des déclarations d'erreur et il était noté une diminution significative du nombre d'évènements indésirables graves. Ceci est expliqué par le fait, qu'en déclarant et donc en discutant de l'erreur, il a été mis en place des stratégies qui permettaient que les erreurs ne se reproduisent plus (49). Ceci argumente le fait qu'une formation initiale à la culture positive de l'erreur, en déculpabilisant les étudiants et en levant la crainte de la punition peut contribuer à lever le tabou d'une erreur et donc probablement d'une mise en cause par un patient.

C'est dans cet objectif que l'université de Francfort a mis en place un cours optionnel sur l'apprentissage de l'erreur en médecine. Ces cours sont organisés par petit groupe avec des mises en situation et des jeux de rôle. Ils ont évalué l'intérêt des étudiants à ce cours et ils ont mis en évidence que les étudiants avaient bien compris l'intérêt d'une culture positive de l'erreur. Les jeux de rôle ont permis d'analyser différentes sources d'erreur possible et ont permis de montrer l'intérêt de les déclarer (50).

On s'aperçoit de l'intérêt que pourrait avoir une éducation à la culture positive de l'erreur dès le début des études de médecine, avec une banalisation du fait qu'on fait tous des erreurs et que le plus important est d'en discuter pour l'analyser et éviter qu'elle ne se reproduise. Cette culture positive de l'erreur pourrait permettre de briser ce tabou et donc de faciliter la

recherche de soutien et la discussion avec les pairs lorsqu'un praticien est mis en cause. Ceci pourrait permettre ainsi d'améliorer ses pratiques, mais aussi de mieux vivre une accusation en étant soutenu.

4.3 Forces et limites de ce travail

Peu d'études se sont intéressées au vécu des médecins généralistes face aux plaintes judiciaires des patients, ce qui rend ce travail original. Une des limites est que peu de médecins ont été interrogés au cours de l'étude. Cependant, le but d'une étude qualitative n'est pas de généraliser des résultats, mais de comprendre un phénomène. Cette méthode permet d'avoir un panel de vécu différent et de prendre en compte la complexité de la question.

Un des biais les plus importants de l'étude est celui du recrutement. Effectivement, les médecins ayant accepté de participer sont, probablement, moins touchés par le tabou de discuter de cette expérience. On peut aussi supposer que les médecins interdits d'exercice, ou très fortement impactés par la plainte, n'ont pas voulu participer à l'étude. Le caractère anonyme et individuel des entretiens avait pour but de diminuer ce biais.

Il y a aussi un biais de mémorisation avec des plaintes qui se sont déroulées pour certaines quelques années en arrière. Cependant, le panel a permis d'avoir différentes chronologies ; ce qui est une force pour étudier l'évolution du vécu et l'impact dans le temps.

Concernant le déroulement des entretiens, ils ont été menés par une chercheuse peu expérimentée, les premiers entretiens ont pu pâtir d'un manque de fluidité. Au fur et à mesure des entretiens, il y avait une amélioration de la conduite des entretiens.

Les verbatims et le choix des thématiques ont pu être influencés par les convictions et la sensibilité de la chercheuse, mais le fait de trianguler les données a permis de diminuer ce biais.

4.4 Perspectives

Comme nous l'avons vu dans cette étude, une plainte ou un procès peut être mal vécu par les médecins et engendrer des modifications des pratiques. Un des leviers identifiés pour améliorer le vécu est celui de l'éducation à la culture positive de l'erreur. En effet, celle-ci pourrait permettre de faciliter la prise de parole des médecins et diminuer le sentiment de honte d'avoir pu commettre une faute ainsi que la crainte du jugement par les pairs. Cette libération de la parole pourrait améliorer la recherche de soutien, qui comme nous l'avons vu dans notre étude, est un des facteurs identifiés comme importants pour passer cette épreuve.

Une autre piste qui pourrait être intéressante de développer est celle de l'analyse en équipe des différents types d'erreurs adaptées à la médecine générale ambulatoire. En effet, ce type de réunion est plus facilement mis en place au sein des services hospitaliers qu'avec les médecins libéraux pouvant être isolés. Il pourrait être intéressant de mettre en lumière des lieux d'échanges entre médecins généralistes pour analyser ensemble des erreurs. Plus largement, des réunions entre médecins « secondes victimes » pourraient être un soutien supplémentaire lors de ces épreuves.

Nous avons vu aussi que les médecins mis en cause pouvaient développer une certaine méfiance envers les patients. Ceci peut être expliqué par une incompréhension des motivations du patient. Pour élucider ce point et essayer de comprendre le patient plaignant, il pourrait être intéressant d'étudier le point de vue et les différentes motivations de ceux qui portent plainte contre leur médecin généraliste. Il serait aussi intéressant de voir s'il existe un profil type de patient plaignant, et d'étudier la relation qu'ils ont avec leur médecin généraliste : est-ce que ce sont des patients ponctuels ? Des patients suivis au long court par leur médecin ? Est-ce plus fréquent dans les milieux urbains ou ruraux ? Ceci apporterait des pistes de travail pour essayer de diminuer le nombre de procès et le nombre de lettres de réclamation en améliorant la compréhension de ce phénomène grandissant.

CONCLUSIONS

Du fait d'une tendance à la hausse du nombre de procès, la judiciarisation de la médecine est une préoccupation grandissante chez les médecins généralistes. Une mise en cause par courrier de réclamation, plainte judiciaire ou ordinaire est souvent mal vécue. Elle engendre de l'anxiété. Elle peut avoir un impact sur la pratique, notamment avec l'adoption d'une médecine dite défensive et avec l'augmentation de la prescription des examens complémentaires. Elle peut être aussi à l'origine d'un véritable épuisement professionnel et d'un arrêt d'activité. Cette épreuve nécessite du soutien, pourtant selon les études il peut être difficile à trouver. Ceci peut être expliqué d'une part, par le fait qu'une plainte reste encore tabou et d'autre part, par le manque de structures d'aide identifiable par les médecins. Notre travail s'intéresse au vécu des médecins généralistes face aux mises en cause des patients. Notre objectif principal était d'étudier le vécu des médecins généralistes face aux procès, procédures administratives et courriers de plainte. Nos objectifs secondaires étaient d'étudier le soutien qu'ils ont pu trouver, ou qui leur a manqué et l'impact sur leur pratique.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 13 médecins généralistes installés en région Auvergne Rhône Alpes. Les médecins généralistes ont été contactés par le bouche à oreille et via le site de l'union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux d'Auvergne Rhône Alpes. Les entretiens se sont déroulés de novembre 2021 à mai 2022. Les données anonymisées ont fait l'objet de codage lui-même triangulé par deux chercheuses.

Les principaux résultats ont montré qu'une plainte de patient, qu'elle ait aboutie ou non en Justice et quel que soit l'issue de celle-ci, est un événement traumatisant. En effet, elle engendre un bouleversement émotionnel de la réception de la lettre jusqu'à la fin de la procédure et même au-delà. Les médecins de notre étude décrivent, dans un premier temps un choc puis de l'inquiétude mêlée à de la colère, de l'incompréhension et aussi de la culpabilité d'avoir pu nuire à un patient. Puis apparaît un vécu de violence, tant institutionnelle, avec des juges et des experts perçus comme malveillants que des patients considérés comme vénaux. Il y a une méfiance qui s'installe vis-à-vis des patients. S'ajoute à cela un sentiment d'avoir perdu la confiance du patient qui les accuse. La relation fondée est mise à mal provoquant un doute sur la compétence du médecin. Cela peut provoquer un arrêt d'activité temporaire, notamment au début avec une sidération, mais aussi à la fin de la procédure avec une incapacité à reprendre l'activité pour laquelle le médecin a été mis en cause. Durant cette épreuve, les médecins de notre étude ont cherché le soutien surtout au niveau du cercle intime. Ils décrivent un besoin de partage d'expérience avec des pairs de confiance, des amis et la famille. Certains ont cherché des conseils juridiques auprès des assurances ou du conseil de l'Ordre. Parmi les médecins interrogés, certains disent ne pas avoir trouvé le soutien escompté au niveau ordinaire et on retrouve une certaine déception vis-à-vis de l'Ordre qu'ils ne jugent pas assez aidant. Certains rapportent un manque de structures d'aide et bien souvent les médecins de l'étude n'ont pas trouvé du soutien au-delà de leurs proches. Ils expliquent ce défaut de soutien par le fait que parler d'une plainte reste tabou. En effet, une plainte peut être associée à une impression d'être un

mauvais médecin, ce qui peut engendrer une peur de parler par honte et crainte du jugement des pairs. Dans notre étude, tous relatent un vécu difficile d'une mise en cause par un patient. Parmi les clés pour améliorer la prise en charge des médecins, il a été soulevé l'intérêt du partage d'expérience et de l'échange avec les confrères. Il pourrait être intéressant de mettre en avant des groupes de parole dans lesquels chaque participant évoquerait son expérience. Une autre piste soulevée au cours des entretiens est celle du rapport des médecins avec la notion d'erreur médicale. En effet, une accusation peut donner l'impression d'avoir commis une erreur. Celle-ci peut engendrer une autodépréciation professionnelle et personnelle ce qui peut freiner la prise de parole et limiter la recherche de soutien. On pourrait imaginer alors, qu'un apprentissage dès le début des études médicales de la culture positive de l'erreur pourrait être un levier pour améliorer le vécu d'une plainte en facilitant la discussion et en permettant de diminuer la culpabilité, l'autodépréciation et ainsi pourrait, peut être limiter l'adoption d'une médecine défensive et l'arrêt de travail.

Le Président de jury,

Nom et Prénom *Erpeldinger Sylvie*

Signature



Professeure Sylvie ERPELDINGER
D.O.B.L. - MÉDECINE GÉNÉRALE

VU,

Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Malentique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Philippe PAPAREL

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le *12/02/2022*

5 Références bibliographiques

1. Lorphelin-Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale? :99.
2. Eychenne P. La judiciarisation de la médecine modifie-t-elle les pratiques des médecins généralistes dans le département des Deux-Sèvres ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.
3. Philip C. Les perceptions du retentissement du risque de judiciarisation par le médecin généraliste: une étude qualitative menée auprès des médecins généralistes installés dans le Morbihan [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2020.
4. Mouries DR. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS LIBERAUX FRANCILIENS : TEMOIGNAGES, ANALYSES ET PERSPECTIVES. :59.
5. PDF - [PDF] Chiffres clés de la responsabilité médicale [Internet]. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/assets/pdf-chiffres-cles-de-la-responsabilite-medicale-16d9-ddf57.html?lang=fr>
6. Responsabilité médicale : le rapport 2020 de la MACSF marqué par la sévérité... [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/actualites/responsabilite-medicale-le-rapport-2020-de-la-macsf-marque-par-la-severite-des-tribunaux-9499-ddf57.html>
7. rapport_dactivite_de_la_juridiction_ordinale_en_2019.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xoqvf4/rapport_dactivite_de_la_juridiction_ordinale_en_2019.pdf
8. cnom_rapport_activite_2021.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/j5p3xe/cnom_rapport_activite_2021.pdf
9. Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire. 21 oct 2014;157.
10. Masson L. Représentation et vécu des procédures judiciaires en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2019.
11. 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.

12. MACSF.fr. Les différents types de mise en cause d'un médecin [Internet]. MACSF.fr. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/medecin-responsabilite-patient-procedure>
13. Les CCI - Oniam [Internet]. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/partenaires>
14. MACSF.fr. Procédure de mise en cause devant une CCI - [Internet]. MACSF.fr. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/infographie-mise-en-cause-cci>
15. Les CCI - Oniam [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/partenaires>
16. MACSF.fr. Procédure de mise en cause devant les juridictions civiles [Internet]. MACSF.fr. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/infographie-mise-en-cause-civile>
17. La procédure de sanction déontologique d'un médecin [Internet]. Dante. 2020 [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.dante-avocats.fr/la-procedure-de-sanction-deontologique-dun-medecin/>
18. Distinguer responsabilité civile et pénale [Internet]. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.weka.fr/action-sociale/dossier-pratique/diriger-un-accueil-de-loisirs-dt48/distinguer-responsabilite-civile-et-penale-3406/>
19. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness. *J Gen Intern Med.* 1 juill 1992;7(4):424-31.
20. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ.* 18 mars 2000;320(7237):726-7.
21. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider « second victim » after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* oct 2009;18(5):325-30.
22. Vargas-Blasco C, Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Medical malpractice liability and its consequences. *Actas Urol Esp.* mai 2020;44(4):251-7.
23. Panella M, Rinaldi C, Leigh F, Donnarumma C, Kul S, Vanhaecht K, et al. The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: The impact of being a second victim. *Rev Calid Asist Organo Soc Espanola Calid Asist.* juill 2016;31 Suppl 2:20-5.

24. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 12 août 2019;10:593-603.
25. David V. Seconde victime [Internet]. *Accompagnement Soignant*
Secondes victimes. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.soutien-seconde-victime.fr/service-2nde-victime-161>
26. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf.* juin 2020;16(2):e61-74.
27. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* juin 2013;36(2):135-62.
28. Gómez-Durán EL, Vizcaíno-Rakosnik M, Martin-Fumadó C, Klamburg J, Padrós-Selma J, Arimany-Manso J. Physicians as second victims after a malpractice claim: An important issue in need of attention. *J Healthc Qual Res.* oct 2018;33(5):284-9.
29. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *West J Emerg Med.* mai 2019;20(3):485-94.
30. Luk LA, Lee FKI, Lam CS, So HY, Wong YYM, Lui WSW. Healthcare Professional Experiences of Clinical Incident in Hong Kong: A Qualitative Study. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021;14:947-57.
31. Hermer LD, Brody H. Defensive medicine, cost containment, and reform. *J Gen Intern Med.* mai 2010;25(5):470-3.
32. Sachs CJ, Wheaton N. Second Victim Syndrome. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 12 août 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572094/>
33. Plews-Ogan M, May N, Owens J, Ardelt M, Shapiro J, Bell SK. Wisdom in Medicine: What Helps Physicians After a Medical Error? *Acad Med.* févr 2016;91(2):233-41.
34. Herring JA. Complications: Second Victim. *J Pediatr Orthop.* juill 2020;40 Suppl 1:S22-4.
35. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf.* juin 2017;13(2):93-102.
36. Grosjean M. Abstract. *Rev Int Psychosociologie.* 2001;(16):339-55.
37. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med.* févr 1996;5(2):71-5.

38. Ferrús L, Silvestre C, Olivera G, Mira JJ. Qualitative Study About the Experiences of Colleagues of Health Professionals Involved in an Adverse Event. *J Patient Saf.* 1 janv 2021;17(1):36-43.
39. Lancement du numéro pour les médecins et internes en souffrance [Internet]. *Le Quotidien du Médecin.* [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/lancement-du-numero-pour-les-medecins-et-internes-en-souffrance>
40. Fatima S, Soria S, Esteban- Cruciani N. Medical errors during training: how do residents cope?: a descriptive study. *BMC Med Educ.* 29 juill 2021;21:408.
41. resume_module_5.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_5.pdf
42. Erreur médicale : 4 points certifiés pour être indemnisé [Internet]. [cité 15 déc 2022]. Disponible sur: https://www.justifit.fr/b/guides/droit-sante/erreur-medecale-recours/#Definition_de_lerreur_medecale
43. <https://adequationsante.com/author/th>. DIAGRAMME DE REASON – CAUSES D’UN ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE | Adéquation Santé [Internet]. [cité 15 déc 2022]. Disponible sur: https://adequationsante.com/fiche_methodologique/diagramme-de-reason-causes-dun-evenement-indesirable/
44. Poma R. La culture positive de l’erreur, aspects historiques, épistémologiques et éthiques. *Soins.* avr 2016;61(804):26-9.
45. de C. 2. Une charte du signalement mise en œuvre au sein d’un site hospitalier. :4.
46. Painter LM, Kidwell KM, Kidwell RP, Janov C, Voinchet RGJ, Simmons RL, et al. Do Written Disclosures of Serious Events Increase Risk of Malpractice Claims? One Health Care System’s Experience. *J Patient Saf.* juin 2018;14(2):87.
47. Laurent A, Capellier G. Accompagner les professionnels de santé dans la révélation de l’erreur : de la révélation à soi à la révélation à l’autre. *Wwwem-Premiumcomdatarevues00034487v176i2S000344871730210X* [Internet]. 21 févr 2018 [cité 15 déc 2022]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.univ-lyon1.fr/article/1197896/resultatrecherche/18>
48. Poonia SK, Prasad A, Chorath K, Cannady SB, Kearney J, Ruckenstein M, et al. Resident Safety Huddles: Our Department’s Experience in Improving Safety Culture. *The Laryngoscope.* juin 2021;131(6):E1811-5.

49. Fox MD, Bump GM, Butler GA, Chen LW, Buchert AR. Making Residents Part of the Safety Culture: Improving Error Reporting and Reducing Harms. J Patient Saf. 1 août 2021;17(5):e373-8.

50. Sawicki OA, Müller A, Pommée M, Blazejewski T, Schneider K, Kreuzmair L, et al. [Design and evaluation of a preclinical medical elective titled « Safety culture in healthcare: Every error counts! »]. Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen. avr 2021;161:57-62.

6 Annexe :

Annexe 1 : Grille d'entretien

Je commence l'enregistrement, à partir de maintenant tout est enregistré et sera stocké dans mon portable. Toutes les données personnelles seront anonymisées, vous pouvez demander l'arrêt de l'enregistrement à tout moment.

1) Professionnellement, quelle est votre activité ?

a. Type d'exercice : rural, semi-rural, urbain, salarié, libéral seul ou en groupe,

c. DU, activité professionnelle complémentaire (ostéopathie, psychothérapie, expertise, médecine légale, homéopathie)

2) Racontez moi l'évènement. (Présentation de la plainte, réclamation, de la poursuite, ou des courriers de reproche.)

3) *Vécu*. Quand vous avez pris connaissance de cette situation, comment l'avez-vous vécu ? Qu'avez-vous ressenti ?

4) Avez-vous trouvé du soutien, si oui auprès de qui ?

5) *Répercussions sur la pratique*. Qu'est-ce que vous tirez de cette expérience ?

(Relance : Votre rapport aux patients ? Votre rapport avec vos collègues ? changement dans la pratique (examen complémentaire, demande d'avis spécialisés, tenue différente du dossier médical, communication)

Clôture de l'entretien : est-ce que vous voulez compléter ? Conseil à donner ?



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

LETTRE D'INFORMATION POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : Quel est le vécu des médecins généralistes face aux réclamations/procédures engagées par des patients.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation à mon enquête qualitative sur le vécu des médecins généralistes face aux procédures des patients, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ÉTUDE : étudier le vécu des médecins généralistes face aux réclamations/procédures des patients. En objectif secondaire, étudier les différents soutiens dans de telles situations et étudier l'impact sur la relation aux patients.

BÉNÉFICES ATTENDUS : Mettre en lumière un sujet qui peut être difficilement vécu par les médecins afin qu'ils se sentent moins seul. Mettre en évidence différentes sources de soutien possible. Et identifier les difficultés qu'ils ont eu dans cette épreuve pour pouvoir réfléchir à des solutions.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE : Après avoir contacter les médecins pour leur expliquer les modalités de l'étude et obtenue leur accord, je conviendrais d'un rendez-vous avec eux pour faire l'entretien. Les entretiens suivront une trame établie au préalable, ils seront enregistrés via un dictaphone et retranscrit mot pour mot dans ma thèse. Les données seront anonymisées et stockées sur un serveur sécurisé. L'analyse des entretiens permettra de dégager des idées sur les différents thèmes abordés et il y aura une triangulation des données avec ma directrice de thèse afin de confronter nos idées et notre analyse.

Note d'information concernant la participation à une recherche dans le domaine de la santé
Protocole ***** – Version n***** en date du *****

Page 1 sur 3

RISQUES POTENTIELS :

Effets indésirables possibles ?

Reparler d'un sujet qui peut être sensible et faire revivre des émotions potentiellement désagréables.

FRAIS MÉDICAUX : aucun.

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

LÉGISLATION – CONFIDENTIALITÉ

La Commission d'éthique de la recherche en médecine générale, du Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 07/07/2021

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Si traitement informatisé des données :

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire de l'interne PRIEM Lucille conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1^{er} juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 07/07/2021

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, PRIEM Lucille tel 06 26 22 75 10

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE :

Je soussigné(e) (*nom et prénom du sujet*),
accepte de participer à l'étude sur le vécu des médecins généralistes face aux plaintes et
procédures engagées par les patients.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par l'interne PRIEM Lucille

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect
du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude
puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai
exercer mon droit d'accès et de rectification auprès de l'interne PRIEM Lucille

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma
participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je
conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et
volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Annexe 4 : *Les retranscriptions d'entretiens*

Les treize entretiens sont disponibles en version numérique et transférables par mail sur demande.

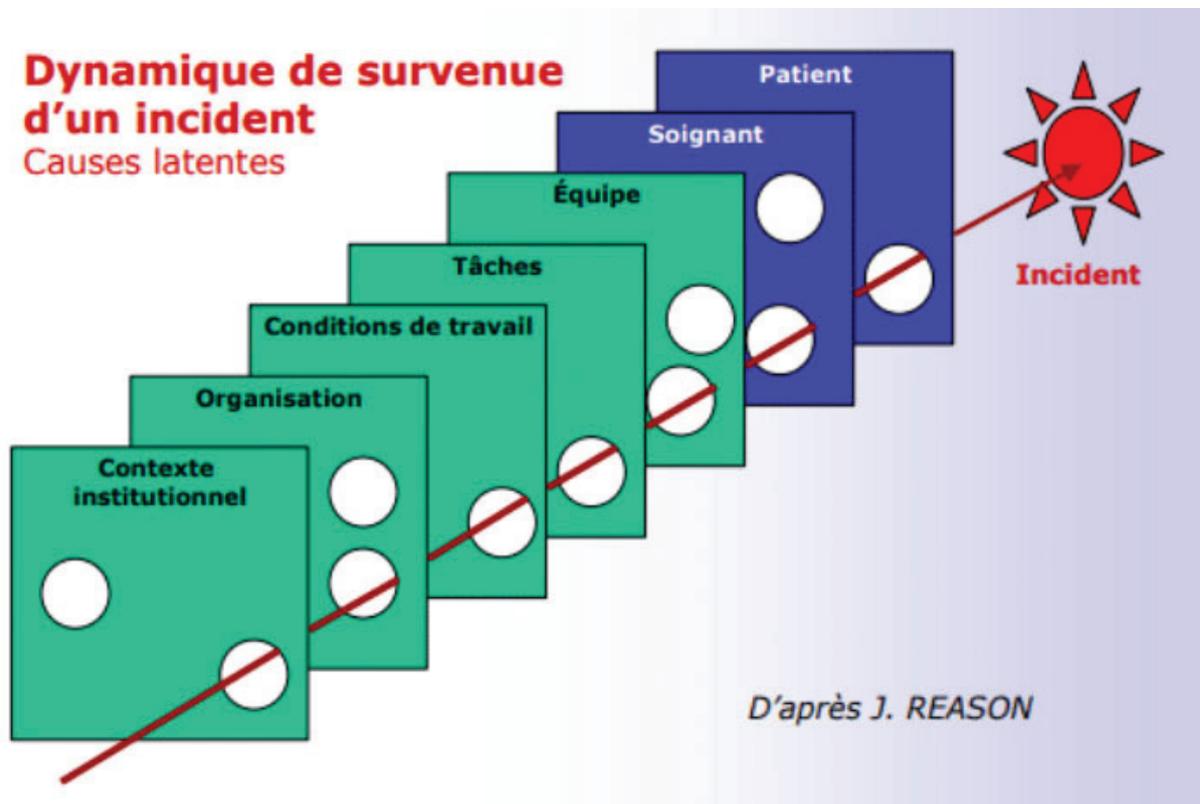
Annexe 5 : Caractéristiques des participants

	Age(année)	Sexe	Type d'activité	Maitre de stage	Durée entretien (min)	Lieu des entretiens
M1	40	F	Semi-rurale en groupe	MSU	31	Visio
M2	50	F	Semi-rurale en groupe	MSU	39	Visio
M3	30	F	Urbain en groupe	Non MSU	27	Visio
M4	62	H	Semi- rurale en groupe	MSU	39	Viso
M5	56	H	Semi-rurale en groupe	MSU	68	Présentiel chez lui
M6	59	H	Urbain en groupe	Non MSU	29	Présentiel chez lui
M7	38	F	Urbain en groupe	MSU	33	Présentiel au cabinet
M8	45	F	Urbain en groupe	Non MSU	16	Visio
M9	61	F	Urbain seule	Non MSU	50	Présentiel au cabinet
M10	32	F	Urbain en groupe	Non MSU	28	Présentiel chez elle
M11	46	F	Urbain en groupe	MSU	45	Visio
M12	47	H	Semi-rurale en groupe	Non MSU	28	Visio
M13	42	F	Urbain en groupe	MSU	24	Présentiel au cabinet

Annexe 6 : tableau synthétisant changement d'activité / soutien / condamnation

	Changement d'activité / de pratique	Soutien	Type de plainte / condamnation
M1	Non	Cercle intime/assurance	Plainte ordinale / Pas de condamnation
M2	Oui	Absence de soutien	Plainte ordinale / Pas de condamnation
M3	Non	Cercle intime/ assurance	CCI* / pas de condamnation
M4	Non	Cercle intime / avocat	Plainte ordinale / blâme
M5	Non	Cercle intime	Plainte administrative / pas de condamnation
M6	Non	Cercle intime / Ordre	Plainte ordinale / pas de condamnation
M7	Non	Cercle intime	Plainte ordinale / pas de condamnation
M8	Non	Cercle intime	Plainte ordinale / pas de condamnation
M9	Non mais a envisagé l'arrêt.	Absence de soutien	Plainte en CCI / pas de condamnation
M10	Oui	Cercle intime	Plainte administrative / pas de condamnation
M11	Non	Cercle intime / avocat	Plainte au civil / en cours
M12	Non	Cercle intime	Plainte administrative / non
M13	Non	Cercle intime	Plainte en CCI / condamnation à verser une indemnisation

*CCI : commission de conciliation et d'indemnisations



Priem Lucille

Vécu des médecins généralistes face aux plaintes administratives, judiciaires et ordinaires des patients. Thèse Médecine Générale : Lyon 2023 ; n°9

Résumé

Contexte : La judiciarisation de la médecine est une préoccupation grandissante chez les médecins généralistes. Une mise en cause peut avoir un impact négatif sur le praticien avec des angoisses, une perte de confiance. On s’imagine alors que ce bouleversement émotionnel peut avoir un impact sur la pratique. Notre objectif principal était d’étudier le vécu des médecins généralistes face aux plaintes judiciaires des patients. Nos objectifs secondaires étaient d’étudier le soutien qu’ils ont pu ou non trouver et l’impact sur leur pratique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 13 médecins généralistes. Les médecins ont été recrutés par bouche à oreille avec effet boule de neige et via le site de l’URPS Auvergne Rhône Alpes qui a diffusé le sujet de thèse sur leur site. Les retranscriptions anonymisées ont fait l’objet d’un codage et d’une triangulation.

Résultat : Les médecins ont décrit un vécu difficile, avec un sentiment d’injustice, de colère parfois même de violence. Ils décrivent une épreuve traumatisante génératrice de beaucoup d’angoisse. Le soutien a surtout été trouvé auprès du cercle intime avec l’aide des proches et des pairs de confiance. Certains ont aussi eu appel à un avocat, leur assurance ou le conseil de l’Ordre. Il y a néanmoins, un sentiment de solitude qui peut apparaître avec une difficulté à trouver de l’aide soit par manque de structure identifiable soit par honte de parler de la plainte. La pratique a été impactée, chez les médecins interrogés avec une augmentation des examens complémentaires, une traçabilité dans le dossier plus rigide et une méfiance envers les patients qui a pu nuire à la relation médecin/patient. Deux d’entre eux ont même changé d’activité.

Discussion : Le concept de seconde victime englobe les médecins qui sont mis en cause par un patient, même s’ils n’ont pas fait d’erreur. Plusieurs clés sont soulevées pour aider les secondes victimes avec notamment une culture positive de l’erreur. Cette culture prône la discussion et l’analyse de l’erreur afin de déculpabiliser le praticien et d’éviter que celle-ci se reproduise. Même s’il n’y a pas forcément erreur lors d’une mise en cause, un des freins à discuter de celle-ci vient du fait que la possibilité d’avoir pu commettre une erreur est tabou. Il pourrait donc être intéressant d’avoir une éducation à la culture positive de l’erreur dès le début des études médicales pour libérer la parole.

Mots clés : Procès, vécu, médecins généralistes, seconde victime, culture positive de l’erreur.

JURY :
Présidente : Madame le Professeur Erpeldinger
Membres : Monsieur le Professeur Fassier
Monsieur le Professeur Lainé
Madame le Docteur Rosenstiehl

DATE DE SOUTENANCE : 31 janvier 2023

80