



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU
Présenté et soutenu publiquement
Le 24 novembre 2017
Par le Docteur Maïlys MICHOT-CASBAS

Eléments factuels influençant le vécu de la plainte ordinale

Perspectives d'amélioration des pratiques du CDOM 31

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année 2017

Remerciements

A Jean Thévenot, qui restera toujours *mon Président*. Merci de tout ce que vous m'avez transmis. Vous m'avez enseigné à mieux m'approprier ces cadres formels que vous maîtrisez parfaitement, pour mieux développer ces idéaux de bienveillance et de justice qui ont été les vôtres tout au long de vos mandats.

A Maïalen Contis, pour son intelligence, sa maîtrise des cadres, sa finesse et sa vivacité d'esprit. Votre aide précieuse m'a éclairée dans la rédaction de ce travail

A Robert Nicodème, mon mentor depuis mes toutes premières années d'internat. Vous m'avez enseigné que la rigueur peut toujours s'allier à la bienveillance. Mon parcours ordinal se fait dans votre sillage et pour tout cela je vous remercie.

A Christian Hervé, mon Maître, depuis le premier cycle de mes études de médecine. Vous m'avez permis de naître de grandir et de m'épanouir au sein du Laboratoire d'Ethique Médicale, Droit de la Santé et Santé Publique de l'Université Paris V, laboratoire que vous avez créé et que vous avez su rendre aujourd'hui indispensable à force de travail, d'un fort esprit d'anticipation et d'une intelligence rare. Je me revendique et suis fière d'être votre élève.

A Eric Galam, pour m'avoir permis de prendre le chemin de votre pensée, et de faire avancer cet idéal de bienveillance à soi même comme aux autres. Merci pour cette formation. Merci d'y avoir mis *du temps du talent et du cœur*. ☺

A Claude et Noëlle Maillet, pour votre esprit et votre envie de faire naître à chacun sa capacité à donner le meilleur de lui-même.

A Jean Jacques Ormières pour tout votre investissement dans cette formation et votre enthousiasme communicatif.

A mes consoeurs et confrères élus à mes côtés à l'Ordre du département de la Haute Garonne, en remerciement de tous échanges emprunts d'une envie d'élever la réflexion à la lumière de leur expérience et de leur sensibilité.

A tous les praticiens qui ont accepté de me répondre, à tous ces hommes et ces femmes, professionnels du prendre soin, qui m'ont laissé voir d'eux toute cette intelligence, cette capacité d'analyse, cette bienveillance et cette envie de co-construire ensemble un Ordre fort et juste, à l'image de notre profession.

*Si je ne suis pas pour moi, alors qui le sera ?
Et si je suis que pour moi, alors qui suis je ?
Et si ce n'est pas maintenant alors quand cela sera t'il ?*

Hillel le juste

J'ai des questions à toutes vos réponses

Woody Allen

INTRODUCTION

Le moment de la plainte est un point d'ancrage fort dans le parcours de tout praticien mis en cause et souvent aussi pour ceux qui l'entourent que cet entourage soit affectif ou professionnel. Quelles qu'en soient les suites, cet événement sera tracé dans son dossier ordinal et le suivra durant toute sa carrière.

Le médecin est un professionnel potentiellement fragile. La vague de suicide dont le très médiatisé passage à l'acte du Pr Mégnin de l'APHP, a donné lieu à un travail de fond sur les conditions de vie au travail dont l'un des aboutissements est la promulgation de la loi Touraine et le développement de travaux de recherche. Cette dynamique d'inscrire dans une dynamique européenne.

Ces travaux de recherche prennent racine dans la prise de conscience de cette potentielle fragilité, d'autant plus visible qu'elle est susceptible d'aboutir à des passages à l'acte qui savent être violents, efficaces et bouleversants. La dynamique suscitée est nécessaire pour permettre de travailler à la fois de manière individuelle et collective.

Tout élément fort de notre parcours humain qu'il soit personnel ou professionnel est une opportunité de changement voire de progression. Mais pour cela il est important que l'obstacle soit d'intensité tolérable, supportable. Si ce n'est pas le cas l'acteur principal de la situation n'aura comme autre choix pour continuer à construire après l'événement, que de l'enfouir, de chercher à l'oublier, ou de l'entourer de colère.

Le moment de la plainte devrait, comme tout obstacle, pouvoir devenir source de changement. Il est une invitation au questionnement et à l'amélioration des pratiques à soi comme aux autres, un moment pour marquer des limites, refuser certains modes de fonctionnement, mettre en lumière un dysfonctionnement, apprendre à être différemment au monde.

Ce moment peut avoir pour vocation d'être le moteur du changement.

Il est donc important de travailler pour que ce moment ne soit trop violent et qu'il soit vécu dans une perspective si ce n'est de justice tout au moins de justesse.

L'idée de ce présent mémoire est ainsi de travailler à une, si possible, amélioration des pratiques ordinales, dans une volonté d'amélioration du vécu de la plainte, pour permettre de d'être utilisée comme source potentielle de changement positif pour le praticien.

Ce travail s'intègre dans une démarche très pragmatique et pose sa réflexion dans les limites du cadre réglementaire qui sera du coup rappelée précisément en toute première partie.

I. ETAT DE LA QUESTION DANS LA LITTERATURE

A. Cadre réglementaire

« tout médecin lors de son inscription au tableau doit affirmer devant le conseil départemental de l'Ordre qu'il a au connaissance du (...) code de déontologie et s'engage sous serment à le respecter »

Un manquement à ces règles déontologiques codifiées aux articles R.4127-1 à R.4127-112 du code de la santé publique expose son auteur à une sanction disciplinaire par le biais de la juridiction ordinaire.

Les chambres disciplinaires ont pour fonction essentielle d'apprécier si le médecin mis en cause a manqué ou non à la déontologie médicale.

Elles se prononcent sur des plaintes dirigées contre des médecins et émanant de patients, de collègues, d'organisations concernées (Ordre, Agences Régionales de Santé, Sécurité sociale, Association de défense des patients...), du ministre de la santé, du préfet du département dans lequel le médecin est inscrit, du procureur de la république, d'un syndicat ou d'une association de praticiens

Quelles sont les étapes de la procédure ?

C'est le conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel est inscrit le médecin mis en cause, qui est compétent pour recevoir initialement la plainte ou doléance.

Si le courrier initial a pour motif une demande d'explication elle sera alors traitée sous la forme d'une *doléance* et une *réunion d'explication* sera organisée. Un ou plusieurs membres du conseil départemental feront alors un travail de médiation pour permettre aux parties de s'entendre à défaut de se comprendre. A la suite de cette réunion soit les parties sont satisfaites de l'échange et la procédure s'arrête là, sinon la *doléance* se transforme en *plainte* et la procédure de la plainte est ensuite organisée dans un second temps.

Si le courrier porte la mention plainte, ou réclame une sanction, elle est alors traitée sous la forme d'une *plainte*. Le président du conseil départemental accuse réception de la plainte et en informe le mis en cause. Une *réunion de conciliation* est organisée. Ceci est une obligation réglementaire. Le Conseil de l'Ordre départemental est obligé de recevoir la plainte et d'organiser cette réunion de conciliation selon d'article L 4123-2 du Code de Santé Publique. Néanmoins les parties ne sont pas tenues de s'y rendre.

Les parties peuvent être accompagnées ou non par un avocat mais elles sont tenues d'en informer l'ordre qui en informera la partie adverse dans le cadre du principe de l'égalité des armes.

Un ou des membres du Conseil reçoivent les parties afin de leur permettre d'échanger quant aux faits sans exercer aucune pression pour les amener à se concilier.

A la fin de la réunion un procès-verbal est rédigé et signé aussitôt stipulant l'absence de conciliation, une conciliation totale ou une conciliation partielle du litige.

La situation sera exposée en réunion plénière du CDOM.

Si la plainte est maintenue, le conseil départemental l'examine en réunion plénière, puis la transmet obligatoirement à la chambre disciplinaire de première instance. S'ajoute à la transmission obligatoire de la plainte l'avis du conseil départemental et son association éventuelle à la plainte en motivant son avis par rapport à la faute déontologique le cas échéant. Si cela lui paraît pertinent le conseil peut ajouter des indications quant aux antécédents du médecin.

Pour les médecins chargés d'une mission de service publique et uniquement pour eux le conseil départemental ne peut pas transmettre la plainte mais il peut lui même déférer le médecin devant la chambre disciplinaire de première instance en portant lui même plainte (un médecin chargé de service publique ne peut être déféré que par une instance autorisée à le faire- Art L4124-2). Il indiquera cependant au plaignant les voies qui lui restent ouvertes.

En cas de faute déontologique jugée comme grave par le conseil, celui-ci peut se constituer lui-même plaignant à l'encontre du médecin, quelle que soit la position du plaignant.

La chambre disciplinaire, qui se retrouve confiée la suite de la procédure, est une juridiction qui applique les règles de la procédure administrative. Il est alors demandé aux parties de monter un dossier écrit. La plainte est alors jugée recevable ou irrecevable. Si la plainte est considérée comme recevable, l'affaire est instruite avec désignation d'un rapporteur. Les mémoires et pièces sont communiquées à chacune des parties. La chambre organise une audience publique et décide alors soit du rejet de la plainte, soit de la condamnation du médecin, soit de la mise en attente en cas de nécessité de complément d'information.

Le parcours d'une plainte :

La réception de la plainte, adressée au conseil départemental dans lequel le médecin est inscrit, est datée.

Une conciliation est alors organisée par le conseil départemental dans un délai maximum de 1 mois (mais la date de la conciliation peut dépasser un mois en sachant que la date limite pour transmettre est de 3 mois).

A l'issue de la conciliation un procès verbal manuscrit est rédigé et il est signé par les conciliateurs et par chacune des parties. Ce Procès Verbal résume la situation et est remis à chacune des parties. L'original est archivé dans le dossier ordinal du ou d'un des praticiens mis en cause et des copies sont archivées dans chaque dossier ordinal de chaque praticien mis en cause. Un CR peut être rédigé par les conciliateurs mais celui-ci n'est pas une obligation réglementaire. Ils sert à présenter la situation au CDOM et est lui aussi secondairement consigné dans le dossier ordinal de chaque praticien.

En cas de conciliation partielle (cela signifie que la plainte est poursuivie partiellement) le procès verbal rédigé fait mention de cette conciliation partielle mais cela signifie que les parties ne se sont pas conciliées.

Un délai de 3 mois après RECEPTION de la plainte est prévu pour transmettre la plainte et il est nécessaire de préciser que la plainte sera transmise si ce délai n'est pas respecté.

Si la conciliation implique la réalisation d'actes à venir on peut :

- soit considérer que la plainte n'est pas conciliée. Elle ne le sera que si le plaignant annonce son retrait de plainte ultérieurement, à réception du document exigé, et à la condition que le plaignant formalise par écrit le retrait de sa plainte.
- Soit considérer que la plainte est conciliée en rappelant au plaignant qu'il lui est à tout moment possible de relancer la plainte notamment en cas de non réception du document exigé.

En cas d'échec de la conciliation le conseil décide en séance plénière s'il se borne à transmettre la plainte, ou si il s'y associe.

En cas de conciliation et dans des situations très particulières le conseil peut décider de prendre la plainte à son compte et de poursuivre ainsi devant la chambre disciplinaire.

Un délai maximum de 3 mois est requis entre la réception de la plainte et la transmission à la chambre disciplinaire (qui est une émanation du conseil régional).

Une fois la plainte reçue la chambre disciplinaire de première instance dispose d'un délai maximal de 6 mois entre la réception de la plainte et l'affichage de la décision, ce qui signifie qu'elle bénéficie de six mois maximum pour faire rassembler les pièces, instruire le dossier, organiser l'audience publique et délibérer.

Le délai d'appel est de 1 mois à compter de la date de réception de la notification de la décision qui devra être transmise au médecin, au plaignant, au conseil départemental et à toute autorité susceptible de faire appel de la décision.

L'appel se fait alors devant la chambre disciplinaire nationale (juridiction d'appel).

A réception de la notification de la décision un délai de pourvoi devant le Conseil d'Etat est fixé à 2 mois.

Cela signifie que théoriquement une plainte peut être réglée dans un délai de temps réglementaire très variable compris entre 4 mois pour une conciliation simple au CDOM et 1 an ½ en cas de poursuite de la plainte au CROM, mais ces délais sont très souvent dépassés du fait du temps nécessaire aux échanges des arguments entre les parties et du fait du nombre de dossiers à traiter.

B. Bilan d'activité 2015/2016 de la commission de conciliation du CDOM 31

En tout 54 plaintes ont été enregistrées entre juin 2015 et juin 2016

- 19 de ces plaintes ont été transmises à la chambre disciplinaire de première instance (soit 35% des plaintes déposées).
 - o 14 sur 19 ont été transmises sans s'y associer et
 - o 5 sur 19 ont été transmises en s'y associant.
- 27 de ces plaintes ont été retirées c'est à dire qu'il y a eu conciliation à la suite de la réunion de conciliation, ou envoi d'un courrier par le plaignant indiquant qu'il retire sa plainte et cela peut se faire à tous les temps de la procédure.
- Si le plaignant ne se présente pas la conciliation est impossible la plainte est donc maintenue et devra être transmise par le conseil département à la chambre disciplinaire.

Sur ces 54 plaintes enregistrées 4 de ces plaintes étaient déposées contre un médecin dans le cadre d'une mission de service publique.

Le motif enregistré de la plainte était :

- le refus de soin pour 37% d'entre eux
- Un problème de certificat attestation arrêt de travail pour 26% d'entre eux
- Un problème de confraternité pour 20% d'entre eux
- Une attitude contraire à la déontologie et ou à l'Ethique pour 13+ d'entre eux
- Un problème d'expertise pour 4% d'entre eux.

Sur les 54 plaintes 46 % étaient à l'encontre de médecins généralistes et 54% à l'encontre de spécialistes toute spécialité confondue

Le CDOM de Haute Garonne a déposé plainte contre 8 médecins sur l'année 2015-2016

Dans le même temps le CDOM a enregistré et géré 281 doléances. Le principal motif concerne les soins (absence de soins, diligence des soins, défaut de soins).

36 doléances exprimées concerne des doléances entre confrères et des problèmes de confraternité.

4 doléances ont été exprimées par des médecins à l'égard de leurs patients (falsification d'ordonnance, perte de confiance, paiement sans provision)

Le rapport national publié en 2012 faisait état sur le territoire français de 1091 plaintes déposées en tout dans les différents CDOM de la part des médecins, 3800 plaintes de particuliers, 621 plaintes entre médecins, 1158 plaintes entre particuliers et médecins, 76 plaintes entre médecins et établissement de santé.

1322 réunions de conciliations ont été enregistrées sur le territoire en 2012.

C. Revue de la littérature

La recherche bibliographique a rapporté peu d'articles publiés dans des revues internationales à impact factor. En tout 27 articles ont été retenus comme pertinents en utilisant les termes Burn Out et Prévention et la plupart rapporte des problématiques de terrain en milieu de soin.

Cette notion d'épuisement touche tous les professionnels du soin et de nombreuses publications sont issues des revues infirmières.

On note l'absence de données dans la littérature médicale concernant les liens possibles entre plaintes et syndrome d'épuisement professionnel. Je n'ai retrouvé aucune publication émanant du conseil de l'Ordre dans des revues à impact factor.

Un travail de revue de la littérature fait par une équipe suisse sur les publications entre 1980 et 2007 démontre un impact fort entre erreur et burn out. Le très reconnu Pr Eric Gallam dans son ouvrage l'erreur médicale le burn out et le soignant analyse les liens qui relient ces différents éléments pour proposer des stratégies de dépassement.

Les travaux de la Mayo Clinic rapportent l'importance d'avoir dans leur enceinte des praticiens référents pour prendre soin des autres et ce dès 2013.

Des travaux de recherche encore plus récents rapportent que la méthode de travail prévient du burn out. La notion de recherche de sens semblerait arriver plus tardivement dans le cursus des praticiens et un praticien organisé serait moins enclin à se remettre en cause.

Cependant l'impact de la plainte ordinaire n'est pas abordé au sein de la littérature référencée.

Quelques ouvrages et je retiendrai ici l'excellent livre d'une infirmière canadienne Margaux Phanoëuf, rédactrice Infiressources, la relation soignant soigné ressources et accompagnement, consacre une grande partie de son travail à la notion d'éveil du soignant à lui-même en amont de sa relation à l'autre. Cela corrobore les éléments observés dans d'autres travaux comme ceux émanant des sciences humaines, rapportant qu'une meilleure connaissance de soi en tant qu'être de relation est un élément d'amélioration de soi-même, de la relation et de l'autre.

En parallèle, quelques conseils départementaux ont réalisé des travaux de terrain pour accompagner les praticiens autour de la plainte et préparer les nouveaux élus à l'activité de gestion des doléances et conciliations. C'est le cas du CDOM du Vaucluse qui a réalisé un dossier très complet ouvrant la porte à la fois de la prévention des situations à risque mais aussi légitimant la nécessaire bienveillance des patients envers les médecins en rappelant les obligations des patients, les articles de lois, et de très pragmatiques modèles de courrier.

II. METHOLOGIE DE LA RECHERCHE

A. Problématique :

Existe t'il des éléments modifiables, permettant d'optimiser le vécu de la plainte par les médecins, impliqués dans une plainte ou doléance au niveau du Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Haute Garonne ?

B. Objectifs :

Objectif principal : Repérer les situations modifiables vécues comme douloureuses ou violentes par les médecins amenés à se présenter à l'Ordre dans les suites d'une plainte ou doléance ordinale quelle qu'en soit la cause et l'origine.

Objectifs secondaires :

- 1- Identifier les critères permettant de considérer une réunion de conciliation comme « réussie » selon le praticien interrogé
- 2- Pointer de manière élargie les éléments modifiables à l'origine d'une sensation de souffrance chez le soignant
- 3- Proposer des pistes de solutions conformes au cadre réglementaire pour améliorer le vécu de la plainte par le praticien.

C. MATERIEL ET METHODE

1. Analyse contextuelle

Cette première partie a consisté en une analyse des textes réglementaires et une revue de la littérature médicale.

L'analyse des textes réglementaires a été réalisée via le site officiel LégiFrance, et le site officiel du CNOM. Ont été analysée également les sources locales à l'attention des conseillers ordinaires reprécisant elles aussi le cadre réglementaire en le reformulant, ainsi que des travaux de communication à l'attention des praticiens inscrits à l'ordre pour en repréciser les modalités de fonctionnement.

A la suite de ce premier travail les données recueillies et leur analyse ont été soumises pour validation à l'avocate du CDOM 31 Maître Maïalen Contis

Cette analyse avait pour but de bien définir le cadre normatif réglementaire afin de faire la part des choses entre ce qui est de l'ordre du respect des textes de ce qui correspond à des habitudes de pratique et de fonctionnement au niveau départemental.

En parallèle une revue de la littérature médicale a été réalisée grâce aux outils MEDLINE et MENDELEY en utilisation les mots clés : physician's union and Burn Out, Burn out and general practise. S'y est ajouté l'analyse des données de la littérature non référencée fournie par les CNOM et par le CDOM du Vaucluse qui a travaillé antérieurement sur cette question dans une dynamique d'amélioration de leurs pratiques et de sensibilisation de leurs inscrits.

Cette partie a été présentée au chapitre précédent pour des raisons didactique et il y sera bien sûr fait référence dans la partie discussion.

2. Partie qualitative

Une étude prospective sur des éléments rétrospectifs a en parallèle été réalisée.

Dans un premier temps le Président du CDOM31 a envoyé d'un mail général à tous les médecins inscrits à l'Ordre du département de la Haute Garonne en leur demandant leur accord pour participer à une étude qualitative sur le vécu de la plainte ordinale, cette démarche ayant au préalable été validée en Conseil par un vote à main levée à l'unanimité de tous les conseillers présents.

Pour tous les médecins répondants a suivi un mail personnalisé de présentation du travail et demandant, pour ceux qui ne l'avait pas déjà précisé, la forme de l'entretien souhaité (présentiel, téléphonique ou par mail)

Il a été alors proposé de leur soumettre par écrit ou par oral (rencontre ou entretien téléphonique) en fonction de leur souhait un questionnaire de questions ouvertes avec un guidage de l'entretien par thème, avec ciblage des réponses autour des thèmes attendus pour répondre à la problématique de la recherche. Le guide de l'entretien est présenté en annexe.

La réception des données a été mono opérateur en utilisant une reformulation systématique de toutes les idées émises par le praticien interrogé. La récupération des données s'est faite sous forme de notes exclusivement.

Une analyse de contenu avec recoupage par thème a été réalisée.

La supervision de la démarche et relecture des entretiens a été réalisée secondairement par un superviseur de l'association d'entraide MOTS pour éviter les biais liés à un recueil mono-opérateur.

III. RESULTATS DE LA PARTIE QUALITATIVE

Les entretiens :

Suite au mail envoyé par le CDOM 41 médecins ont répondu par retour de mail.

17 praticiens ayant initialement répondu qu'ils étaient d'accord n'ont finalement pas répondu. Sur les 17 non répondants, 9 n'ont pas donné suite après lecture de la trame de l'entretien et après 3 relances, 5 n'ont pas du tout été joignables n'ayant pas donné les coordonnées sur lesquelles ils souhaitent être joints, 2 ayant laissé des coordonnées erronées, et 1 ayant finalement répondu affolé que tout allait très bien qu'il n'avait rien à dire car tout s'était très bien passé.

Au total 24 entretiens semi directifs ont été menés.

Les médecins répondants sont des médecins qui ont vécu une plainte directement pour 21 d'entre eux et qui ont accompagné un confrère pour 3 d'entre eux

Les répondants sont majoritairement des hommes (14 sur 24 interrogés) avec une moyenne d'âge calculée de 47 ans.

Les entretiens ont duré entre 36 et 78 minutes (médiane à 49 minutes)

La totalité des entretiens a été faite par téléphone. Aucun praticien n'a répondu par écrit. Aucune rencontre présentielle n'a été souhaitée.

5 répondants ont répondu après le premier mail, 11 après le 2^{ème} mail, 6 après un 3^{ème} mail, 0 après un 4^{ème} mail.

Les praticiens ont été considérés comme non répondants après ces 3 relances.

Les grandes thématiques abordées :

- [Le respect de l'Ordre :](#)

Les médecins répondants expriment pour leur très grande majorité le respect de l'institution ordinaire. Seul 2 des médecins interrogés font référence à une institution injuste considérée comme émanant d'un régime fasciste. Le reste des praticiens interrogés rapporte leur respect et de ce fait les attentes importantes qui sont les leurs et leur envie de voir les pratiques ordinaires évoluer.

Le passage devant l'Ordre est attendu comme un arbitrage le plus souvent nécessaire mais qui serait a priori juste et parfait. Le verbatim utilisé est dans le registre de la déception lorsque les attentes ne correspondent pas à ce qui a été vécu au moment de la conciliation, notamment dans le registre de l'émotionnel. Lorsque cette perfection bienveillante fantasmée ne correspond pas à ce qui est ressenti de la situation particulière qu'ils ont vécu, c'est l'institution toute entière qui est vécue comme injuste dans sa globalité.

Les praticiens verbalisent majoritairement attendre une posture ordinaire dans le registre du paternalisme bienveillant.

La place des premiers contacts et notamment la position d'accueil initial de nos secrétaires est attendu comme pouvant être facilitateur dans les échanges formels déstabilisant accompagnant le début de la plainte.

- La temporalité:

3 médecins interrogés verbalisent l'absence de difficulté ressentie en terme de temporalité, face aux différentes étapes de la procédure lorsque celles ci est attendue et que le déroulé est globalement connu. Le temps écoulé entre le courrier initial et le moment de la conciliation est alors vécu positivement sur les données de notre interrogatoire, et est utilisé pour préparer les dossiers et colliger les différents documents nécessaires.

Le reste des praticiens évoque des difficultés dans ce registre. Lorsque la plainte n'est pas attendue ou que les différentes étapes de cette temporalité ne sont pas bien comprises ni intégrées les praticiens évoque alors une sensation de confusion de qui est source de souffrance exprimée. Ce qui est alors verbalisé comme l'élément le plus difficile est l'absence de régularité dans ces laps de temps, avec des temps parfois très courts et d'autres très longs, et ce sans avoir la possibilité ni de les anticiper ni de les comprendre.

Ces délais sont alors exprimés dans le registre de la violence. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'ils ont été ressentis soit comme trop longs, soit trop courts et ne leur permettant pas de préparer leur dossier.

Lorsque la date choisie a demandé une adaptation importante de leur planning (« j'étais en vacances », c'est le jour de ma plus grosse consultation il a fallu faire plein d'annulation », « je n'étais pas censé être sur Toulouse » ...) l'émotion majoritairement exprimée alors se situe dans le registre de l'injustice et de la violence ressentir

L'absence de repères et perspective est verbalisée comme source de stress. (« On a pas de visibilité du déroulé global »)

Seul un des praticiens interrogés s'est senti autorisé à demander un changement de date.

- Une problématique parfois attendue

La cause de la plainte ou doléance a été verbalisée comme potentiellement attendue par la majorité des praticiens interrogés (18). Le courrier initial est alors vécu de manière moins violente que pour les praticiens qui ne s'attendaient pas à la plainte ou doléance. La situation est vécue avec beaucoup de violence lorsque la plainte n'est pas « attendue » par le praticien (verbatim utilisé systématiquement dans le registre du traumatisme).

La problématique sous tendue est verbalisée pour 15 des 18 praticiens s'attendant à la plainte, comme étant un élément posant problème de manière plus large, soit du fait de la typologie de patient perçus comme posant problème, soit dans une situation vécue comme compliquée de manière récurrente. Le fait que cette difficulté générale aboutisse à une plainte devient un point d'ancrage qui semble alors autoriser un changement de comportement perçu le plus souvent par le praticien comme de toute façon nécessaire, mais sur lequel il n'avait pas eu les temps de travailler.

Le courrier initial est ressenti comme imprécis dans le souvenir de 19 des praticiens interrogés. Ils ne se sont accordés l'autorisation de contacter l'Ordre par téléphone que lorsqu'ils y avaient un contact déjà connu. Cela est vécu comme une source de stress intense chez 5 de ces praticiens qui ont identifié le moment de la réception du courrier comme un des moments les plus difficiles.

- [Un impact initial de la problématique sous évaluée en terme réglementaire](#)

La sensation que le problème porte sur une mission qui n'est pas vraiment médicale est verbalisé par 10 des praticiens interrogés. Ceci est particulièrement vrai pour les praticiens qui rapportent un différend autour de la rédaction d'un certificat mais aussi dans la gestion des personnalités psychiatriques.

Autour des certificats, les praticiens évoquent le problème que pour eux le temps du témoignage écrit par le médecin n'est pas vécu comme faisant réellement partie de leur champ de compétence ni même de leur mission. Ils remettent en cause que cela soit une dimension nécessaire et importante de leur activité.

7 d'entre eux verbalisent qu'une nécessaire partialité accompagne la relation d'empathie indispensable au soin et ce manière normale et qu'il est contre nature de demander de changer cela. (« sensation de hors sujet », « nous ne sommes pas là pour ça », « on nous oblige à régler des problèmes de société », « même mon avocat m'a dit que c'était à la mode », « ce n'est pas le cœur de mon métier », « encore de la paperasse inutile et on nous fait perdre notre temps », « L'ordre se rend complice » ...).

L'autre dimension exprimée est dans la gestion des patients procéduriers et à l'évidence non adaptés dans leurs comportements (2 des praticiens interrogés. « c'était évident qu'il est fou et qu'il ne savait même pas ce qu'il me reprochait », « j'y perds déjà du temps en consultation... Il vient toujours me voir... Il ne se rend pas compte et il n'y a personne pour nous éviter de perdre notre temps »)

Une sensation que l'Ordre se laisse manipuler pour arbitrer des problèmes sociétaux a été verbalisée par 4 des praticiens interrogés.

Une suspicion que l'Ordre n'instruise par tous les dossiers avec le même formalisme est exprimée par 3 des praticiens interrogés.

- [Un impact émotionnel très fort avec un retentissement majeur](#)

La totalité des praticiens interrogés ont présenté des troubles du sommeil à la suite de la réception du premier courrier du CDOM.

La place des collaboratrices est verbalisée comme fondamentale pour 12 d'entre eux. Ce premier contact faisant suite au courrier et ce premier rapport est verbalisé comme impactant ensuite fortement les émotions ressenties dans le reste de la procédure.

Les praticiens témoignant pour un autre praticien qu'ils ont accompagné autour de la plainte ou doléance verbalisent tous que le praticien mis en cause ne sera pas capable et ne souhaite par témoigner du fait de la violence du traumatisme ressenti, utilisant un verbatim dans le registre

de la catastrophe (« choqué », « ne voudra pas y repenser », « violent », « tsunami dans son parcours professionnel »).

Une forte sensation de soumission et d'impuissance est verbalisée par 8 des praticiens interrogés et va avec un ressenti d'autant plus douloureux.

Un trop grand formalisme dans le déroulé introductif de la réunion est exprimé comme non adapté à la réalité de la situation. Il est alors exprimé comme violent et absurde par 3 des praticiens interrogés impliqué pour des problématiques de certificat (« ça n'a pas de sens de dire qu'on peut être radié à cause d'un certificat », « quand le praticien récite son laïus lors qu'on est juste là pour un problème administratif ça n'a aucun sens », « sensation d'automatismes protocolaires »)

La situation de plainte ou doléance s'accompagne de manifestations somatiques importantes dans le registre :

- du sommeil (« trouble du sommeil », « je n'ai plus dormi »)
- de l'alimentation (« je n'ai plus mangé », « trouble de l'appétit »)
- d'un authentique syndrome post traumatique (« j'ai fait un vrai syndrome post traumatique », « j'ai ressenti de vrais troubles anxieux », « je me sentais coupable », « j'avais la sensation de ne plus être digne » « pleurs incoercibles » « attaque de panique », « incapacité à gérer certaines situations de conflit », « absence d'empathie »)
- Avec un verbatim dans le registre des émotions négatives (« triste », « indigne », « humiliation », « panique », « pleurs », « peur irrationnelle », « sensation d'être impropre à la profession », « sensation d'exclusion », « j'étais traité comme un paria »)
- Et une sensation d'injustice (« sentiment d'être pris entre le marteau et l'enclume », « j'ai été la victime collatérale d'une lutte de pouvoir », « sensation d'être limogé », « sensation d'être maltraité par l'administration », « sensation d'être ostracisés »)
- Avec une accusation directe de l'Ordre (« l'ordre est coupable », « l'Ordre est complice de la maltraitance institutionnelle », « sensation de jugement », « intrusion de l'Ordre quand les médecins essaient juste de faire leur métier de leur mieux », « futilité de la problématique et l'Ordre est complice », « motifs futiles », « L'ordre devait nous défendre », « L'ordre devrait nous permettre de nous recentrer sur ce qu'on sait faire »)
- L'inquiétude des conséquences (« peur irrationnelle de ne plus pouvoir exercer », « inquiétude sur ce que je ferai si je n'avais plus le droit d'être médecin »)

- [Une sensation de violence dans la gestion pratique du différent](#)

La problématique du non respect de la discrétion quant aux affaires traitées est abordée par 1 des praticiens interrogés.

La totalité des praticiens interrogés expriment un profond désir de réassurance sur ce qu'ils sont au delà de l'acte qui les a amené devant le CDOM

L'absence de préparation aux événements à venir est vécue comme violente. Une sensation vécue, pour 4 praticiens, d'absence de possibilité de médiation ou d'accompagnement les a amené à une sensation d'inconfort violent (« loupé confraternel », « oubli de la confraternité »).

Les différences flagrantes de temps de parole sont vécues comme une injustice (6 praticiens). De même les dérives dans le ton des échanges (« agressivité », « prise de pouvoir », « violence des mots », « j'ai eu peur de son comportement »), amène les praticiens interrogés à évoquer la nécessité de poser des règles fermes de prise de parole et de tonalité des échanges pendant la conciliation, et de plus de maîtrise de la part des conseillers pour faire perdurer ces règles tout le long des échanges.

Le manque de pratique dans la gestion des situations de conflit est dénoncé par 12 des praticiens interrogés. Le manque de référentiel et l'absence de préparation formelle au déroulé des événements est vécu comme violent par 7 praticiens interrogés (« données fausses exprimées en résumé de la situation », « ils n'avaient pas compris le problème »)

La non reformulation est vécue comme agressive (« sensation d'un dialogue de sourd »)

Une sensation de jugement sans bienveillance est exprimé chez tous les praticiens qui souhaitent avoir plutôt affaire avec des juges de métiers plutôt que par des conseillers ordinaires (« sensation de ne pas être accompagné », « pourquoi pas un huissier de justice si c'est pour être traité avec aussi peu de bienveillance », « on ne peut pas progresser si on est pas accompagné alors autant être jugé directement »)

Une impression de partialité liée à des *a priori* de la part des conseillers est verbalisée par 3 des praticiens interrogés avec soit une alliance avec une des parties, soit une alliance avec une grosse structure, ou avec une autre instance officielle. Cela va avec une sensation de ne pas avoir eu autant la parole que son contradicteur, cela est aussi lié au nombre de personnes présentes pour représenter chaque partie, et cela est corrélé au positionnement dans l'espace, notamment des représentants des instances officielles.

Une sensation de non liberté de la parole et surtout des écrits ordinaires est exprimée par 2 praticiens qui soulignent la différence ressentie entre les propos oraux post réunion de conciliation et le contenu écrit du procès verbal de la réunion.

- La maîtrise du dossier :

L'attitude générale des conciliateurs est attendue comme ayant bien préparé le dossier en amont et étant ainsi au fait de la situation (« ils ont confondu les dates », « on sentait qu'ils n'avaient pas lu le dossier avant », « cela ne faisait pas sérieux »).

A l'inverse la maîtrise de la situation et la compréhension de la problématique sont vécues comme un fort élément facilitateur dans le vécu de la situation, même si la conclusion ne leur était pas favorable (« on sentait qu'ils avaient potassé le dossier », « ils ont bien posé les enjeux », « c'était rassurant de voir qu'ils avaient bien compris ce qui s'était passé »)

Toute manifestation de fatigue (« il baillait ») ou de manque d'attention (« il regardait son téléphone », « il baillait », « il avait l'air de s'ennuyer ») sont vécues de manière très violente par les praticiens qui disent avoir été confrontés à cela.

De même une sensation d'empressement à concilier est vécue de manière violente (« on sent qu'ils sont là pour qu'on se mette vite d'accord », « ils voulaient qu'on conclut avant même d'avoir commencé à s'expliquer »)

La reformulation et une attitude empathique sont verbalisées comme étant garant de la maîtrise de la situation formelle et des enjeux de la conciliation. De la même façon une référence faite à un des documents apportés au dossier par l'une et l'autre partie est ressentie comme rassurante et a tendance à légitimer celui qui verbalise cela.

Les messages laissés à l'emporte pièce dans le couloir sont verbalisés comme étant source de stress (« là vous êtes mal », « on m'a donné l'injonction de prendre un avocat », « il m'a demandé pourquoi j'avais fait ça sans rien m'expliquer »)

- L'organisation des pièces et la position de chaque partie a un impact majeur sur le ressenti des praticiens

La question de la salle d'attente est évoquée avec une sensation d'espace d'attente froid, de sensation de malaise lorsque la même salle d'attente réunit les différentes parties venues se concilier. La froideur de la salle d'attente est évoquée par 8 des praticiens interrogés. Les rires et les paroles fortes entendus dans le couloir sont considérés comme déplacés par tous les praticiens interrogés qui ont verbalisé la problématique de la salle d'attente.

La totalité des praticiens interrogés rapporte l'importance de l'organisation dans l'espace de la salle de réunion.

Tous les praticiens ayant été amenés à se réunir dans une petite salle avec une organisation ronde de la pièce verbalisent l'importance et l'intérêt de ne pas se retrouver les uns face aux autres, mais bien tous ensemble autour d'une table pour résoudre le différent en sortant d'une dynamique duelle quelconque.

A l'inverse tous les praticiens ayant été amenés à se réunir dans une salle plus grande avec les membres du conseil au fond et les parties de chaque côté d'une table en U, ont verbalisé la violence de l'organisation dans l'espace avec les uns contre autres et une sensation d'être dans un tribunal (« Sensation d'être jugé », « d'être un paria, sensation de tribunal », « pas de concertation possible vue l'organisation de la salle »...)

- Des vécus ne correspondant pas à la procédure

7 des praticiens interrogés verbalisent ne pas savoir ce que la plainte est devenue. (« je suppose qu'il n'y a pas eu de suite », « Quand on a plus de nouvelles on ne sait pas si c'est parce que ça s'arrête ou si ça va partir en contentieux ailleurs »)

6 praticiens ont la sensation de ne pas avoir eu de conclusion et aucun retour de la plainte, et 3 d'entre eux expriment ne pas avoir reçu de compte rendu écrit à la fin de la conciliation.

Les praticiens se plaignent de l'absence de possibilité de suivi de la plainte pour savoir où cela en est de manière précise.

La sensation qu'une même confiance est accordée aux allégations orales qu'aux écrits (« on traite les dires comme les éléments écrits ») est verbalisée par 2 praticiens.

5 praticiens expriment avoir eu la sensation de ne pas être autorisés à venir discuter avec l'Ordre en dehors de situations de « crise ».

2 praticiens expriment ne pas avoir eu l'autorisation de s'exprimer pendant la réunion de conciliation.

- [La présence vécue comme rassurant de l'avocat qui les a accompagné](#)

Tous les praticiens qui n'ont pas été aidé pour la rédaction du document initial et qui n'ont pas été accompagnés, que ce soit par un confrère ou par un homme de loi, verbalisent des sensations plus violentes et plus douloureuses sans réassurance possible et une authentique perte de repère. (« J'ai eu la sensation de ne pas être armé dans cette situation de profond formalisme »). Ils ont pour 2 d'entre eux eu une sensation de « hors sujet » dans les documents qu'ils avaient rédigé.

Les praticiens qui ont été accompagnés expriment une sensation « d'avoir eu un allié en milieu hostile ». Une certaine banalisation par les avocats de ce type de procédures lorsqu'il s'agit de certificats médicaux dans un contexte de conflit avec l'employeur est vécue comme rassurante par les praticiens interrogés (« mon avocat m'a expliqué que c'était à la mode »)

- [L'importance du non verbal](#)

Une attitude neutre des conseillers ordinaires est verbalisée comme source d'apaisement par 10 des personnes interrogées.

Une attitude froide est vécue comme humiliante par 4 des personnes interrogées. A l'inverse sentir un des membres de l'ordre « bienveillant » du fait de sourire et d'une attitude ressentie comme empathique est verbalisée comme apaisante par 5 des praticiens répondants.

9 praticiens interrogés verbalisent avoir été malmenés par la froideur des conseillers (« froideur », « rigueur violente », « absence de bienveillance »)

L'importance de l'émotionnel et du non verbal est soulignée textuellement par 5 des praticiens interrogés.

Une attitude arrogante est dénoncée par 2 praticiens interrogés.

Cette place de l'irrationnel et de la projection propre du praticien en situation de stress est verbalisée par un médecin interrogé (« c'est ce qu'on imagine de la situation qui rend les choses insupportables »)

Un des praticiens exprime « ne jamais avoir été humilié même si j'étais en faute ». Cela a été vécu comme hautement facilitant et il a verbalisé avoir pu travaillé ensuite sur ses propres problématiques grâce à cela.

- L'attente d'un après

L'attente d'un après conciliation est verbalisée par 15 des praticiens interrogés.

Cet après est attendu aussi bien en ce qui concerne une formation factuelle sur la problématique qui a amené le praticien devant l'ordre, que dans une dynamique de gestion du stress, de savoir dire non, de progression dans la relation de soin, ou de progression plus générale dans l'organisation du temps et la gestion des documents administratifs ...

L'évènement ordinal s'accompagne aussi d'une sensation de fragilité pour 7 des praticiens et ils verbalisent être dans l'attente d'un accompagnement ordinal de cette fragilité.

2 praticiens verbalisent une proposition d'aide faite par le CDOM pour la rédaction du certificat qui les avait amené devant l'Ordre et cela a été vécu de manière très positive.

1 praticien a dû être relancé par l'Ordre par rapport à la réalisation de ce document et cela a été vécu très positivement avec une sensation de professionnalisme dans le suivi des dossiers.

- Des éléments factuels facilitants :

La possibilité de joindre quelqu'un par téléphone a été vécue comme un élément très facilitant par tous les praticiens qui l'ont fait. A l'inverse la sensation de ne pas être autorisé ou de ne pas oser le faire a été verbalisée comme une véritable source de stress supplémentaire. En cela le fait de connaître quelqu'un au Conseil de l'Ordre est bien sûr vécu comme hautement facilitant dans le ressenti général de la plainte.

La reformulation systématique de ce qui a été exprimé est vécu comme un élément positif des échanges, s'accompagnant d'un sentiment de « sécurité » et de « maîtrise » de la réunion par les conseillers. (« recontextualisation sans jugement », « importance de la reformulation »). Tous les praticiens interrogés y ont fait allusion, s'en plaignant lorsqu'elle était absente et s'en félicitant lorsqu'elle était présente.

- Des modifications vécues comme positives depuis l'évènement

Les praticiens expriment pour 16 d'entre eux des modifications de leur pratique ressenties a posteriori comme bénéfiques voire nécessaires et rendues possibles, ou en tout cas travaillées, depuis leur passage au CDOM.

4 praticiens verbalisent un meilleur « respect de soi-même en tant que médecin » depuis l'épisode ordinal. Cela va avec une meilleure fixation et un meilleur respect de leurs propres limites. 3 praticiens verbalisent s'autoriser à ne pas faire quand « je ne le sens pas », alors que cette attitude intuitive n'était pas été écoutée avant l'évènement qui les a conduit à l'Ordre.

1 praticien verbalise avoir été amené à plus de bienveillance et moins d'intransigeance dans ses postures d'expert depuis sa propre mise en cause à l'ordre.

7 médecins considèrent avoir acquis implicitement un statut d'expert autour de la problématique qui les a mené à l'Ordre et être devenu en quelque sorte le référent de leur milieu (confrères, amis, collègues). Cela se traduit très concrètement par des demandes d'aide qui leur sont faites dans la rédaction des certificats (4 praticiens), des demandes d'aide dans les relations conflictuelles avec les patients (2 praticiens), une demande de soutien en situation de fatigue professionnelle (1 praticien), une demande de conseil dans la relation aux médias (1 praticien), une demande de conseil dans la relation avec l'administration (1 praticien).

1 des praticien interrogé rapporte être depuis devenue formatrice à l'université autour de ce qui lui a posé problème.

18 praticiens expriment une meilleure intégration de la règle depuis leur passage au CDOM. 4 d'entre eux verbalisent une sensation d'ancrage plus sécurisant avec une sensation de meilleure justesse dans leurs actes quotidiens autour de la problématique en cause. 1 praticien déclare avoir mieux travaillé depuis la notion de secret. 15 médecins expriment une meilleure protocolisation de leurs actions (« dossiers plus précis », « rédaction d'un argumentaire »), tout particulièrement en ce qui concerne ce qui a posé problème dans leur expérience, avec une amélioration de l'archivage. Le consentement au soin est considéré comme mieux explicité pour 2 des praticiens interrogés.

3 praticiens déclarent avoir diminué depuis leur temps de travail.

3 praticiens verbalisent s'être remis en sport depuis

18 praticiens verbalisent s'autoriser enfin à dire NON

- Des propositions générales riches

Réaffirmer la place de l'Ordre en garant des principes déontologiques

La place de l'Ordre dans une situation politique considérée comme compliquée par 5 des praticiens interrogée est plébiscitée en tant que pouvoir politique représentant l'ensemble des médecins du pays.

Une réflexion de fond sur la déontologie au dessus des relations de hiérarchie du CHU est attendue, en vue de remettre en avant la puissance des règles déontologiques. Face aux obligations administratives

La place de l'Ordre dans un système de santé ressenti comme pourvoyeur d'« injonctions paradoxales » est exprimé par 2 des praticiens interrogés.

Un travail sur la notion de serment a été évoqué par 2 médecins pour re-fédérer la profession autour de ces valeurs communes et humanistes.

Réaffirmer la place de l'Ordre comme vecteur de changement

L'importance de la symbolique du courrier final est soulignée par tous les praticiens interrogés. La remise d'un document officiel est demandée aussi en fin de réunion d'explication. La symbolique du document, avec des éléments pouvant possiblement être point d'ancrage du changement est verbalisée par 4 praticiens.

A sa suite une perspective d'avenir et d'accompagnement possible au changement est verbalisée par 12 praticiens interrogés.

Une réflexion de fond autour de la place de l'Ordre dans l'avenir de la profession est verbalisée, avec une vraie prise de position de l'Ordre et un travail de fond sur les situations pratiques qui semblent poser des problèmes récurrent (postures administratives, maltraitance institutionnelle, gestion des conflits de loyauté, attitude à adopter face à un employeur maltraitant, travail de fond sur la notion de certificat)

Une réflexion sur la possibilité de mettre en place une procédure allégée pour tout ce qui concerne les certificats dans des contextes de conflits avec les employeurs est un axe de travail proposé, avec en parallèle une structure d'aide à la réalisation de ces certificats et la possibilité de refaire les certificats litigieux sans avoir besoin d'une convocation à l'Ordre.

La place préventive de l'Ordre

Une action de l'Ordre en prévention des situations de crise et des situations de conflit est demandée par 12 des praticiens interrogés. Il est attendu que l'Ordre communique sur les actions de prévention qui sont dans son champ de compétence. L'Ordre est attendu comme en potentiel tiers séparateur dans les situations de conflit larvé.

L'Ordre en gardien du respect dû à la profession

Le rappel de la possibilité de poursuivre le patient lorsque celui ci se montre injuste et injurieux envers le professionnel de santé est exprimé par 4 des praticiens interrogés.

Une campagne d'information de type « médecin notre engagement c'est pour la vie » a été évoquée pour rappeler l'Humanité des médecins et leur besoin eux aussi de bienveillance, avec une prise de position du CNOM dans ce sens, un peu comme une validation.

De la même façon l'Ordre est proposé comme pouvant participer à un travail de fond sur la maltraitance institutionnelle

- Des propositions pratiques et factuelles

La place de nos collaboratrices

La place de nos collaboratrices est exprimé comme étant un outil central et cette articulation de leur place au sein des procédures a été exprimée comme devant être travaillée, articulée et intégré dans la procédure générale.

La possibilité d'un coup de fil avant l'arrivée du courrier recommandé est verbalisée par tous les praticiens qui considèrent que le moment de la réception du courrier recommandé a été violent.

2 des praticiens interrogés ont imaginé la possibilité de l'édition d'un bréviaire de type « un patiente dépose plainte contre vous au CDOM : Mode d'emploi », que ce soit directement par le CDOM mais qui pourrait aussi être relayé par les assurances en responsabilité civile professionnelle des praticiens.

Un service d'aide à la rédaction des certificats

Un espace d'accompagnement à la réalisation des certificats médicaux, soit par des praticiens de l'Ordre, soit par un comité extérieur de praticiens volontaires, a été plébiscité par les praticiens interrogés. Dans le même esprit des possibilités de formations sont exprimées : autour des certificats notamment.

Une demande de formations dispensées par le CDOM

Dans l'idée de ce qui est proposé au CDOM 31 au cours des *Mardi de l'Ordre*, des possibilités de formations sont exprimées : autour des certificats, mais aussi de manière plus large autour de la gestion des conflits (avec les patients, avec les administrations, avec les confrères), et autour de la notion d'auto-bienveillance et auto bientraitance du praticien vis à vis de lui même (un des praticiens interrogé parle de validation par l'Ordre de la prise en compte des limites de chaque médecin vis à vis de lui-même)

Un espace d'écoute et de conseil mieux balisé en amont des problèmes

Dans le même esprit une proposition d'espace d'écoute et de conseil en amont de ce qui est proposé par les associations d'entraide, mais bien dans une perspective de prévention est suggéré.

Les 3/4 des praticiens interrogés verbalisent ne jamais avoir envisagé le rôle de médiateur de l'Ordre et leur possible action de prévention en amont des conflits mais se verbalisent a posteriori très en attente de cette dynamique.

9 médecins ont exprimé leur envie de Tutorat ; d'avoir une personne ressource de l'Ordre qui serait initialement désignée comme accompagnant la problématique et pouvant à la fois les tenir informés de l'avancement de la situation mais capable aussi de les guider, de les conseiller et de les suivre à la fin de la procédure pour accompagner si nécessaire les changements à adopter pour éviter que le problème se reproduise.

La possibilité d'une liste de personnes ressources auprès des praticiens qui ont vécu la problématique et sont arrivés à une posture de résilience et d'envie de transmettre est évoqué par 6 praticiens (2 d'entre eux l'ont mise en place dans leur champ de responsabilité)

La formation des conseillers ordinaires

Un autre axe exprimé est une meilleure formation des conseillers ordinaires dans la gestion des conflits, avec à la fois une meilleure formation initiale au formalisme des procédures, mais aussi un meilleur travail des dossiers en amont des réunions de conciliation, et un débriefing des situations ayant posé problème pour permettre une amélioration des performances dans la gestion des conflits, dans la reformulation, dans l'écoute, dans la gestion des personnalités difficiles, et dans la maîtrise du contrôle de la réunion.

Une formation en écoute active est formulée par 3 des praticiens interrogés. (dont l'un m'a renvoyé un lien avec un organisme de formation spécialisé autour de ces thématiques).

De la même façon une formation sur l'entretien motivationnel et les techniques de communication non violente sont verbalisées comme devant être proposées à tous les conseillers ordinaires amenés à animer des réunions de conciliation.

2 des praticiens interrogés évoque la possibilité pour les conciliateurs d'utiliser aussi leurs émotions et d'apprendre à les verbaliser aussi au cours de la réunion de conciliation.

L'idée reprise aussi est de maîtriser suffisamment le cadre réglementaire pour éviter un trop grand formalisme dans le déroulé de la réunion, et éviter que « cela sonne faux », « cela donne l'impression d'un format tout fait », « cela donne l'impression d'une posture passe partout », « cela donne l'impression qu'ils ne savent pas avant comment ils vont gérer la situation ». Cet axe de travail est important car tous les praticiens qui ont eu la sensation de phrases toutes faites verbalisent leur mécontentement, et tous les praticiens qui ont eu la sensation d'un formalisme adapté à ce qu'ils vivaient étaient très satisfaits.

Un travail de fond sur le déroulé de la réunion

Un meilleur travail des dossiers en amont de la conciliation est considéré comme un axe de travail prioritaire du CDOM. Cela implique de bien organiser les conciliations et de prévoir à l'avance les binômes, ainsi que les dossiers qu'ils auront à gérer, avec une dynamique de tutorat dans la gestion des conflits entre les anciens et les nouveaux élus.

Une attitude accueillante et bienveillante est demandée par 14 des praticiens interrogés, avec au moins un des conciliateurs désigné dans ce rôle. L'importance du non verbal et une attention particulière à cette dimension est considérée comme fondamentale.

Il est recommandé par tous les praticiens d'éviter les phrases informelles entre 2 portes et d'y préférer un espace d'accueil et de dialogue à distance de l'événement.

La position et l'occupation de l'espace est un axe considéré par tous les praticiens interrogés comme étant un élément à travailler. Non seulement il paraît important d'abandonner une organisation de l'espace en face à face, de la même façon une salle trop grande est source de stress pour les praticiens interrogés. Les 3 bureaux, ainsi que la salle considérée comme salle de repos semblent être des salles utilisables pour les conciliations du CDOM 31, mais la grande salle de réunion semble être à proscrire. Ce qui est aussi demandé est d'expliquer le pourquoi du positionnement dans l'espace car ce qui est rationalisé évite aux praticiens d'être dans l'interprétatif

La possibilité de revenir pour une réunion de débriefing

Tous les praticiens interrogés sont en demande de possibilités de débriefing après la conciliation, dans une perspective de meilleure compréhension de ce qui s'est passé et de pouvoir ainsi ouvrir des pistes bienveillantes d'évolution positives. Cet espace de débriefing est suggéré par tous les praticiens interrogés.

Les perspectives de parité du Conseil de l'Ordre sont attendues comme étant de possibles moteurs au changement de ton et de sensibilité de cette institution.

Cette possibilité est imaginée par les différents praticiens interrogés sous différentes formes ; un numéro d'appel dédié, une proposition de RV à distance... Cet accompagnement au changement est verbalisé comme une des missions attendues de l'Ordre.

L'importance de l'Ordre à l'Hôpital Public

Les praticiens hospitaliser ayant participé à l'étude sont tous dans l'attente d'une référent ordinal dans les murs de l'hôpital et désigné pour désamorcer les conflits sur les bases de la confraternité et ayant pour rôle de rappeler que nos obligations déontologiques sont plus importantes que le cadre réglementaire de l'exercice hospitalier, et ce notamment dans cette période de révision des politiques de santé.

Dans le même esprit un renforcement des relations public privé et ville hôpital orchestré par l'Ordre est attendu pour mieux appréhender les obligations des uns et des autres à la lumière de chaque mode d'exercice, afin de mieux travailler ensemble.

IV. DISCUSSION

A. PETIT RAPPEL HISTORIQUE

Le regroupement professionnel des médecins est une idée qui semble s'être imposée d'elle-même et ce depuis l'Antiquité. A ce titre le serment d'Hippocrate en représente le tout premier code de déontologie et c'est sur lui que les nouveau Docteurs en Médecine prêtent solennellement serment.

Dans la Rome antique les médecins se regroupent en *collegia* et ces pratiques se poursuivent en Gaule.

En France au Moyen Age apparaissent les *confréries* d'esprit religieux mais contrôlées par les ordonnances royales. Pour mémoire la première Université de Médecine (Montpellier 1220), s'appuie sur ces textes et il est admis comme fondamental de veiller à l'honneur, l'indépendance et le monopole d'exercice des praticiens.

En 1762 Jean Verdier publie son *traité de déontologie*, basé sur ce qui lui apparaît être une évidence : *"si on jette les yeux vers l'infinité d'abus qui troublent l'exercice d'un art aussi salubre, on sera porté à croire qu'il serait utile que la médecine connût un tribunal particulier »*

La révolution de 1789 abolit les corporations et abroge les règles qui construisaient la reconnaissance des praticiens. Mais devant le nombre de dérives charlatanesques, de nouvelles obligations se font sentir comme indispensables et l'idée d'un Ordre émerge à nouveau. Ce projet d'organisme indépendant naît dans les suites d'un rapport rédigé par les docteurs Cerise et Forguet, concluant à la nécessité d'un Conseil de Discipline individué. Celui-ci était jusque là, assuré, tant bien que mal, par les Doyens de Faculté mais ils n'avaient alors pas d'autre choix que celui de saisir le Procureur. La nécessité d'une réglementation adaptée aux spécificités de la profession continue de s'enraciner puisqu'en 1845 est voté un projet de loi instituant dans chaque département un *Conseil médical* et une *Chambre disciplinaire des Médecins*. *"Le Conseil aura pour mission, d'une part de soutenir les droits du corps médical et de ses membres, d'autre part de maintenir la dignité du corps médical"*. L. Cerise

En juin 1847, le texte est voté par la Chambre des Pairs au Palais du Luxembourg, instaurant la création au niveau de chaque département d'un *"Conseil médical"* chargé « *de dresser la liste des praticiens y exerçant, de signaler aux autorités administratives et judiciaires les cas de médecine illégale, d'exécuter les mesures de police médicale prescrites par les autorités* » mais les émeutes de la révolution de février 1848 écarte à nouveau le projet.

En 1885 le projet est repris sous la forme d'une *Société centrale de déontologie*. Une lutte s'opère alors entre les tous nouveaux syndicats médicaux reconnus par la loi Chevandier de 1892, sous couvert de crainte d'une tutelle politique. De même, l'inquiétude du Doyen Brouardel, de la faculté de Médecine de Paris, de voir son autorité contestée fait aussi probablement partie des résistances importantes qui retardent encore le projet.

Pour autant celui-ci reste présent puisqu'en 1896 le Pr Grasset publie *Devoirs des Médecins entre eux* dans lequel il écrit : « *la médecine et les médecins ne seront honorés et estimés à leur valeur que si les médecins eux-mêmes donnent l'exemple de la considération réciproque et suivent scrupuleusement, dans leurs rapports mutuels, les règles de haute convenance que la coutume, à défaut de*

la loi, impose à la confiance de chacun »

Ainsi un projet de loi finit par prendre corps en 1923, porté par le Dr Averseng, du syndicat médical de Toulouse. Il est retravaillé puis présenté sous forme de proposition de loi en 1928, porté également par ce qui est décrit comme une vague d'immoralité qui monte parmi les médecins. A la suite, le 9 avril 1929, l'Académie de Médecine, rédige une requête officielle auprès du gouvernement demandant que : *"soit soumise aussi rapidement que possible au vote¹⁵⁴ du Parlement la création de l'Ordre des Médecins qui contribuerait à conserver à la pratique médicale son caractère de profession libérale, indispensable à l'intérêt des malades..., seule, une profession obligatoirement organisée peut être la fidèle gardienne de la moralité... et que soit donné régulièrement dans toutes les facultés un enseignement de déontologie, obligatoire pour les étudiants de 1ère et 2ème année".*

Tous les milieux médicaux s'accordent à la nécessité de la constitution de cet *Ordre*, terme préféré à celui de *Collège*, organisant à la fois la défense mais aussi assurant la probité de la profession. Cette volonté affichée et fédératrice à la fois de la part des syndicats mais aussi exprimé par l'Académie de Médecine est incontestablement datée par les Historiens de 1929. De multiples renvois retardent la mise en place concrète de l'Ordre, sur fond de désordre économique sociale et politique.

Et c'est malheureusement l'Autorité du gouvernement de Vichy qui s'arroge le 7 octobre 1940 la création de l'Ordre des Médecins.

C'est le Pr Leriche qui fait preuve d'abnégation en acceptant d'en être le premier président. Pour mémoire le Pr Leriche avait refusé des postes de ministres du gouvernement de Pétain. Il accepte prenant conscience de la véracité des paroles du Dr Huard : *« il ne s'agit pas seulement de cela, les Allemands exigent que dans 48 heures nous leur ayons donné le nom d'un médecin responsable pour tous devant eux. S'ils ne l'ont pas, ils feront rentrer les médecins français dans la discipline de la médecine allemande et comme ils ont besoin de médecins civils, ils en déporteront en Allemagne quelques milliers, Vous ne pouvez refuser et il me faut une réponse ce soir ».*

De nombreux médecins entrent en résistance représentant un service médical occulte.

Une première version du code de déontologie, reprenant les nombreux travaux antérieurs, est publié en 1941. La nomination des membres est remplacée par une élection des conseillers par l'ensemble des médecins en 1942. Le Pr Portes, alors président de l'Ordre, rappelle en 1944 : *« Le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins se permet personnellement de rappeler à ses confrères qu'appelés auprès de malades ou de blessés ils n'ont d'autre mission à remplir que leur donner leurs soins, le respect du secret professionnel étant la condition nécessaire de la confiance que les malades portent à leur médecin, il n'est aucune considération administrative qui puisse nous en dégager »* en réponse à l'injonction de la Kommandantur de Paris, ordonnant aux médecins sous peine d'être fusillés, de dénoncer tout blessé civil.

Dans "L'Honneur de Vivre", le Pr Robert Debré cite l'attitude courageuse du Pr Portes, qui rappelait à chaque médecin son obligation absolue du respect de cette notion de secret professionnel que l'occupant nous demandait de violer. C'est également le Pr Portes qui dédia en 1947, la préface du premier code de déontologie médicale : *« à tous les médecins français qui, sous l'occupation, préférèrent la déportation ou la mort à la violation de leur secret professionnel »*

La Cour européenne des Droits de l'Homme a rédigé en 1988 un arrêt confirmant l'autorité

légitime de l'Ordre des Médecins, en reconnaissant la nécessité d'organismes d'autorégulation.

De mon point de vue propre il me paraît nécessaire qu'une instance particulière régule des pratiques aussi particulières que celles d'une Médecine humaniste, invitée dans l'intime et la souffrance. Ce contrat de confiance n'a pas d'égal à mon sens et nécessite des gardiens fermes et bienveillants, représentatifs et élus. En cela l'Ordre des Médecins a toute sa légitimité historique. Cet outil est à parfaire par nous et pour nous pour le bien des soignés et des praticiens, nous invitant sans cesse à la recherche de l'excellence. C'est dans cette énergie que se situe le présent travail, le DIU dans le cadre duquel il a été réalisé, et je l'espère de nombreux autres travaux de recherche action qui continueront de jalonner sa perpétuelle co-construction.

B. Discussion méthodologique

Le choix de l'envoi sans distinction à tous les médecins de Haute Garonne a permis d'assurer la confidentialité absolue des affaires et a permis une rencontre et une écoute absolue, forte de sens, et sans aucun a priori. Ce procédé a aussi permis d'éviter de « dénoncer » les praticiens ayant été amené devant l'Ordre, notamment durant les périodes antérieures à mon élection, ce qui n'était bien sûr pas envisageable.

La méthodologie ainsi que l'analyse des textes réglementaires ont été discutées avec l'équipe juridique de l'ordre pour permettre sa rigueur et sa pertinence face à la problématique de la recherche.

Le protocole a ainsi été réfléchi et structuré avec l'aide précieuse de l'actuel Président du CDOM le Président Thévenot, mais également avec l'avocate du CDOM Maître Contis et avec la secrétaire de direction du CDOM Mme Nathalie Bories.

Le projet et le protocole ont ensuite été avalisés en conseil.

L'envoi initial d'un premier courrier par mail a permis aux praticiens d'exercer de fait un droit de réserve.

Le contenu de ce premier mail validait la démarche et cautionnait ce travail. L'appui du très reconnue Dr Thévenot à son poste de président a été une aide indéniable dans le fort taux de réponse et dans la qualité des échanges qui ont suivi

L'absence de réponse aberrante ou hors sujet montre la pertinence dans la formulation des courriers ainsi que la clarté des items et ainsi la valeur ontologique des données recueillies.

La méthodologie de recherche utilisée implique, en principe, la réalisation secondaire d'une phase quantitative.

La réalisation secondaire de cette phase ne nous a parue pertinente du fait de la richesse et de la redondance des éléments recueillis et à la lumière des pistes de travail simple qu'elles impliquaient déjà pour nous rendre plus efficient.

Ces résultats ont été présentés à différents conseillers ordinaires, à l'équipe juridique du CDOM et à un conseiller des effecteurs de l'association MOTS, avant la finalisation de ce travail, permettant de recueillir de manière informelle l'expérience et le ressenti de chacun s'assurant l'absence de contre sens comme d'omission majeure.

C. Discussion des résultats

Le premier des résultats est le fait qu'un tel travail ait été possible.

Cela signifie que l'Ordre est capable de ne pas seulement être soumis au joug de la tradition mais qu'il ose la bienveillance et une réflexion de fond sur ses cadres informels et ses habitudes de pratique.

Cela démontre qu'un réel désir de progrès des pratiques ordinaires à l'échelon local qui n'est pas différent des autres conseils départementaux car d'autres travaux de fond ont déjà été réalisés dans le même esprit.

Cette dynamique d'évaluation et d'amélioration des pratiques est une volonté inscrite à la fois dans l'esprit des conseillers ordinaires mais aussi dans celui des médecins interrogés.

Cela s'inscrit dans une dynamique de recherche d'améliorations des pratiques présente dans tous les champs d'action de la société en générale.

L'amélioration des compétences déontologiques semble attendue comme faisant parti de l'élaboration du parcours médical et du développement professionnel continu des médecins, pour tout ce qui n'est pas dans le champ du savoir faire mais bien dans le champ du savoir être. Cela résonne avec le développement des parcours éducatifs et des travaux de recherche en matière de pédagogie de l'adulte. Cela implique une forme de remise en question et d'acceptation de la faillibilité des professionnels. C'est cette première pierre qui permet ensuite la mise en place des démarches de progrès.

Réflexion à la lumière de la littérature

Les plaintes à l'ordre ne résultent pas forcément d'une erreur, et bien sûr pas d'une erreur médicale car l'ordre ne gère pas l'erreur médicale mais les problèmes en lien avec la déontologie

Le conseil départemental de la Sarthe de l'Ordre des médecins a publié sur son site un digest très didactique intitulé « conciliations ordinaires ».

<http://www.conseil72.ordre.medecin.fr/content/conciliation-ordinale>

De la même façon un gros travail réalisé par le CDOM du Vaucluse a abouti à la réalisation d'un « dossier entraide » qui relie à la fois les problématiques avec les administrations qu'avec les patients amis aussi la protection de la profession (dossier disponible sur demande à vaocluse@84.medecin.fr)

Le ressenti des praticiens face à l'augmentation du nombre de plaintes est une donnée corroborée par les chiffres et du CDOM 31 mais aussi des autres CDOM, et bien sûr par les statistiques nationales du CNOM.

Ce sentiment aboutit à une modification de l'attitude en situation de « prise des risque » ordinale, avec une éviction de ces situations a priori, mais malheureusement trop souvent aussi a posteriori d'une situation de crise.

Cela aboutit soit à un changement de comportement mais parfois aussi à un phénomène d'éviction de la situation vécue comme complexe. Le non travail autour de la situation de crise aboutit soit à une négation de la problématique, soit à un évitement systématique. Ces deux attitudes conduisent à plus ou moins long terme, l'un comme l'autre, à une nouvelle situation de crise, souvent plus grave.

Plusieurs études y compris internationales démontrent une modification des pratiques suivant la méthode dite de « risk management » qui peut être adoptée soit de manière rationnelle soit de manière intuitive, mais pouvant se mettre en place bien avant la situation de crise.

Le monde de l'aérospatial et tout particulièrement dans le registre du contrôle aérien a cette culture de l'analyse de la situation à risque en amont de la catastrophe et des outils validés sont disponibles.

Des données extrapolables dans nombre de milieux sont accessibles dans l'esprit du médiatisé ouvrage de Patrick Lagadec. <http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/integral livre1.pdf>

De la même façon la problématique de gestion des groupes est une dimension qui dépasse le cadre de la médecine et de l'Ordre. Des propositions de formation dans la gestion de groupes hétérogènes ont été réfléchies et sont disponibles toujours dans une logique d'amélioration de l'encrage de la situation dans le réel pour pouvoir ensuite y travailler et éviter la reproduction du comportement repéré comme « à risque ».

https://www.programmealphab.org/sites/default/files/CR_F2F_DG_EB_11-11_0.pdf

Les outils de management des personnalités apportent un éclairage intéressant et il est possible qu'en fonction du type de fonctionnement, de la gestion de telle ou telle personnalité du praticien mis en cause, et de la situation, il soit adapté de former des groupes de conciliateurs en regard. Les outils tels l'énéagramme ou les personnalités en 4 groupes développés à Toulouse par les équipes d'éducation thérapeutique, pourraient être des outils à intégrer.

V. PERSPECTIVES D'AVENIR

Du présent travail va déboucher très concrètement sur une réflexion et des propositions d'actions concrètes qui seront officiellement présentées en conseil après la validation du présent DIU et ce autour de 5 grandes thématiques :

A. Aide à la rédaction des certificats

De nombreuses formations sont proposées aux étudiants et cette thématique fait l'objet environs tous les 4 ans d'une soirée de l'Ordre.

Les résultats du présent travail invite à retravailler encore la question.

Une réunion sur ce thème est prévue dans le courant de l'année, alimentée par les réalités concrètes observées dans ce présent travail.

Les pistes de solutions possibles pourraient inclure la mise en place d'une ligne « hotmail » dédiée, proposant service d'accueil et de conseil à la réalisation des certificats, en proposant de s'appuyer sur des praticiens ayant été confrontés au problème et ayant intégré à la fois les problématiques réglementaires mais aussi les difficultés pratiques qui les ont amené à accéder aux demandes patients.

B. Place de nos collaboratrices

Nos collaboratrices sont attendues comme participant à l'articulation du déroulé de la plainte, avec des missions en terme :

- D'annonce initiale de la réception prochaine du courrier en précisant les contours
- D'explication du déroulé de la procédure et en rappelant leur présence et leur écoute
- De rappel du formalisme de l'entretien et de la totale disponibilité des conseillers sur simple demande de RV ou d'échange téléphonique pour échanger de manière informelle sur leurs problématiques dans un sens large.

Cela sera protocolisé.

Un travail de formation en matière de gestion des conflits, de prise en compte des émotions et du non verbal, de désamorçage de la violence, et une possibilité d'aide individuelle à la gestion du stress est à réfléchir au sein du CDOM 31 pour les accompagner dans ce glissement de leurs missions.

C. Proposition d'un service d'accompagnement par un ancien élu ou un praticien volontaire

Une proposition de tutorat avec un accompagnement du praticien amené à l'Ordre par un autre praticien pourrait être mise en place. Cela lui permettrait d'être accompagné au cours des démarches préliminaires, de mieux préparer le temps de la conciliation et d'être tutoré dans les suites de l'événement de la conciliation, afin de pouvoir en tirer le meilleur (modification de pratiques, apprentissage du lâcher prise ...)

D. Formation des conseillers ordinaires

Un accueil proposé aux praticiens nouvellement élus est à mettre en place, en leur rappelant le cadre réglementaire. Une formation par compagnonnage des nouveaux élus impliqués dans la commission de conciliation, avec des binômes nouvel élu et ancien élu, permettrait une émancipation et une prise de position progressive. Cette tendance dorénavant observable pourrait être davantage formalisée, avec une meilleure répartition des conciliations entre les groupes.

Des sous groupes plus à l'aise dans certaines situations pourraient être plus spécifiquement identifiés, même si cette répartition des affaires se fait déjà de manière informelle par notre équipe de collaboratrices aguerries de par leur expérience à la gestion de l'humain. Cela leur permettrait de poursuivre l'amélioration de ces performances et de développer puis de communiquer sur ces problématiques spécifiques.

Un travail de formation spécifique des conseillers en matière de gestion des conflits, de prise en compte des émotions et du non verbal, de désamorçage de la violence, et une possibilité d'aide individuelle à la gestion du stress est à réfléchir au sein du CDOM 31.

E. Articulation praticiens de terrain et instances ordinaires

L'échelle ordinaire départementale est un bon maillon de réception des problématiques de terrain spécifique à chaque département afin de les faire remonter à l'échelon régional puis national et permettre ainsi une meilleure vue d'ensemble des problématiques spécifiques à chaque territoire.

De la même façon l'échelon départemental est un bon maillon de transmission des informations et des prises de positions nationales afin de les faire vivre en adéquation avec les problématiques et les talents spécifiques à chaque département.

En cela la place et le travail du CNOM sont attendus comme élément politique fort. Il leur est demandé de faire valoir la voie de la réalité des médecins, et ce différemment mais au côté des syndicats, auxquels il n'est évidemment pas question qu'il se substitue. Cette articulation est importante et il est indispensable, en la période actuelle, de colliger nos forces pour faire valoir la réalité de nos territoires et l'extraordinaire vivier de dynamisme de bienveillance et d'énergie qui est le nôtre.

Le discours du Président Boué au récent congrès du CNOM a rappelé cette dynamique. Depuis le début de sa présidence et au-delà des mots les actions de terrain du CNOM sont très attendues. L'articulation nation-région et région-département est aussi un des enjeux forts à venir et le présent travail rappelle la nécessité de l'utilisation des données de terrain pour permettre l'amélioration des pratiques, non pas sur des injonctions dogmatiques mais bien enracinées sur les réalités quotidiennes de nos confrères qui aspirent eux aussi pour la très grande majorité d'entre eux (et ce travail en est la preuve) à juste faire mieux. Cette dynamique nécessite une meilleure hiérarchisation des valeurs, moteurs des actes, et l'Ordre a, autour de cela aussi, un possible rôle de prévention.

VI. Conclusion

Le présent travail rapporte une énergie positive et une envie de travail de la part du CDOM³¹ dans l'énergie de ce qu'a déjà mis en place d'autres conseils départementaux. Il rapporte également l'envie de faire avancer les choses de la part des médecins inscrits. La fragilité et la violence inattendue verbalisée par les professionnels interrogés doivent nous faire prendre conscience de l'importance de la tâche qui nous a été confiée par nos confrères. Cette faillibilité qu'ils ont osée partager, cette envie de progresser, cette sensibilité et la hauteur de leurs attentes, nous obligent.

La dynamique des différents CDOM, qui ont déjà débuté des travaux dans le même sens que les nôtres, signifie que cette recherche d'amélioration des pratiques, présente dans la société dans son ensemble, est aussi présente au sein des instances ordinales. Cela démontre que l'image vieillotte et conservatrice du Conseil de l'Ordre n'est peut-être plus tout à fait adaptée à la génération actuelle.

Soigner les soignants est devenu une nécessité incontournable et il ressort de ce travail que prendre soin de nous peut aussi trouver des racines au sein des conseils départementaux. Certains des médecins interrogés ont évoqué pour cela les perspectives attendues du fait de la parité à venir. Je ne sais pas si la bientraitance est une valeur féminine, je ne sais pas si l'accompagnement au changement est une valeur féminine, je ne sais pas si la remise en cause de nos actions est une valeur féminine, la seule chose que j'y vois ce sont des valeurs d'avenir et cet avenir n'aura qu'un genre, celui de notre travail et de notre engagement.

VII. ANNEXES

- A. Courrier adressé par le CDOM 31 aux Médecins de la Haute-Garonne**
- B. Trame de l'entretien semi directif**

ANNEXE A

Chère Conscœur, Cher Confrère,

Conscients du vécu difficile des plaintes ou doléances amenant le CDOM à convoquer des concœurs et confrères pour un entretien ou une conciliation formelle, nous souhaiterions en améliorer les conditions de réalisation (même si le cadre réglementaire impose certaines règles non modifiables).

Pour cela, nous avons besoin de vous, surtout si vous-même ou l'un de vos proches avez été confronté à ce type de situation.

J'ai missionné le Dr MICHOT-CASBAS, conseillère ordinaire de la Haute-Garonne, pour recueillir vos observations (de manière anonyme si vous le souhaitez). De plus, ce travail donnera lieu à la réalisation d'un mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire « Soigner les Soignants », mémoire accessible en décembre prochain sur le site du CDOM 31.

Si vous acceptez de participer à ce travail, répondez simplement OUI par retour de mail, en précisant par quel moyen vous préférez être contacté (numéro de téléphone avec fourchette horaire d'appel, ou adresse mail...).

Je vous remercie par avance de votre participation.
Bien confraternellement.
??

Dr Jean Thévenot
Président CDOM 31
0609677637
dr.j.thevenot@orange.fr
jean.thev@wanadoo.fr
<http://www.ordmed31.org/>



ANNEXE B

Temps de présentation précisant le cadre du travail de recherche en me présentant personnellement.

Rappel des règles absolues de confidentialité et de la gestion totalement anonyme des données recueillies.

DEBUT DE L'ENTRETIEN :

1/ La situation vécue par le médecin interrogé ou par un proche.

Pouvez vous me raconter globalement ce qui s'est passé ?

Pouvez vous préciser :

L'avant Conciliation :

- Quel a été votre vécu au moment du courrier d'annonce (avec les sentiments Découragement Tristesse Colère Abattement et les Emotions Envie de fuite Envie de tout casser...)
- Quel a été votre vécu du temps qui s'est écoulé entre le courrier et la conciliation (discussion avec associé, avec son conjoint, sollicitation de conseils de son assurance, de son avocat, appel à l'Ordre des Médecins, Discussion avec un collègue, un ami... Silence)
 - - Avez vous rédigé un document de travail, sur quelles bases, l'avez vous adressé et en premier à qui ?
- En attendant le retour du CDOM avec eu des insomnies, envie de pleurer, d'autres choses ... Cela a t'il modifié votre attitude avec vos patients

Le moment de la Conciliation : Pouvez vous raconter ?

- Quelles émotions avez vous ressenti ? Etiez vous accompagné ou non par qui, dans quel état d'esprit êtes vous arrivé (Colère Révolte Tristesse Peur Apaisement ...)
- Qu'est ce qui a participé à ces émotions ?
- A votre avis la conciliation s'est elle bien déroulée ? Pourquoi ?
- S'est elle bien terminée ? Pourquoi. ?
- Etiez vous préparé à cela ? Aviez vous eu l'impression de maîtriser les enjeux ou avez vous eu une impression de situation absurde ? Comment avez vous jugé l'attitude des conseillers ordinaires ? Quel a été leur comportement d'après vous ? (agressivité ? empathie vis à vis de vous ? Empathie vis à vis de l'autre partie ? Prise de position ? désintérêt ?)

L'après Conciliation.

- Quelles sont les émotions qui ont été les vôtres après la conciliation (juste après, quelques mois après, maintenant ?)
- Cela a t'il modifié vos pratiques ? Vous sentez vous différents depuis ?
- Comment avez vous géré tout cela (modification d'activité, temps pour vous, modification de certaines pratiques ?)

Vous sentiez vous préparé pour chacun de ces temps ? Vous sentez vous accompagné pour chacun de ces temps ?

De toute cela quel est l'élément qui vous est apparu comme le plus difficile à vivre ?

2/ Comment améliorer ?

Si vous aviez une baguette magique et donc aucune limite dans le champ de vos réponses que proposeriez vous ?

Pouvez vous préciser :

- Au moment du courrier (Comment recevoir l'information de la plainte ? de manière formelle et informelle)
- Le Temps qui s'est écoulé vous a t'il paru long, adapté, court ? Comment l'avez vous vécu ?
- Comment préparer les praticiens ?
- Comment accompagner l'après ?
- Quel conseil donneriez vous à l'Ordre dans la gestion des plaintes?
- Si vous aviez été conseiller ordinal comment auriez vous géré la situation dans laquelle vous étiez ?

3/ Cela vous a t'il donné envie de donner un conseil ou de faire une proposition de changement aux autres praticiens ?

FIN FORMALISEE DE L'ENTRETIEN

Auriez vous quelque chose que vous voudriez ajouter ?

MERCI de votre participation

BIBLIOGRAPHIE :

Pouillard J. Historique du Conseil National de l'Ordre des Médecins (1945-1945). Histoire des Sciences médicales ; Tome XXXIX (2) :2005

Levinson, H. (1981). When executives burn out. *Harvard Business Review*, 59(3), 73–81

Al-Shamsi M : Addressing the physician's shortage in developing countries by accelerating and reforming the medical education ;Is it possible ?J Adv Med Educ Prof. 2017 Oct ;5(4) :210-9

Messano GA, De Bono V, Di Folco F, Marsella LT. Past and present of risk management in healthcare. *Ig E Sanità Pubblica*. 2014 Aug;70(4):423–30.

Begue A. Les plaintes en responsabilité professionnelle en Médecine Générale: état des lieux et étude de l'impact sur la pratique médicale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2013.

He AJ. The doctor-patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: Evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. *Soc Sci Med* 1982. 2014 Oct 29;123C:64–71.

Rapport IGAS : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf Galam E. L'erreur médicale le burn out et le soignant. De la seconde victime au premier auteur.

Bosk Charles. Forgive and Remember: Managing Medical Failure. *J R Soc Med*. 2004 Mar; 97(3):147–148.

Éric Galam. Soigner les soignants La formation implicite des médecins et leurs fragilités. *Médecine*. 2015;11(9):388-390. doi:10.1684/med.2015.128

Guillemain H. (page consultée le 2 /06/17).Devenir médecin au XIXème siècle. [en ligne] <https://abpo.revues.org/501>

Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris :Payot ; 1986.

Hervé C. Fondements d'une réflexion éthique managériale de santé. Actes des rencontres internationales d'éthique biomédicales de Paris ;11-12 mai 1995 ; Paris, France.

Galam E. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *La Presse Médicale*. 2014 Av :43 ; 358-362.

As B. Fragilité dis nous ta grandeur. Paris : Cerf ;2016.

Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Med. 1992 Jul-Aug;7(4):424-31

Galam E. La souffrance du médecin mis en cause par un patient. Responsabilité. 2009;9: 3

Klotz P. L'erreur médicale, mécanisme et prévention. Paris. Maloine; 1994

Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. Paris : Springer ;2012

Crises et facteurs humains : les nouvelles frontières mentales des crises. De Boeck ;2009.

Ricoeur P. Soi même comme un autre. Seuil. 2015. 448p.

Barrier P. Un aperçu de la question éthique dans la relation de soin. Traité de Bioéthique. Eres ;2010 : 179-88.

Maillet C. Du chantier naval au grand large. Ed Réciproques ; 2010.

Grassin M, Pochard F. La déshumanisation civilisée. Cerf ; 2012.

Neveu P. Changer ? Moi, jamais. Psychologie du changement. Broché ; 2008

Combalbert L, Delbecq E. La gestion de la crise. PUF ; 2012

Foucault G. Communication de crise. Broché : 2017

RESUME : Le moment de la plainte ordinale est un point d'encrage fort dans le parcours de vie du praticien. Comme l'est toute expérience elle peut être source de changement à la condition que cette expérience ne soit pas dans le registre du traumatisme. La question de ce travail est de voir en quoi les pratiques du CDOM pourraient être adaptées, dans la mesure de son cadre réglementaire, pour favoriser ce changement. Le présent travail est une étude qualitative sous la forme d'entretiens semi directifs de praticiens volontaires, soit ayant vécu, soit ayant accompagné, une plainte ou doléance au Conseil de l'Ordre départemental de la Haute Garonne.

Ce travail rapport des désirs d'évolution en terme de :

- place des collaboratrices dans l'annonce de la plainte en amont de la réunion de conciliation
- gestion des conflits et des personnalités conflictuelles par une formation spécifique des nouveaux élus, accessible aussi aux anciens élus en charge des réunions de conciliation
- Proposition d'un accompagnement dans les démarches par un pool de praticiens volontaires identifiés comme *experts* de telle ou telle problématique
- L'identification d'un service d'aide spécifique à la rédaction des certificats avec un système de *hotmail*

Le résultat principal de ce travail et la place attendue et le respect suscité par les instances ordinales pour accompagner ces dynamiques de changement dans une perspective d'amélioration des pratiques déontologiques et de bienveillance des praticiens aussi envers eux même.

Mots clés : Amélioration des pratiques, déontologie, plainte.

ABSTRACT : Moment of ordinal claim is very important in the professional path of a doctor. It can also be a good moment for changing. It is possible if this moment is not too violent. The research question is : how to perform to promote change.

We made a prospective study with semi directive interview. The results about evolution is : - The place of our secretaries

- Specific formation about how to manage a conflict meet
- Specific accompaniment for each step with volunteers
- Hotmail service to help doctors about medical certificates

The most important result is the respect and the trust about CDOM for changing.

Key Words : best practice, déontology, claim