



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 7 novembre 2019

Docteur Sophie PERRIN. Docteur Jean Louis VANGI

La plainte ordinale, de son annonce à ses conséquences

*Recueil et analyse du ressenti, de l'impact personnel et
professionnel de la procédure auprès de 55 médecins
concernés par une plainte ordinale en 2018.
Département de l'Isère et de la Savoie*

Membres du jury :

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

PLAN

1. INTRODUCTION.....	p.4
2. METHODOLOGIE de la RECHERCHE.....	p.7
2.1 Le contexte	
2.2 Problématique et état de la question	
2.3 Matériel et méthode	
<i>A. Type d'étude</i>	
<i>B. Objectifs</i>	
<i>C. Choix de la méthode</i>	
<i>D. Déroulement des entretiens</i>	
3. RESULTATS.....	p.10
3.1 Données socio démographiques	
3.2 Etude des ressentis à l'annonce d'une plainte	
3.3 Etude des mécanismes de défense mis en place	
3.4 Etude de l'impact physique, psychique de la plainte et/ou de la conciliation	
3.5 Conséquences	
3.6 Pistes d'amélioration proposées au terme de l'entretien	
4. DISCUSSION.....	p. 25
5. CONCLUSION.....	p. 42
6. BIBLIOGRAPHIE.....	p. 44
7. ANNEXES.....	p. 46

ABREVIATIONS

CDIOM : Conseil Départemental de l'Isère de l'Ordre des Médecins

CDSOM : conseil départemental de la Savoie de l'ordre des médecins

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

CSP : code de la santé publique

CDPI : chambre disciplinaire de première instance

DIU : diplôme inter universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

RCP : responsabilité civile et professionnelle

1. INTRODUCTION

L'idée de ce travail a germé à l'issue d'une conciliation ordinale. Une jeune consœur en début de carrière a été accusée par une patiente d'un défaut d'information concernant les séquelles éventuelles d'un acte opératoire. Elle a donc été victime d'une plainte à l'Ordre des Médecins. Elle s'est présentée seule à la date convenue, la conciliation s'est bien déroulée et le plaignant a retiré sa plainte. Néanmoins le personnel administratif a pu constater l'affliction de ce médecin à l'issue de la conciliation et malgré sa demande, aucun conseiller ordinal n'a pu répondre immédiatement, pour des raisons juridiques à sa demande d'écoute. Le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Isère l'a spontanément contactée dans un second temps, ce qui a permis un temps d'**échange bienveillant** et un **apaisement des émotions** et des ressentis de cette collègue, qui ne pouvait imaginer que cela lui arrive en début de carrière.

On peut s'interroger sur l'impact de cet appel, en termes de réassurance, l'impact d'être jugée mais également accompagnée par ses pairs, l'impact à court terme et à plus long terme sur la manière d'exercer son art médical.

Cet évènement a également soulevé au sein du Conseil une interrogation quant à **la connaissance de la procédure ordinale** par les médecins et **le mode d'annonce** d'un dépôt de plainte ordinale par une lettre type jugée **brutale** et **formelle**.

Parallèlement, le Conseil de la Savoie de l'Ordre des Médecins a été saisi de trois plaintes quasi simultanées à l'encontre de confrères. Ces mises en cause portaient sur l'établissement de certificats médicaux. Chacune de ces plaintes a fait l'objet d'une conciliation, conformément au Code de la Santé Publique et les conciliations ont abouti au retrait des plaintes.

Pour autant, ces plaintes ont révélé **la souffrance endurée** par nos confrères impliqués. Dans l'exercice de leur métier et devant la demande légitime des patients, l'établissement de ces certificats médicaux les a mis en difficulté et les a confrontés à **une procédure qu'ils ne connaissaient pas**.

Cette épreuve les a également confrontés à un risque médico-légal, ce qui a créé chez eux une attitude défensive alors même que l'établissement de certificats médicaux est un acte pluriquotidien.

Ces confrères ont tous, à l'issue de la conciliation été reçus par le Président ce qui a permis d'apaiser ces tensions mais la question du **mode d'annonce** de la plainte à nos confrères au moyen d'une lettre « formelle » leur est apparue comme particulièrement mortifère et non confraternelle.

La plainte ordinale en chiffres

L'ordre des Médecins était resté jusqu'à il y a peu, relativement hermétique sur ce sujet. Si chaque année, le CNOM publie le bilan des Chambres disciplinaires, ce bilan reste quantitatif sans jamais, confidentialité oblige, **évaluer la souffrance** des médecins mis en cause.

Si l'on se réfère pourtant aux bilans publiés par la Chambre Disciplinaire Nationale, ce sont en moyenne **1263 médecins** (1060 au plus bas en 2012 / 1416 au plus haut en 2016) qui ont été traduits devant les Chambres disciplinaires de Première Instance entre 2010 et 2017.

Pour l'année 2018, seuls ont pu nous être fournis les chiffres de la Région Rhône Alpes **avec 169 affaires nouvelles enregistrées** (149 en 2016 / 125 en 2017).

En 2018, le taux de conciliation du département de la Loire était de 53%, en Savoie 41%, dans le Rhône 63% et en Isère 50%.

Si l'on se rapporte à ces taux de conciliations obtenus dans chaque département, taux qui avoisine les 50%, on pourrait par extrapolation estimer qu'annuellement ce sont plus de **2500 médecins** qui sont potentiellement impactés et qui feraient l'objet d'une plainte devant l'Instance Départementale.

En outre, le délai moyen de jugement était en moyenne de **9 mois et 23 jours** en 2017. Ce paramètre est essentiel à prendre en compte car au-delà du délai initial prévu par la loi (**Article L.4123-2 du Code de la santé Publique**) qui impose l'organisation d'une réunion de conciliation et sa transmission dans un **délai de 3 mois**, c'est au total une période de plus d'une année qui va s'écouler entre la réception du courrier informant le médecin qu'il fait l'objet d'une plainte et le jugement devant la Chambre Disciplinaire de Première Instance, si la conciliation a échoué.

Le bilan des Chambres Disciplinaires Régionales aboutit à une absence de sanction dans environ la moitié des cas (**49% en 2017**). Il serait intéressant de se pencher sur le vécu psychologique de l'ensemble de ces médecins, tant en cas de sanction, qu'en cas d'absence de sanction, une fois « la pression retombée ».

La chambre Disciplinaire Nationale traite elle environ 400 dossiers de plaintes, ce qui sous-entend qu'une plainte sur trois présentée à la CDPI fait l'objet d'un appel.

Le délai moyen de jugement devant la Chambre Disciplinaire Nationale était en 2017 de **1 an 4 mois et 16 jours**.

Au total, pour environ **400 médecins par an**, mis en cause c'est une période d'au moins **deux ans** qui va s'ouvrir, période d'incertitude dont l'impact est difficile à évaluer.

Il n'existe que peu d'études dans la littérature qui objectivent la souffrance du médecin face à **une plainte ordinale**. Les études englobent le ressenti face à une mise en accusation, peu importe la juridiction et évaluent l'impact d'une plainte et/ou d'un évènement indésirable sur le médecin « seconde victime ».

Dans le cadre du DIU « Soigner les soignants », année 2017, le mémoire du Docteur Mailys MICHOT-CASBAS (1) fait état des éléments factuels influençant le vécu de la plainte ordinale. Nous verrons dans l'étude de nos résultats que le vécu de la mise en cause est identique dans les deux populations étudiées ainsi que les ressentis des médecins. De plus le travail du Docteur MICHOT CASBAS a permis l'élaboration de stratégies d'amélioration et de réflexion autour de cette problématique de la plainte ordinale, mais le **mode d'annonce** n'est pas spécifiquement évoqué.

A mesure de l'avancée de notre travail et des contacts que nous avons pu avoir avec nos avocats-conseils ou avec les conseillers nationaux de l'Ordre des médecins une question a donc émergé :

Comment assister nos confrères en amont de la conciliation, au moment même de l'annonce de la plainte, puis après celle-ci dans l'attente de la procédure devant la CDPI sans que la procédure soit entachée d'irrégularité par ce que certains pourraient considérer comme du corporatisme ? Cette aide peut-elle avoir un impact positif sur le vécu de la plainte ordinale ?

La question bien entendu est plus simple lorsque la réunion de conciliation aboutit au retrait de la plainte par le plaignant.

Rien ne s'oppose dans ce cas à ce que les conseillers ordinaires assument leur rôle confraternel face à un confrère certes soulagé par le retrait de la plainte, mais mis sous pression pendant plusieurs semaines dans l'attente de cette réunion.

L'idée d'une **stratégie de prévention** avant même le passage en conciliation a été un de nos guides de réflexion. Nous avons imaginé que l'**Entraide ordinale** pourrait être un maillon utile si notre étude mettait en évidence la nécessité d'anticipation et le besoin d'accompagnement avant, lors de l'annonce et du passage en conciliation puis après le passage en conciliation, comme semble également le démontrer le travail du Docteur MICHOT CASBAS.

Et imaginer qu'une réduction de l'impact émotionnel en amont du passage en conciliation, lors de l'annonce d'une plainte ordinale, pourrait en réduire les conséquences.

2. METHODOLOGIE de la RECHERCHE

2.1. Le contexte

Ce travail a été mené sous l'égide des Conseils départementaux de l'Isère et de la Savoie de l'Ordre des Médecins. La proposition de sujet de mémoire a été discutée et validée en commission plénière du mois de mars 2019.

2.2. Problématique et état de la question

Nous avons cherché à mettre en évidence l'impact **émotionnel, personnel et professionnel** d'une plainte et son annonce sur le médecin impliqué avec recueil du vécu et des conséquences de l'événement. En fonction de nos résultats, nous avons imaginé proposer une procédure d'alerte et de prévention de la violence inhérente à l'annonce d'une plainte soit par courrier soit par un appel téléphonique. Une interrogation sur des perspectives d'amélioration des procédures ordinales mais également de notre métier en général a clos ce travail. Bien évidemment toute proposition doit répondre au **cadre législatif** et **déontologique** qui est le nôtre.

2.3. Matériel et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une **étude qualitative rétrospective** par **entretien semi dirigé**.

Un courrier émanant des Ordres de l'Isère et de la Savoie (annexe 1 et 2) a été envoyé courant mars 2019 à tout médecin impliqué dans une plainte ordinale avec conciliation sur les deux départements en 2018. Ce courrier garantissait sous l'égide ordinale, l'anonymat lors du recueil de données. Il explicitait également le déroulement des entretiens, entretiens semi dirigés, par téléphone.

L'entretien s'est déroulé avec une grille de recueil structurée autour de cinq temps : la procédure d'annonce de la plainte, le ressenti, les conséquences physiques, psychiques, les mécanismes de défense mis en place, les propositions d'améliorations suite à ce vécu.

Le nombre de médecins concernés était de **56 médecins en Isère** et **17 médecins en Savoie**.

Les entretiens téléphoniques se sont échelonnés de mars à aout 2019. Il a été nécessaire de faire plusieurs relances par mail et/ou SMS afin d'obtenir le maximum de rendez-vous. Il est toutefois intéressant de noter que certains médecins ont pris eux-mêmes contact avec les auteurs de l'étude. On peut imaginer que leur besoin de parler de leur ressenti était important.

B. Objectifs

L'annonce par un courrier d'une plainte devant l'Ordre des médecins majore l'impact de l'affaire elle-même.

⇒ *Objectif principal*

Nous espérons mettre en évidence par les entretiens un besoin d'encadrement de l'annonce d'une plainte à l'Ordre, ce que nous avons pressenti dans nos missions et nous recherchons le vecteur de cet encadrement bienveillant.

Il est connu et il est décrit dans la littérature l'impact d'une plainte dans la vie du médecin.

⇒ *Objectifs secondaires*

Notre étude souhaite évaluer l'impact émotionnel, physique, psychique de l'annonce d'une plainte ordinale, mais également l'impact professionnel. L'étude des mécanismes de défense mis en place au décours de cette épreuve est une étape importante de la discussion.

Nous avons également pris un temps pour évoquer la santé de soignants.

Forts de l'expérience vécue de la plainte, nous avons réfléchi, avec l'aide des confrères interrogés sur des pistes d'amélioration autour du soin aux soignants, de la judiciarisation de notre exercice, des missions ordinales, de la médecine de demain.

C. Choix de la méthode

Création d'une grille d'entretien

Comme évoqué précédemment les questions de la grille ont exploré plusieurs thématiques :

- Le mode d'annonce de la plainte ordinale
- Le ressenti initial
- Le déroulement de la conciliation et ses conséquences
- Les répercussions personnelles de l'évènement
- Les mécanismes de défense développés
- Les améliorations générales possibles en découlant
- La ou les propositions d'annonce finalement retenues

Cette grille comportait également un recueil de données générales et socio démographiques. Bien évidemment ont été colligés tous les propos pertinents, même si ceux-ci sortaient du cadre de réponse de la grille. D'emblée il a été annoncé que le « pourquoi de la plainte » n'allait pas être évoqué. Nous nous en sommes tenus au ressenti du médecin en essayant de ne pas évoquer l'affaire elle-même.

Cette grille a été inspirée d'une thèse (2) notamment en ce qui concerne le choix des ressentis à colliger. Pendant l'entretien, elle a servi de **fil conducteur** mais n'a pas été suivie de façon linéaire.

Elle s'est adaptée aux réponses du médecin interrogé pour préserver **la fluidité** et **la spontanéité** des réponses.

D. Déroulement des entretiens

Faisant suite au courrier initial d'information envoyé par l'Ordre des Médecins courant mars à tout médecin ayant fait l'objet d'une plainte ordinale sur l'année 2018, un appel téléphonique a été passé et un rendez-vous pris. Nous nous sommes adaptés à la proposition du médecin. Il y a eu possibilité d'entretien en **colloque singulier** (deux en Isère, deux en Savoie).

Une neutralité étant à respecter puisqu'étant soit membres du Bureau de l'Ordre soit Président, nous étions au courant du motif de la plainte, aussi avons-nous posé les questions de la façon la plus simple possible en faisant attention à la formulation pour ne pas orienter les réponses.

C'est surtout **la singularité** des médecins interrogés qui a été recherchée. Il est à souligner **l'accueil** reçu lors de l'interview empreint de **confiance**, de **transparence**, d'**intimité** et de **richesse** et quel que soit le vécu de la conciliation.

Les médecins interrogés ont dégagé naturellement un temps pour l'interview qui s'est souvent terminée par un « *merci pour ce que vous faites* » et une demande de **transmission du mémoire**.

Une fiche numérotée a été remplie à l'issue de l'entretien et enfin un tableau récapitulatif de nos résultats a été créé sous format Excel.

3. RESULTATS

Cinquante-six médecins ont fait l'objet d'une plainte en 2018 en Isère.

Il y a eu une exclusion en Isère car la plainte dans laquelle ce médecin était impliqué est très médiatisée (exclusion demandée par le Président du CDIOM). 2 médecins ont refusé de répondre.

Sur les cinquante-trois médecins restants, malgré de multiples relances par voie mail ou SMS, 13 n'ont jamais répondu. Au total **quarante médecins** ont participé à l'enquête en Isère.

Dix-sept médecins étaient mis en cause en Savoie. **Quinze médecins** ont répondu très rapidement, 2 n'ont pas donné suite malgré plusieurs relances téléphoniques.

3.1. Données socio démographiques

Répartition par **âge, sexe, mode d'exercice**

ISERE	SAVOIE
Moyenne d'âge : 52 ans <i>Médiane : 54.5 ans</i>	Moyenne d'âge : 57 ans <i>Médiane : 63 ans</i>
Age minimum : 29 ans	Age minimum : 34 ans
Age maximum : 68 ans	Age maximum : 71 ans

ISERE	SAVOIE
24 hommes (60%)	9 hommes (60%)
16 femmes (40%)	6 femmes (40%)

ISERE	SAVOIE
30 Médecins libéraux	9 Médecins libéraux
10 Médecins salariés	6 Médecins salariés

Répartition par **spécialité médicale**

SPECIALITE	NOMBRE Isère	NOMBRE Savoie
Médecin généraliste	16	6
Chirurgien	7	1
Médecin expert	3	0
Psychiatre	3	1
Médecin du travail	2	1
Médecin urgentiste	2	0
Ophthalmologiste	2	1
Gériatre	0	2
Dermatologue	1	0
Hépto gastro entérologue	1	0
Médecin régulateur	1	0
Anesthésiste réanimateur	1	0
Médecin de l'Education Nationale ou de la fonction publique	1	1
ORL	0	1
Pédiatre	0	1

En Isère

- **1^{ère} plainte : vingt-neuf médecins (72%)**
- Seconde plainte : 7 médecins (17%)
- Plus de deux plaintes : 4 médecins (10)

Le PLAIGNANT	Nombre
Patient	22
Confrère	11
Avocat	3
Salarié	2
Famille d'un patient	1
Psychologue	1

Quinze médecins (37%) connaissent le déroulement de la procédure ordinale.

Tous ont été prévenus de l'affaire par un courrier classique envoyé par l'Ordre Départemental en recommandé avec accusé de réception.

Seize médecins (40%) ont contacté soit la secrétaire de l'Ordre, soit un conseiller ordinal, ceci avant la conciliation.

Vingt-six médecins (65%) auraient souhaité être appelés et/ou avoir un courrier expliquant la procédure qui les attendait et/ou un numéro de téléphone à appeler si besoin.

En Savoie

Pour treize médecins (86%) cette plainte est la première

Le PLAIGNANT	Nombre
Patient	8
Confrère	3
Employeur	2
Famille d'un patient	1
Employeur du médecin	1

5 médecins (33%) connaissent le déroulement de la procédure ordinale.

Tous ont été prévenu de l'affaire par un courrier classique envoyé par le CDOM en recommandé avec accusé de réception.

Treize médecins (86 %) ont contacté un conseiller ordinal ou le président lui-même, les 2 autres auraient souhaité avoir cette possibilité.

Ce taux d'appel important tient probablement au fait que la Savoie ne compte que 2000 médecins environ d'où une proximité plus grande des conseillers ordinaires.

Devenir de la plainte

En Isère, il y a eu conciliation pour onze plaintes déposées (27%) et transmission à la CDPI dans **72%** des cas. Seuls **8 médecins (20%)** ont été accompagnés d'un avocat.

En étudiant les entretiens, il s'avère que ce sont de jeunes confrères qui ont sollicité la présence de leur avocat, ou lorsque le plaignant était lui-même un avocat ou lorsque la plainte concernait un confrère hospitalier. Seulement 5 confrères en Isère ont pris conseil auprès de leur organisme de responsabilité civile et professionnelle. 3 médecins ont été accompagnés d'un collègue ou de leur chef de service hospitalier.

En Savoie il y a eu conciliation dans le cas de sept plaintes (47%) et il y a eu transmission de 8 plaintes. Les médecins n'avaient fait le choix d'être accompagnés que dans le cas où la partie était elle-même accompagnée ou représentée par un avocat.

8 confrères (53%) ont été accompagnés de leur avocat. Et **8 confrères** ont joint leur organisme de RCP.

3.2. Etude des ressentis au moment de l'annonce de la plainte

Nous avons colligé sur la totalité de notre population i.e. cinquante-cinq médecins le nombre de fois où le ressenti proposé dans la grille de recueil a été cité lors de l'entretien.

Tous les autres ressentis ont été recueillis.

Les ressentis majoritaires sont :

- ⇒ **Le stress**
- ⇒ **La colère**
- ⇒ **La surprise**
- ⇒ **L'incompréhension**
- ⇒ **La tristesse**
- ⇒ **La culpabilité**

RESSENTIS	OCCURENCES
STRESS	30
COLERE	25
SURPRISE	18
INCOMPREHENSION	11
TRISTESSE	10
CULPABILITE	10
ECHEC	8
SOLITUDE	7
PERTE DE TEMPS	4
RESPONSABILITE ENGAGEE	3
INJUSTICE	3
REMISE EN QUESTION	2
FRUSTRATION	1
VEXATION	1
ETRE SOUS PRESSION	1
VIOLENCE	1
DECEPTION	1

3.3. Etude des mécanismes de défense

Rappel

C'est l'ensemble des processus mis en place entre le médecin et un événement perçu comme menaçant pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (concept de coping).

77% des médecins interrogés en Isère (**trente et un confrères**) ont mis en place des mécanismes de défense évidemment en rapport avec le motif et la gravité de la plainte. Plus le motif de la plainte avait eu un impact sur le plaignant, plus les mécanismes de défense ont été variés, radicaux et mis en place rapidement.

73% des médecins interrogés en Savoie (**11 confrères**) ont déclaré avoir mis en place des mécanismes de défense. Ces mécanismes de défense ne sont pas forcément corrélés à la gravité de la mise en cause mais plutôt au vécu du médecin face à cette plainte. En effet, 2 médecins poursuivis pour des faits graves dont la conciliation n'a pas abouti ont déclaré n'avoir rien changé à leur « façon de faire ». A contrario, 3 médecins ont été profondément impactés alors même que la conciliation a abouti car les reproches semblaient relativement « futiles ». Un médecin a, lui, mis en place des mécanismes de défense pour protéger ses secrétaires de la violence verbale des patients

Nous avons distingué :

➤ **Les mécanismes de défense dits « positifs »**

Le but pour le médecin est de pouvoir démontrer en cas de mise en cause qu'il a agi selon les règles de bonne pratique et répondu à son « obligation de moyens ». *Rappel : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés » (Art R.4127-33 du code de la santé publique)*

➤ **Les mécanismes de défense dits « négatifs »**

Ces mécanismes consistent en une logique d'esquive de toutes formes de risque médico-légal que cela soit en évitant la réalisation de certains gestes médicaux ou par la non prise en charge de certaines catégories de patients susceptibles d'avoir des complications ou d'être revendicateurs. Cela peut aussi passer par l'acceptation de demandes abusives de certains patients dans le but de fuir les conflits.

Outre aggraver le déficit de la sécurité sociale, ces pratiques peuvent aller à l'encontre des règles de bonne pratique, ce qui peut être juridiquement reproché aux médecins.

« Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » (Art L. 162-2-1 du CSS)

Les mécanismes ont été précisément attribués à chaque médecin interrogé d'où le numéro de la fiche de recueil apparaissant dans les tableaux. Certaines fiches apparaissent dans les deux tableaux en fonction des réponses des collègues interrogés.

Mécanismes de défense positifs	Fiche
Je suis plus attentif aux risques psycho sociaux	4
Je suis moins abrupt dans ma communication avec les enseignants, je choisis les mots	9
Je suis plus attentif à l'agacement lors des régulations, je communique plus	10
Je ne m'excuse plus car c'est avouer ma faute. J'explique encore plus les alea chirurgicaux	12
Je transmets mieux les informations, les documents	13
Je prends encore plus de photos des interventions, je note tout	14
J'interroge plus longtemps le patient	17
J'améliore l'information délivrée	18
Je dois être moins agressif et moins sentimental aussi	21
Si je me sens vulnérable je dis STOP, je suis plus à l'écoute de moi-même, à mon rythme	26
Je suis plus transparent dans la communication	29
Je me remets en question en permanence, j'interroge plus et mieux le patient	35
Je renvoie vers le 15 plus souvent	37
Je demande plus d'avis spécialisé, plus d'examens complémentaires, d'avis d'experts	38
Je demande plus d'examens	39
Je suis plus vigilante	45
Je me remets en question dans chacun de mes agissements	51

Mécanismes de défense négatifs	Fiche
Je suis sur mes gardes car jugé sans arrêt	1
Je suis plus vigilante lors de la rédaction d'un certificat, je dis NON, car le patient me manipule	3
J'ai démissionné et je me suis protégé de mes collègues	6
Je ne prends pas de remplacement si je ne connais pas le médecin	7
Je lâche prise pour ne pas subir la pression des patients, des familles, des salariés	8
Je ne m'excuse plus car c'est avouer ma faute	12
Je sens les patients et les familles « à risque » de plainte	14
Je me protège, je mets de la distance	17
J'évite le patient que je ne sens pas, je trie les patients	18
Je ne compte que sur moi	19
Je suis méfiant, je repère le patient à risque de plainte, je me blinde	23
Je suis moins gentille, je me laisse moins envahir, je relis mes courriers	24
Je dis non aux certificats, j'ai trop peur des procédures	30
Je trie ma clientèle en gardant les patients qui vont comprendre	39
Je suis devenu obséquieux dans ma communication qui n'est plus naturelle	42
Je suis plus neutre, je suis plus hypocrite	43
Je suis plus vigilante	45
J'arrête d'être gentille, je dis non à toute demande de certificat, je me ménage	53
Je fais attention au contenu de mes mails, je fais silence radio, je ne donne plus mon avis	55

3.4. Retentissement physique, psychique de la plainte et/ou du passage en conciliation

Tous les médecins interrogés disent avoir été soutenus par leurs proches, famille, parents, enfants et leurs collègues, notamment pour ceux exerçant en cabinet de groupe, ou par des groupes de pairs, sociétés savantes particulièrement pour les chirurgiens interrogés. La majorité d'entre eux se souvient précisément du **moment** de la réception du courrier de l'Ordre des médecins et de l'annonce de la plainte et l'ont souvent explicité lors de l'entretien : « j'ai pris un uppercut dans l'estomac », « j'ai pleuré seule dans mon cabinet, la salle d'attente était pleine, je ne savais pas si j'allais pouvoir continuer » « le ciel m'est tombé sur la tête »

« C'est arrivé le vendredi où je partais en vacances, ça m'a pourri le séjour », « ça a fixé une date dans ma vie » « ça a été un tel choc que je n'ai pas vu la date de la conciliation et je l'ai loupée »

Devant l'hétérogénéité des réponses et leur pertinence, nous avons rassemblés en un tableau récapitulatif les paroles échangées (en Isère et en Savoie)

PAROLES de MEDECINS	FICHE
<i>J'ai l'impression d'être jugé sans arrêt</i>	1
<i>Cela m'a pourri la vie pendant un mois</i>	3
<i>J'ai vu mon collègue en souffrance, j'ai apaisé les conflits</i>	4
<i>Un vrai choc, le ciel m'est tombé sur la tête</i>	5
<i>Quel est mon avenir ?</i>	6
<i>Je suis une nullité absolue</i>	7
<i>Je n'ai pas su gérer</i>	8
<i>J'ai été blessé mais heureusement ce n'était pas une erreur médicale sinon cela aurait été terrible</i>	9
<i>J'ai reçu un uppercut dans l'estomac, j'étais KO, je ne pouvais plus travailler, je suis responsable d'un drame</i>	10
<i>Ça allait car le plaignant était plus mal que moi</i>	11
<i>Je suis une criminelle, je ne savais pas si j'allais pouvoir opérer encore</i>	12
<i>J'ai été maltraité par cet avocat</i>	13
<i>Derrière toute plainte il y a un confrère, ça m'a tracassé</i>	14
<i>Je me souviens très bien le moment où j'ai reçu le courrier de l'ordre</i>	16
<i>C'est très difficile de subir une plainte</i>	17
<i>Je vais être jugée, je vais perdre du temps, de l'argent, et si je suis condamné, j'ai imaginé le pire</i>	18
<i>J'ai si honte, j'ai voulu me suicider, on s'acharne encore quatre ans après</i>	19
<i>J'ai manqué d'expérience</i>	21
<i>Et si j'avais fait une faute</i>	23
<i>Je suis foutue en début de carrière, condamnée d'avance</i>	26
<i>C'est difficile d'être jugé par ses pairs</i>	27
<i>Je n'ai rien ressenti, car la procédure était irréprochable mais que de temps perdu</i>	28
<i>Je savais qu'il y aurait une plainte alors j'étais préparée et soutenue par la direction</i>	29

<i>J'ai relativisé, ce n'était pas si grave</i>	30
<i>Je m'y étais préparé mais que de temps perdu, j'ai protégé une jeune consœur</i>	31
<i>J'ai fait du tort à quelqu'un, je me suis remis en question</i>	35
<i>Cela m'a pris le chou, j'ai du me justifier</i>	36
<i>Je me suis senti si seul à la lecture du courrier, j'étais le maillon attaquant en tant que médecin généraliste, je suis pris dans la machine à broyer de la justice</i>	37
<i>J'ai eu peur des conséquences donc je n'ai rien projeté ni déménagement, ni vacances, j'étais sidérée</i>	38
<i>Je n'ai ressenti aucune confraternité, au contraire</i>	39
<i>J'ai reçu du soutien de l'ordre des médecins, de patients, de confrères, j'étais la victime</i>	40
<i>Cela va me pourrir la vie 15 ans, je vais me jeter d'une falaise ou arrêter médecine</i>	42
<i>J'ai passé des vacances pourries !</i>	43
<i>J'ai eu si honte de m'être trompée en m'installant avec lui, quelle honte, quel échec, ma 1^{ère} installation, je n'en n'ai parlé à personne</i>	45
<i>J'ai peur des avocats, la hantise des problèmes, je n'ai jamais fait d'erreur</i>	48
<i>Comment vais-je continuer à travailler, scénario catastrophe, j'ai eu une case du cerveau en moins !</i>	51
<i>J'ai eu peur, seule dans mon cabinet, comment allais-je poursuivre mes consultations, j'avais tort et je me suis trouvé des excuses</i>	53
<i>J'ai regretté, je me suis excusée et je pensais que cela suffirait</i>	55
<i>Ce n'est pas agréable mais je savais ce qui m'attendait</i>	56

En Savoie

PAROLES DE MEDECINS	FICHE
<i>J'ai décidé de prendre ma retraite / J'ai fait une grave dépression</i>	1
<i>J'étais très en colère que l'on dépose plainte pour ça !</i>	2
<i>Je craignais l'agressivité du patient</i>	3
<i>La profession n'est plus respectée</i>	5
<i>Mon confrère qui a porté plainte ne s'est même pas déplacé, La participation à la conciliation devrait être obligatoire</i>	6
<i>J'étais persuadé que j'étais en faute ; J'avais la haine en face de moi ! Il faut se préparer au combat...</i>	9
<i>J'étais dans l'incertitude</i>	10
<i>L'accueil amical du Président m'a beaucoup aidé</i>	12
<i>Ça m'a flingué les vacances de Noël ! Un courrier comme ça (convocation à la conciliation) c'est dur !</i>	13
<i>On m'a dit : « tu fais n'importe quoi » ! Et une emmerde de plus !</i>	14
<i>J'ai eu le sentiment d'une grande humanité des conciliateurs : ça aide !</i>	15
<i>Ma hiérarchie a été odieuse et ne m'a pas soutenu</i>	16

3.5. Conséquences physiques et psychiques

En Isère, **2 médecins** ont été en **arrêt de travail**. Un médecin a été hospitalisé en clinique psychiatrique suite à une plainte très médiatisée. Parmi les quinze médecins (37%) ayant un médecin, 4 d'entre eux ont eu recours à un traitement anxiolytique et/ou antidépresseur (en dehors du possible traitement habituel).

Quant aux réseaux d'aide aux soignants, **vingt-neuf médecins (72%)** en connaissent l'existence mais aucun n'y a eu recours sans explication valable donnée.

Le stress, la rumination anxieuse, les troubles du sommeil sont au premier plan parmi les symptômes physiques liés à l'expérience de la plainte, notamment s'il n'y a pas eu conciliation et durant la longue attente du passage devant la Chambre Disciplinaire.

2 confrères ont eu ou ont encore des **idées suicidaires** envahissantes.

Une consœur a poursuivi ses activités de clown afin de « différer sa souffrance ».

10 médecins (25%) sont porteurs de **pathologies psychiatriques** avec traitement au long cours et suivi régulier.

Suite à la plainte, ils avouent avoir sollicité leur thérapeute pour un soutien appuyé. Un des médecins interrogés est porteur d'une pathologie médicale chronique.

Parmi eux, l'un est un autiste Asperger et deux sont dyslexiques. Ces trois confrères ont d'emblée incriminé leur pathologie comme ayant aggravé le motif de la plainte et se sont sentis incompris :

« Je ne peux pas regarder dans les yeux, les patients pensent que je suis hautain et fuyant ».

Parmi les symptômes psychiques, on retrouve :

- **Le stress**
- **La peur** (de la violence, de l'échec, de la calomnie, de l'incapacité d'exercer)
- **La douleur** (morale, liée à la blessure narcissique)
- **La honte** (liée au sentiment d'échec)
- **Une forme de paranoïa avec de la méfiance**

A noter qu'un des médecins en Isère a **démissionné** suite à sa mise en cause.

En **Savoie**, 2 médecins ont décidé de prendre leur retraite à la suite de ces mises en cause.

Un des deux a déclaré avoir fait une **dépression sévère** dont il garde encore des séquelles.

7 médecins (47%) ont déclaré avoir un médecin traitant (ou un psychiatre traitant pour l'un d'eux) mais 2 seulement l'ont consulté.

Aucun médecin n'a consulté son médecin du travail, s'il en avait un.

Le réseau d'entraide pourtant connu de **11 médecins (73%)**, n'a jamais été sollicité.

Les symptômes psychiques évoqués ont été les mêmes que pour la population iséroise.

3.6. Pistes d'amélioration supposées et proposées au terme de l'entretien

La dernière question de l'enquête était une question ouverte qui découlait de l'expérience vécue de la plainte et/ou du passage en conciliation ordinale.

L'Ordre des Médecins et son fonctionnement a été souvent épinglé : *« les conseillers ordinaires n'ont pas assez de connaissances des problèmes juridiques et du langage juridique »*, *« les conseillers doivent être des professionnels de l'écoute »*, *« la neutralité bienveillante est de mise »*

« l'Ordre peut décider si une plainte est vraiment recevable et si une conciliation est vraiment nécessaire » « l'Ordre peut taper du poing sur la table si le motif de plainte semble ridicule » « l'Ordre doit rester neutre » « l'Ordre ne sert à rien, les syndicats font mieux », « l'Ordre doit promouvoir plus de confraternité » « l'Ordre doit s'impliquer pour le respect des médecins et de la profession » « l'Ordre doit réaffirmer le rôle du médecin de famille » « l'image de l'Ordre qui sanctionne ».

Mais à contrario, le soutien de l'Ordre dans l'épreuve a été quasi unanimement souligné et loué dans l'étude. Nous avons ensuite individualisé les propositions récurrentes concernant la procédure ordinale elle-même.

A. Annoncer la plainte

85% des médecins pensent qu'un appel pour prévenir d'une plainte à venir aurait pu apaiser leur inquiétude et toutes les conséquences évoquées auparavant avant, pendant et après le passage en conciliation. Ce sont les mêmes qui acceptent également l'idée d'un courrier explicatif de la procédure (« à lire et relire ») avec un numéro d'appel si besoin.

Il est à noter que quatre médecins ne souhaitent pas de changement pour plus de neutralité et pas de possibilité de « copinage » ou « corporatisme ». La proposition d'une entrevue à l'Ordre avant le passage en conciliation a été proposée par deux médecins.

Un médecin a proposé qu'un conseiller ordinal soit dédié à l'annonce des plaintes aux médecins ou que des confrères (y compris non ordinaires) mis en cause précédemment soit joignables.

B. Apprendre, enseigner qu'il faut se protéger

Le rôle de soutien de l'aide juridique de la RCP a été souligné dans notre étude d'où l'intérêt de rappeler comme il est important d'y souscrire, même si peu de médecins ont joint leur conseiller. Des rencontres ou des formations avec des experts du droit médical, des juges, des avocats sont évoquées. « Je conseille à tous les médecins qui débutent leur carrière de faire un **diplôme de droit médical** afin de savoir à quoi ils seront exposés ». Les médecins attendent de leur Ordre une **préparation au passage en conciliation** : « qui parle et quand » « un apprentissage du langage juridique et du langage des avocats » « rappeler les bonnes règles de rédaction des certificats médicaux » « apprendre la culture de la victimologie »

C. Expliquer, communiquer ce qui attend le médecin jugé

La méconnaissance de la procédure ordinale est évidente dans nos chiffres aussi, il est attendu de l'Ordre une **communication** autour de la procédure elle-même, de la durée de traitement d'une plainte lorsqu'elle est transmise et les conséquences, notamment aux jeunes confrères. La lourdeur de la procédure est évoquée ainsi que la perte de temps, notamment lorsque le plaignant ne se déplace pas à la conciliation, ce dernier n'étant d'ailleurs pas sanctionné. « *Il faut obliger les patients qui portent plainte à se déplacer pour la conciliation* », « *Il faut parler de l'évolution de notre métier aux plus jeunes* » « *la médecine se judiciarise* ». Un confrère a évoqué le coût d'une procédure de plainte et propose une aide par l'entraide ordinale si besoin. « *Une entrevue préalable pour m'expliquer la procédure m'aurait beaucoup aidé* », « *Tant que l'on n'est pas concerné, on ne va pas chercher l'information* »

D. Entraîner à la conciliation

La conciliation tient parfois à peu, lors de la rencontre entre le médecin accusé et le plaignant. Les **émotions** s'entrechoquent et les mots peuvent être maladroits. La proposition **d'ateliers de mises en condition (coaching)** revient souvent avec apprentissage des **techniques de communication**. « *Ne pas s'excuser mais dire : c'est regrettable, c'est un alea chirurgical* »

E. Exercer différemment la médecine

La mutation du métier de médecin a fait l'objet de réflexions des médecins interrogés

Former à la gestion du temps et des dossiers les jeunes confrères, à la relation soignant/soigné

- Apprendre à gérer ses émotions à l'aire du tout virtuel
- Se méfier de la presse devenue une arme
- Avoir des groupes de pairs
- Utiliser les sociétés savantes
- Ne pas travailler seul, promouvoir le travail en groupe
- Rappeler que ne pas savoir n'est pas honteux
- Apprendre aux plus jeunes la notion d'aléa thérapeutique
- Alléger les tâches administratives pour gagner du temps

- Alléger les procédures de soins sans consentement qui expose trop souvent le médecin
- Être attentif à ses propres paroles qui parfois vont mettre les confrères en difficulté (« les mots qui tuent ! »)
- Remettre de la confraternité

F. Soigner les soignants

Le soin des soignants est une notion qui émerge de l'étude : proposer une formation de

« Médecin des médecins », « délivrer une habilitation à soigner », « mettre en place une structure de soutien du médecin condamné surtout si l'affaire est médiatisée », « proposer un suivi psychologique ou un espace de parole suite à une plainte », « apprendre aux jeunes collègues à prendre soin d'eux »

4. DISCUSSION

4.1. Forces et faiblesses de l'étude

Les forces de notre étude sont **son originalité**. En effet il n'existe pas d'études portant sur le ressenti d'un médecin à l'annonce d'une plainte ordinale. Il existe par contre de nombreux travaux autour de l'erreur médicale, de l'effet seconde victime.

Ensuite, l'échantillon de **cinquante-cinq médecins** en fait un échantillon intéressant avec un taux de réponse de plus de **75%** à notre étude. L'éventail des spécialités des médecins interrogés a été également un apport dans la discussion.

La **diversité des thèmes abordés** lors de l'entretien est également à souligner allant du professionnel ou personnel en passant par la santé du médecin.

L'utilisation d'un entretien téléphonique, à cœur ouvert, en direct, sans préparation préalable est remarquable, surtout entre un membre du conseil de l'Ordre des Médecins à haute responsabilité identifié de tous les confrères (le Président, la Trésorière) et un médecin jugé devant ses pairs. On peut à contrario s'interroger de l'impact sur les réponses de par notre **fonction ordinale** connue des médecins interrogés. Cela a pu en influencer certaines, ou retenir les ressentis d'autres.

Nous avons pu être considérés comme juge et parti. Néanmoins en aucun cas il n'y eu de réflexions en ce sens durant l'étude.

En revanche le fait d'être au courant du motif de la plainte a probablement fait « **sortir du cadre** » de la grille de recueil. En effet aucun médecin n'a pu se retenir d'évoquer l'affaire et forcément, il y a eu échange, parfois très émotionnel (pleurs), parfois violent, souvent douloureux, avec un partage obligatoire d'expérience entre nous. D'ailleurs notre cursus professionnel différent (médecin libéral /médecin hospitalier) a probablement influencé certaines confidences et certains récits.

Nous avons ressenti qu'un lien étroit s'instaurait durant certains entretiens par le partage de la même profession avec probablement **plus d'écoute et d'empathie**. Nous pensons que cela a permis que le médecin accepte de nous répondre malgré un ressenti parfois négatif envers l'Ordre des Médecins.

Une autre **faiblesse** a émergé de notre étude, quand il y a eu pour le confrère échec de la conciliation. Les délais de comparution devant la CDPI sont d'environ 9 mois après sa réception, ce qui peut porter le délai entre réception du premier courrier par le médecin et comparution à **douze mois**. On peut donc supposer que les médecins mis en cause au début

2018, attendaient encore leur comparution au moment de notre échange, avec le stress que cela entraîne et un ressenti d'autant plus fort.

Que dire du motif de la mise en cause du médecin. Il paraît facile d'imaginer que le vécu soit intimement lié à l'importance de la faute éventuelle pointée par le plaignant. Il n'en est cependant rien et ce vécu est très « personne dépendant ». Le motif de la plainte a peu été évoqué comme cause du mal être ressenti et c'est bien la mise en cause elle-même qui en était responsable (et la façon brutale de l'apprendre).

Il en est de même avec la distance prise depuis la plainte. Il est séduisant d'imaginer que les soignants possèdent cette capacité de résilience qui leur fait oublier la mise en cause. Or il n'en est rien. L'épisode reste gravé et ancré dans la mémoire de nos confrères et chaque détail leur revenait en mémoire. Beaucoup ont d'ailleurs signalé les bienfaits de cet échange comme un **temps thérapeutique**.

Nous n'avons d'ailleurs pas évoqué avec eux les éventuelles procédures administratives ou judiciaires engendrées par les patients qui pouvaient encore alourdir la souffrance ressentie. Enfin, on peut être critique sur le **choix de la méthode** par entretien semi dirigé dans cette étude avec une fiche de recueil (trop) fournie. Les confrères ont quasiment tous été prolixes et on peut imaginer une perte d'informations pertinentes.

4.2. Etude de l'échantillon

La moyenne d'âge de la population totale est de **54 ans**. Dans l'atlas de la démographie du CNOM, en 2018, la moyenne d'âge des médecins en Isère est de 48.8 ans et en Savoie de 48.5 ans. Les collègues les plus âgés ont un temps d'exposition plus grand à la plainte. Cet âge moyen est proche de celui retrouvé dans les différentes thèses étudiées (2,3,4,5).

Les médecins impliqués dans l'étude sont majoritairement des **hommes**, spécialistes (60%) ayant un **exercice libéral**. (57% d'hommes et 43% de femmes exerçant la médecine en 2018 selon le CNOM avec une féminisation importante dans les départements d'Isère et de Savoie). Le chirurgien est reconnu comme plus exposé à une plainte si l'on en croit l'enquête MACSF sur la sinistralité médicale (orthopédiste, neurochirurgien) mais la médecine générale est la seconde spécialité la plus souvent attaquée. Dans notre étude, **40% de médecins généralistes** ont été victimes d'une plainte ordinale.

Peut-on imaginer tout de même une influence chez les plus jeunes confrères d'une judiciarisation ressentie de l'exercice médical ?

On rappelle que la sinistralité n'a pas augmenté ces deux dernières années. Mais néanmoins l'omnipraticien occupe une place centrale et délicate dans la prise en charge globale du patient. (2) Il est de plus en plus exposé, comme le traduit le travail du Dr FINON :

Depuis une dizaine d'année la responsabilité du généraliste s'est vu franchement alourdie, par la création du statut de médecin traitant puis la précision de sa mission : Celle-ci, telle que définie dans la convention nationale du 12/01/05, est fondamentale, au cœur de la coordination entre les intervenants spécialisés, ce qui en fait une position à haut risque.

« Le médecin correspondant ne rend qu'un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant. Il ne donne pas au patient de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions ».

Tableau de la sinistralité. MACSF



4.3. La plainte et la procédure

Dans **76%** des cas la plainte de l'année 2018 est la **première** pour le médecin interrogé.

Le plaignant est un patient dans **56%** des cas, un confrère dans **25%** des cas.

Ce qui est à remarquer est la **méconnaissance** de la procédure ordinaire de plainte (dans 64% des cas) car seulement **36%** des confrères se disent correctement informés.

Dans le travail du Dr EYCHENNE (6) les médecins installés depuis plus de 30 ans (en médecine générale) sont informés dans **27%** des cas. Et 21% de la totalité ont reçu une formation médicale à la gestion des plaintes. Nos chiffres confirment le manque de formation de nos confrères, quel que soit leur âge. En Isère et en Savoie, les confrères les plus jeunes (29, 35, 38 et 40 ans) méconnaissent la procédure ordinaire de plainte (médiane des âges à 47 ans).

Dans deux travaux de thèse (3,7) il est par contre constaté une totale absence de préparation à l'expérience d'une plainte. Ce sont les médecins les plus jeunes (< 10 ans d'installation) qui redoutent le moins une plainte (6).

Il est également décrit le manque de connaissances en matière de Droit médical et de Législation et un manque de formation à la gestion des plaintes (4,6,8).

Dans le travail du Dr BOUGRIET (4), la connaissance juridique du médecin, plus accessible que le savoir juridique, n'est pas toujours acquise. En effet, au-delà de connaître l'existence d'un texte juridique, le médecin n'en connaît pas nécessairement le contenu. Or, le médecin, comme tout citoyen, est présumé connaître la loi, selon l'adage « nul n'est censé ignorer la loi ».

Parmi les internes en formation, 94,6% pensent que le nombre de plaintes contre les médecins est en augmentation dans le travail du Dr LORPHELIN (9). 22,3% des internes ont déjà été exposés personnellement à un litige. Pour 51,2% des internes la plainte est une crainte dans leur pratique quotidienne.

Dans notre étude, en Isère et en Savoie, les confrères les plus jeunes (29, 35, 38 et 40 ans) méconnaissent la procédure ordinale de plainte (médiane des âges à 47 ans).

4.4. L'annonce et ses conséquences

La forme d'annonce par courrier de l'ordre avec le courrier du plaignant est remise en question puisque **65%** des médecins interrogés auraient souhaité être prévenus (soit par un appel, soit par un courrier explicatif avec un numéro à joindre) en amont de l'annonce et donc de la conciliation.

Ils ont pris l'initiative en Isère, de joindre une secrétaire ou un élu ordinal dans **40% des cas**. Ce chiffre double en Savoie, probablement un effet « petit département » où tout le monde se connaît (86% au total).

Au moment de la réception du courrier, les éléments psycho affectifs ressentis sont le **stress, la colère, la surprise, l'incompréhension, la tristesse et la culpabilité** avec une fixation nette du moment dans la vie de la victime, comme s'il y avait un avant et un après annonce de la plainte.

La lecture du courrier du plaignant est majoritairement décrite comme « *violente* ».

On retrouve une évocation de ce moment dans le travail du Dr ROBERT de Saint VINCENT (7), qui décrit les différents types d'annonce (courrier, huissier) alors que le médecin est

encore « innocent ». Ce moment n'est jamais agréable. Sans compter que le langage juridique utilisé dans le courrier rajoute un stress supplémentaire.

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

Dans cette étude, lors de l'annonce, on retrouve le même impact que dans notre étude : *« une mauvaise surprise, une catastrophe, un grand vide ressenti, une sidération, un stress intense, la peur de l'incertitude, une situation d'urgence médicale, des ennuis qui se profilent, une méconnaissance de la procédure à venir »* entre autres. Evidemment, dès l'annonce, le pourquoi de la plainte, contenu dans le courrier du plaignant, rajoute de l'intensité aux réactions. *Cette rémanence est parfois plus empreinte d'une émotion de la part du médecin, que d'une réelle gravité au plan médical. A ce titre, certains faits rapportés par les médecins ont un caractère quasi anecdotique, en étant cependant inducteurs de modifications profondes et durables (2)*

Les ressentis décrits dans notre étude, même s'ils ont été « guidés » par la grille de recueil, sont les mêmes que ceux retrouvés suite à une mise en accusation. Comme souvent décrit (3,6,10,20) les réactions rapportées par les médecins impliqués dans une erreur sont les suivantes : détresse émotionnelle, honte, culpabilité, remords, crainte, choc, humiliation, panique, colère, doute, incompetence, échec, perte de confiance...et les effets « seconde victime et double peine ».

Si l'on résume les champs lexicaux des émotions retrouvés dans notre étude, nous avons la liste suivante :

- Champ lexical de la **violence** : *terrible, uppercut, choc, pourrir, case du cerveau en moins, agressivité, haine, flingué, combat, dur, emmerdes, odieux, maillon attaquant, machine à broyer, catastrophe, grave, blessée, criminelle, s'acharner, se suicider, se jeter d'une falaise, sidération, se sentir seule*
- Champ lexical de l'**angoisse** : *peur, avenir, suicide, dépression, colère, incertitude, hantise, peur des conséquences*
- Champ lexical de la **justice** : *avocat, maltraitance, faute, condamnée, jugée, plainte, erreur médicale, responsable d'un drame, non confraternité*

- Champ lexical de la **protection** : *apaiser les conflits, préparée, soutien, s'excuser, pas si grave, accueil amical, humanité, protéger, irréprochable, remise en question, arrêter, retraite, relativiser, remise en question, pas mort d'homme*
- Champ lexical de la **critique** : *être jugé, subir, avoir tort, regretter, manque d'expérience, faute, échec*
- Champ lexical de la **valeur** : *nullité, criminelle, foutue, faire du tort, honte, irrespect*

Donc dès l'annonce, la souffrance est exprimée avec la même intensité et les mêmes mots que lors de la mise en cause elle-même. La **composante émotionnelle** constitue donc un élément majeur de l'impact de l'annonce d'une plainte ordinale à venir sur les médecins.

Dans notre échantillon, cette plainte est la première dans **72%** des cas (29 confrères). Le taux de conciliation au CDIOM a été faible (72% de transmissions à la CDPI). En Savoie, la plainte a été conciliée dans 47% des cas avec une première plainte dans 86% des cas (13 médecins).

Très peu de confrères ont été accompagnés d'un avocat malgré leur méconnaissance des procédures.

Les conséquences physiques sont classiques (étude de Waterman) avec le stress, la rumination anxieuse et principalement **les troubles du sommeil**, ce jusqu'au passage en conciliation.

La conciliation, si elle aboutit, a une vertu cathartique efficace. C'est pourquoi dans les dossiers de plainte où le plaignant ne se présente pas à la conciliation et que cela entraîne une transmission à la CDPI, le médecin impliqué vit violemment la situation. C'est ce qui est ressorti de certains entretiens. *« Mais que fait l'Ordre des Médecins ? le plaignant ne vient pas et nous sommes condamnés quand même ? quel irrespect », « il faut obliger les patients qui portent plainte à se déplacer pour la conciliation ».*

Pour autant, alors que l'on peut considérer l'évènement de la plainte comme un accident du travail, le médecin impliqué ne consulte pas son médecin traitant. Par contre deux médecins ont été en arrêt de travail avec une hospitalisation rapide en clinique psychiatrique et un suivi rapproché par l'entraide ordinale. En aucun cas, pour les confrères salariés, le médecin du travail a été sollicité.

Dans notre étude, nous avons constaté une disparité de la violence de l'impact de la plainte selon évidemment la gravité du motif (alea chirurgical, mauvaise évaluation de l'état de santé ayant généré un décès), le jeune âge du médecin, sa personnalité (empathique,

perfectionniste...) Un travail complémentaire eût été intéressant en corrélant l'impact de la plainte et ces différents paramètres.

Vingt-deux confrères ont déclaré avoir un **médecin traitant** (dont certains sont des membres de leur famille) mais aucun ne l'a consulté sans donner de raison valable. Ce chiffre est proche de celui de l'étude du Dr GALLICE (11). Probablement le motif de consultation et la honte ressentie ont-ils été un frein à la consultation. Dans son travail, le Dr GALLICE affirme : *le médecin ne consulte pas forcément, est-ce le manque de confiance et à cause de leur domaine de compétences similaire au leur ? Certains pensent qu'ils n'en ont tout simplement pas besoin, d'autres avouent une certaine négligence, mais aussi, au - delà du manque de temps et de la difficulté à choisir le confrère, beaucoup ont peur de déranger, ont honte, ou peur du jugement de leurs compétences. Enfin, d'autres avancent le manque de distance thérapeutique avec une difficulté à se confier et une crainte du **manque de confidentialité** au sein de la profession.*

Ou encore dans le travail du Dr FINON (3) *les médecins attaqués ont tendance à se retrancher dans leur solitude. Il n'est donc pas étonnant qu'aucun n'ait seulement songé à aller consulter pour lui-même un psychologue ou ne serait-ce qu'un généraliste pour faire le point. Encore heureux quand ils ont d'eux-mêmes choisi d'en parler avec des amis médecins ! ce qui a été le cas dans notre étude.*

10 médecins (25%) sont porteurs de pathologies médicales et psychiatriques parmi lesquels on retrouve 6 hommes (moyenne d'âge de 58 ans) et 4 femmes parmi les plus jeunes (moyenne d'âge de 40 ans) avec un traitement au long cours et un suivi régulier, chiffre qui s'approche de la proportion retrouvée dans les études (11). (12 à 15% dans la population générale). Ils ont affirmé avoir un bon suivi et confient avoir consulté leur thérapeute du temps de la plainte.

La durée de l'impact physique avec une **rumination anxieuse**, du **stress** et un **sommeil altéré** a duré dans le temps, souvent jusqu'à la décision finale et les éventuelles poursuites. Cet impact a été minoré ou majoré par le motif de la plainte et par le cumul éventuel des plaintes devant plusieurs juridictions. Néanmoins uniquement 4 médecins en Isère (**10%**) ont eu recours à un **traitement anxiolytique, antidépresseur et/ou hypnotique**.

Malgré la souffrance induite, aucun confrère n'a joint les **réseaux d'aide aux soignants**. Ces confrères en connaissent pourtant l'existence dans **72%** des cas.

Comme il nous a été enseigné, *demander de l'aide c'est la honte ! un constat d'échec ! c'est renoncer à son image de médecin (de soignant) tout-puissant ! C'est se sentir redevable !*

C'est infantile ! C'est la peur de déranger ! C'est accepter d'être malade ! C'est lâcher prise !

Mais il nous a semblé dans les entretiens que la majorité des confrères ne sait pas comment joindre un réseau d'aide ou même l'Entraide Ordinale, et ils ont été avides de renseignements pratiques.

Comme il est dit dans différents travaux, « *les médecins ont beaucoup de mal à chercher d'eux-mêmes une écoute, principalement entravés en cela par la honte* » (6)

Comme le dit le Pr GALAM (10) : « *ainsi le médecin malade (et oui, ça arrive !) ou en burn-out, malade de la médecine, comme le médecin, dysfonctionnel ou pas, impliqué dans une erreur médicale, même s'il a le courage de l'annoncer aux patients concernés subissent les uns et les autres la double peine qui leur impose de se cacher plutôt que de demander l'aide à laquelle ils ont droit comme tout un chacun. Ils sont ainsi non seulement « secondes victimes » mais également « doubles victimes* »

Par contre la majorité des médecins ont trouvé auprès de leurs proches **un soutien** indéfectible.

Il en est de même lorsque le médecin exerce en groupe auprès de ses collègues avec un partage d'expérience et de ressentis, ce qui va peut-être à l'encontre de ce que dit le Pr GALAM (10) : « *les discussions n'abordent pas les émotions, les médecins ne se parlent pas tout simplement* ».

Le facteur majeur de protection est pour le Dr FINON le groupe de pairs : l'équipe médicale, les collègues du cabinet, les groupes Balint... (3) Nous avons mis en évidence l'importance du tissu relationnel professionnel pour faire face à une épreuve dans sa vie de médecin.

Les chirurgiens interrogés confient une écoute et un soutien de leurs **sociétés savantes**. Par contre les 4 chirurgiens interrogés (un chirurgien salarié hospitalier et trois chirurgiens libéraux en clinique) ont relaté un manque total de confraternité entre collègues, avec souvent une attitude non confraternelle des confrères les critiquant auprès de leur patientèle. Trop affaiblis par l'affaire, ils avouent ne pas avoir eu l'énergie pour les attaquer à leur tour pour manquement à la déontologie.

Au terme de notre réflexion, il y a eu dans cette étude, deux témoignages de dépression caractérisée, c'est-à-dire avec un retentissement durable sur la vie privée, de souffrance psychologique vraie, voire de pulsions suicidaires chez deux confrères.

Dans le travail du Dr FINON, est reprise une analyse du travail de WU (13) qui a décrit l'effet seconde victime en l'an 2000 :

Le blocage de la parole empêche l'assimilation psychologique naturelle de l'événement choquant : Le médecin peut en être réduit à des stratégies de défense inadaptées, comme le déni ou le rejet de la responsabilité sur autrui...Faisant référence au concept de seconde victime, le Pr René Amalberti parle même d'une « triple peine » : le patient lésé, le médecin psychologiquement atteint et les patients ultérieurs plus exposés à une erreur de ce médecin fragilisé, axé sur une médecine parapluie.

Nous avons mis en annexe un texte issu du travail du Pr Amalberti. (**Annexe VI**)

4.5. La médecine défensive

Dans un travail de thèse du Dr CARREZ (5) pour se prémunir d'une poursuite, 73,4% des médecins pratiquent globalement une médecine défensive. On retrouve un chiffre de 60% dans le travail du Dr FINON (3).

Dans notre étude **76%** des médecins impactés ont mis en place des mécanismes de défense, bien évidemment en rapport le plus souvent avec le motif de la plainte en cours : « *j'explique encore plus les aléas chirurgicaux* » « *je ne regarde plus les biologies de patients qui ne sont pas les miens* » Parmi les 8 confrères n'ayant rien changé à leurs pratiques suite à la plainte, nous retrouvons autant de médecins généralistes que de spécialistes (dermatologue, réanimateur, psychiatre, urgentiste). Les motifs de plainte évoqués étaient majoritairement des problèmes relationnels avec un patient et/ou sa famille ou un confrère et pour le médecin psychiatre, la plaignante était en décompensation de sa pathologie délirante. Les motifs de plainte ont été évalués comme « mineurs » par nos confrères.

Cette idée est proche des constatations du Dr CARREZ (5). Dans un autre travail, réalisé en 2006 auprès de médecins généralistes en Auvergne, 54% des répondants avaient tendance à modifier leur pratique compte tenu du contexte de judiciarisation de la médecine (3).

Dans le travail de thèse du Dr LORPHELIN les conséquences de la pratique d'une médecine défensive sont la surcharge du système de soins (délai de rendez-vous chez les spécialistes, pour une imagerie, la saturation des urgences...) un surcoût financier, une altération de la relation médecin-malade. Cette médecine apparaît dans ce travail comme une médecine de moins bonne qualité qui n'apporterait aucun bénéfice au patient et qui pourrait même s'avérer délétère par la réalisation d'examen inutiles.

Dans la thèse du Dr FINON (3), on retrouve la même idée péjorative de la médecine défensive ou « parapluie ». On peut se demander si voir un événement indésirable sanctionné par un procès ne serait pas un frein à un changement de pratique « utile », profitable à la

sécurité du patient et pas qu'à celle du médecin. La relation médecin-malade était décrite comme plus altérée pour les médecins qui ressentaient une pression médico-légale et ceux qui pratiquaient une médecine défensive. (5)

Néanmoins cette médecine parapluie peut regrouper des comportements personnels et professionnels sains qui améliorent la qualité de l'exercice médical mais également des comportements négatifs avec une forme de pratique restrictive et l'exclusion de certains patients (5,14).

Dans notre étude, les **comportements positifs constructifs** suite à la plainte concernent l'exercice médical en lui-même :

- *Améliorer la communication médecin / patient*
- *Transmettre plus correctement des éléments médicaux*
- *Pousser l'interrogatoire du patient*
- *Se questionner plus souvent plus fréquent*
- *Solliciter une expertise d'un collègue spécialiste*
- *Prescrire des examens paracliniques si nécessité*
- *Recourir plus souvent aux Urgences*
- *Lâcher prise*
- *S'améliorer dans la rédaction des certificats*

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose [...] » (Art. 35 Code de déontologie médicale) : mieux communiquer, mieux interroger, demander un avis d'experts...

Les éléments de **médecine défensive**, exposés par nos confrères sont les suivants :

- *Être sur ses gardes, se méfier les uns des autres*
- *Se protéger de ses collègues*
- *Subir la pression*
- *Exclure les patients « à risque de plainte »*
- *Mettre de la distance*
- *Ne compter que sur soi*
- *Être méfiant*
- *Trier ma clientèle*
- *Être plus hypocrite*
- *Arrêter d'être gentille*
- *Ne plus donner mon avis*

On imagine, comme décrit dans certains travaux (9,) les éventuelles conséquences d'une telle pratique notamment la **surcharge du système de soins** (délai de rendez-vous chez les spécialistes, pour une imagerie, la saturation des urgences...), un surcoût financier, une **altération de la relation médecin-malade**. Cette médecine apparaît de plus comme une médecine de moins bonne qualité qui n'apporterait aucun bénéfice au patient et qui pourrait même s'avérer délétère par la réalisation d'exams inutiles.

La dégradation de la relation médecin-malade serait à la fois une cause et une conséquence des pratiques défensives. Soignant et soigné semblent s'observer à travers des filtres qui dénaturent leur relation. « *Derrière chaque malade, la figure du juge se profilerait désormais* » (5). Nous notons que dans notre étude, la proportion de mécanismes constructifs ou défensifs est à peu près la même. Certains confrères nous ont confié mieux faire mais en se protégeant depuis la plainte.

Finalement, dans la modification de la prestation médicale causée par l'expérience d'un procès, le patient est sans doute plus perdant que l'assurance maladie. Ce qui peut être interrogeant car pour les jeunes médecins, le risque médico-légal fait partie intégrante de leur formation.

4.6. Pistes de réflexion et d'amélioration au terme de l'étude

Au terme de notre étude et pour répondre à l'attente de nos confrères, suite à cet événement traumatisant de l'annonce d'une plainte devant l'Ordre des Médecins, nous avons élaboré avec leurs témoignages des propositions d'améliorations au niveau Ordinal puisque l'étude démontre un impact émotionnel fort de la procédure règlementaire d'annonce d'une plainte.

Nous avons détaillé les propositions au niveau des échelons départementaux, régionaux et nationaux de l'Ordre des Médecins. Ces propositions regroupent des actions qui relèvent de la prévention de l'effet seconde victime, de l'amélioration de la prise en charge du médecin impliqué

A. Au niveau départemental

Nous partageons avec les confrères ayant témoigné dans cette étude, les propositions du Dr MICHOT CASBAS dans son mémoire id est la nécessité, au travers de ce travail, de « *réaffirmer la place de l'Ordre comme vecteur de changement et un Ordre qui prend position* » (1).

Le **processus d'annonce** d'une plainte est générateur de réactions émotionnelles violentes autant avant le passage en conciliation qu'après.

On imagine, tout en gardant omniprésente l'idée qu'aucun agissement ne doit rendre la plainte irrecevable et entraver la justice ordinale :

- **Adjoindre** un courrier explicatif de la procédure de plainte avec un numéro de téléphone (secrétariat, entraide, élu qui ne participe pas aux conciliations) avec le courrier officiel de l'Ordre et le courrier du plaignant
- **Créer** une « commission d'étude » des dossiers de plainte avec un membre de la commission de conciliation et un élu ordinal volontaire afin de déterminer les motifs de plainte graves, l'âge du confrère impacté, la situation du médecin souvent connu de son Ordre afin de déterminer s'il faut contacter ou pas ce confrère en amont du rendez-vous de conciliation

Le Dr MICHOT CASBAS a proposé dans son travail une délégation de ces tâches aux collaboratrices du CDOM31 (annoncer la réception du courrier, expliquer le déroulé de la procédure, rappeler leur disponibilité et celle des élus, échanger de manière informelle sur toutes les problématiques)

Il serait intéressant de recueillir l'expérience et la méthodologie appliquée dans les différents CDOM autour de l'annonce de la plainte.

- **Autoriser** le conciliateur ordinal à taper le poing (*L'Ordre en gardien du respect dû à la profession*) sur la table lorsqu'une plainte est jugée abusive ou qu'un plaignant a une attitude inacceptable, à poursuivre le patient lorsque celui-ci se montre injuste et injurieux envers le professionnel de santé (le médecin peut porter plainte au civil ou au pénal pour une plainte abusive, pourquoi pas au niveau ordinal ?). En tout état de cause, le comportement irrespectueux du patient lors de la conciliation doit être évoqué en plénière lors de la présentation de la plainte et doit nourrir la discussion de l'avis départemental avant transmission à la CDPI.

Lors de la conciliation, il suffit parfois de peu, une expression, un mot, une posture pour faire basculer la décision.

Les propositions suivantes découlent de cette constatation :

- **Se rencontrer** avant le passage en conciliation pour un coaching bienveillant et un rappel du savoir être, savoir dire, savoir se comporter avec un plaignant, un avocat, une famille, une institution, mais également après pour un débriefing (l'Entraide Ordinale comme vecteur ?)
- **Mettre en place** des « ateliers pratiques de mise en situation » avec manipulation du langage juridique, des techniques de communication et de gestion des conflits autant pour les élus que pour les médecins. Comme le souligne Michael Balint « *le*

médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même ». Des formations à la relation de soins peuvent permettre de désamorcer certaines situations conflictuelles

- **Collaborer** avec un(e) juriste au sein de l'Ordre de Médecins
- **Former** les élus ordinaires et se former au Droit médical « *un diplôme obligatoire pendant le cursus* » « *nul n'est censé ignorer la Loi* »

Enfin, la contrepartie pédagogique peut revenir également aux élus ordinaires avec transmission des procédures ordinaires au sein de nos facultés, dès les premières années d'études médicales, lors de l'internat (9) afin de dédramatiser l'erreur médicale et sensibiliser nos confrères à la plainte (*la place préventive de l'Ordre des médecins*) mais également auprès des organismes de FMC. L'Ordre, un bon vecteur de la culture de sécurité ?

- **Communiquer** sous toute forme : congrès, accueil des jeunes médecins, lettres, bulletins sur la Déontologie et notamment la **confraternité**. « *Derrière toute plainte il y a un confrère* » mais également dans les médias comme la campagne de valorisation de la profession de médecin : « médecins, notre engagement c'est pour la vie » en 2017 émanant du CNOM, pour rappeler l'Humanité des médecins et leur besoin eux aussi de bienveillance
« *Les patients ne savent pas qu'ils doivent aussi nous protéger, nous ne sommes plus nombreux* » « *éduquer les patients* » « *nous laisser travailler tranquilles* »
- **Travailler** sur la sinistralité qui concerne le médecin et la collectivité
- **Rappeler** l'importance de développer l'apprentissage par l'erreur « *ne pas savoir n'est pas honteux* » rester dans les recommandations (HAS, AFSSAPS, AMM) savoir bien rédiger et tenir les dossiers médicaux, maintenir un niveau élevé de communication et d'information, savoir agir rapidement et informer le malade en cas d'évènement indésirable ou d'erreur médicale. En cas de rupture de la relation soignant-soigné, recourir aux voies d'accès de résolution extrajudiciaire des conflits, savoir s'entourer en cas de procédure juridique engagée (9), suivre une formation médicale continue pour pouvoir « donner à son patient des soins conformes aux données acquises de la science à la date des soins »
- **Positionner** l'Ordre à l'Hôpital Public, proposer un référent ordinaire à l'Hôpital Public 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

- **Renforcer** les relations public / privé et ville / hôpital pour mieux appréhender les obligations des uns et des autres à la lumière de chaque mode d'exercice, afin de mieux travailler ensemble

A une plus grande échelle, sur les motifs de plainte à l'Ordre des Médecins et la complexité parfois de l'exercice médical lui-même

- **Engager** une réflexion avec les législateurs sur l'allègement de certaines procédures qui mettent en difficulté les médecins : les soins psychiatriques sans consentement, la rédaction de certificats mais également certaines « postures administratives », « la maltraitance institutionnelle », « la gestion des conflits de loyauté », « l'attitude à adopter face à un employeur maltraitant » « un travail de fond sur la notion de certificat »

Enfin, la notion de « soin au soignant » que doit promouvoir l'Ordre des médecins :

- **Autoriser** à un médecin ayant vécu une plainte de joindre un médecin à son tour impacté afin de le soutenir et partager son expérience. Cette proposition nous a été citée par un chirurgien orthopédiste victime d'une plainte « ultra » médiatisée, dont il subit encore quatre ans après les conséquences. Lors d'un appel à un médecin psychiatre dans d'autres circonstances, ce dernier avait proposé de rencontrer les confrères qui subissent des agressions au cabinet. Ne peut-on imaginer la création d'un réseau de médecins « soignants » ou « médecins sentinelles » ?
- **Former** des médecins de médecins, des soignants de soignants (promotion du DIU Soigner les soignants) (comme proposé dans la thèse du Dr VERJUS (15) : permettre aux médecins qui le souhaitent d'obtenir une habilitation en se formant plus particulièrement à la prise en charge de confrères afin de faciliter cette relation médecin - patient - médecin qui peut être délicate à mener par le praticien consulté)
- **Délivrer** une véritable habilitation à soigner révisable (on a retrouvé cette notion dans la thèse du Dr VERJUS où 29,2% des médecins interrogés étaient en faveur d'une médecine du travail avec détermination de l'aptitude à l'exercice médical (15)) au-delà de l'insuffisance professionnelle qui relève de la compétence des Formations restreintes des CROM.

Au terme de notre étude, on s'aperçoit que les propositions proches des nôtres faites en 2017 par le Dr MICHOT CASBAS resurgissent dans notre analyse. C'est donc à dire qu'il y a nécessité d'y réfléchir de nouveau. Il en va de même pour la diffusion des coordonnées, des missions des *différents réseaux d'aide aux soignants*.

Pour cela une réflexion, un soutien au niveau du CROM et du CNOM semblent essentiels et incontournables.

B. Au niveau Régional

Le CROM parce que l'échelon régional de notre Institution est le **niveau dédié à la Première Instance du Disciplinaire et à l'Entraide**.

Les missions et les personnes chargées de ces missions sont distinctes et la CDPI est composée de membres élus au sein du CROM et de membres élus sur un tour externe au CROM. Les décisions de la CDPI sont réglementairement hermétiques avant délibération (même si les séances sont publiques).

L'Entraide s'organise en Rhône Alpes à travers l'**ASRA**. La création initiale des structures d'Entraide relevait des missions du CROM et ceux-ci restent impliqués fortement dans leur fonctionnement, même si des ressources extérieures se sont ajoutées et participent à leur fonctionnement, leur financement et leur gestion humaine.

Il nous a semblé pertinent au terme de notre travail, d'associer l'Entraide Régionale à la prévention de la souffrance des médecins mis en cause.

Il paraît important de rappeler que si la plupart des médecins interrogés (72% dans notre étude) connaissent ASRA, aucun d'entre eux n'a pris contact avec l'association.

Ceci doit nous inciter à communiquer plus, à communiquer mieux :

- **Rappeler les missions des associations d'Entraide** mais revenir aux fondamentaux qui ont présidé à leur création : l'Entraide confraternelle (quelle que soit la cause qui a présidé à cette souffrance).

Il nous semble alors pertinent de rappeler dans le courrier envoyé aux médecins qu'ils peuvent obtenir le soutien des associations d'Entraide.

- **Constituer au sein de ces associations un réseau de confrères** spécifiquement dédiés à cette mission : prévenir la potentielle souffrance induite par la mise en cause devant l'Ordre et expliquer les procédures aux médecins inquiets d'une procédure qu'ils ne connaissent pas.

Dès les premiers entretiens, nous avons reçu « de plein fouet » la souffrance de nos confrères.

La solution la plus évidente semblait « à portée de téléphone » puisqu'un simple appel aurait alors soulagé nos confrères et les aurait sorti de l'inconnu dans lequel il naviguait...

- **Contacter les confrères mis en cause** devant la CDPI dès réception de la plainte pour leur expliquer le fonctionnement de cette juridiction et les délais attendus, contact par un médecin différent du rapporteur de l'affaire et qui ne fasse pas partie de la CDPI.
- **Mettre en place des questionnaires d'évaluation** de la souffrance ressentie et engendrée par la plainte / la procédure permettant d'enrichir le bilan des CDPI de cette valeur humaine chère à notre Institution participant ainsi à la bienveillance de nos confrères.

C. Au niveau National

Dès les premiers entretiens également, il nous est apparu essentiel de trouver des moyens d'alléger la souffrance ressentie par nos confrères mis en cause tout en évitant de possibles irrégularités de procédure.

Par courrier en date du 28 juin 2019 (ANNEXE IV), nous avons sollicité l'avis du Conseil National de l'Ordre des médecins au travers de la **Section Ethique et Déontologie**.

Nous souhaitons savoir dans quelles conditions nous pouvions alléger le mal être de nos confrères en amont de la conciliation (appel téléphonique ou courrier explicatif de la procédure avec le numéro de téléphone d'un conseiller pouvant être appelé si besoin) et/ou après la conciliation dans le cas de maintien de la plainte dans l'attente de la procédure devant la CDPI avec des délais de plusieurs mois.

Si cela semble facile à mettre en place lorsqu'au terme de la réunion de conciliation organisée conformément à l'article 3 du Décret n° 2007-552 du 13 avril 2007 la plainte est retirée, il nous semblait plus difficile de respecter notre mission ordinaire et l'aide dont nos confrères ont besoin sans entraîner de possibles irrégularités de procédures voire de se faire taxer de corporatisme.

Nous avons proposé une intervention d'un des membres de la **commission d'entraide** qui dans ce cas s'abstiendraient de toute participation au débat en séance plénière lors de la présentation de la plainte, cette intervention portant sur la forme de la procédure, non sur le fond de l'affaire.

La réponse du Dr Anne-Marie TRARIEUX, Présidente de la Section Ethique et déontologie, (ANNEXE V) reçue quelques jours seulement avant la clôture de notre mémoire nous a confortés dans le bien fondé et la nécessité du travail que nous avons accompli : *Les médecins mis en cause, pour la plupart, sont en souffrance et il est de notre devoir et des missions d'entraide qui sont les nôtres de les assister.*

Pour autant, l'Institution ne peut à la fois rester engagée aux côtés du médecin et s'inscrire dans une procédure de mise en cause de ce dernier et d'un engagement de sa responsabilité

sur de possibles manquements déontologiques. Ces deux positionnements s'avèrent incompatibles...

S'inscrire dans une procédure de mise en cause des médecins et rester engagé à leurs côtés semblent être des positions inconciliables et « des écueils incontournables ».

La Section Ethique et Déontologie propose *une réflexion plus élargie et un examen transversal de la question*.

Il est bien évident et nous savons, de par nos fonctions ordinales, combien il est difficile pour une Institution aux missions multiples et subintrantes comme l'est l'Ordre des Médecins de respecter à la fois *une neutralité totale et une bienveillance confraternelle*.

Nous sommes là face à un dilemme mais il n'est pourtant **plus acceptable** aujourd'hui de structurer des associations d'Entraide et d'être dans l'impossibilité d'aider nos confrères mis en difficulté devant notre Juridiction.

Concilier l'inconciliable ! Tel est le pari que nous faisons et que devra tenter de réussir l'Ordre National.

En attendant, il serait intéressant de :

- **Interroger les différents conseils départementaux** afin de connaître les méthodologies et les procédures mises en place face à la souffrance ressentie par les médecins mis en cause.
- **Enrichir les procédures** des départements à travers l'expérience des autres conseils départementaux
- Diffuser les **coordonnées des réseaux d'aide aux soignants** en rappelant leur mission
- Enrichir le **site Internet du CNOM** : à l'heure du tout numérique, à aucun moment le médecin ne peut trouver l'information concernant la procédure disciplinaire.
- Impliquer l'Ordre dans la **Formation Universitaire** : formation à la déontologie / aux certificats médicaux, les plus pourvoyeurs de plaintes. Expliquer les procédures et le cheminement d'une plainte.

5. CONCLUSION

Une plainte dans le cursus d'un médecin n'est jamais vécue de façon anodine. Une plainte devant les instances ordinales provoque le même ressenti que tout autre plainte. Son mode d'annonce par courrier recommandé est ressenti lui, comme **brutal et violent**.

Être convoqué à l'Ordre, devant ses pairs, reste une épreuve. A l'issue d'un passage en conciliation, les médecins concernés quel que soit le déroulement de la plainte et le devenir ne bénéficient d'aucun accompagnement formalisé.

Chaque conseiller ordinal peut témoigner de la souffrance de certains confrères ne pouvant échanger suite à une conciliation.

Le but de cette étude a été d'évaluer le **ressenti de l'annonce d'une plainte ordinale** et les conséquences pour le médecin victime (seconde victime), tant sur plan personnel que professionnel et d'imaginer une procédure administrative bienveillante et bien traitante en espérant que cette dernière puisse limiter l'impact de l'affaire sur le médecin.

Notre étude a mis en évidence des conséquences émotionnelles importantes, de l'annonce au passage en conciliation, conséquences telles qu'un soutien semble essentiel afin de limiter les impacts secondaires, la « médecine parapluie », la souffrance, tout ce qui a été entendu au cours des échanges.

Une réflexion est à mener au sein de **l'Ordre des Médecins** autour des procédures administratives méconnues de nos confrères, de l'encadrement d'une plainte avec ou sans passage en conciliation. Cette réflexion concerne également la formation des élus ordinaires et leur connaissance du langage juridique, leur formation à l'écoute.

Les **Conseillers départementaux de l'Ordre** sont en première ligne et « une professionnalisation » à la Conciliation semble un des éléments essentiels.

L'**Entraide Régionale** est connue de tous les médecins interrogés mais aucun n'y a fait appel. C'est à notre avis pourtant un maillon essentiel de la réassurance pour nos confrères. L'échelon de l'Entraide est à ce niveau totalement indépendant de la juridiction disciplinaire, contrairement à l'échelon départemental, ce qui ne peut entacher d'irrégularité la procédure Disciplinaire.

Mais notre Institution doit **communiquer** : communiquer plus et communiquer mieux sur ces missions qui sont les nôtres pour soustraire nos confrères mis en cause à « cette peur de l'inconnu » et leur donner la possibilité d'un **contact** (Conseiller Ordinal / ancien conseiller / consultant extérieur, médecin ou non) pour échanger sur la forme, non sur le fond. Donner la

possibilité à nos confrères mis en cause de connaître ou de trouver les informations nécessaires sur la procédure qui s'est mise en branle.

Il faut enfin réfléchir transversalement à l'échelon National de notre Institution à s'inscrire dans une procédure de mise en cause des médecins tout en maintenant notre engagement auprès des médecins : Respecter à la fois **une neutralité totale et une bienveillance confraternelle.**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Michot Casbas M., Eléments factuels influençant le vécu de la plainte ordinale, mémoire. DIU Soigner les soignants. 2017
2. Chanelière M., Impact des évènements indésirables sur la pratique des médecins généralistes. Etude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône Alpes, thèse, Faculté de Médecine de Lyon Nord. 2005
3. Finon M., Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire, thèse, Faculté de Médecine Paris Descartes. 2014
4. Bougriet N., Essai sur un paradigme d'alliance constructive entre droit et médecine. L'accès du médecin à la connaissance juridique, thèse, Université de Lille. Droit et santé. 2013
5. Carrez C., Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive. Etude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais, thèse, Faculté de Médecine Henri Warembourg. 2016
6. Eychenne P., La judiciarisation de la médecine modifie-t-elle les pratiques des médecins généralistes dans le département des Deux-Sèvres ? thèse, Faculté de Médecine Poitiers. 2016
7. Robert de Saint Vincent de Metz C., Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale, thèse, Faculté de médecine Paris Descartes. 2013
8. Macron M., Impact de l'erreur médicale sur le médecin généraliste. Etude qualitative auprès de 14 médecins de l'Oise, thèse, Faculté de Médecin d'Amiens. 2015
9. Lorphelin Martel H., Le risque juridique et les internes en médecine générale en haute Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale., thèse, Faculté de Médecine de Rouen. 2014
10. Galam E., L'erreur médicale, le burn out et le soignant. Springer. 2012
11. Gallice L., La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013, thèse, Faculté de Médecine de Toulouse. 2014
12. Arzalier-Daret S, Lieutaud T, Pease S, Copotoiu, Bonnet F, Tottielli R et coll. Soignant seconde victime : comment accompagner un professionnel à la suite d'un accident ou d'une erreur en anesthésie réanimation ? *Anesth reanim.* 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anreaa.2016.08.007>
13. Wu A. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000 ; 320 : 726-727.
14. Radoman I., Plaintes et condamnations concernant des médecins généralistes : analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours des 26 dernières années, thèse, Faculté de Médecine de NICE. 2014

15. Verjus AL., Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé, thèse, Faculté de Médecine de Grenoble. 2012
16. Flick D., Chamagne E., Identification et analyse des motivations de plaintes ordinales en lien avec des certificats médicaux à l'encontre des médecins généralistes en Rhône Alpes de 2008 à 2016, thèse, Faculté de Médecine de Grenoble. 2018
17. Ast L., Evènement indésirable en médecine générale : modalités de l'annonce et conséquences, thèse, Faculté de Médecine de Nancy. 2013
18. Galam E. erreur médicale : le soignant, deuxième victime et premier acteur. REPERES. Présentation du 5^{ème} congrès de la Médecine Générale de France. Nice. Juin 2011.
19. Galam E. Erreur médicale : de la seconde victime au premier acteur. Médecine. 2012 : 317-322
20. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error : a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals psychological well-being. Qual saf health care. 2010 ;19 :1-8
21. Etienne D., Analyse des principaux motifs de plaintes ordinales déposées à l'encontre des médecins généralistes dans la région Rhône Alpes ces sept dernières années, thèse, Faculté de Médecine de Grenoble. 2015
22. Venus E, Galam E, Aubert JP, Nougarede M. Medical errors reported by french general practitioners in training : results of a survey and individual interviews. BMJ Qual Saf. 2012. <https://doi:10.1136/bmjqs-2011-000359>
23. Stewart K, Lawton R, Harrison R. Supporting « second victims » is a system-wide responsibility. BMJ 2015 ; 350 : <https://doi:10.1136/bmj.h2341>
24. Edrees H, Federico F. Supporting clinicians after medical error. The needs of these « second victims are often ignored. BMJ 2015 ; 350 : <https://doi:10.1136/bmj.h1982>
25. Lane M, Newman B, Taylor M, O'Neill M, Ghetti C, Woltman R, Waterman A. Supporting clinicians after adverse events : development of a clinician peer support program ; J Patient saf. 2018 ; 14 (3) :56-6012.
26. Macron M., Impact de l'erreur médicale sur le médecin généraliste. Etude qualitative auprès de 14 médecins de l'Oise, thèse, Faculté de Médecin d'Amiens. 201518.
27. Reymond J., La perception du cadre légal des droits des malades, du risque judiciaire et l'impact dans la pratique quotidienne chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, thèse, Faculté de Médecine de Marseille. 2017

FICHE de RECUEIL. VERSION. 3. 28 avril 2019

Données socio professionnelles

Homme / Femme / Age

Mode d'exercice : libéral / Seul/ cabinet de groupe / Hospitalier

La PLAINTÉ ORDINALE

Avec un patient

Avec un confrère

Autre

Comment avez-vous été alerté de la plainte ?

1. Appel
2. Réception d'un courrier
3. Autre

Est-ce votre premier passage en conciliation ordinale ?

1. Oui
2. Non
3. si non : combien

Connaissiez-vous le déroulement d'une plainte ordinale ?

Un courrier explicatif accompagnant le courrier de convocation vous aurait aidé ?

Avez-vous joint un conseiller ordinal ?

Auriez-vous aimé être joint par un conseiller ordinal ?

LE RESSENTI INITIAL

Quel a été votre ressenti à la réception du courrier de convocation ou à l'annonce d'une plainte ordinale contre vous ?

Surprise**Stress****Culpabilité****Colère****Incompréhension****Tristesse****Echec****Responsabilité engagée****Solitude****Autre :****LA CONCILIATION**

Avez-vous été accompagné d'un avocat ?

Avez-vous été accompagné d'une autre personne ?

Avez-vous été représenté par un conseiller ordinal ?

Y' a-t-il eu conciliation ?**LES CONSEQUENCES du passage en conciliation**

Après la conciliation :

Avez-vous contacté la victime ou le plaignant ?

Avez-vous parlé à un ou des confrères ?

En avez-vous parlé à vos proches ?

Estimez-vous avoir reçu un soutien adapté ?

LA MEDECINE DEFENSIVE

Avez-vous mis en route des **mécanismes de défense** ?
 Cet évènement a-t-il eu des répercussions sur votre pratique ?
 Avez-vous modifié des choses ?

CONSEQUENCES SUR LE PLAN PERSONNEL

Répercussions sur le plan personnel
 Troubles du sommeil
 Troubles anxieux
 Dépression

Répercussions sur le plan familial (famille, enfants) ?
Combien de temps cette erreur a-t-elle eu un impact sur vous ?
 Avez-vous débuté un traitement anxiolytique ou antidépresseur ?
 Avez-vous été en arrêt de travail ?

DONNEES GENERALES

Avez-vous un médecin traitant ?
 Avez-vous un médecin du travail ?
 L'avez-vous contacté ?
 Avez-vous appelé un réseau d'aide aux soignants ?
 Savez-vous que cela existe ?

Au terme de cet évènement, par rapport à votre vécu personnel :
 Auriez-vous apprécié un courrier explicatif du déroulement d'une plainte ?
 Auriez-vous apprécié l'appel d'un conseiller ordinal avant le passage en conciliation
 Auriez-vous apprécié l'appel d'un conseiller ordinal après le passage en conciliation

AMELIORATIONS ENVISAGEABLES

Suite à ce passage devant vos pairs et les conséquences que vous décrivez, avez-vous des pistes d'amélioration à proposer
 Au niveau de la formation médicale
 Au niveau de l'Ordre des Médecins
 Au niveau de la communication médecin / patient



**Conseil Départemental de l'Isère
de l'Ordre des Médecins**

Objet : information préalable à contact

Madame, Monsieur, Cher confrère,

Vous avez fait l'objet, au cours de l'année 2018, d'une plainte ordinale.

Cette procédure, qu'elle qu'en soit l'issue, est un moment difficile à vivre pour un médecin. Dans le cadre de l'Entraide confraternelle, l'Ordre des Médecins est amené à recevoir certains confrères pour en parler. Cette Entraide est une mission essentielle de nos Ordres Départementaux à laquelle nous sommes particulièrement attachés et pour laquelle nous investissons une énergie croissante.

Dans cette optique, et pour optimiser l'aide que nous souhaitons apporter à nos confrères, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de l'Isère a mandaté sa Trésorière, le Docteur Sophie PERRIN, dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire « Soigner les Soignants » et d'un mémoire pour « évaluer le ressenti de nos confrères mis en cause et d'élaborer un ensemble de propositions à mettre en place pour prévenir les souffrances éventuelles inhérentes à ces procédures ».

En lien avec ce travail, nous vous contacterons prochainement par téléphone afin d'échanger sur votre vécu de la procédure, sur votre ressenti lors de cette période, notamment concernant les aides qui vous ont été utiles ou qui l'auraient été, et sur notre projet.

Il ne s'agit nullement d'évoquer le fond de l'affaire mais uniquement d'évaluer votre vécu de la procédure. Vos réponses bien sûr seront anonymisées. Vous pouvez évidemment refuser de nous répondre.

Votre adhésion à notre projet serait la garantie d'une meilleure représentativité et vos remarques quelles qu'elles soient, seront d'une importance capitale pour élaborer nos propositions

Dans l'attente, nous vous prions de recevoir nos confraternelles salutations.

Docteur Pascal JALLON
Président

Docteur Sophie PERRIN
Trésorière et Conseillère Ordinale

**LE CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA SAVOIE
DE L'ORDRE DES MEDECINS**

54 RUE DES TENETTES

73190 SAINT BALDOPH

☎04.79.71.79 00 - e-mail : savoie@73.medecin.fr - site internet : www.cdom73.org

Madame, Monsieur, Cher confrère,

Vous avez fait l'objet, au cours de l'année 2018, d'une **plainte ordinale**.

Cette procédure, qu'elle qu'en soit l'issue, est un moment difficile à vivre pour un médecin.

Dans le cadre de l'Entraide confraternelle, l'Ordre des Médecins est amené à recevoir certains confrères pour en parler.

Cette Entraide est une mission essentielle de nos Ordres Départementaux à laquelle nous sommes particulièrement attachés et pour laquelle nous investissons une énergie croissante.

Dans cette optique, et pour optimiser l'aide que nous souhaitons apporter à nos confrères, je me propose, dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire « **Soigner les Soignants** » de réaliser un mémoire pour « évaluer le ressenti de nos confrères mis en cause et d'élaborer un ensemble de propositions à mettre en place pour prévenir les souffrances éventuelles inhérentes à ces procédures ».

Nous souhaitons pouvoir échanger avec vous sur votre ressenti lors de cette période, les aides qui vous ont été utiles ou qui l'auraient été.

Il ne s'agit nullement d'évoquer le fond de l'affaire mais bien uniquement d'évaluer votre vécu de la procédure. Vos réponses bien sûr seront anonymisées.

Votre adhésion à notre projet serait la garantie d'une meilleure représentativité et vos remarques quelles qu'elles soient, seront d'une importance capitale pour élaborer nos propositions.

Nous nous proposons de vous joindre par téléphone et d'échanger autour de notre projet, à un moment qui vous conviendra le mieux. Vous pouvez évidemment refuser de nous répondre.

Dans l'attente, nous vous prions de recevoir nos confraternelles salutations.

Docteur Jean Louis VANGI
Président
06 19 91 22 91
Courriel : jlvangi001@cegetel.rss.fr

ANNEXE III.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**Docteur François ARNAULT****Secrétaire Général****04 RUE Léon JOST****75855 PARIS CEDEX 17**

Saint Baldoph le 28 juin 2019

Monsieur le Secrétaire Général et Cher ami,

Dans le cadre du DIU « soigner les soignants » pour lequel nous sommes inscrits, le Docteur Sophie PERRIN, trésorière de l'ISERE et moi-même nous souhaitons faire un mémoire sur le « ressenti des médecins mis en cause devant l'Institution ordinale ».

Au terme des premiers interrogatoires l'impression que nous avons initialement que cette procédure devant l'Ordre est souvent mal vécue est confirmée et mérite que nous mettions en place des procédures d'entraide à l'égard de ces confrères.

Si cela semble facile à mettre en place lorsqu'au terme de la réunion de conciliation organisée conformément à l'article 3 du Décret n° 2007-552 du 13 avril 2007 la plainte est retirée, il semble plus difficile de respecter notre mission ordinale et l'aide dont nos confrères ont besoin sans entraîner de possibles irrégularités de procédures voire de se faire taxer de corporatiste, si la plainte est maintenue.

Nous souhaiterions savoir dans quelles conditions nous pourrions alléger le mal être de nos confrères en amont de la conciliation (appel téléphonique ou courrier explicatif de la procédure) et/ou après la conciliation dans le cas de maintien de la plainte dans l'attente de la procédure devant la CDPI avec des délais de plusieurs mois.

Peut-on envisager une intervention d'un des membres de la commission d'entraide qui dans ce cas s'abstiendrait de toute participation au débat en séance plénière lors de la présentation de la plainte ?

Je sais Monsieur le Secrétaire Général l'importance que vous attachez à la souffrance de nos confrères mais également au respect de l'éthique et de la déontologie au sein de nos conseils départementaux, c'est pourquoi nous nous permettons de solliciter votre avis sapiteur et celui des juristes de l'Ordre National.

Votre courrier de réponse, si vous le permettez, sera inséré en annexes de notre mémoire et nous permettra d'élaborer des propositions conformes à la déontologie et aux recommandations de l'Ordre National.

Je vous prie de croire, Monsieur le Secrétaire Général et Cher ami, à l'assurance de mes salutations distinguées et confraternelles les meilleures.

Le Président
Dr Jean-Louis VANGI

ANNEXE IV



Docteur Anne-Marie TRARIEUX
Présidente de la Section Éthique et Déontologie

Docteur Jean-Louis VANGI

Président du Conseil
Départemental de la Savoie
De l'Ordre des médecins

Paris, le 9 Octobre 2019

CNOM/2019/10/08-001 (à rappeler dans toutes correspondances)
Section Éthique et Déontologie AMT/CH/JOL/ED
Courriel : ethique-deontologie@cn.medecin.fr

Objet : Mémoire

Monsieur le Président et Cher Confère,

C'est avec un grand retard dont je vous demande de bien vouloir m'excuser, que je reviens vers vous concernant la demande que vous nous adressiez concernant la rédaction d'un mémoire sur :

« Le ressenti des médecins mis en cause devant l'Institution ordinale », dans le cadre d'un DU « Soignons les soignants ».

Le ressenti que vous objectiviez après les entretiens que vous avez menés et les difficultés dans lesquelles les médecins se trouvent, leur état de souffrance, vous amènent à vous interroger sur les interventions qui pourraient être proposées, « portant sur le fond et non sur la forme » pour alléger le mal-être de nos confrères.

Vous soulignez la difficulté inhérente à la mission ordinale en rapport avec la procédure de plainte et la mise en œuvre d'une démarche lourde de conséquences.

Vous évoquez également les écueils d'une telle action, dans le cas où spécifiquement la plainte est maintenue, vous interrogeant sur les possibles irrégularités qui pourraient être soulevées, ou les accusations de corporatisme qui pourraient être portées.

La réponse qu'aujourd'hui nous sommes en mesure de vous adresser reste centrée sur ces deux aspects qui représentent des écueils incontournables. L'Institution ne peut à la fois rester engagée aux côtés du médecin et s'inscrire dans une procédure de mise en cause de ce dernier et d'un engagement de sa responsabilité sur de possibles manquements déontologiques. Ces deux positionnements s'avèrent incompatibles et nous avons à assumer la décision prise pour écarter toute ambiguïté.

Nous pensons cependant que votre question justifie une réflexion plus élargie et allons proposer qu'elle soit examinée transversalement.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Anne-Marie TRARIEUX
Présidente de la section Éthique et
Déontologie

4, rue Léon Jost – 75855 Paris Cedex 17 Tél.
01.53.89.32.00
<http://www.conseil-national.medecin.fr>



Fiche de conseils aux médecins confrontés à une erreur médicale

Extrait d'un article Du Dr René Amalberti

(Responsabilité, oct., 12, vol 12, N°47).

Pour ne pas faire de « seconde victime » à une erreur médicale

Une erreur médicale n'est souvent pas racontable, pas acceptable. Son occurrence blesse le patient, et son enterrement blesse en retour le médecin, laissant des traces indélébiles rejaillissant secondairement sur la pratique. Il est la « seconde victime »

Sans aide, il peut facilement entrer dans une spirale négative pouvant conduire à une accélération du burn out, avec un impact réel sur la santé...

Rappelez-vous : **Vous êtes la seconde victime**

Parlez et partagez avec votre entourage et vos collègues, provoquez les occasions

Faites un break si la pression est trop forte

Ne développez pas de stratégie de fuite, pas de médecine défensive, pas de minimisation ou d'ignorance du problème

Rappelez-vous : **Vous êtes un collègue**

Ecoutez et respectez le propos du collègue victime

Aidez-le à banaliser son fait singulier, en reconnaissant qu'il peut arriver à tous

Cherchez des solutions avec lui, en reconnaissant qu'elles vous feront progresser aussi

Vous n'êtes pas différent, vous avez simplement eu de la chance que l'évènement ne vous arrive pas personnellement

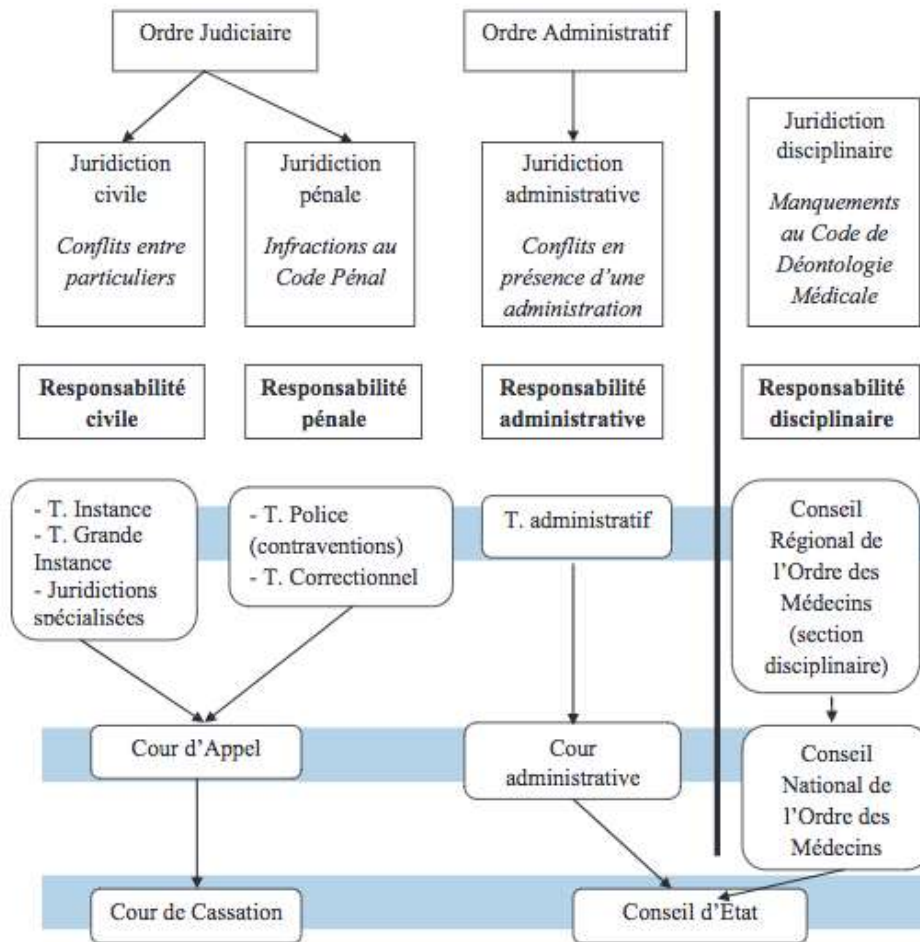
*Soyez **confraternel**, ne donnez pas de signaux d'évitement du collègue*

Essayer au contraire de provoquer des occasions montrant que vous ne l'excluez pas

N'oubliez pas : quelle que soit votre relation à ce problème, victime, aidant ou les deux, vous êtes concerné. Comme souvent en matière de sécurité, rien n'est totalement intuitif.

ANNEXE VI.

LA RESPONSABILITE MEDICALE



1

La responsabilité médicale est la responsabilité encourue par un médecin ou un établissement de soin à raison des dommages causés par des actes de prévention, de diagnostic ou de soins.

Pour que la responsabilité soit engagée, il est nécessaire que soit rapportée la preuve d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité.

Le professionnel de santé peut être amené à faire face à quatre types de responsabilité :

- la responsabilité civile médicale
- la responsabilité pénale

¹ « Irina Radoman. Plaintes et condamnations concernant des médecins généralistes : analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours des 26 dernières années. Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01160367> » (s. d.).

- la responsabilité administrative
- la responsabilité disciplinaire

Une même erreur peut engager la responsabilité du médecin devant différentes juridictions.²

1. LA RESPONSABILITE CIVILE ^{3 4}

1.1 Généralités

C'est une obligation de répondre devant la justice d'un dommage et d'en réparer les conséquences en indemnisant la victime.

Elle peut être mise en cause lorsque le patient estime qu'il y a préjudice.

Son objectif principal est la réparation du dommage par l'auteur par compensation financière (capital ou rente).

Elle concerne les professionnels de santé exerçant en libéral et les établissements de santé privés.

Les juridictions compétentes pour statuer sont, en première instance, le tribunal de grande instance ; en appel, la Cour d'appel et, le cas échéant, la Cour de cassation.

1.2 Caractéristiques de la responsabilité civile

La relation entre le patient et le médecin exerçant à titre libéral ou l'établissement de santé est en principe de nature contractuelle.

² « manuel_rcp.pdf », https://www.gpm.fr/images/pdf/manuel_rcp.pdf.

³ « Les différents types de responsabilité médicale - Maître nicolas deletre », <https://www.legavox.fr/blog/maitre-nicolas-deletre/differents-types-responsabilite-medicale-16445.htm>.

⁴ « La responsabilité civile⁴ « manuel_rcp.pdf », https://www.gpm.fr/images/pdf/manuel_rcp.pdf.
e en matière médicale », <http://www.medileg.fr/La-responsabilite-civile-en-804>.

Aux termes de l'arrêt Mercier en date du 20 mai 1936, la Cour de cassation a affirmé qu'« il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins attentifs et conformes aux données acquises de la science ».

Le médecin est donc tenu d'une obligation de moyens et non de résultat à l'égard de son patient : sa responsabilité ne peut être engagée qu'en cas de faute.

La faute doit être prouvée par le patient lui-même, ainsi que le préjudice dont il se plaint et établir la relation de causalité entre la faute et le préjudice.

Par contre, la charge de la preuve est aux mains du médecin dans le cadre du défaut d'information. C'est à lui de prouver qu'il a correctement informé son patient.

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, relative aux droits du patient et à la qualité du système de santé, dispose que "les professionnels de santé ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins, ne sont responsables des conséquences dommageables d'acte de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute".

Ne peut donc voir engagé sa responsabilité civile, que le médecin qui a commis une faute au sens civil du terme.

Cependant, par cette loi, le législateur a confirmé le principe de responsabilité médicale pour faute en l'assortissant d'exceptions :

l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique dispose dans son I : « hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. Les établissements, services et

organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère ».

2. LA RESPONSABILITE PENALE

2.1 Généralités^{5 6}

La responsabilité pénale n'a aucunement vocation à obtenir l'indemnisation des préjudices subis par la victime de l'infraction, elle vise uniquement à sanctionner l'auteur des faits (amendes, emprisonnement, interdiction d'exercer).

Elle concerne tous les médecins, elle est personnelle. Il n'y a pas d'assurance.

Elle est mise en jeu lors d'une infraction au code pénal et suppose l'existence d'une faute, d'un dommage et d'un lien entre les deux.

Le code pénal réprime toutes les atteintes à l'intégrité corporelle, volontaire ou involontaire.

La juridiction compétente dépend de la nature de l'infraction poursuivie : le Tribunal de Police est compétent pour juger les contraventions, le Tribunal Correctionnel pour les délits et, enfin, la Cour d'Assises pour les crimes.

2.2 Faute pénale

L'article 121-3 du code pénal précise que : « les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le

⁵ « manuel_rcp.pdf ».

⁶ « Les différents types de responsabilité médicale - Maître nicolas deletre ».

règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. » ⁷

Ainsi une faute pénale peut être commise par maladresse, imprudence, inattention, omission, ou non-respect des règlements.

2.3 Types d'infractions pénales ⁸

Les infractions concernant le milieu médical sont les suivantes :

- Les atteintes involontaires à la personne (blessures, homicide involontaires) ;
- Mise en danger de la vie d'autrui ;
- Non-assistance à personne en danger ;
- Infractions aux règles encadrant les expérimentations humaines
- Infractions aux dispositions relatives à l'IVG ;
- Violation du secret professionnel ;
- Manquement grave à une obligation professionnelle ;
- Exercice illégal de la médecine ;
- Faux et usage de faux (fausses déclarations) ;
- Certificats de complaisance.

3. LA RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE

3.1 Généralités

Elle a pour but l'indemnisation des patients et ne concerne que les médecins salariés.

C'est l'établissement public de santé dans lequel les agents exercent leurs fonctions, qui assume la responsabilité de leurs fautes.

⁷ « Code pénal - Article 121-3 », 121-3 Code pénal § (s. d.), consulté le 7 septembre 2018.

⁸ « Les différents types de responsabilité médicale - Maître nicolas deletre ».

C'est donc l'établissement qui indemniser la victime des conséquences dommageables des fautes du praticien hospitalier.

Cette immunité n'est accordée à l'agent qu'à condition qu'il n'ait commis qu'une faute de service c'est à dire à un manquement à l'accomplissement normal de la mission de service public.

Cependant, la responsabilité personnelle de l'agent peut être engagée quand celui-ci commet une faute personnelle détachable du service.

Celle-ci est définie par un comportement autonome du praticien qui est jugé inadmissible ou inexcusable au regard du droit ou de la déontologie, une faute qui ne peut être rattachée au fonctionnement du service.

Sa responsabilité civile est alors engagée. ⁹

Les juridictions compétentes pour statuer sur la responsabilité administrative des établissements de santé publics sont, en première instance, le tribunal administratif ; en appel, la Cour administrative d'appel et, le cas échéant, le Conseil d'Etat. ¹⁰

4. LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE OU ORDINALE

4.1 Généralités

La responsabilité disciplinaire, autrement appelée ordinale, est celle qui est mise en œuvre en cas de violation des règles de déontologie médicale, devant la Conseil de l'Ordre des médecins, qu'il soit départemental, régional ou national.

Elle concerne tous les médecins inscrits au tableau de l'ordre.

Le plaignant peut être un particulier (exemple : le patient ou ses ayants-droit), un médecin, une institution (URSSAF, organismes de sécurité sociale, Impôts...), des autorités (le

⁹ « manuel_rcp.pdf ».

¹⁰ « Les différents types de responsabilité médicale - Maître nicolas deletre ».

Conseil départemental de l'Ordre national des médecins, le Ministre de la Santé, les Préfets, le Directeur général de l'ARS, le Procureur de la République), une association de patients ou de médecins, ou toute personne ayant intérêt à agir.

La déontologie médicale est l'ensemble des règles déterminant les devoirs incombant aux praticiens dans l'exercice de leur profession.

N'étant pas liées par les décisions des juges de droit commun (civil, pénal et administratif), les juridictions disciplinaires bénéficient d'une autonomie certaine : si elles estiment que la faute sanctionnée par le droit commun n'est pas constitutive d'une faute professionnelle, aucune sanction disciplinaire ne sera infligée au praticien.

Elle ne peut être saisie d'une demande de dommages et intérêts en réparation de préjudices.

C'est l'ordre des médecins qui apprécie la nature des fautes susceptibles de donner lieu à condamnation et prononce les sanctions disciplinaires.

Celles-ci peuvent être de diverses natures telles que : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente avec ou sans sursis d'exercer une ou plusieurs fonctions dans le secteur public ou social, l'interdiction temporaire d'exercer la médecine (3 ans maximum) et la radiation du tableau de l'ordre.

La procédure disciplinaire a fait l'objet de modifications. Les sections disciplinaires ont disparu au profit des chambres disciplinaires de première instance (CDPI).

4.2 La CDPI et la loi Kouchner ^{11 12}

La loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi Kouchner » ainsi que le décret n° 2007-434 du 25 mars 2007

¹¹ « Historique et missions actuelles », <http://www.cromra.fr/3,17,17,0,38,historique-et-missions-actuelles.html>.

¹² « LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », 2002-303 (2002).

pris pour son application ont profondément modifié le régime disciplinaire des professions médicales.

Les deux réformes les plus importantes ont consisté :

- la première, à transférer la compétence pour statuer en matière disciplinaire qui était jusqu'alors exercée par une section disciplinaire de chaque conseil régional de l'ordre des médecins, à une chambre disciplinaire de première instance. A la différence de la section disciplinaire du conseil régional qui était présidée par un médecin élu par ses pairs, la chambre disciplinaire de première instance est présidée par un membre en fonction ou honoraire du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel.
- et la seconde, à faire du plaignant qui était précédemment un simple témoin, une véritable partie à l'instance.

La qualité de partie du plaignant lui permet de formuler lui-même sa plainte devant le Conseil départemental de l'ordre des médecins. Une conciliation doit être tentée.

Il est destinataire de toute la procédure et peut exercer les voies et délais de recours contre la décision qui est prise par la chambre disciplinaire.

La CDPI est de fait une juridiction administrative, sollicitée en cas de manquement à la déontologie médicale. C'est elle qui statue en premier ressort lors d'une plainte.

Le conseil régional de l'ordre des médecins garde d'importantes responsabilités en matière disciplinaire : il assure à la chambre disciplinaire les moyens en personnel nécessaires au fonctionnement de son greffe ainsi que les locaux dans lesquels elle siège et indemnise les médecins qui participent aux séances de la chambre.

ROLE DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE

La chambre disciplinaire de première instance est une juridiction administrative spécialisée qui a seule compétence pour statuer, en premier ressort, sur les plaintes visant des médecins en raison de manquements à la déontologie médicale.

Elle n'est compétente qu'au regard des infractions aux dispositions du code de déontologie médicale. Elle ne peut donc être saisie d'une demande de dommages et intérêts en réparation de préjudices de toute nature qu'aurait causés un médecin dans l'exercice de son activité professionnelle.

- **LE DEROULEMENT D'UNE PLAINTÉ**

La saisine

La chambre disciplinaire ne peut s'autosaisir d'une plainte.

Si le plaignant est un particulier, il saisit le conseil départemental de l'ordre des médecins. Pour que la plainte soit recevable, elle doit être accompagnée de la délibération de l'organisme compétent pour autoriser la poursuite devant la chambre. S'il s'agit d'une autorité tel que cité dans l'article L.4126-1 du code de santé publique, elle est compétente pour saisir directement la CDPI :

- Le conseil national ou départemental au tableau duquel le praticien est inscrit
- Le ministre chargé de la santé
- Le préfet de département
- Le directeur général de l'agence régionale de santé
- Le procureur de la République du tribunal de grande instance
- Un syndicat ou une association de praticiens

Les parties sont informées par le greffe qu'elles peuvent se faire représenter et/ou assister par un conseil (article R. 4126-13 du code de la santé publique), mais ce n'est pas obligatoire.

Les praticiens faisant l'objet de la plainte ou les praticiens plaignants peuvent être assistés par un confrère inscrit au même tableau de l'ordre et/ou par un avocat.

Le plaignant non médecin ne peut être assisté que par un avocat.

Le conseil national ou départemental peut se faire assister ou représenter par un membre de son conseil et les syndicats par leurs membres.

Les plaignants doivent obligatoirement saisir en premier lieu le conseil départemental au tableau duquel est inscrit le médecin mis en cause, à la date de saisine de la juridiction (article R. 4126-1 du code de la santé publique).

Peuvent saisir le conseil départemental les patients, les ayants-droit de patients décédés, les médecins, les associations de défense des droits des patients, les employeurs des patients, le Trésor Public, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, ou toute autre personne ou organisme ayant un intérêt direct à agir.

Notification et conciliation

Lorsque le conseil départemental reçoit une plainte, le président doit en accuser réception au plaignant et informer le médecin poursuivi. Il les convoque dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte à une conciliation, en présence d'un ou plusieurs membres de la commission de conciliation, (article L. 4123-2 du code de la santé publique)

En cas d'échec de cette conciliation, la plainte est transmise à la chambre disciplinaire de première instance dans un délai de 3 mois suivant la date d'enregistrement de celle-ci, avec l'avis motivé du conseil, qui peut ou non s'y associer.

Service publique et d'une mission de contrôle

Les médecins chargés d'une mission de service public ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, lorsque sont en cause des faits qui ne sont pas détachables de leurs fonctions que par les autorités suivantes

(article L. 4124-2 du code de la santé publique) :

- Le ministre de la santé
- Le préfet du département
- Le procureur de la République près le tribunal de grande instance
- Le directeur de l'agence régionale de santé
- Le conseil national de l'ordre des médecins
- Le conseil départemental de l'ordre des médecins dont ils dépendent

Dès l'enregistrement de la plainte au greffe de la chambre disciplinaire, un accusé de réception indiquant le numéro du dossier est adressé au plaignant.

Instruction de la plainte

L'instruction obéit aux principes suivants :

La procédure est écrite : la décision de la chambre disciplinaire est fondée sur les mémoires et les pièces qui figurent au dossier.

La procédure est dite "inquisitoriale" : Les parties doivent adresser un mémoire et les pièces seulement à la chambre, qui les communique à son tour à l'autre partie.

La procédure est contradictoire : cela implique que la chambre disciplinaire ne peut fonder sa décision que sur les écrits dont elle dispose.

La procédure n'est pas publique : il en résulte que le dossier de l'instance ne peut être consulté que par les parties et les personnes habilitées à les représenter.

Notification de la plainte

L'accusé est invité à produire un mémoire en défense avec les pièces justificatives nécessaires dans un délai ne pouvant être inférieur à 1 mois, sauf si la saisie est faite par le représentant de l'Etat dans le département.

Production de mémoires et pièces

Le premier mémoire du défendeur et les pièces justificatives sont communiquées aux parties. Lorsqu'une des parties à qui a été demandée la production d'un mémoire ne respecte pas, pour le faire, le délai qui lui a été imparti, le président de la formation de jugement peut lui adresser une mise en demeure.

Le rapporteur

Il est désigné par le président de la CDPI parmi les membres de celle-ci. Il ne peut être choisi parmi les conseillers départementaux au tableau duquel le médecin accusé est inscrit (Article R. 4126-17 du code de la santé publique)

Le rapporteur participe à l'instruction de la plainte. Il entend les parties et dresse un procès-verbal de ces auditions.

Les procès-verbaux et les pièces justificatives recueillies sont versés au dossier.

Il rédige enfin son rapport dans lequel il expose les faits sans prendre parti sur le bienfondé de la plainte.

- **ROLE DE L'AUDIENCE**

La CDPI de Rhône-Alpes enrôle les affaires dans l'ordre de leur enregistrement.

Avis d'audience

L'article R. 4126-25 du code de la santé publique prévoit que les parties doivent être "convoquées" à l'audience au cours de laquelle leur affaire va être appelée. La procédure étant écrite, elles n'ont pas obligation de s'y présenter.

L'avis d'audience doit parvenir aux parties 15 jours au moins avant la séance.

Déroulement de l'audience

Le rapport du rapporteur est lu au début de l'audience, puis les membres de la chambre disciplinaires entendent les observations du plaignant puis du médecin accusé, qui est invité à parler en dernier.

L'audience est publique, mais le président peut, selon l'article R. 4126-26 du code de la santé publique, interdire l'accès de la salle au public.

Les décisions sont prises à la majorité des voix après un délibéré en l'absence des parties.

En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Lorsqu'elle estime ne pas disposer des éléments nécessaires pour statuer, la chambre disciplinaire peut prescrire un supplément d'instruction. On dit alors qu'elle rend un jugement "avant-dire droit".

Lorsqu'elle estime qu'elle dispose des éléments de fait nécessaire pour juger, la chambre disciplinaire rend un jugement "sur le fond".

Elle peut alors soit rejeter la plainte soit prononcer une des sanctions à l'encontre du médecin.

- **VOIES ET DELAIS DE RECOURS**

Le délai d'appel est de 30 jours à compter de la notification de la décision (article R. 4126-44 du code de la santé publique)

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

La notification de la décision précise que l'appel a un effet suspensif.

L'appel doit être déposé ou adressé par voie postale au greffe de la chambre disciplinaire nationale dans un délai de 30 jours.

S'agissant des suites données à l'appel, on se réfèrera aux articles R. 4126-44 et suivants du code de la santé publique à propos de la décision de la chambre disciplinaire nationale (modalités de sa notification, possibilité d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat, effet suspensif ou non de ce pourvoi...).¹³

¹³ « Conseil Régional de l'Ordre des Médecins Rhône-Alpes », <http://www.cromra.fr/>.



COMMENT FONCTIONNE LA JURIDICTION DISCIPLINAIRE DE L'ORDRE DES MÉDECINS ?

LES PLAIGNANTS



PATIENTS



MÉDECINS



AUTORITÉS



INSTITUTIONS



ASSOCIATIONS

Doléance ou plainte ?

Pour être prise en compte par un conseil départemental, la plainte doit être formulée par écrit. Est considéré comme doléance ou réclamation tout courrier informatif.



Le cas particulier des médecins chargés d'un service public

Si le médecin visé par la plainte a agi dans le cadre d'une mission de service public, le Conseil départemental et les autorités peuvent décider de saisir la CDPI.



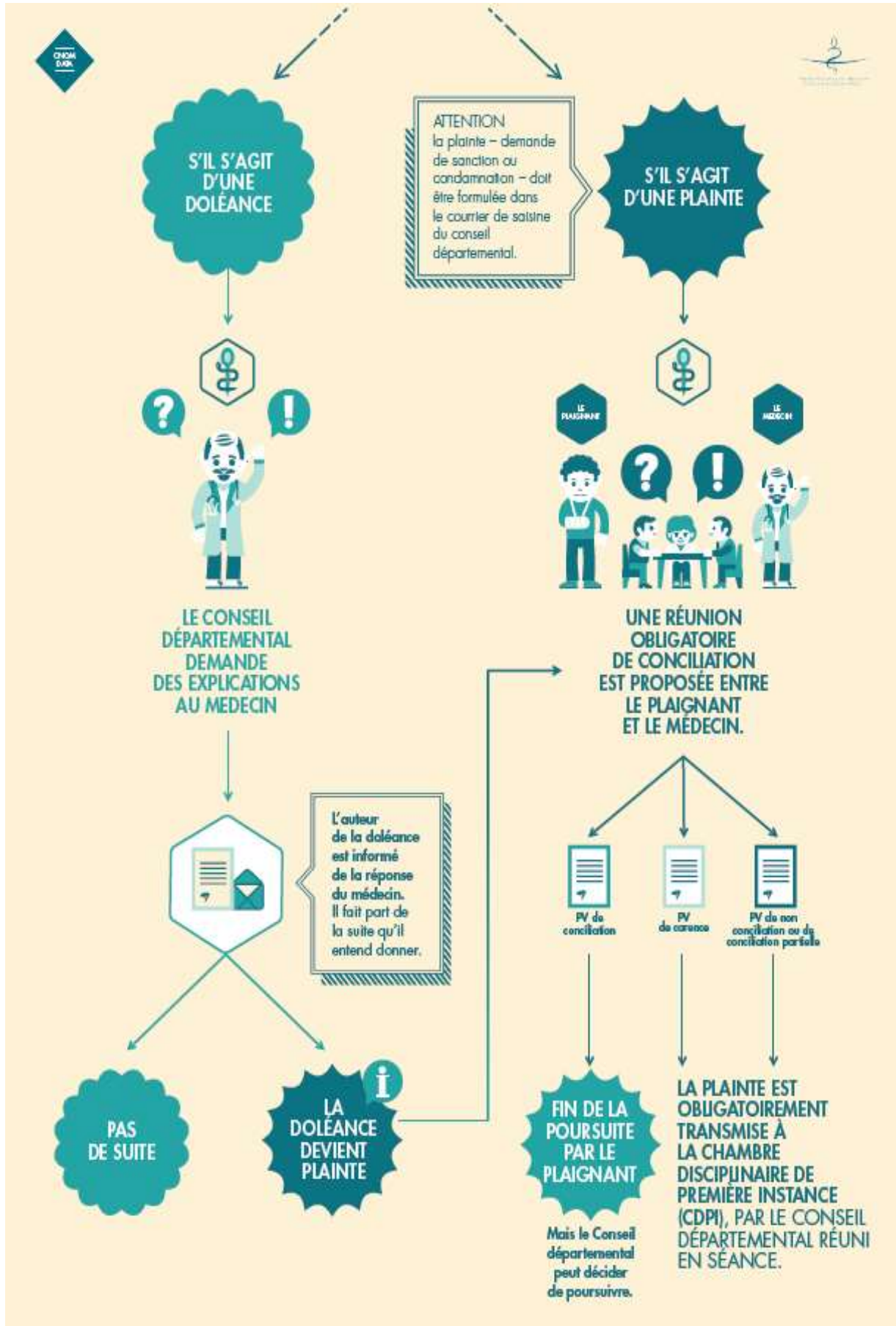
Le Conseil départemental peut également s'autosaisir

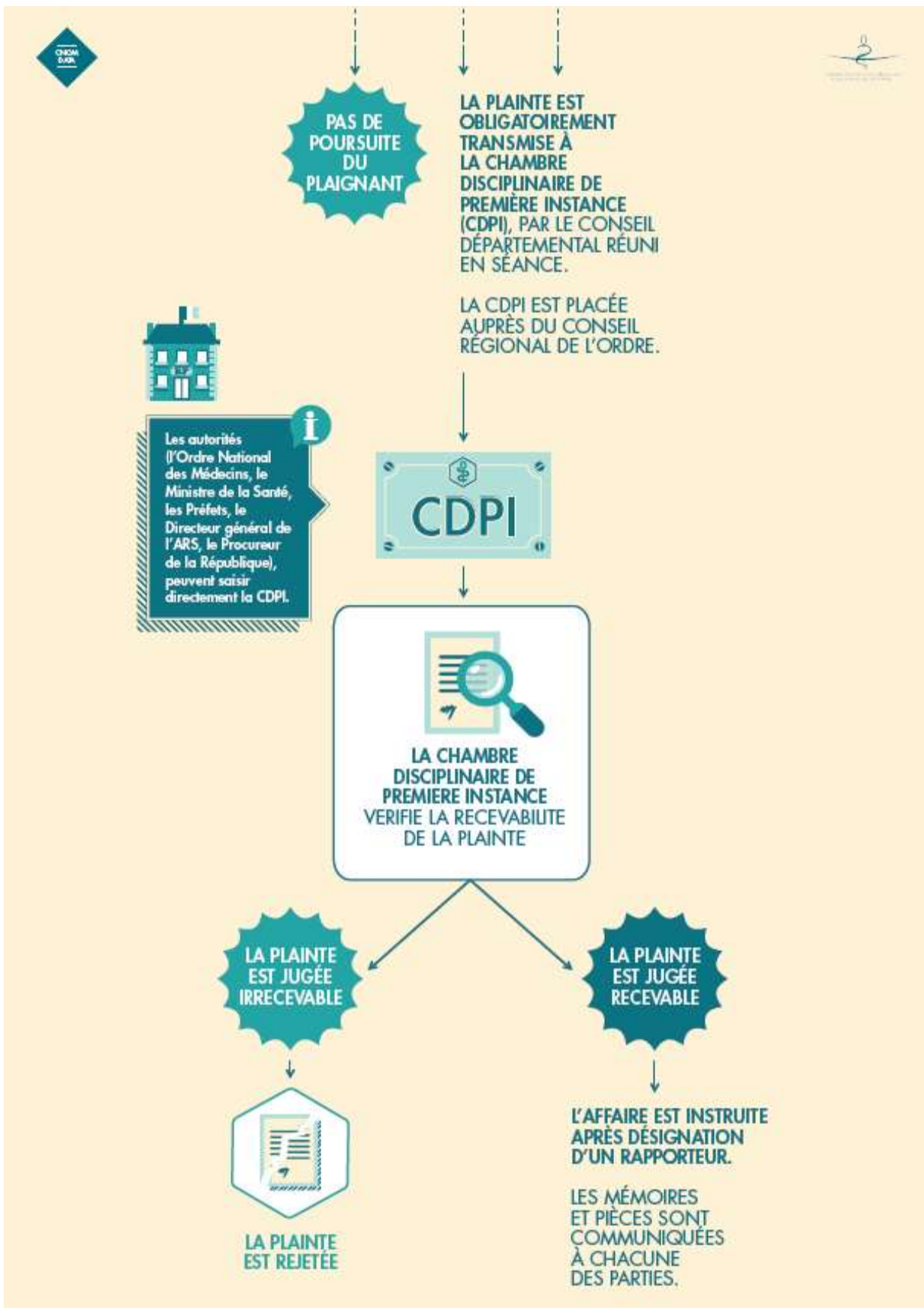


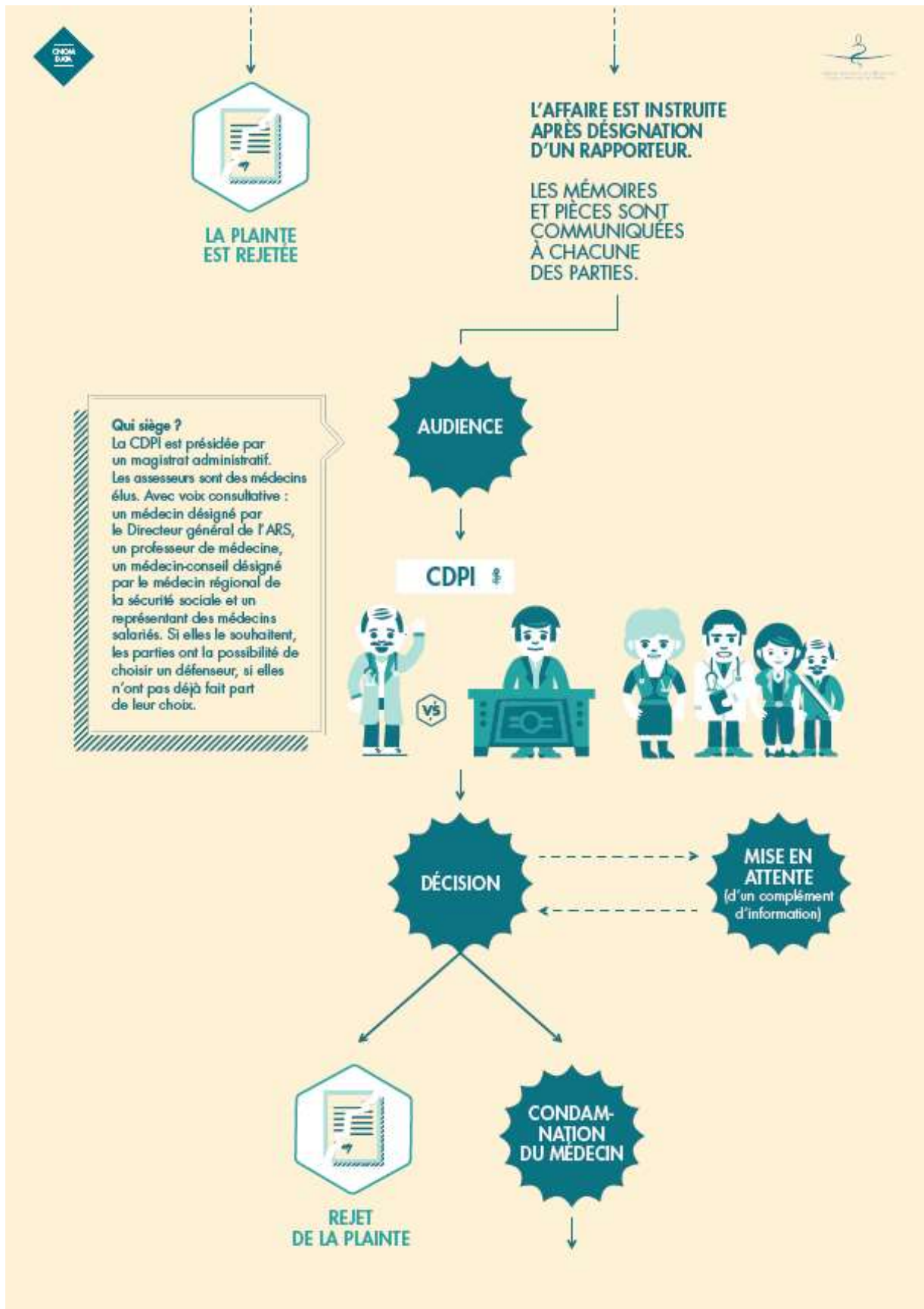
S'IL S'AGIT D'UNE DOLÉANCE

ATTENTION
la plainte - demande de sanction ou condamnation - doit être formulée dans le courrier de saisine du conseil départemental.

S'IL S'AGIT D'UNE PLAINTE









REJET DE LA PLAINTE



CONDAMNATION DU MEDECIN

Le cas échéant, les parties perdantes peuvent être également condamnées :

- Au paiement des frais irrépétibles exposés par le médecin

Le plaignant peut également être condamné :

- Au paiement des dommages et intérêts pour plainte abusive
- À une amende pour plainte abusive

Le cas échéant : paiement des frais irrépétibles

NB : il ne s'agit pas de réparations, pour laquelle la juridiction de l'Ordre des médecins n'est pas compétente.



- AVERTISSEMENT
- BLÂME
- INTERDICTION D'EXERCICE AVEC OU SANS SURSIS
- RADIATION

LES PARTIES PEUVENT FAIRE APPEL DEVANT LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE. LES DÉCISIONS DE LA CHAMBRE NATIONALE SONT SUSCEPTIBLES DE POURVOI DEVANT LE CONSEIL D'ÉTAT.



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

RESUME

TITRE : La plainte ordinale, de son annonce à ses conséquences

Recueil et analyse du ressenti, de l'impact personnel et professionnel de la procédure auprès de 55 médecins concernés par une plainte ordinale en 2018. Départements de l'Isère et de la Savoie

Introduction

Il existe peu de travaux sur le vécu et les conséquences pour le médecin d'une plainte devant l'Ordre des Médecins. Suite à des expériences vécues au sein de nos Ordres avec ce même constat de souffrance ignorée, il nous a semblé pertinent dans le cadre du DIU « soigner les soignants » d'analyser le ressenti de chaque médecin impliqué dans une plainte ordinale et les retombées de cet événement dans le parcours de vie personnel et professionnel.

Méthode

Cette étude rétrospective a été menée par entretien téléphonique. Les Ordres de l'Isère et de la Savoie ont préalablement envoyé un courrier explicatif du déroulé de l'enquête. Ce travail s'est fait sous leur responsabilité. L'entretien s'est déroulé par téléphone avec une grille de recueil structurée autour de cinq temps : la procédure d'annonce de la plainte, le ressenti, les conséquences physiques, psychiques, les mécanismes de défense mis en place, les propositions d'améliorations suite à ce vécu.

Résultats et discussion

75% des médecins ont répondu à l'enquête.

La moyenne des âges des médecins interrogés est de 52 ans (de 29 ans à 68 ans). La majorité a un exercice libéral en médecine générale et est de sexe masculin. Pour 71% d'entre eux, il s'agit d'une première plainte ordinale et le plus souvent avec un patient comme plaignant. Mais le nombre de plaintes entre confrères n'est pas négligeable (22%).

Le premier résultat remarquable est qu'uniquement 38% des médecins interrogés connaît le déroulement d'une procédure ordinale.

En ce qui concerne l'annonce de la plainte par courrier recommandé, elle est ressentie comme trop « formelle » et « violente ». La majorité des médecins aurait souhaité être contactée avant la conciliation et/ou recevoir un courrier explicatif avec un numéro à appeler si besoin.

17 médecins (42%) ont contacté l'Ordre des médecins (conseiller ou secrétaire) avant la conciliation, ce qui a eu un effet de réassurance évident.

Les ressentis majoritaires sont : le stress, la colère, la surprise, la culpabilité. Ces ressentis sont majorés ou minorés selon le motif de la plainte, l'âge et l'expérience du médecin. Mais la mise en cause est réellement vécue comme un traumatisme. Par contre toutes et tous ont reçu une écoute bienveillante de leurs proches et de leur corporation.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Les conséquences émotionnelles de la plainte ont duré dans le temps avec de l'anxiété et des troubles du sommeil nécessitant parfois un recours thérapeutique. Les réseaux d'aide aux soignants sont connus de la majorité des médecins (30) mais aucun ne les a contactés, ni l'Entraide ordinaire.

37% des médecins interrogés a un médecin traitant et les médecins salariés n'ont jamais consulté leur médecin du travail. Deux médecins ont été en arrêt de travail suite au passage en conciliation.

Conclusion

Au travers de cette enquête nous avons mis en évidence une grande liberté des médecins à échanger de la souffrance d'être jugé dans son exercice. La méconnaissance de la procédure ordinaire est surprenante.

Les réseaux d'aide aux soignants ne sont pas sollicités malgré la douleur morale exprimée et la connaissance de ces structures d'aide.

Les propositions d'améliorations concernent majoritairement la place de l'Ordre des médecins dans la formation à la judiciarisation de la profession : parmi les propositions on retrouve la mise en place d'ateliers d'échanges de pratiques et des mises en situation, une amélioration de la possession du langage juridique par les conseillers ordinaires, la nécessité d'une expertise ordinaire professionnalisée.

Mais émerge également la notion de non confraternité : « derrière toute plainte il y a un confrère »

En revanche, de façon quasi unanime, le soutien reçu de l'Ordre des médecins dans l'épreuve est reconnu par les médecins.

Enfin les résultats objectivent un besoin de modifier la procédure d'annonce d'une plainte sans rendre la procédure non recevable et l'échange avec un conseiller est souhaité avant la rencontre.

L'étape d'interrogation du Conseil National de l'Ordre des Médecins semble être la suite logique de ce travail pour intégrer un nouveau maillon d'entraide en amont de la conciliation afin de prévenir la souffrance et l'effet seconde victime mis en évidence dans cette étude.

Mots clés : plainte ordinaire, procédure, effet seconde victime

REMERCIEMENTS

Un grand MERCI à chacun(e) d'entre vous, chers collègues, qui avez accepté de me répondre avec tant de gentillesse et de confiance, vous qui avez accepté mes maladresses de mails aussi ! MERCI pour vos confidences. J'espère que j'ai su les retranscrire dans ce mémoire. Je l'ai fait en toute sincérité. Confraternellement.

Jean PERRIN, mon père, tu m'as laissée partir à Toulouse pour un de nos séminaires, tu en as profité pour partir. Tu m'as dit « n'aies peur de rien ». Je t'écoute, encore et toujours !

Merci à Jean louis, mon Co...-pain, -llègue, -réalisateur, -nfrère, -llaborateur -nfident...et ami et à nos chers enseignants, l'ensemble de la Promotion 4 et surtout les Fantastiques et Sophie « the Unicorn » pour ces moments de vie ensemble !

Et un merci tout particulier à *Jean Jacques GOLDMAN* qui a lu si vite mon courrier, qui m'a répondu surtout ! Spéciale dédicace au Professeur GALAM, fan parmi les fans !

Sophie, tu as été le moteur de notre binôme ! Si ce mémoire existe, c'est grâce à toi... MERCI !

Merci aux 3 Fantastiques et à tous les membres de cette promotion 4 du DIU, merci à nos enseignants... J'ai baigné dans la bienveillance au cours de ces moments partagés et j'ai compris que les licornes existent vraiment !

Merci Antoine de St Exupéry, ton « petit prince » est toujours avec moi !