Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 15 JANVIER 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 12 JUIN 2013, à Poitiers
par Monsieur Nicolas MATHIEUX

LA BONNE DISTANCE DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT :
Travail à partir de 17 cas de plainte en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON.

Membres : Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR.
Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE.
Monsieur le Docteur Stéphane GIRARDEAU.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur José GOMES.

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(détachement)**
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique **(surnombre)**
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie **(surnombre)**
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

6 rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86034 POITIERS CEDEX - France
☎05.49.45.43.43 - 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOTCatherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Professeur des Universités, Chef de service de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers.
Aujourd'hui vous nous faites le grand honneur de présider cette thèse de médecine générale.
Veuillez accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE.
Professeur des Universités, Chef de service de Pneumologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers.
Vous avez accepté de faire partie de mon jury et j'en suis très honoré.
Je vous remercie de votre disponibilité à mon égard pendant mon stage d'internat dans votre service. Je garde en souvenir votre dynamisme communicatif.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde estime.

A Monsieur de Professeur Xavier DUFOUR.
Professeur des Universités, Chef de service d'ORL du Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers.
Vous avez également accepté de juger ce travail et je vous en remercie vivement.
Je vous exprime ma reconnaissance pour la gentillesse que vous avez toujours eue à mon égard pendant mon stage d'externat en ORL.
Veuillez trouver ici la marque de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Stéphane GIRARDEAU.
Maître de Conférences Associé de Médecine Générale, Médecin Généraliste à Angoulême.
Vous avez accepté d'être membre de mon jury de thèse et j'en suis très heureux.
Vous m'avez orienté et encouragé dans le cheminement de mon parcours d'internat en étant mon directeur de mémoire et je vous en suis reconnaissant. Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse.

A Monsieur le Professeur José GOMES

Professeur des Universités de Médecine Générale.

Je vous remercie pour votre présence à mes côtés tout au long de mes études médicales et même avant. Vous m'avez fait découvrir et donner cet attrait pour la médecine générale. Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse, de m'avoir guidé, encouragé et soutenu tout au long de sa réalisation. Merci pour votre dévouement et votre gentillesse. Veuillez accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Merci à Monsieur Thierry VINCENT, Documentaliste au centre de documentation du CH Henri Laborit à Poitiers qui a eu l'amabilité de participer à ce travail.

A tous les membres du cabinet médical d'Aunac sans exception.

A mes anciens maîtres de stage et professeurs, pour l'enseignement qu'ils m'ont apporté.

A mes proches :

A Vanessa, ma femme.
Pour son amour et pour avoir été chaque jour de cette thèse à mes côtés.

A Jean-Pierre, mon père et Odette, ma mère.
Pour leur affection, leur présence, leur aide et pour avoir tout mis en œuvre pour que je réussisse.

A Angélique, ma sœur et Loïc, son mari.
Pour leur soutien jusqu'à l'aboutissement de cette thèse.

A David, mon ami.
Pour sa participation à la relecture attentive et ses remarques pertinentes.

A Bastien, Elise, Laetitia, Cédric, mes amis.
Pour notre complicité amicale de tous les jours et pour vos conseils et encouragements.

A tous ceux qui me sont chers et qui m'ont aidé à en arriver là.

A tous ceux qui m'ont soutenu pendant cette thèse.

A Cassie.
Pour sa présence et son affection de chaque instant.

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION 9

1.1 Le choix 9

1.2 Les bases du serment d'Hippocrate 10

1.3 Développement de la relation médecin-patient à travers l'histoire 11

1.4 La distanciation, un aspect fondamental de la relation thérapeutique 12

1.5 Hypothèse de recherche 13

1.6 Question de recherche 13

1.7 Objectifs de l'étude 14

2 MATERIEL ET METHODE 15

2.1 Méthodologie de l'étude 15

2.2 Sélection des cas 16

2.3 Recherche Bibliographique 20

2.4 Approche Générale 21

3 RESULTATS 22

3.1 Cas de plainte-type sélectionnés 22

3.2 Détails Analytiques 35

3.2.1 Population Générale 35

3.2.1.1 Le Genre 35

3.2.1.2 Spécialité médicale 36

3.2.1.3 Attitudes de Porter 37

3.2.2 Facteurs généraux 38

4 DISCUSSION 40

4.1 Discussion de la méthode 40

4.1.1 Une étude de série de cas 40

4.1.2 La méthode de recueil 40

4.1.2.1 Le recueil des cas de plaintes 41

4.1.3 Les biais 43
4.1.4 Conclusion sur la validité de l'étude 44
4.2 Discussion des résultats 45
4.2.1 Rappel des objectifs 45
4.2.2 L'origine des plaintes 45
4.2.3 Le Genre 46
4.2.4 Les spécialités médicales 47
4.2.5 La notion d'attitude 48
4.2.6 Synthèse concernant les différents facteurs favorisants 50
4.2.7 Facteurs favorisant les manquements 51
4.2.7.1 Modification de la pratique médicale 51
4.2.7.2 Les difficultés à la communication ou à la gestion de la relation médecin-patient 52
4.2.7.3 Connotation commerciale de la collaboration médicale 54
4.2.7.4 Méconnaissance des codes civil et déontologique et leur conséquence 55
4.2.7.5 Difficultés personnelles, psychologiques du praticien 56
4.2.7.6 Dérives Machistes 57
4.2.7.7 Sollicitations excessives avec surexposition aux tâches administratives 58
4.2.7.8 Le suivi thérapeutique des proches 59
4.2.7.9 Expérience, âge du praticien 60
4.2.7.10 Le milieu d'exercice 61
4.3 Recommandations 62
5 CONCLUSION 63
6 BIBLIOGRAPHIE/ REFERENCES 64
7 ANNEXE 71
8 RESUME 75
9 SUMMARY 76

1 INTRODUCTION

1.1 Le choix

A chaque thèse, se pose la question ou plutôt les questions: pourquoi ce thème ? Pourquoi ce sujet exactement ? Qu'est-ce que cela nous apporte personnellement et collectivement ? Qu'est-ce que cela apporte à la communauté scientifique notamment en médecine ? En effet une thèse d'exercice est une contribution au développement de la connaissance scientifique médicale. Elle représente un engagement personnel scientifique et symbolique pour tout étudiant en médecine.

De façon consensuelle, une enquête longitudinale auprès de confrères généralistes ou spécialistes, une étude spécifique au sein d'un service spécialisé, une étude de quelques cas d'une maladie rare permettaient de réaliser la plupart des thèses jusque-là. Les exigences nouvelles de notre spécialité m'ont orienté, après quelques péripéties, vers un sujet de médecine générale typique évoquant l'interaction médecin-patient.

Ce thème de la relation médecin-patient, très intéressant, m'a toujours attiré et cette notion fondamentale de mon métier a toujours été mon moteur principal au cours de mes études de médecine. Cette interaction avec le malade : cette personne, face à nous, dans un état de faiblesse le plus souvent, en quête de réponse à ses questions constitue une des valeurs qui m'a poussé à faire médecine. J'ai toujours été surpris, au cours de mes études, que certains de mes collègues, très compétents par ailleurs, me disent avoir des difficultés au contact des patients, ces hommes ou ces femmes en souffrance. L'intérêt du patient réside pour certains dans le problème intellectuel que pose le problème de santé de leurs patients. Or ne se concentrer uniquement que sur le champ de l'organe, pose le problème de la prise en charge du patient dans sa globalité. Les composantes de la personnalité du patient et de son environnement sont fondamentales comme on nous l'apprend en médecine et plus particulièrement en médecine générale. Ainsi aborder la relation médecin-patient dans le domaine de la bonne distance, implique une mise en rapport de certains aspects du triptyque : organe, personnalité et environnement du patient et des constituants personnels du praticien : personnalité et environnement.

Cet exercice a complété ma formation médicale sur le thème de la relation et m'a apporté des notions fondamentales pour établir mon cadre de travail et les limites nécessaires à cette pratique en plus d'un travail introspectif enrichissant.

Dans ce travail je vais, en premier lieu, évoquer des généralités sur la relation médecin-patient ainsi que l'hypothèse et les objectifs de la recherche. Puis j'expose le matériel et la méthodologie utilisés pour les recherches avant de présenter les résultats. Par la suite intervient la discussion de la méthode et des résultats. Enfin je conclurai ce travail en proposant des recommandations.

1.2 Les bases du serment d'Hippocrate

Bien que la pratique médicale moderne soit régie par des lois, des règlements et par un code de déontologie ou d'éthique, le serment d'Hippocrate constitue toujours de nos jours, par son énonciation, un rite de passage de l'étudiant au médecin. Ce serment moderne, qui s'éloigne de la version d'origine [annexe A], a pour but de rappeler aux nouveaux médecins dans un cadre solennel qu'ils sont liés à des obligations légales, morales et éthiques.

Le serment d'Hippocrate fixe, dès cette époque lointaine, les bases d'un cadre éthique à la pratique du médecin. L'aspect divin de la maladie commence à être réfuté et le malade n'est plus considéré comme un réceptacle mais comme un individu, une personne à part entière. On aborde ainsi les prémices de la relation médecin-patient. La relation du praticien avec son patient commence à prendre forme dans le serment puisqu'une ébauche des notions de secret médical et de respect de l'intimité du patient y figure : « mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, » [Chapitre 10].

1.3 Développement de la relation médecin-patient à travers l'histoire

La relation médecin-malade caractérise l'histoire de la médecine car d'Hippocrate à la médecine moderne, les rapports du médecin avec son patient ont évolué suivant les progrès de la science et l'évolution des consciences.

La médecine moderne laisse de côté les croyances religieuses à l'origine des maladies, le fait de se focaliser sur les âmes des souffrants comme le pratiquaient les moines-médecin au moyen-âge et l'aspect uniquement mécaniste de l'homme selon Descartes au XVIIème avec son fonctionnement objectif du corps humain pour amener, dès la fin du XVIIIème siècle, les notions nouvelles de patientèlisme et de libre choix du médecin marquant un profond changement dans le domaine de la médecine et de la relation du médecin avec son patient. Le malade peut échanger, parler voire débattre avec son praticien. Face aux pratiques aveugles ancestrales, cela constitue une avancée considérable.

Puis au cours des XIXème et XXème siècle, les progrès médicaux vont se multiplier dans une multitude de domaines que ce soit dans la thérapeutique médicamenteuse, dans les techniques de chirurgie et d'imagerie ou bien de nouveaux domaines : biologie moléculaire, immunologie, génétique, cancérologie… La médecine et le médecin sont à l'image de la société en pleine évolution. La prise de conscience dans la seconde moitié du XX siècle de ces progrès médicaux et de ces enjeux impose à reconsidérer le patient comme un « partenaire et un acteur du soin » [1]. Ainsi le praticien commence à prendre en charge le patient sous les champs de l'organe, de la personnalité et de l'environnement c'est à dire dans sa globalité et celui-ci participe à cette démarche.

La définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé signée le 22 Juillet 1946 et entrée en vigueur le 07 Avril 1948 souligne aussi la forte évolution de la relation médecin-patient au siècle dernier : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »[2]. Cette définition met en évidence une évolution dans la pensée, dans la culture de nos sociétés contemporaines, laquelle se modifie au rythme des changements fondamentaux des différentes sociétés mais subit également des modifications par les textes de loi notamment la loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi KOUCHNER ». Cette loi du début de notre XXIème de valorisation moderne d'égalité et d'autonomie du patient a récemment et profondément modifié le rapport entre le médecin

et son patient introduisant les valeurs nouvelles liées à l'information et au consentement éclairé du patient concernant les soins ainsi qu'à la communication du dossier médical au patient.
Et cela continue, la relation médecin-patient est en perpétuelle mutation.

1.4 La distanciation, un aspect fondamental de la relation thérapeutique

La relation médecin-patient présente de nos jours les caractéristiques suivantes [1,3,4] : il s'agit d'une relation d'attente et d'espérance mutuelle : le soulagement et la guérison sont espérés par le malade, la satisfaction et une certaine reconnaissance par le praticien. Cette relation singulière traite le corps et l'esprit ; l'échange entre les deux parties est fondamental et la parole occupe une place importante. La priorité cependant réside dans le fait que cette relation est un contrat de confiance à tendance égalitaire impliquant la distance.
Selon le concept de la proxémie de l'anthropologue HALL E.T [6], la distance relationnelle permet de régir nos actions de la vie quotidienne. Il en existe quatre et de la plus proche à la plus éloignée nous retrouvons : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. La distance thérapeutique adéquate se situe entre la distance personnelle et la distance sociale hormis pour l'examen où nous nous trouvons dans la distance intime tout en conciliant les déterminants propres des deux protagonistes [3].
En effet la relation thérapeutique médecin-malade est aussi déterminée par de nombreux facteurs individuels, environnementaux et socioculturels. De même que le malade réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité propre, le médecin réagit face à son malade par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes qui dépendent de sa personnalité et de son histoire et qui sont susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique [5].
Au-delà de ces notions, il est intéressant de se questionner sur les valeurs personnelles et les valeurs de notre société qui rendent difficiles la juste distance entre le patient et le médecin.

1.5 Hypothèse de recherche

Mon travail de thèse dans le thème de la relation médecin-patient a pour but d'étudier la mauvaise gestion voire les manquements dans la distance médecin-patient de la part du praticien. Ce concept est encore une notion plutôt abstraite.
Ma problématique de départ est la suivante : Les conditions d'exercice de la médecine, dans la plupart des spécialités et plus particulièrement dans le cadre de la médecine générale amènent à une proximité certaine avec son patient. Cette proximité est parfois source de manquements qui créent des conflits aboutissant dans quelques cas à des plaintes d'ordre divers.

Mon hypothèse de travail est de considérer :

› Un certain nombre de plaintes de patients est favorisé par une mauvaise gestion voire des manquements dans la distance médecin-patient de la part du praticien.

Je ne m'intéresse dans ce travail qu'aux négligences provenant en partie principale du professionnel de santé. Il ne me revient pas d'apporter un jugement mais simplement de relever de manière objective ces éléments, ces situations.

1.6 Question de recherche

En se basant sur les plaintes portant sur un problème de bonne distance et à partir du modèle de la « pente glissante » [7,8], peut-on en déduire que certaines de ces plaintes sont liées à des manquements aux règles de la bonne distance dans la relation médecin-patient et quels facteurs favorisants peut-on retrouver qui expliquent les manquements à la bonne distance et à la qualité de la relation médecin-patient ?

1.7 Objectifs de l'étude

L'objectif de mon travail est :

- Montrer qu'un certain nombre de plaintes est favorisé par des manquements à la bonne distance de la part des médecins. (Objectif principal)

- Identifier des facteurs favorisants à la mauvaise distance médecin-patient. (Objectif secondaire)

Cela concerne tout le domaine médical et tous les médecins que ce soit dans l'aspect de la communication verbale et non verbale, dans leur pratique quotidienne.
L'intention est de pouvoir aider à mieux gérer la relation médecin-malade, optimiser la prise en charge du patient et prévenir des difficultés aux praticiens pour améliorer leurs pratiques et leurs réactions dans l'interaction médecin-patient. A travers mon travail de thèse, je vais essayer de proposer des orientations à discuter pour nos futurs internes et nos confrères pour faire en sorte que la formation et l'apprentissage de notre spécialité s'enrichissent encore et nous donnent des armes supplémentaires et nécessaires pour affronter les difficultés posées actuellement par nos patients mais aussi par l'évolution de notre société.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative de cas par analyse d'une série de cas indépendants de plaintes déposées ayant toutes abouties à une sanction officielle administrative, pénale ou civile.

Les moyens mis en œuvre pour atteindre mes objectifs principaux sont les suivants :

- Recherche bibliographique des cas de plainte dus à une négligence, un manquement à la bonne distance médecin-patient en lien avec une erreur du praticien (responsabilité du professionnel). Cette sélection de cas repose sur la notion de pente glissante [7,8]. Les modalités de la sélection sont détaillées dans le sous chapitre suivant intitulé : la sélection des cas.

- Recherche bibliographique sur des données de la littérature concernant la bonne distance médecin-patient ainsi que sur les facteurs favorisant les manquements à la distance thérapeutique adéquate. Les diverses sélections bibliographiques sont précisées dans le sous chapitre : recherche bibliographique.

2.2 Sélection des cas

Tout d'abord cette sélection s'est faite sur une base spécifique. Il s'agissait de travailler sur le thème de la relation médecin-patient et plus précisément sur la bonne distance médecin-malade. Nous avons convenu avec mon directeur de thèse de répertorier des situations de manquements à la bonne distance de la part de médecins à travers l'analyse de plaintes diverses.

L'analyse porte ainsi sur certains cas de plaintes avérées à disposition de tous sur des documentations ou sites officiels. Notre base de travail s'inspire des travaux sur les comportements à risque nommés « la pente glissante » ou « slippery slope », dans lesquels sont évoqués des difficultés que l'on peut rencontrer au travers de nos interactions avec nos patients, notre patientèle en général. Mme Marie Valiquette, psychologue canadienne, traite de ce sujet à travers de nombreuses références où elle décrit une escalade des négligences comportementales nuisant à la relation. Elle tente de décrire les bases d'une éthique personnelle dans ce qui se voulait jusqu'alors une relation d'autorité [7]. Patterson et Blacksaw, praticiens américains, décrivent, eux aussi, cette escalade d'évènements s'inscrivant dans les champs de la communication : du verbal et du non verbal pouvant nuire voire interrompre l'équilibre d'une interaction médecin-patient [8]. Ils tentent de classer par niveau de dangerosité croissant: les négligences, les manquements à cette distance médecin-patient. Le cadre de la relation médicale, que les auteurs veulent établir, ne se limite pas à l'entretien seulement mais également aux interactions physiques entre le médecin et son patient avant, pendant et après l'entretien, aussi bien au cabinet médical qu'en dehors du cabinet, dans des lieux publics et privés.

L'analyse des situations à risque ou pente glissante, suivant les références citées, permet d'aboutir à ces descriptifs de situation :

→ Au niveau verbal, les éléments qui peuvent attester d'un passage d'une bonne à une mauvaise distance dans l'interaction se retrouvent dans le fait d'appeler le patient par son prénom et non par son nom, de passer du vouvoiement au tutoiement pendant la discussion mais aussi d'introduire des propos personnels voire de la vie du médecin pendant l'anamnèse et l'entretien, n'apportant rien, c'est à dire non pertinent au discours médical, et parfois avoir

recours à des mots blessants, injurieux dans des situations extrêmes et tendues.

→ On distingue également des conduites physiques inappropriées telles que faire la bise à ses patientes pour les saluer, établir un contact physique non pertinent à la situation : accolade, tape dans le dos mais également un geste, un contact physique inapproprié au cours d'un examen clinique (caresses, attouchements).

→Puis sont identifiées des situations potentiellement conflictuelles témoignant d'une mauvaise gestion de la distance telles que : établir une relation d'amitié non appropriée au cours d'une interaction médecin-patient ne permettant pas de poursuivre le suivi de la collaboration ou modifiant le contrat moral tacite établi entre le praticien et son malade, accepter des cadeaux divers, accepter un ou des biens d'un héritage de la part d'un ou de ses patients, accepter la réalisation de documents médicaux ou administratifs en ne prenant pas toutes les précautions requises dans ce genre de procédure pour favoriser un tiers, puis en dehors du cadre du cabinet : reconduire les patients chez eux, accepter une invitation à dîner quel que soit le motif de l'invitation de la part de son patient, accepter les avances d'un ou d'une patiente, établir une relation intime consentie sans modifier la relation médecin-patient.

Certaines situations peuvent se retrouver dans notre vie personnelle, notre vie de tous les jours et être strictement acceptables voire communes. Mais tout cela s'intègre dans une distance amicale, familiale voire sociale avec l'individu dans cette interaction. Cependant elles n'ont pas lieu d'être dans le cadre d'une relation thérapeutique. Pour être synthétique et clair, ces descriptifs de situation me permettent ainsi de déterminer des critères d'inclusion pour la sélection des cas :

- Tutoiement ou usage d'une certaine familiarité avec le patient
- Usage de grossièreté, propos injurieux voire blessants contre le patient ou son entourage
- Propos personnels inutiles à la prise en charge médicale du malade
- Situation de rapprochement physique au cours de la consultation avec son patient
- Geste physique non pertinent à l'examen clinique
- Acceptation de biens particuliers, cadeaux ou héritage d'un patient
- Réalisation de documents médicaux ou administratifs pour favoriser un tiers
- Développer une relation autre que thérapeutique au sein du cabinet
- Autres situations très spécifiques

A cela je précise également deux critères d'exclusion, lorsqu'il s'agit uniquement:

- D'un manquement à la bonne distance du fait du patient et non du médecin/praticien
- De la relation du médecin avec un autre intervenant tel que stagiaire, secrétaire ou confrère/consœur.

De plus ces situations découlent d'attitudes plus ou moins conscientes et de certains aspects de la communication verbale ou non verbale du praticien. En psychologie, on se réfère aux attitudes de Porter pour étudier ces réactions. Elias Porter, Docteur américain en psychologie, élève de Carl Rogers, a établi une théorie selon laquelle les attitudes regroupent des comportements traduisant notre système de valeurs. Elles se classent sur un axe partant de l'intérêt pour mon point de vue pour aller vers l'intérêt pour le point de vue de l'autre. Elles sont au nombre de 6 : Attitude de décision, Attitude de jugement, Attitude d'aide et de soutien, Attitude d'interprétation, Attitude d'enquête et Attitude de compréhension ou d'empathie. L'analyse de ces différentes attitudes nous permet de mesurer l'effet que nous produisons sur nos interlocuteurs et nous rend plus clairement conscients du genre de relations que nous établissons avec eux. J'aborderai cet aspect dans les détails analytiques de mes cas.

Le recueil de ces cas de plainte s'est fait sur une période de plusieurs mois soit de Juin 2010 à fin décembre 2011.

Ces cas proviennent de sources diverses :

. Une source ordinale provenant du site internet de l'ordre national des médecins dans la section jurisprudence donnant ainsi accès aux décisions des chambres disciplinaires régionales et nationales. Cette source m'a permis de sélectionner les cas portés à la connaissance du conseil de l'ordre cependant dans la limite de certains facteurs: d'avoir instruit et traité le dossier puis de l'enregistrer (limite de temps et de sélection) ; fonction de la catégorie du préjudice retenu (limite d'information et de sélection). Or la grande majorité des erreurs de bonne distance se résout au cours de conciliations dans le cadre de réunion d'entente au niveau des antennes départementales des conseils de l'ordre des médecins et par conséquent elles ne sont pas consignées dans cette source de données et je n'ai pas eu accès

aux antennes locales. Il est important de souligner que mon recueil n'est pas exhaustif malgré des efforts de recherche la plus élargie possible.

. Une source assurantielle grâce aux revues « RESPONSABILITE » éditées par le groupe mutuel d'assurances du corps de santé français (MACSF)[1]. Cette base assurantielle MACSF m'a donné un listing de plaintes diverses concernant les requêtes que leurs assurés ont subi ou causé. J'ai contacté le siège social à Paris qui m'a fait parvenir les cas des années 2000 à 2010, soit une dizaine d'années compilées dans les revues RESPONSABILITE. La sélection a été la plus rigoureuse possible malgré des cas succincts compte tenu des critères de sélection que je me suis fixé par le biais de cette source.

. Une autre source provenant d'Internet par le biais du site « Légifrance », site internet de droit français reprenant des plaintes contre des praticiens médicaux dans le champ du pénal ou civil, m'a permis de sélectionner certains cas que l'on peut considérer comme répréhensibles ou graves car ayant abouti ou amené à un préjudice nécessitant une peine de justice contre son auteur (limite de sélection).

[1] Sigle explicité et réutilisé dans la suite du travail

2.3 Recherche Bibliographique

Concernant mes différentes sources et les modalités de recherches, ma base de données est constituée :

› De sites Officiels : Legifrance, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
› De sites scientifiques : PubMed (site de la National Library of médicine), CISMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française), Science direct, EM consulte, SUDOC (Système Universitaire de documentation), accès internet des littératures scientifiques via le service de documentation de l'université de Poitiers.
› Du moteur de recherche Google et Google Scholar
› De données issues de Mr Thierry VINCENT, documentaliste à la bibliothèque du centre hospitalier Henri Laborit à Poitiers via des références internet.
› De documents et de conseils de mon directeur de thèse.

Pour mes recherches sur la littérature anglo-saxonne, certains mots clés ont été identifiés à partir de la base MeSH signifiant Médical Subject Headings. Il s'agit de « Physician-Patient Relations », « Slippery Slope », « Boundary Violation », « Professionnal Misconduct », « Sexual Abuses ».
Concernant les données francophones, les recherches ont été réalisées à partir des termes suivants : « Relation Médecin-Patient », « Relation Médecin-malade », « Distance Médecin-patient », « Distance thérapeutique », « Pente Glissante », « Abus et Transgressions du Médecin », « Abus sexuel de la part du Médecin », « médecine générale ».

Enfin ma collecte de référence a été approfondie par la lecture de thèse de consœurs et confrères portant sur le thème de la relation médecin-patient et l'étude de leurs références bibliographiques ainsi que par des échanges au cours d'entretiens ponctuels avec des praticiens au cours de mes remplacements.

Les références ainsi choisies sont mentionnées régulièrement en fonction de leur utilisation dans mon travail et sont listées dans le chapitre Bibliographie/Référence

2.4 Approche Générale

L'organigramme ci-dessous décrit le déroulement général de mon travail.

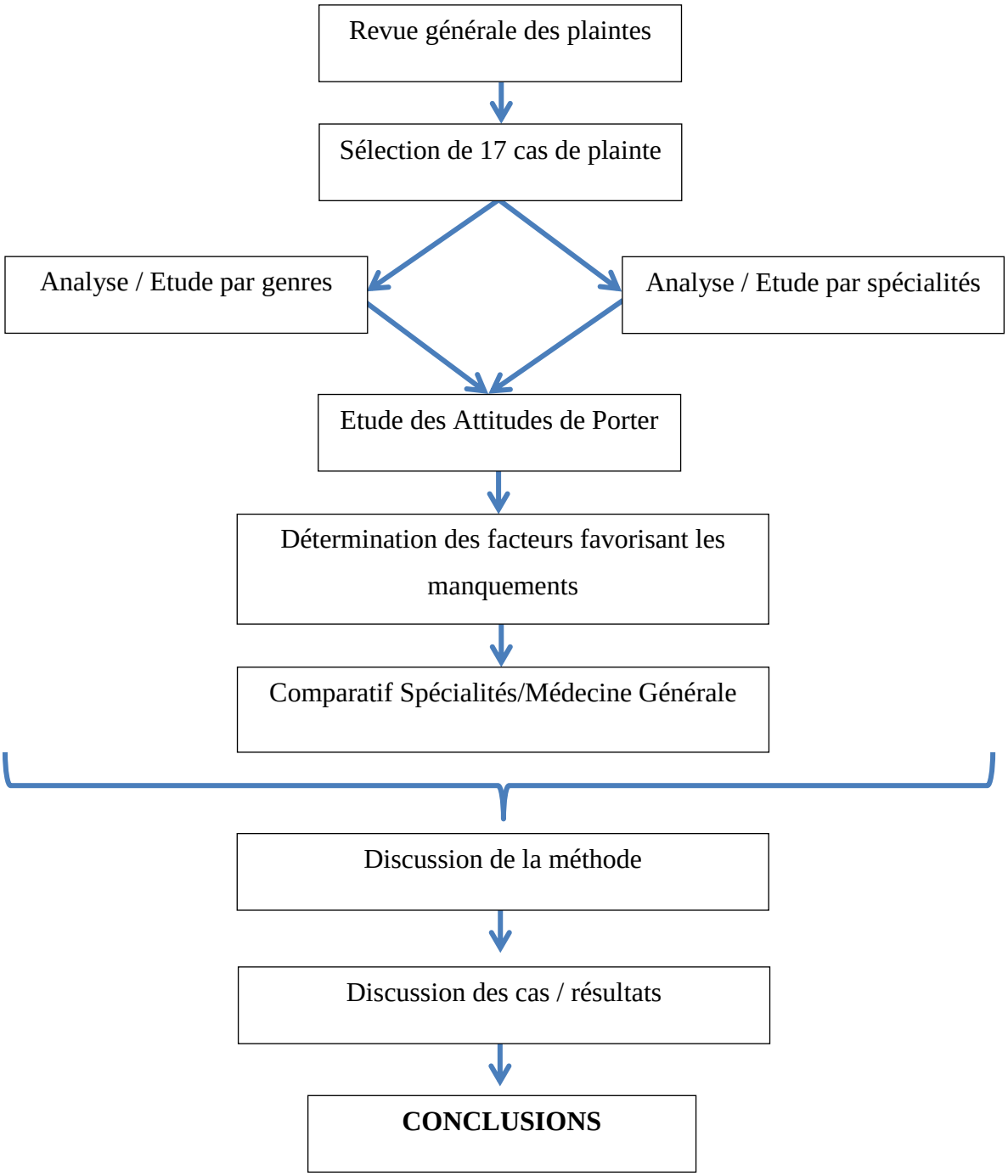


Figure 1. Organigramme de l'approche générale utilisée dans cette thèse.

3 RESULTATS

3.1 Cas de plainte-type sélectionnés

Ce recueil de cas se base sur des critères définis ci-dessus pour sélectionner des cas de mauvaises adaptations dans la bonne distance médecin-patient. Voici un recueil non exhaustif de cas de plainte retraçant les manquements à la bonne distance dans la relation médecin patient:

Cas numéro 1 : Plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins d'Île-de-France en date de l'année 2009 ayant abouti à un rejet de la plainte concernant un défaut de comportement du praticien psychiatre avec son patient. Réexamen du dossier à la demande du patient en juin 2010.

Résumé de la situation : Mme S. soutient que la plainte déposée est tirée de ce que le docteur B. n'a pas respecté les limites de la relation médecin patient et plus précisément de la relation psychiatre patient violant ainsi des notions spécifiques. Elle a noué des relations amicales avec sa patiente et lui a longuement parlé d'elle-même, lui faisant même des confidences. Ces manquements à l'éthique et à la relation ont nui au suivi psychique de la patiente que le docteur B. a brutalement interrompu selon elle. Mme S soutient que le docteur B. a manqué à son devoir d'humanité en abandonnant brusquement la thérapie sans en assurer le suivi.

Le docteur B reconnaît elle-même ne pas avoir suffisamment cadré la relation. Elle déclare avoir réalisé un suivi optimal de sa patiente. Elle souligne qu'en envoyant des cartes postales à la patiente elle désirait rompre sa solitude et non la placer dans un état de dépendance. Devant la détérioration de la relation avec notamment la notion de menaces téléphoniques et une agression physique, le docteur B. a décidé d'abandonner la thérapie de Mme S. Elle déclare avoir transmis immédiatement son dossier pour que le suivi psychologique puisse être poursuivi sur les conseils des instances ordinales.

Après en avoir délibéré, la chambre nationale disciplinaire a décidé le rejet de la plainte de Mme S. [9]

Cas numéro 2: Plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins d'Aquitaine en date de mai 2008 ayant abouti à une peine d'interdiction d'exercer la médecine d'une durée de 6 mois à l'encontre d'un praticien généraliste pour défaut de comportement du praticien de santé vis-à-vis de la famille du patient et vis à vis du conseil de l'ordre avec notion aggravante de non-assistance à personne en danger. Réexamen du dossier à la demande du praticien en décembre 2008.

Il ressort du dossier que le Dr S. suivait depuis plusieurs années Mr D. pour des troubles dépressifs et une conduite addictive alcoolique. Un jour de juillet 2007, malgré des appels répétés pour vomissements et altération de l'état général, le Dr S. ne put se déplacer en visite. Il décida d'appeler son patient le soir même vers 21:45 pour prendre de ses nouvelles mais ne répondant pas, le Dr S. laissa sur le répondeur de ce dernier un message dans lequel il aurait indiqué qu'il pensait qu'il s'était endormi et qu'il devait aller mieux. Le lendemain en l'absence de réponse de Mr D. aux appels téléphoniques de ses proches, son fils se rendit chez son père qu'il trouva gisant au sol et sans vie. Le fils de Mr D. appela alors le Dr S. sur son portable pour l'en informer, lequel, partant alors en vacances, lui répondit aux dires du fils de Mr D. de façon brutale qu'il ne pouvait plus rien faire. Une plainte fut alors saisie auprès du conseil départemental de la Dordogne. Il fut considéré en premier lieu que le Dr S. a pour le moins fait preuve de légèreté au regard de l'obligation qui incombe à tout médecin de prêter assistance à un patient dont l'état inspire des inquiétudes et en second lieu que l'agressivité envers le fils de Mr D. traduit un manque évident d'attention et d'empathie à l'égard du patient et de sa famille. Il est noté que l'absence physique et l'absence de réponse aux sollicitations des autorités ordinales révèle une désinvolture critiquable de la part du Dr S. La section disciplinaire du conseil de l'ordre des médecins souligne le docteur S a déjà subi une peine d'interdiction d'exercice de la médecine pour des faits comparables.

Par ces motifs la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins a confirmé la peine de 6 mois d'interdiction d'exercer la médecine du Dr S., l'obligation du règlement des frais de justice et le rejet de sa requête de 2e examen de cette plainte. [10]

Cas numéro 3: Plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins d'Ile de France en date d'avril 2010 ayant abouti à un rejet de la plainte concernant un défaut de comportement

du professionnel de santé avec la famille du patient. Réexamen du dossier à la demande des plaignants en mai 2010.

Les plaignants soutiennent que le Dr R, en plus d'avoir commis une erreur de diagnostic, a refusé de transférer leur enfant aux urgences justifiant son refus par une question de coût, elle aurait donné le sentiment d'un préjugé social ou ethnique.

Le docteur R. soutient qu'elle a suivi le petit M. et sa famille de façon consciencieuse et sans aucun a priori. Malgré l'erreur de diagnostic, le grief relatif à un préjugé social et ethnique qu'aurait manifesté le Dr R. en pratiquant « un traitement au rabais » est choquant, offensant et diffamatoire à son égard.

La chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins considère qu'en admettant même que le Dr R. qui exerce auprès d'une clientèle de toutes origines et de tous milieux sociaux, ait fait mention, lors de sa visite, du coût d'une hospitalisation, de tels propos ne peuvent être interprétés comme un signe de mépris ou de discrimination envers les plaignants en raison de leur situation sociale ou de leur origine. Par ces motifs, la requête des plaignants a été rejetée. [11]

Cas numéro 4: plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins du Languedoc-Roussillon de janvier 2009. Réexamen à la chambre disciplinaire nationale en novembre 2009 de la décision à un mois d'interdiction d'exercice et le règlement d'une amende. Le Dr B. souhaite faire réviser la décision initiale du conseil départemental de l'ordre des médecins, elle soutient que le certificat médical incriminé n'était pas un certificat de complaisance et que celui-ci n'était motivé que par les constatations médicales faites sur l'état de santé de l'enfant. Elle déclarait ignorer le contexte familial et que son certificat était seulement destiné à permettre à la mère de l'enfant de justifier son absence auprès de son employeur.

Le père de l'enfant dénonce un certificat mal rédigé privilégiant un des deux parents. Celui-ci soutient que le Dr B. ne saurait se substituer au juge des enfants pour se prononcer sur le droit de visite des parents et qu'en refusant de lui parler au téléphone pour s'expliquer sur la rédaction du certificat incriminé le Dr B. s'est rendue coupable d'un manque d'humilité et de respect des personnes.

Après en avoir délibéré, la chambre disciplinaire nationale considère que le Dr B. a commis un manquement grave aux dispositions précitées du code de la santé publique contrariant les modalités de la garde de l'enfant et précisant que le certificat présentait des caractères de

complaisance. Considérant que le fait, à le supposer établi, que le Dr B. ait refusé de parler au téléphone au père de l'enfant ou à son avocat ne constitue pas un manquement déontologique. La décision de la chambre disciplinaire de première instance est considérée comme excessive. Elle a été réformée et ramenée à 8 jours d'interdiction d'exercice avec sursis et le règlement de 500 € au titre des frais exposés par le plaignant. [12]

Cas numéro 5: Plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins de Poitou-Charentes en date du mois de juillet 2008 entraînant un blâme du professionnel de santé pour défaut de comportement et fausse déclaration. Réexamen de la décision en mars 2009 auprès de la chambre disciplinaire nationale.

Il est reproché au Dr G. qu'elle soit allée elle-même aux urgences du CHU en lieu et place de sa patiente, qui venait de faire un malaise, se prêtant elle-même et pour sa patiente à la réalisation d'examens complémentaires sans préciser son identité et sa qualité de médecin pour lui faire bénéficier d'un traitement rapide dans le cadre d'une exposition supposée au virus VIH.

Le Dr G. soutient qu'elle n'a nullement manqué de moralité, de probité ni déconsidérer la profession médicale mais qu'à l'inverse, elle a fait preuve de dévouement de générosité et d'altruisme. Elle déclare également qu'il ne saurait non plus lui être reproché une usurpation d'identité puisqu'elle n'en a retiré aucun bénéfice personnel. En réalité elle n'a fait qu'obéir à sa conscience face à une situation ou la santé de sa patiente était une priorité.

Après en avoir délibéré, la chambre disciplinaire nationale a considéré que le Dr G a, de sa propre initiative sous couvert d'une fausse identité, créer un risque médical au détriment de sa patiente dont le dossier allait comporter par son fait une mauvaise analyse de sang. Malgré le besoin du traitement, rien ne nécessitait d'employer une telle démarche. La chambre a confirmé le blâme infligé en première instance ainsi que l'amende. [13]

Cas numéro 6 : Plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins d'Île-de-France de mai 2005 ayant abouti à une peine de 6 mois d'interdiction d'exercer la médecine pour défaut de comportement d'un praticien de santé avec la famille du patient. Réexamen du dossier en décembre 2005 à la demande du praticien.

Le Dr S. témoigne qu'il s'est seulement borné à demander à Mme B la date d'apparition d'une lésion cutanée de sa fille à laquelle elle n'a pas su répondre, ce qui l'a vexée, mais qu'il n'a tenu aucun propos outrageant à son encontre. Selon le témoignage de Mme D, qui emporte la conviction de la section disciplinaire en dépit des dénégations du Dr S., à sa question lui demandant la date d'apparition des lésions cutanées et sur la réponse de Mme D. selon laquelle elle ne pouvait lui indiquer de date précise, le Dr S. déclara à cette dernière « qu'elle aurait dû faire comme son épouse, ne pas travailler et s'occuper convenablement de ses enfants ».

Après en avoir délibéré, la chambre disciplinaire nationale considère que, si le Dr S. a ainsi commis des fautes qui justifient une sanction disciplinaire, la sanction initiale de 6 mois d'interdiction ferme infligée apparait excessive et qu'il y a lieu de la remplacer par une interdiction d'exercer pendant une durée de 15 jours assortie du sursis. La décision initiale est donc réformée. [14]

Cas numéro 7: Plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins de Bretagne en date du mois de mai 1998 ayant abouti à la sanction d'un avertissement pour le praticien de santé, radio-diagnosticien, en rapport avec un défaut de comportement du professionnel, diffamation et injures. Réexamen du dossier en avril 2000 à la demande du praticien poursuivi.

Le Dr J, le requérant, déclare ne s'être livré à aucune agression physique contre la plaignante et s'il a tenu des propos regrettables, c'était en réponse à une agression verbale. Cet incident n'ayant eu aucun témoin, le requérant considère qu'il n'a pas pu porter atteinte à la profession. Le Dr J. précise que s'il n'a pas délivré un compte rendu d'examen radiologiques initialement, c'est que l'intéressé avait quitté les lieux sans attendre le développement des clichés et que le lendemain la mère du patient, venue chercher les radios, a refusé de fournir les explications nécessaires pour l'interprétation des clichés et du fait, rien n'obligeait le requérant à recevoir cette personne qui n'était pas sa cliente.

Après en avoir délibéré, la chambre disciplinaire nationale considère ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par le Dr J. qu'à l'occasion de la remise d'un cliché radiologique à la mère de son patient, celui-ci s'est querellé avec celle-ci et l'a insultée et qu'en admettant que les propos tenus l'aient été en réaction à une agression verbale tout aussi injurieuse, le requérant a violé les dispositions de l'article 31 du code de déontologie en perdant le contrôle de lui-même pour tenir des propos de nature à déconsidérer la profession. La peine minimale de l'avertissement

est confirmée, la requête du Dr J est rejetée et il doit s'acquitter des frais d'amende supplémentaires. [15]

Cas numéro 8: Plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins Nord-Pas-de-Calais du mois de janvier 2002 ayant abouti à la radiation du praticien généraliste pour défaut de comportement avec le patient et troubles aggravés. Réexamen du dossier de plainte à la demande du praticien en octobre 2002.

Il a été établi au cours de l'instruction que le Dr D. se livrait régulièrement à son domicile, depuis le mois de septembre 2000, conjointement à M. V à la consommation de cocaïne par injection. M. V, toxicomane depuis plusieurs années, se procurait les stupéfiants nécessaires aux deux partenaires. Le Dr D. se faisait ses propres injections au moyen d'une seringue et il appareillait son ami grâce à un cathlon avec obturateur. Le Dr D. pratiquait lui-même les injections sur son ami sauf la dernière que selon un rituel, celui-ci se faisait lui-même. Dans la nuit du 17 aux 18 mars 2001, le Dr D. s'est injecté de la cocaïne à sept reprises et il a injecté environ quatorze doses du même stupéfiant à M. V. Ce n'est qu'après la quinzième injection que M. V a été pris du malaise qui devait entraîner sa mort. Les pièces du dossier ne permettent pas de tenir pour établi que le Dr D. ait tardé à faire appel à des secours médicaux extérieurs mais en revanche même s'il n'est pas à l'origine de la toxicomanie de M. V, il a activement participé à sa pratique et à user de ses connaissances médicales et de son matériel professionnel.

Le requérant se défend d'avoir favorisé la consommation de produits stupéfiants de M. V, conteste avoir tardé à faire appel à des secours lorsque l'accident s'est produit et déclare qu'en l'absence de décision pénale, les instances de l'ordre des médecins ne peuvent surseoir à statuer et donc doivent lever l'interdiction d'exercer qui le touche.

Après en avoir délibéré, la chambre disciplinaire nationale considère que le juge disciplinaire apprécie les faits au regard des seules règles de la déontologie et raisonne en jugeant que les faits dûment établis par les pièces du dossier ont le caractère de faute de nature à justifier une peine disciplinaire, la juridiction ordinale ne préjuge en rien de l'éventuelle culpabilité pénale. Concernant la décision face aux éléments du dossier, même en dehors d'une relation médicale, ce comportement constitue pour un médecin un grave manquement à ses devoirs déontologiques et a été de nature à discréditer la profession. Une telle faute est de la nature de celles qui sont exclues du bénéfice de l'amnistie article 11 de la loi du 6 août 2002. La

chambre considère qu'il sera fait une juste appréciation de la gravité de la faute retenue en infligeant au Dr D. la peine de l'interdiction d'exercer la médecine pendant 3 ans et réforme donc la précédente décision. [16]

Cas numéro 9: Plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins Champagne-Ardenne de mars 2008 ayant abouti à une interdiction d'exercice de la médecine de 3 mois avec sursis à l'encontre d'un praticien généraliste pour comportement non conforme à la déontologie et la pratique médicale. Réexamen du dossier à la demande du praticien en novembre 2008.

Les éléments du dossier relatent que Mme D., qui était venue consulter le Dr B. pour son fils, lui indiqua à l'issue de la consultation qu'elle était bénéficiaire de la Couverture Médicale Universelle sans être en mesure de le justifier. Le Dr B. demanda alors à la patiente de régler la consultation en espèces ce qui est autorisé. La patiente prit contact auprès des services de Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour se faire rembourser les frais médicaux et ceux-ci contactèrent le Dr B. pour certaines modalités. Suite à cet échange, le Dr B écrivit en septembre 2006 une lettre exposant sa position sur la CMU accompagnée d'un texte qualifié de poème intitulé « la limace et le jardinier » où elle assimilait les bénéficiaires de prestations d'assistance à des « limaces » de jardin. Le Dr B. crut devoir adresser ces documents à sa patiente qui assigna le praticien devant la chambre disciplinaire départementale.

Le Dr B. soutient en premier lieu que diverses irrégularités entachent la décision de la chambre disciplinaire de première instance et en second lieu qu'en censurant ses écrits par une sanction, les juges ont porté atteinte à sa liberté d'expression.

Après en avoir délibéré, la chambre disciplinaire nationale considère en premier lieu que les erreurs ou les insuffisances mentionnées sont en tout état de cause sans influence sur la régularité de la décision elle-même et en second lieu que la liberté d'expression du Dr B. s'exerce dans les limites et les conditions fixées par les lois et règlements qui organisent en particulier les règles de déontologie médicale. La chambre disciplinaire considère que ces écrits pour le moins blessant sont de nature à déconsidérer la profession médicale et que dans les circonstances de l'affaire, il sera fait une appréciation appropriée de la faute commise par le Dr B. en lui infligeant un blâme ainsi la décision première est donc réformée. [17]

Cas numéro 10: Plainte issue du conseil régional de l'ordre des médecins d'Île-de-France en date du mois de juillet 2008 ayant abouti à un avertissement du praticien généraliste pour comportement non conforme aux règles de déontologie. Réexamen du dossier à la demande du praticien en mars 2009.

Les éléments du dossier soulignent que le Dr D., qui avait reçu Mme E en consultation pour une électromyographie du membre supérieur, a, comme elle le reconnaît, tenu devant la patiente qui s'était présentée sans apporter le dossier médical, des propos regrettables.

Le Dr D. soutient ne pas avoir insulté la patiente, ces propos n'étaient pas de nature à blesser la patiente mais avait pour objet unique de lui faire comprendre la nécessité de décrire ses symptômes (absence de dossier). Elle précise qu'elle n'a jamais eu d'attitude discriminatoire à l'encontre de Mme E.

Après en avoir délibéré, la chambre disciplinaire nationale considère que des propos regrettables ont été tenus mais qu'il n'existe aucune preuve d'une attitude discriminatoire ou que des expressions insultantes aient été formulées. Il est alors fondé de demander l'annulation de la sanction prononcée en première instance et le rejet intégral de la plainte de Mme E. [18]

Cas numéro 11: Plainte issue du magazine « responsabilité » édité en mars 2006 par le groupe d'assurance MACSF concernant un praticien psychiatre. Il s'agit d'une plainte pénale et non ordinale déposée en avril 2003 pour violation du secret médical suite à la révélation d'une information médicale à caractère secret.

Le praticien psychiatre suivait une patiente en instance de divorce. A la demande de cette dernière, le praticien accepta de recevoir son mari, d'abord avec elle, puis seul à deux reprises. Après avoir expliqué au conjoint qu'il ne pouvait le prendre en charge, il proposa à tous deux de suivre une psychothérapie de couple en les adressant à un confrère pratiquant cette thérapie. Le mari refusa cette proposition. Quelque temps plus tard, à la demande de l'avocat de la patiente, le psychiatre rédigea un certificat affirmant que sa patiente n'avait aucun antécédent psychiatrique et que son état anxio-dépressif actuel était réactionnel à la situation qu'elle vivait et qui n'avait fait que s'aggraver avec son mari; Les traits les plus marquants de la personnalité de celui-ci étaient l'immaturité, la surestimation de soi et des traits narcissiques.

Après en avoir délibéré, le tribunal correctionnel reconnaissait que l'infraction de violation du secret professionnel était incontestablement constituée. Cependant au cours de l'audience, il n'était pas prouvé que le certificat incriminé ait été produit en période d'instance de divorce. Le praticien a été condamné à une peine de réclusion avec sursis, une peine d'amende de 1500€ et une peine d'amende de 1€ pour réparation du préjudice moral du mari de sa patiente. [19]

Cas numéro 12: Plainte issue du magazine « responsabilité » édité en mars 2010 par le groupe d'assurances MACSF. Cette plainte déposée en 2008 concerne un praticien généraliste pour défaut de comportement en lien avec les règles de déontologie et immixtion dans la vie privée.

Une plainte complémentaire pénale a été déposée à l'encontre d'un praticien généraliste par le mari de sa patiente pour intrusion dans la vie privée de celui-ci. Le praticien aurait réalisé un certificat à la demande de sa patiente et lui aurait remis formulé ainsi « je soussigné certifie avoir examiné Mme X qui me déclare être harcelée par son mari. Elle me parle de menaces physiques et morales sur sa fille qui est visiblement très perturbée. Elle me raconte des situations de tension extrême la mettant elle et sa fille en danger »; il suit la constatation suivante : « très grosse fatigue psychique en rapport avec un harcèlement physique et psychique. La patiente doit quitter le domicile conjugal et se protéger. ITT de 6 jours ».

Après en avoir délibéré, La cour d'appel a débouté le mari de sa demande de dommages et intérêts, faute pour celui-ci de démontrer le lien de cause à effet entre le certificat médical et certaines décisions qui lui ont été défavorables pendant la procédure de divorce.

Au niveau ordinal, le praticien a été condamné par l'ordre des médecins et sa chambre disciplinaire à un blâme. [20]

Cas numéro 13: Plainte issue du magazine « responsabilité » édité en septembre 2007 par le groupement d'assurance MACSF. Il s'agit d'une plainte civile et pénale déposée par une patiente à l'encontre de son médecin généraliste pour violation du secret professionnel lors de la remise d'un certificat en date de l'année 2001.

Le médecin généraliste recevait fréquemment le couple en consultation. En mars 2001, pour bénéficier, lors d'un voyage à l'étranger, d'une assurance en cas de rapatriement qu'aurait pu

nécessiter l'état de son épouse, le mari demanda à son médecin généraliste d'établir, à la demande de la compagnie d'assurance, un certificat relatif à l'état de santé de son épouse. Celui-ci acceptait et écrivait : « je soussigné, certifie que Mme X présente une pathologie psychiatrique reconnue en ALD à type de psychose maniaco-dépressive. Certificat remis à M. X pour faire valoir ce que de droit ». En août 2001, la patiente sollicitait le divorce. En septembre 2001, le mari l'assigna en référé pour obtenir certaines mesures concernant leur fils notamment que soit désigné un expert psychiatrique pour examiner la mère de son enfant. À l'appui de sa demande, il joignit le certificat médical rédigé en mars par son médecin bien que ce certificat n'ait pas été produit lors de sa tentative de conciliation.

Dans un premier temps, le tribunal civil rendait en juillet 2001 une décision de non-lieu. Suite à l'appel de la plaignante concernant la partie civile, la cour rendait un arrêté renvoyant les deux prévenus devant le tribunal correctionnel en 2003. Puis dans un second temps, le tribunal correctionnel rappelait que le simple fait pour le médecin de délivrer à un tiers, fût-ce le conjoint de la personne concernée, un certificat médical contenant des indications sur l'état de santé de la patiente est susceptible de tomber sous le coup de la loi c'est-à-dire sous le coup de l'interdit soit la violation du secret professionnel. La cour estime qu'en l'espèce, le médecin généraliste n'avait pas demandé à Mme X l'autorisation d'établir le certificat, pas plus que celle de le transmettre à son mari, et que le médecin avait agi à la demande de M. X seul (le certificat indiquant expressément remis à M. X). Le tribunal correctionnel condamna à une peine d'amende le praticien pour violation du secret personnel et à une autre peine d'amende pour préjudice moral auprès de la plaignante. [21]

Cas numéro 14: Plainte issue du site de droit français « Légifrance » dans la section jurisprudence judiciaire, il s'agit d'une plainte déposée à la Cour de Cassation en juin 2009 contre l'arrêt de la chambre d'instruction de la cour d'appel d'Aix-en-Provence en date du mois de juillet 2008. Plainte à l'encontre d'un praticien généraliste pour rédaction d'un faux certificat.

L'étude du dossier montre que le Dr. B., médecin généraliste, voyait M. Z régulièrement. Il se comportait comme un médecin de famille ayant une relation personnelle avec son patient qu'il savait perturbé par son divorce. Il résulte de cette relation que le Dr. B avait un contact particulier avec son patient qui lui permettait d'apprécier avec précision les facultés mentales de celui-ci. Il a rédigé en juillet 2003 un certificat médical certifiant que l'état de santé de M.

Z lui permettait de s'occuper de sa vie professionnelle et privée et qu'il ne présentait aucune maladie psychiquement et physiquement décelable. Il connaissait dès lors l'existence de difficultés, d'un conflit avec l'épouse de son patient.

Mme Z déclarait qu'il résultait des propres déclarations du Dr B. que son mari était diminué physiquement dès l'an 2000. Elle versait aux débats des attestations de plusieurs médecins, relatant les difficultés mentales et psychiques de M. Z, ceci relevant pour eux d'un début de démence. Par conséquent elle considérait que la rédaction du certificat médical du Dr B. était un faux.

Une expertise a été réalisée auprès de professionnels compétents et permet de conclure que bien que dès l'an 2000, les facultés mentales de M. Z soient altérées, il ne peut être fixé le début des troubles et en mesurer son retentissement. Cette expertise ne permet pas de conclure que le Dr B. ait menti lors de la rédaction de son certificat en juillet 2003 et qu'en l'absence de fausseté du certificat, l'instruction du dossier ne peut recevoir aucune qualification pénale. Le dossier est par conséquent rejeté. [22]

Cas numéro 15: Plainte issue du site de droit français « Légifrance » dans la section jurisprudence judiciaire, il s'agit d'un arrêt rendu par la Cour de Cassation en septembre 2008 concernant une plainte portée à l'encontre d'un praticien pour avoir établi et entretenu des relations physiques et sexuelles avec ses patientes.

La Cour de Cassation a retenu que les faits recueillis relevaient d'un dévoiement caractérisé de la relation de transfert créée entre un thérapeute et son patient; le dévoiement de la dépendance et de l'assujettissement caractérisant la relation transférentielle avait permis au Dr X de manipuler les patientes jusqu'à entraîner chez celles-ci une perte du libre arbitre et les conduire, même sur de longues périodes, à consentir à des relations sexuelles. Le Dr X avait créé lui-même les conditions spécifiques pour que les victimes soient soumises à sa volonté, elles n'ont pu librement consentir à ses relations et c'est d'abord par surprise puis par contrainte qu'il les leur a imposées. Malgré l'argumentaire du Dr X, la cour retient l'absence de consentement des patientes.

Par conséquence il existe des charges suffisantes pour estimer que le Dr X a, en utilisant volontairement les dérives du processus qui était supposé soulager ses patientes et en les plaçant ainsi sous son emprise durable, imposé des relations sexuelles sans que ses victimes

ne puissent ni s'opposer ni interrompre le processus en raison de leur état de dépendance à son égard.

La Cour de Cassation a relevé l'existence de charges qu'elle a estimées suffisante contre le thérapeute pour ordonner son renvoi devant la cour d'assises sous l'accusation de viol sur personne vulnérable.[23]

Cas numéro 16: Plainte issue du site de droit français « Légifrance » dans la section jurisprudence judiciaire. Il s'agit d'une plainte pénale portée par la Cour de Cassation en date du mois octobre 2005 concernant un praticien psychiatre et portant sur les motifs : défaut de comportement et gestes inappropriés, déplacés au cours de l'examen.

Les faits d'accusation sont portés par deux plaignantes. D'une part Mme Y. accuse le Dr X médecin psychiatre dans la structure d'avoir pratiqué sur elle un examen gynécologique, pour compléter son bilan, comportant des gestes de nature indiscutablement sexuelle suivi de propositions de même nature. La patiente décrit au cours de l'examen des caresses portant sur ses seins et sur son clitoris suivies par des mouvements inappropriés à la réalisation d'un tel examen. Ce récit précis et détaillé vient compléter les accusations d'une deuxième patiente, Mme Z. D'autre part Mme Z a signalé un comportement jugé inhabituel à l'encontre du Dr X : celui-ci, afin de contrôler son fonctionnement cardiaque, a réalisé un examen au cours duquel il a caressé les seins de la patiente et lui a fait observer, après les attouchements dénoncés, qu'elle avait de beaux seins. Le praticien a voulu compléter sa prise en charge psychologique par un examen gynécologique ce que la patiente a refusé (ne voyant pas ce qu'un tel examen pouvait apporter) puis le prévenu a invité la patiente au restaurant (proposition refusée) et lui a fait la bise à son départ de la salle d'examen. Ces faits ont été également signalés par Mme Y lors de plusieurs entretiens au cours de sa prise en charge psychologique réalisée par le Dr X.

Les éléments du dossier corroborent les allégations des plaignantes et vont à l'encontre de l'accusé malgré ses tentatives d'explication et d'intimidation. La cour considère que si la compétence professionnelle du Dr X ne peut être mise en cause, il y a lieu de considérer en conséquence que ce praticien s'est laissé aller avec ses patientes à des gestes à caractère sexuel en profitant de sa qualité de médecin et de la relation médecin-patient qu'il venait de lier. La Cour de Cassation a caractérisé ces faits en délits d'agressions sexuelles aggravées dont le prévenu est déclaré coupable au profit des parties civiles. [24]

Cas numéro 17: Plainte issue du site de droit français « Légifrance » dans la section jurisprudence judiciaire en date du mois d'octobre 2008. Il s'agit d'une plainte pénale concernant un praticien gynécologue pour des faits qualifiés d'agression physique par personne abusant de son autorité.

La patiente , Mme B., déclarait au commissariat un jour de décembre 2003 que son praticien gynécologue l'avait examiné de manière inhabituelle par un toucher vaginal à plusieurs doigts en lui prodiguant simultanément des caresses sur les seins, les cuisses, la nuque et le clitoris. Le jour même, la patiente relatait, à son médecin traitant, le déroulement de cette consultation. Celui-ci lui conseilla de porter plainte contre ce praticien.

Au cours de sa garde à vue, Dr X décrivait sa méthode qui consistait à stimuler les récepteurs vaginaux des femmes ayant des problèmes d'ordre sexuel avec leurs partenaires. Il s'agissait d'une méthode nouvelle. S'il reconnaissait avoir éraflé les seins, la nuque et le bas-ventre de la patiente, il expliquait que cela faisait partie de sa méthode. Il n'avait pas conscience d'avoir dérapé au cours de son examen.

Après en avoir délibéré, la cour a considéré que la patiente a été surprise par la nature des soins prodigués par le praticien, lequel a profité de la difficulté de la patiente à appréhender la situation pour appliquer sa méthode qu'il qualifiait d'innovante, mais que la patiente a cependant considéré comme inhabituelle par rapport aux soins prodigués par d'autres praticiens. La cour considère après expertise que la preuve de la culpabilité du Dr X est établie en ce qui concerne les faits qualifiés d'agression sexuelle par personne abusant de l'autorité que lui confère sa fonction. Le praticien a été condamné à 18 mois d'emprisonnement avec sursis et à une peine d'amende à titre de dommages et intérêts. [25]

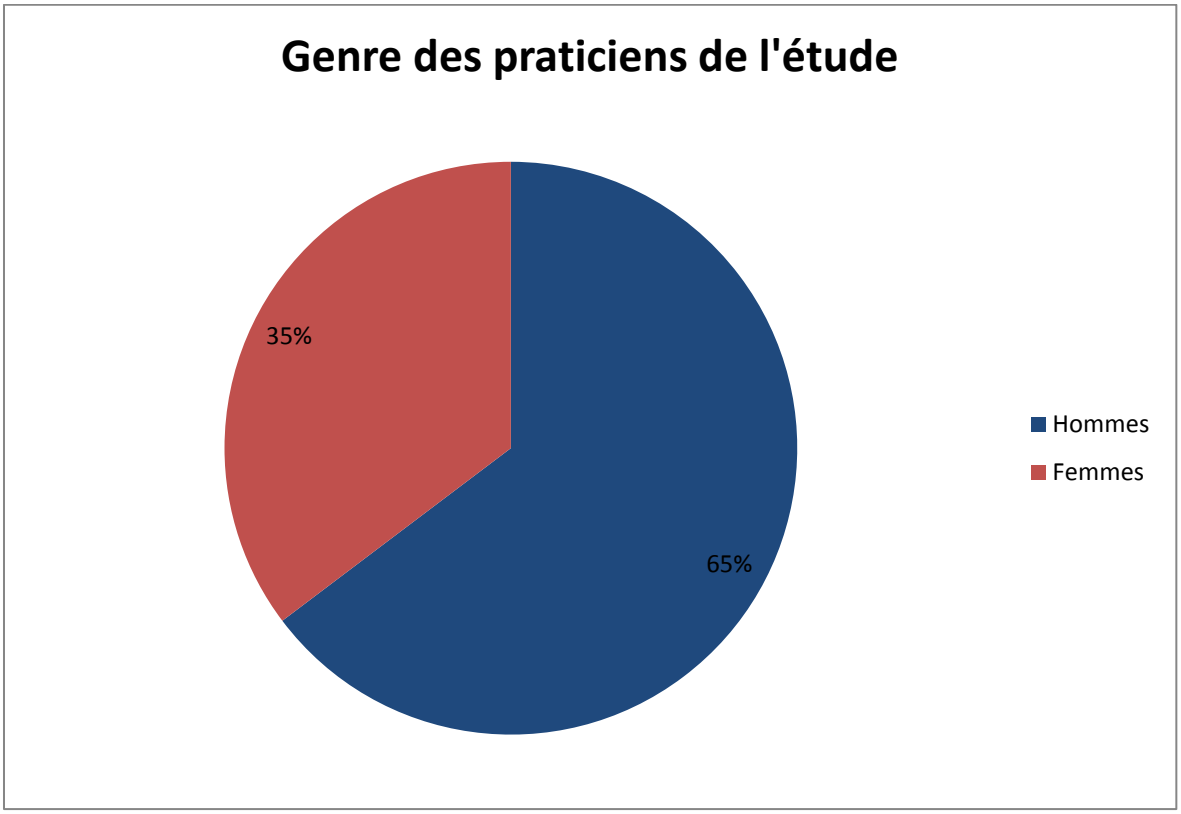
3.2 Détails Analytiques

Les cas de plainte ainsi choisis me permettent de mettre en évidence des situations de manquements à la bonne distance. Je vous livre ci-dessous un travail analytique de certains paramètres de ces cas.

3.2.1 Population Générale

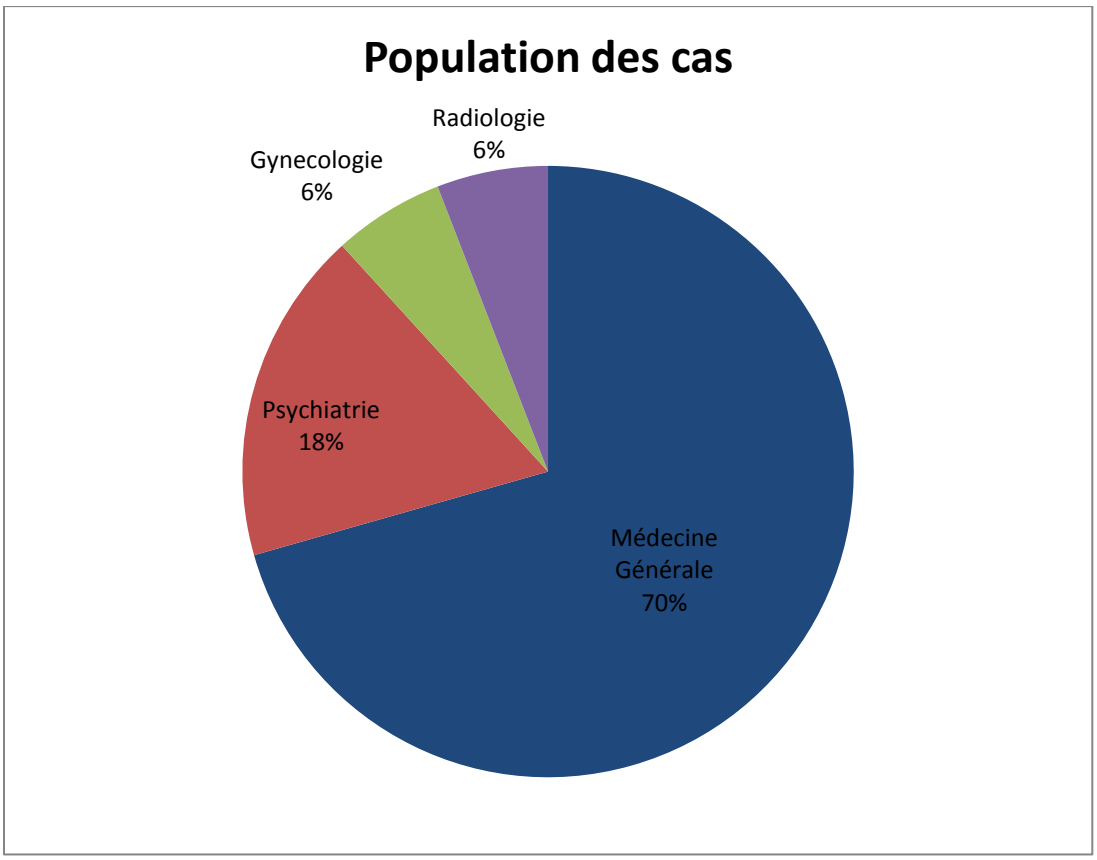
3.2.1.1 Le Genre

L'analyse des cas souligne que les hommes sont impliqués dans ces dérives dans 11 cas sur 17 soit environ 2 situations sur 3. Au contraire les femmes participent à ces situations dans 6 cas sur 17. La population masculine est ainsi majoritairement représentée dans les cas sélectionnés.



3.2.1.2 Spécialité médicale

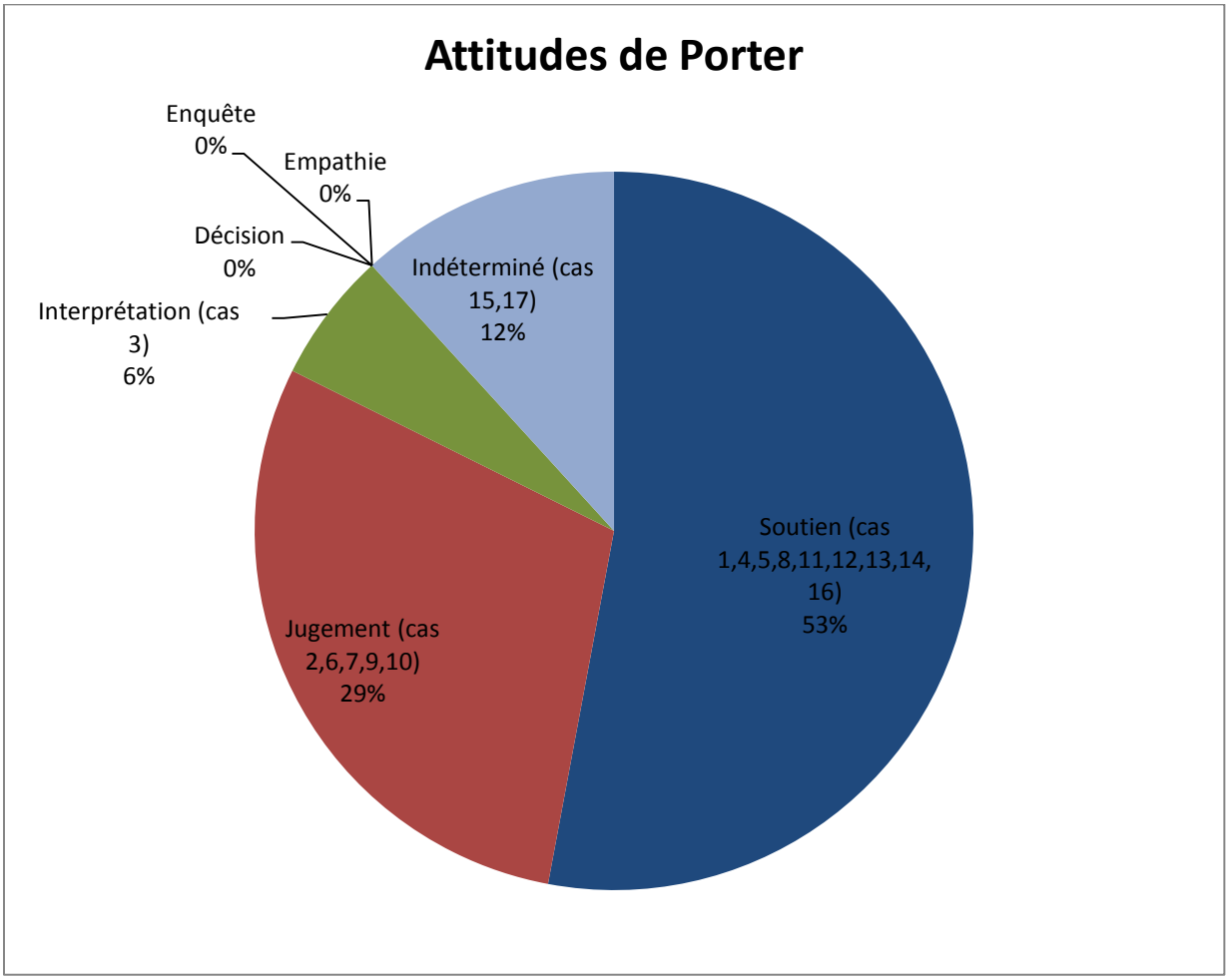
L'étude de l'échantillon en fonction des différentes spécialités médicales amène à la répartition suivante :



Nous retrouvons une majorité de médecins généralistes dans 70% des cas soit 12 praticiens généralistes sur 17 mais aussi 3 praticiens psychiatres, soit 18%.

3.2.1.3 Attitudes de Porter

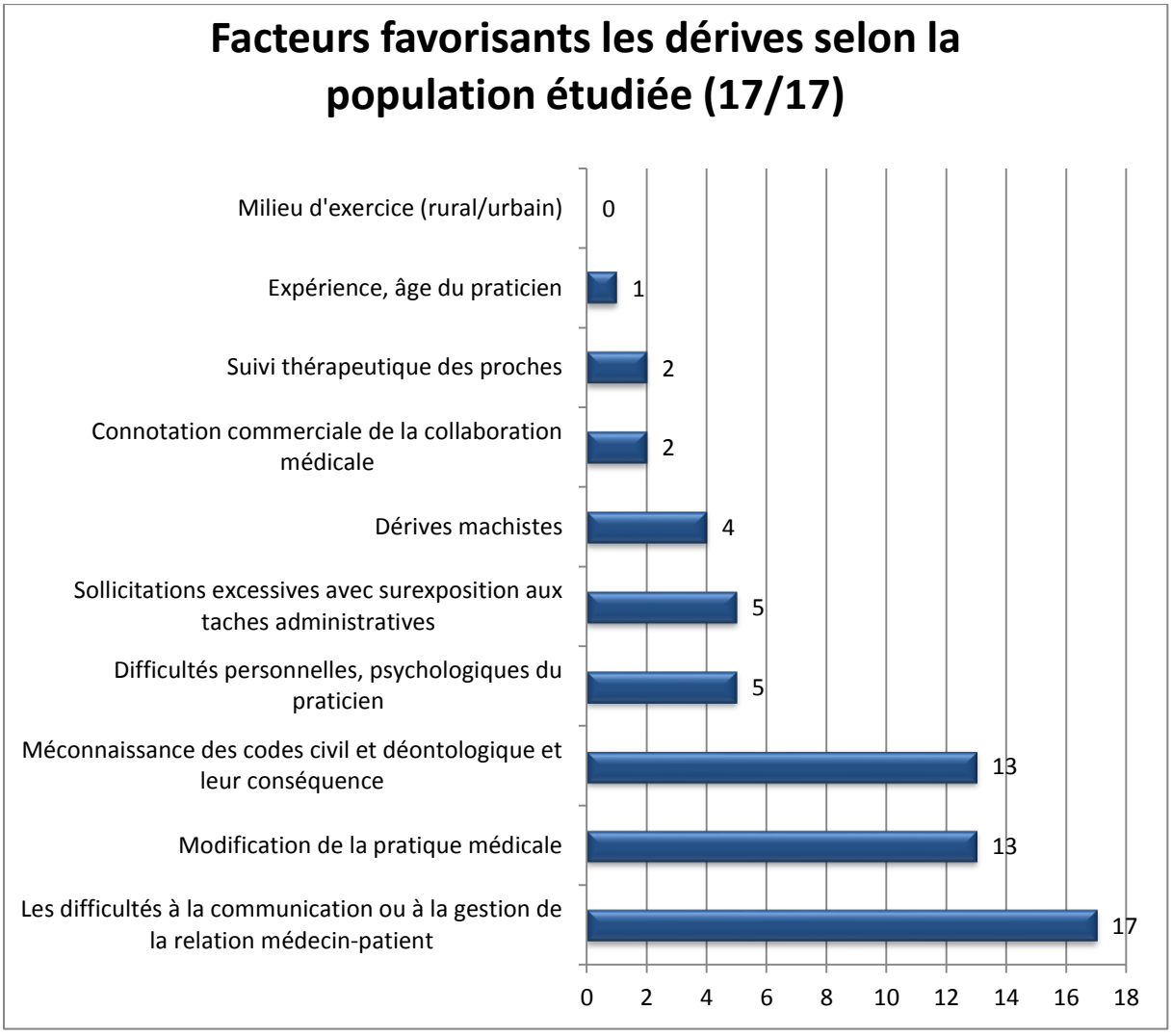
Selon les plaintes et leurs sources, tout le descriptif de la procédure n'est pas toujours notifié mais j'ai voulu analyser ces situations du point de vue de l'interaction médecin-patient notamment dans la communication verbale. En se basant sur les attitudes de Porter, j'ai essayé de dégager des typologies de réponse observées au cours de ces situations.



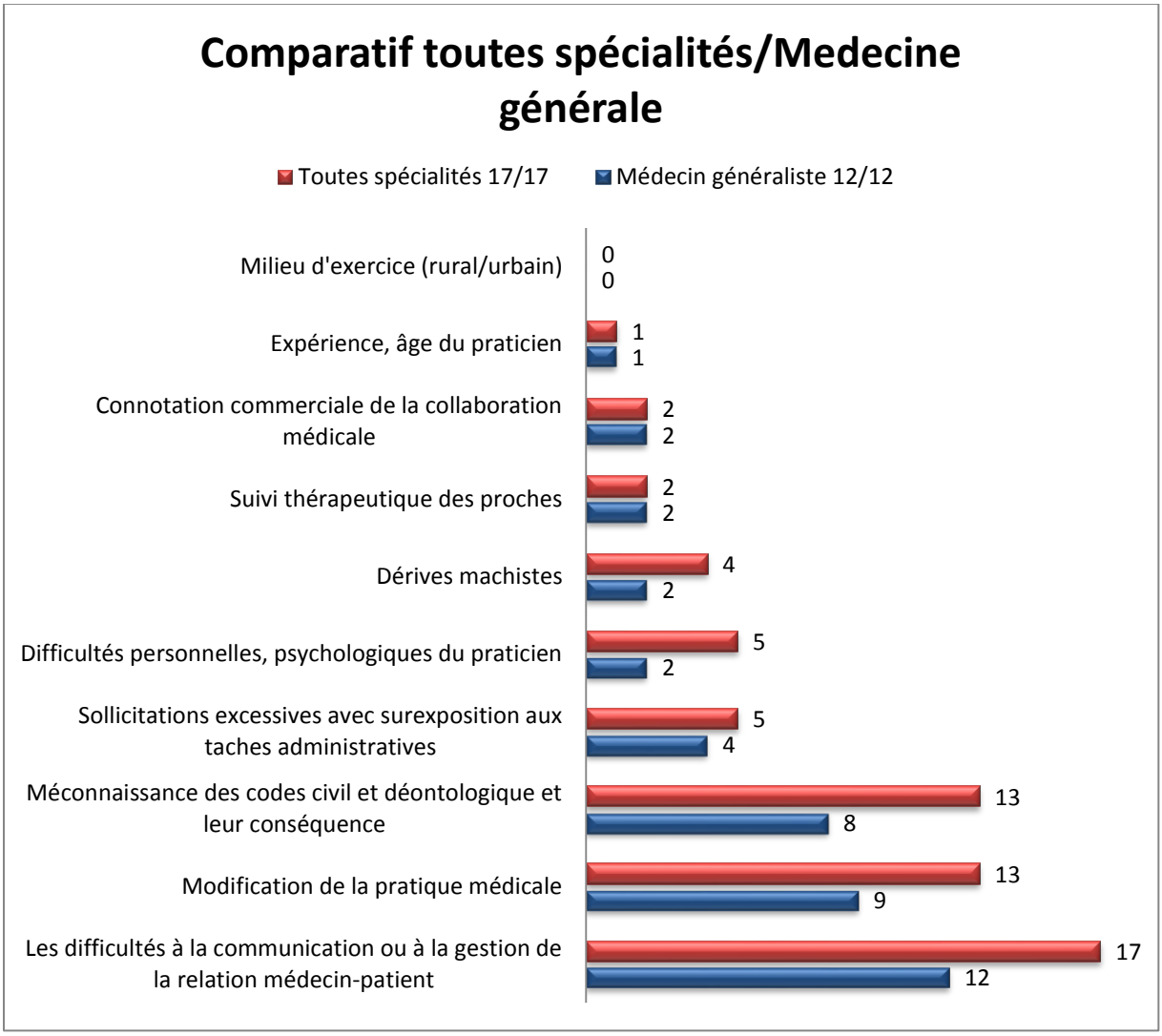
L'analyse portant sur les attitudes de Porter de ces cas de plaintes ne met pas en évidence d'attitude empathique. On retrouve 9 attitudes de soutien soit 53% des cas, 5 attitudes de jugement soit 29% des cas et 1 attitude d'interprétation soit 6% des cas. Deux cas n'ont pas été classés.

3.2.2 Facteurs généraux

Suite à l'analyse de facteurs tels que le genre, la spécialité médicale, des éléments de la communication, j'ai poursuivi ma réflexion sur ces cas. Cette réflexion m'a permis de mettre en évidence certains facteurs généraux qui font partie de l'univers du praticien et pas nécessairement de celui du patient. Ces aspects peuvent être présents sur un seul cas, être intriqués et s'additionner sur un même cas augmentant par conséquence la probabilité de réalisation de manquements à la bonne distance. Ces éléments sont des constituants de la personnalité et de la personne du praticien, de son environnement familial, social mais aussi et évidemment professionnel. J'ai listé ces facteurs dans le tableau ci-dessous ainsi que leur fréquence dans les 17 cas de plainte retenus.



Pour poursuivre cette analyse, j'ai réalisé un comparatif entre la présence des facteurs favorisant les cas dans l'ensemble des médecins et la présence de ces mêmes facteurs dans la population de praticiens généralistes uniquement. A la vue du graphique ci-dessous, la médecine générale ne semble pas exposer à certains facteurs de façon absolue même si 4 items peuvent lui être directement reliés (Connotation commerciale de la collaboration médicale, Suivi thérapeutique des proches, Expérience/âge du praticien, Sollicitations excessives avec surexposition aux tâches administratives).



Je vais appuyer ma démarche de recherche par une analyse de la littérature scientifique médicale concernant ces facteurs pour étayer leur place, leur rôle réel dans la genèse des manquements à la bonne distance dans ma discussion.

4 DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Une étude de série de cas

Notre question de recherche nous a amenés vers un recueil de cas de plaintes, le plus complet possible mais non exhaustif sur un temps donné. Celui-ci nous a permis, ensuite, d'explorer certains facteurs personnels, professionnels, environnementaux et sociétaux en lien avec ces manquements en y intégrant des critères quantitatifs simples, ce qui correspond à nos objectifs de thèse.

Ces études de séries de cas, de recueil de cas, sont connues pour être soumises par principe aux multiples risques liés au biais statistique. Mes recherches n'y échappent pas et je le détaille dans le sous chapitre : « Les biais ».

De plus, dans le cadre de notre médecine factuelle, le niveau de preuve accordé par la communauté scientifique à ce type de recherche est de niveau 4 et la gradation des recommandations est de grade C soit un faible niveau de preuve mais acceptable. [26]

4.1.2 La méthode de recueil

Nous avons choisi une méthode de recueil indirecte par l'intermédiaire de recherches bibliographiques pour les cas de plaintes, la recherche des facteurs et de leurs argumentations.

Cela nous paraissait plus évident pour aborder une thématique spécifique et délicate et pour retrouver les situations conflictuelles causées par le praticien médical qui sont difficilement avouables en entretien direct.

Ainsi l'observation directe et le focus group ont été écartés de même que les entretiens semi structurés qui, même s'ils permettent d'aborder des sujets délicats et intimes en garantissant l'anonymat des confidences, ne me permettaient pas de remplir mes objectifs de thèse. Cependant cette dernière méthode est pertinente si l'on veut analyser le sens que les praticiens donnent à certaines pratiques notamment les manquements observés dans la bonne distance.

4.1.2.1 Le recueil des cas de plaintes

Approximativement 3000 plaintes d'ordre général ont été vues, lues et analysées par mes soins pendant un an et demi pour sélectionner 17 cas représentatifs de manquements à la bonne distance dans la relation en lien avec une erreur de la part du praticien. Depuis cette période, quelques autres plaintes auraient pu se rajouter mais celles citées sont assez représentatives pour éclairer et détailler les attitudes inadaptées en cause dans ces problèmes d'interaction. De nombreuses plaintes, dont l'origine est médicale, sont recensées qu'elles soient administratives, pénales, civiles voire assurantielles. Or je ne cible qu'une partie infime de tous ces cas appartenant à un fragment spécifique de la relation médecin-patient. Cela ne représente qu'une faible part des processus défaillants que l'on peut rencontrer dans les différentes procédures.

Il s'agit d'un défaut de distance, de processus inadaptés de l'interaction ayant abouti à une plainte. Toutes ces situations, même si elles ne sont pas exhaustives, décrivent des comportements à risques responsables de manquement à la bonne distance médecin-patient. Ces situations conduisent à une mauvaise observance des consignes médicales responsables de conflits. Je ne considère, de plus, dans mon travail d'enquête, que la négligence commise par le praticien et non pas par le patient car je veux tenter d'en éclairer les différents facteurs. Pour étayer mes difficultés de sélection des cas, une étude vient détailler avec des chiffres à l'appui ce que je tente de mettre en évidence. Il s'agit d'un travail basé sur quelques milliers de praticiens médicaux notamment généralistes affiliés à un groupe d'assurance médical. Ce travail d'analyse réalisé par le Sou médical et le groupe MACSF, référencé dans la bibliographie [27], étudie une synthèse de 3 ans de sinistralité en médecine générale, de 2003 à 2005, permettant ainsi de différencier les processus défaillants responsables de plaintes et de pouvoir ainsi les quantifier.

Les processus défaillants en médecine générale identifiés sont les suivants et peuvent être classés en fonction de leur nature et par ordre croissant de cette façon-ci :

-expertise des résultats contestés,

- problèmes d'éthique ou de déontologie en lien avec la relation médecin-patient (ou s'inscrit

notre thème de la bonne distance médecin patient),

-visites refusées ou décalées (processus pour lequel certains cas peuvent s'intégrer dans une mauvaise gestion de la distance médecin-patient),

-chutes et blessures au cabinet,

-gestes thérapeutiques invasifs,

-effets médicamenteux indésirables,

-conduite thérapeutique insuffisante et retard diagnostique de pathologies aigues ou évolutives.

Sur un total de 1046 cas de plainte en 3 ans dans le cadre de la médecine générale en France chez les médecins affiliés MACSF, 91 événements peuvent être attribués en entier ou en partie à un défaut dans la relation médecin-patient soit 8.6 % des sinistres totaux [27].
Or parmi ces 91 cas en 3 ans, ma sélection n'intègre pas tous les cas cités, je n'en considère qu'une partie relative à mon thème de thèse : manquements à la bonne distance dans la relation médecin patient.

En conclusion, peu de cas correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion se prêtent à ce sujet au total. Vous comprenez que nous sommes confrontés à une partie infime des cas de plainte que l'on peut recenser et de tout ordre que ce soit : Ordinal/Administratif, Pénal, Civil, Assurantiel malgré ma volonté d'élargir mon panel le plus possible pour recueillir un maximum de cas.

4.1.3 Les biais

Mon travail se base sur une étude de cas consécutifs et rétrospectifs soit une série de cas suivie d'une analyse et d'une discussion sur l'identification de facteurs favorisants liés à la mauvaise distance médecin-patient ce qui est, pour les analystes de lecture critique d'article médical original, une source importante de biais.

Dans le cadre de la sélection des cas, je n'ai pas eu l'autorisation d'accès aux sources ordinales de plaintes, malgré ma demande, pour cause de confidentialité. Or la multiplication des réunions de conciliation devant les Ordres professionnels permet d'aboutir à des solutions amiables dans de nombreux cas, et l'information délivrée par les juristes permet de désamorcer certains conflits naissants [28]. Cela a deux conséquences notables : d'une part elle entraine un facteur limitant dans la sélection et dans l'information de mes plaintes et d'autre part, ma sélection s'est faite uniquement à partir de sites officiels ou de sources officielles. Il s'agit donc de cas affirmés, vérifiés ayant tous aboutis à des conséquences administratives/déontologiques, pénales voire civiles.
Je conçois que le nombre de cas de plainte est un facteur limitant également car le faible nombre entraine par conséquent une puissance statistique faible.

Les biais les plus fréquemment rencontrés dans cette étude sont :

- Biais de sélection : induit, lors de la constitution de l'échantillon, par une sélection de cas qui n'est pas indépendante de son statut par rapport à l'exposition, surtout face à un facteur subjectif (la bonne distance médecin-patient).

- Biais d'information notamment lié à la qualité des informations disponibles : il existe une disponibilité différente de certaines données d'exposition chez les cas.

- Biais de confusion : le plus souvent lié au facteur d'exposition, ici lié à une notion subjective (la bonne distance médecin-patient).

Il est important d'identifier ces biais pour pouvoir en analyser leurs répercussions dans l'étude.

4.1.4 Conclusion sur la validité de l'étude

La population des cas recensés ici est certes limitée mais elle reste suffisante pour donner un aperçu concret des différentes situations de manquements rencontrés. Il est clair qu'elle ne permet cependant pas d'avoir une véritable puissance en termes statistiques sur la proportion des cas, l'influence des genres, de l'âge et du contexte social, géographique ou familial mais certaines notions chiffrées non significatives m'aideront à orienter ma discussion.

Ainsi cela n'en affecte pas la pertinence de la discussion sur les facteurs favorisants en lien avec la mauvaise distance médecin-malade.

4.2 Discussion des résultats

En me basant sur l'analyse de mon travail et l'étude de la littérature scientifique, je vais me livrer à un travail de discussion des résultats.

4.2.1 Rappel des objectifs

L'objectif principal a pour but de démontrer qu'un certain nombre de plaintes est favorisé par des manquements à la bonne distance de la part des médecins. La recherche basée sur des critères d'inclusion et des critères d'exclusion m'a permis de sélectionner 17 cas spécifiques. La présence de ces cas valide mon objectif principal.

Concernant l'objectif secondaire, mon travail n'est pas de catégoriser les manquements puisque ce travail initial a été nécessaire pour établir des critères d'inclusion afin de sélectionner des cas spécifiques mais mon objectif secondaire est de souligner, après travail de ces situations, des facteurs communs aux différents cas ayant favorisé ces manquements, ces dérives. Je délivre une partie de la réponse dans les détails analytiques (chapitre 3.2) que je complète dans la discussion des résultats (chapitre 4.2).

4.2.2 L'origine des plaintes

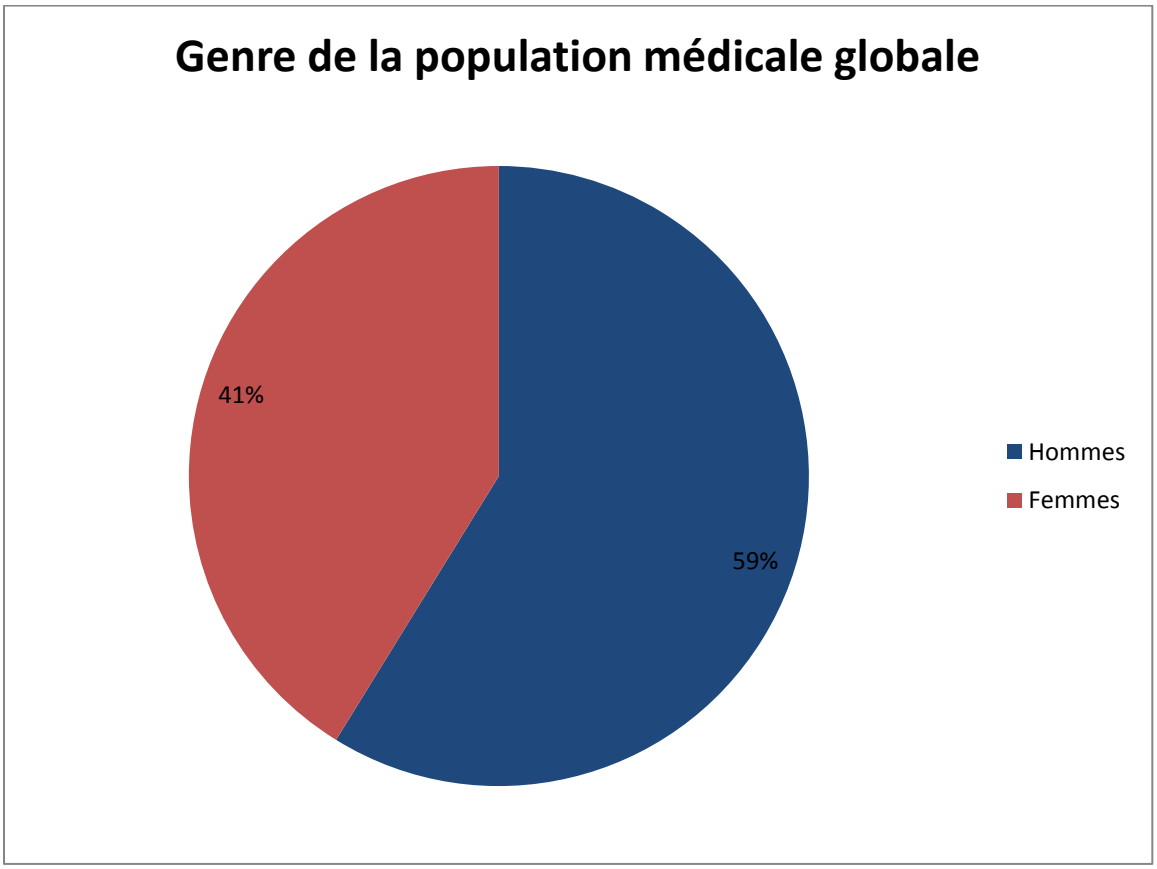
Les cas recensés respectant les critères d'inclusion notamment de « la pente glissante » [7,8] et d'exclusion, corroborent l'objectif principal de cette thèse en soulignant que des manquements à la bonne distance dans la relation médecin-patient favorisent l'émergence de difficultés dans cette interaction et parfois amènent à des conflits aboutissant parfois à un dépôt de plainte.

L'ensemble des cas de plainte met en évidence une atteinte voire une rupture dans la bonne distance de la relation médecin-patient ayant favorisé ainsi la plainte (de tout ordre). Certaines études [27] soulignent le fait que les plaintes touchant à la relation médecin-patient sont peu nombreuses parmi la multitude d'étiologies possibles. Par conséquent, celles abordant un aspect de la relation qu'est la bonne distance le sont également. De plus comme je le signale

au niveau des biais de mon analyse, une grande partie des plaintes est désamorcée par des conciliations d'information et d'apaisement entre patients, praticiens et juristes [28].

4.2.3 Le Genre

Selon les données INSEE récentes concernant le recensement du genre dans la population médicale globale en France en 2011 [29], on obtient la répartition suivante:



A la vue de ces données, les chiffres de l'étude des genres dans les manquements à la bonne distance médecin-patient ne semble pas influencer cet aspect puisque les proportions hommes/femmes représentées sont les mêmes dans les deux populations étudiées.

4.2.4 Les spécialités médicales

Selon un rapport assurantiel reprenant les décisions de justice, les avis des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux récents et les sinistres couverts par la protection juridique de 2010 [28], les chiffres observés mettent en évidence une augmentation constante pendant 30 ans même s'il faut admettre que ceux-ci sont stables depuis 2007.

Il faut noter que malgré des motifs de plainte toujours très présents tels que rédaction de certificat/violation du secret médical/comportement du médecin, les litiges professionnels relatifs à la déontologie et la relation médecin-patient ont diminué [27,28].

La répartition des mises en cause par spécialité sans distinction d'origine de la plainte montre surtout l'implication de spécialités d'acte (Chirurgie, Anesthésie-réanimation, Gynécologie-obstétrique) où les taux de condamnations pénales et civiles, les coûts des indemnisations et les conséquences physiques et psychiques des patients sont importants. Concernant les litiges déontologiques et les conflits en lien avec la relation médecin-patient, peu de travaux en font état et aucun d'entre eux n'établit de lien avec une pratique voire une spécialité.

Mon travail souligne qu'il semble possible de dire que les spécialités médicales, avec une forte implication relationnelle avec le patient comme la médecine générale et la psychiatrie, sont plus sujettes à ces dérives dans la relation aux patients.

Le travail récent d'un confrère vient compléter ce point. Même si le plus souvent le praticien généraliste est l'interlocuteur privilégié, le patient peut développer une relation privilégiée auprès d'un spécialiste d'organe. L'exemple évoqué est celui de la pathologie cancéreuse : « Le temps du cancer dans la vie des patients conditionne tous leurs projets à court ou moyen terme. La maladie cancéreuse devient le centre de toutes les préoccupations, organisations et raisonnements. C'est pourquoi, par mimétisme, le cancérologue passe au premier plan, même pour la plupart des soins primaires (alors demandés par le patient lors des consultations spécialisées) » [40].

Le problème d'interaction est alors déplacé sur le spécialiste d'organe qu'il soit oncologue, ORL, pneumologue même si la coordination entre les spécialités est optimale.

Cette argumentation souligne que toutes les spécialités médicales sans exception peuvent faire l'objet de manquements, de déviances dans l'interaction avec un patient qui est vu que ce soit en aigu ou pour un problème chronique pouvant aboutir à des conflits voire des plaintes.

4.2.5 La notion d'attitude

La relation médecin-malade doit être objectivée, c'est-à-dire qu'il est nécessaire d'essayer d'en décrire ces différentes composantes, et de mettre en évidence les liens qui les relient entre elles [31].
Selon Alain Touraine, sociologue français, le premier objet qui doit nous permettre d'entrer dans ce qui se joue dans la relation est l'attitude. « L'accomplissement d'une tâche dépend des dispositions à son égard de celui qui l'exécute, de son attitude. Tel est le point de départ des études sur les attitudes, toujours définies comme variables intermédiaires entre la personnalité et le comportement », écrit-il [32].
L'attitude du médecin comme celle du patient nous permettent d'examiner les liens qui les unissent et d'en dégager certaines données.

Les attitudes de Porter utilisées dans l'analyse, au nombre de 6, permettent de vérifier l'effet que nous produisons sur nos interlocuteurs, les patients. L'empathie, soit la compréhension du patient et de ses émotions, est à favoriser pour garder notre distance thérapeutique, la « bonne distance » médecin-patient [33]. Les cinq autres attitudes, même si elles peuvent influencer l'interaction, comportent des composantes parfois négatives favorisant certains manquements.
L'analyse portant sur les attitudes de Porter de ces cas de plainte souligne la présence, exclusivement, des attitudes favorisant les manquements : des attitudes de soutien dans 8 cas (dépendance et minimisation de la situation pour rassurer), des attitudes de jugement dans 5 cas (aspect référentiel, blocage, infériorisation) et des attitudes d'interprétation dans 1 cas (erreur d'analyse, blocage, perte de crédibilité, hostilité). Pour rappel, deux cas n'ont pas été classés. Il n'a pas été mis en évidence d'attitude empathique dans nos cas d'analyse ce qui n'est pas surprenant compte tenu de la confirmation de notre objectif principal par les plaintes sélectionnées.

A la lueur de ces éléments, il semble concevable de dire que certaines attitudes peuvent favoriser des manquements dans la bonne distance à la relation médecin-patient.

4.2.6 Synthèse concernant les différents facteurs favorisants

Mon travail a permis de mettre en évidence certains facteurs favorisant des manquements à la bonne distance ; ceux-ci ont été référencés dans le graphique partie 3.2.2. Je réalise un listing récapitulatif de ces facteurs :

- Modification de la pratique médicale avec passage d'un exercice « paternaliste » à une collaboration médecin-patient.
- Les difficultés à la communication notamment professionnelle ou à la gestion de la relation médicale
- Connotation pécuniaire de la collaboration entre le médecin et son patient.
- Méconnaissance des codes civil et déontologique et leur conséquence dans et au-delà la relation médecin-patient.
- Difficultés personnelles et/ou psychologiques du praticien.
- Dérives machistes de la part du professionnel de santé.
- Sollicitations excessives par surexposition aux tâches administratives notamment les certificats médicaux.
- Le suivi médical de membres de la famille ou amis.
- L'expérience et l'âge du praticien.
- Le milieu rural ou urbain comme lieu d'exercice.

Hormis le genre, les spécialités médicales, le milieu d'exercice et l'expérience du praticien, les données de la littérature scientifique corroborent l'idée que les autres facteurs cités influencent de façon de plus ou moins importante la distance thérapeutique adéquate dans la relation entre le médecin et son patient favorisant ainsi des manquements responsables parfois de plaintes.

4.2.7 Facteurs favorisant les manquements

Pour compléter mon travail, j'ai étayé en fonction de la littérature disponible les facteurs favorisants énoncés ci-dessus.

4.2.7.1 Modification de la pratique médicale

Dès 1951, Parsons décrit une organisation verticale de la pratique médicale avec un médecin hyper-protecteur et un patient passif dans un rôle improductif [34]. Cette asymétrie de situation et d'attitude a amené à un raccourcissement unilatéral de la distance thérapeutique, initialement rassurant pour le patient mais à terme, cela aboutissait à un trouble dans la distance idoine entre le thérapeute et son patient avec les notions évidentes de patient vulnérable, état de faiblesse, transfert du patient sur le praticien. Cette attitude dite « paternaliste » se retrouve dans plusieurs cas: le cas 2 où le médecin appelle son patient pour s'enquérir de sa santé à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit [10] ; le cas 3 où le praticien décide, en lieu et place des parents, ce qui est préférable et adapté pour leur enfant [11] ; le cas 6 où le professionnel donne son avis à sa patiente pour éduquer son enfant [14].
La valorisation moderne des principes d'égalité et d'autonomie du patient et notamment la loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a entrainé une modification de l'aspect de la relation médecin-patient en place et par la même a participé à l'évolution de la pratique médicale [35]. Ces valeurs sociétales et égalitaires ont bouleversé l'asymétrie d'attitude en place et ont participé à la modification de cette pratique paternaliste pour favoriser une pratique participative menant à un plus grand respect de la distance thérapeutique, cette distance respectueuse appelée « proximité distancée ou séparation liante » [35].
Certaines données de littérature confirment cette notion d'abandon de l'attitude paternaliste, caractéristique d'une pratique d'antan. Même si les patients continuent à construire avec leurs praticiens une relation fondée sur la confiance, la tendance est à la prise de responsabilité [31,36]. Dans l'esprit anglo-saxon, l'attitude participative du patient dans la pratique médicale fait partie intégrante de l'art de la médecine et a été très rapidement instaurée en dehors même du fait qu'elle soit une obligation juridique et déontologique [36]. A contrario des pays latins et maghrébins dont la pratique paternaliste était une norme établie et pour lesquels ce

changement récent est encore palpable, empreint de nostalgie chez certains praticiens [37]. Cette modification de la pratique médicale en faveur d'une participation du patient, d'une collaboration entre les deux parties, tente de donner une place importante au patient dans le dialogue médical et de le situer de façon idoine dans la relation. On cherche la bonne distance soit la distance la plus respectueuse possible pour l'interaction médicale. Attention cependant ces dispositions peuvent tendre également vers des dérives comme en atteste le cas 5 où le praticien étend la collaboration avec son patient jusqu'à prendre son identité et se prêter à des examens pour lui faire bénéficier d'un traitement spécifique [13] et le cas 1 où le médecin profite de cette collaboration rapprochée pour évoquer ses difficultés personnelles [9]. Ce mode de pratique n'est pas sans faille et il ne faut pas négliger, également, l'évolution qui touche l'attitude des patients eux-mêmes [31].

4.2.7.2 Les difficultés à la communication ou à la gestion de la relation médecin-patient

Comme détaillé dans le chapitre 4.2.5 : la notion d'attitude, la relation médecin-patient est un rouage important de l'art médical et d'essayer d'en comprendre les différentes composantes permet au médecin de voir les enchevêtrements possibles dans les interactions et d'en choisir les aspects les plus adaptés en fonction des situations présentées [31]. L'attitude est un élément important de la relation et a déjà été discuté. La communication, liée à l'attitude, est fondamentale. Je ne vais pas prétendre expliquer que la communication notamment professionnelle est essentielle et que son apprentissage difficile mérite un enseignement spécifique [33]. De nombreux et illustres personnages en ont fait état et cela bien avant mon travail ; ne serait-ce que le serment d'Hippocrate qui évoque déjà la notion délicate de la relation médecin-patient avec sa communication à cette époque et par là même, la notion encore abstraite de bonne distance dans la relation médicale.

Mon travail révèle que tous les cas de plainte sélectionnés dans les manquements à la bonne distance sont issus de difficultés à la gestion ou de difficultés à la communication dans la relation médecin-patient dans le cadre de trouble d'attitude ou de trouble de la communication que cela soit verbal ou non verbal. Cela regroupe les difficultés verbales des cas 2, 6, 7 [10,14,15] ; les troubles relationnels des cas 1, 3, 5, 9 [9,11,13,17] voire des actes plus

répréhensibles dans les cas 8, 15, 16, 17 [16,23,24,25]. Un défaut de langage dans notre discours ou simplement une mauvaise perception de la part du patient de ce que le praticien a voulu dire voire une mauvaise explication de l'examen clinique réalisé peuvent aboutir à une incompréhension du patient ce qui est le début de la mise à mal de la relation [39]. Les raisons de ces difficultés sont diverses et j'essaie de les aborder : charge de travail, stress, pratique médicale, genre, spécialités mais un élément évident est repris par la littérature scientifique : pour donner des soins consensuels, les médecins sont priés d'expliquer aux patients les raisons médicales aux questions qu'ils posent et cela de façon claire et adaptée. Considération, appui et compassion sont utiles pour faire passer le discours médical [35]. C. Rogers reprend cette notion en signifiant que pour faire adhérer à son discours, le thérapeute doit posséder un certain nombre de qualités aidantes dénommées : authenticité, empathie, respect et reconnaissance de sa capacité d'évolution [30]. Cependant elles ne sont pas innées et nécessitent un enseignement rigoureux dans nos facultés mais au-delà de nos frontières également [31, 33, 35, 37, 40]. Une phrase résume cela : « Les facultés produisent de bons scientifiques rodés aux progrès de la technique, elles ont omis de les préparer à la relation humaine et à sa communication dont la qualité est le fondement de tous les soins qu'ils prodiguent » [37].

La communication dans la bonne distance est importante tout le monde le conçoit et est source de dérive si elle n'est pas respectée. Ces éléments de base de notre société, de notre travail et des règles de bienséance sont également mentionnés dans notre code civil et notre code de déontologie notamment [41, 42, 43][2].

Travailler la communication, les rudiments de l'entretien médical dans nos facultés mériteraient d'être faits voire approfondis ce qui contribuerait en aval à mieux maitriser la bonne distance relationnelle avec son patient. L'enseignement est donc fondamental [41,42].

[2] Se référer à l'annexe pour les références numéro 42 et 43 de la bibliographie

4.2.7.3 Connotation commerciale de la collaboration médicale

Comme dans le cas 3 [11], la notion de coût peut être vectrice de difficultés dans la relation thérapeutique et la gestion de distance relationnelle. Dans ce monde où le commerce s'impose partout, où les pressions commerciales s'exercent au quotidien sur les médecins par l'intermédiaire des laboratoires pharmaceutiques mais aussi des patients ou plutôt des clients très influencés par les publicités qui mettent en avant le fait « c'est remboursé par la sécu », l'aspect mercantile de la relation médicale, le consumérisme médical est un phénomène récent mais bien réel. De plus les particularités du mode d'exercice en libéral dépendent du bon vouloir d'une clientèle et les revenus sont conditionnés par le paiement à l'acte ; la fidélisation de la clientèle y constitue donc un enjeu important. Au centre de ces intérêts multiples, le praticien médical est tiraillé de tout coté [38]. La valorisation moderne d'égalité et d'autonomie du patient a participé à modifier sa condition même de patient et la pratique médicale en collaboration mais a conditionné également le patient en prestataire de service, en client médical [35]. Le médecin passe au cours de la consultation d'expert de santé à fonctionnaire social ayant un rôle de médiateur entre les exigences de notre organisation de santé (Caisse Primaire d'Assurance Maladie, mutuelles, pharmacies….) et les exigences de ses clients habituels [34]. En atteste le cas 9 qui souligne les difficultés des patients sous couverture sociale universelle entre exigences médicales et conditions sociales précaires. Médecin et patient doivent faire un compromis sur la démarche thérapeutique [17].

Payer le conseil médical, les traitements, est sans doute une condition de leurs réussites car la gratuité dévalorise l'acte de soins, le médicament, mais notre système de soins français, très intéressant à d'autres égards, rend cette notion caduque. Pour valoriser sa pratique et conserver ses patients ou plutôt sa clientèle, le praticien doit négocier certains actes ou traitements ce qui va dans le sens de la collaboration médicale mais qui ne contribue pas à améliorer la conduite thérapeutique mais à répondre à la demande du patient. Avons-nous toujours bien répondu et agi quand une patiente nous demandait un scanner cérébral pour ces maux de tête ? Parce que sa grand-mère, elle, « a pu en avoir un et elle avait les même problèmes ». Pour tous les praticiens, même pétris des meilleures volontés, cela modifie notre rapport à l'individu, au patient et modifie la distance respectueuse, adéquate à la relation thérapeutique et par conséquent peut contribuer à des manquements et des plaintes.

En dehors de notre système de santé français, les soins payants ne sont pas une garantie d'absence de dérive. Il est décrit des exigences accrues face à ses soins payants qui doivent

réussir absolument compte tenu des efforts financiers entrepris par les patients mais aussi des difficultés relationnelles lorsque le praticien tente d'expliquer que le traitement adéquat ne peut être proposé et obtenu compte tenu du prix, excessif, de celui-ci dont le patient ne peut s'acquitter [37].

Le consumérisme médical récent s'installe dans tous les systèmes, toutes les organisations de santé. Chaque système présente ses difficultés face auxquelles le médecin tente de répondre au mieux mais elles engendrent de façon inéluctable une modification de la bonne distance, de la distance respectueuse installée.

4.2.7.4 Méconnaissance des codes civil et déontologique et leur conséquence

Mon analyse de cas souligne que certaines plaintes sont issues, selon moi, d'une méconnaissance de certaines règles essentielles des codes, civil et déontologique. J'en ai référencé 13 sur ce sujet mais un cas s'avère spécifique. Il s'agit du cas 5 où le médecin, condamné pour défaut de comportement et fausse déclaration, a utilisé l'identité de son patient et s'est livré à des examens en son nom pour lui faire bénéficier d'un traitement [12]. Ces faits montrent un manque évident d'analyse et de discernement de la situation clinique et caractérisent un trouble d'adaptation à la bonne distance thérapeutique manifeste sur ce cas présent. A aucun moment, une évaluation des conséquences déontologiques et civiles pour le patient et le praticien n'est évoquée témoignant d'une minimisation de ces aspects ou bien d'une connaissance insuffisante de ces conséquences.

La littérature montre bien que les conditions personnelles, familiales mais aussi sociales, économiques, politiques influencent les divers constituants de la relation médecin-malade [36,44]. Ainsi le pouvoir exécutif et la société savante médicale ont institué des codes comprenant des droits et devoirs de citoyens et de professionnels favorisant la bonne tenue des relations des différentes parties. La bonne distance relationnelle est dominée par le respect dû à la personne et à la dignité du patient et cela apparait dès l'article 2 du code de déontologie témoigne le Professeur Hoerni, oncologue et spécialiste de la relation médecin-patient [41]. Ces notions sont reprises également dans notre code civil, article 16 à 16-9 et notre code de déontologie qui dirigent notre pratique médicale, à travers les articles 2, 3, 31 et

51 notamment [41, 42, 43, 45][3]. Ces bases de notre société et de notre travail doivent donc être un socle solide pour bâtir une distance respectueuse nécessaire à notre pratique médicale. Cela passe, comme pour les rudiments de la communication, par un apprentissage, une compréhension et une application efficace de celles-ci au cours de notre cursus d'étude médicale.

4.2.7.5 Difficultés personnelles, psychologiques du praticien

Certaines situations, que j'ai rencontrées dans mes cas de plainte, m'ont permis de mettre en lumière des difficultés personnelles palpables chez les praticiens notamment avec une personnalité addictive comme le révèle le praticien toxicomane du cas 8 [16] mais aussi des médecins avec des attitudes non conformes à type de déviance sexuelle usant de l'état de faiblesse du patient et/ou du caractère d'autorité que leur confère la profession [23,24,25]. Même isolément, on peut penser que cela influence la distance thérapeutique et peut favoriser des plaintes. Je perçois l'écueil de raisonner sans prendre en compte les difficultés amenées par le patient mais je continue de centrer mon travail de thèse sur le praticien.

Les constituants de notre personne, nos repères familiaux, les éléments de notre société influencent la construction de notre personnalité, façonne l'homme ou la femme que nous devenons. Nos joies, nos peines, nos réussites et surtout nos échecs nous font avancer et évoluer. M. Valiquette, psychologue canadienne, décrit que notre personnalité, notre vécu et nos difficultés influencent sans discussion possible notre pratique médicale [45]. On peut affirmer également que l'inverse est vrai : notre pratique médicale peut influer sur notre personnalité et notre vécu et peser sur nos difficultés. Les études montrent, en conséquence, qu'il est fondamental de poser des limites claires et dès le début de notre exercice professionnel pour trouver une distance thérapeutique respectueuse [46]. Cela prend une signification encore plus importante en soins primaires. On comprend aisément qu'une transgression régulière des limites amène chez un praticien sous pression, dans un contexte de difficultés émotionnelles et psychologiques, à des dérives dans sa pratique et parfois même à des erreurs [39]. De plus il est difficile de revenir en arrière une fois ces limites franchies.

[3] Se référer à l'annexe pour les références numéro 42 et 43 de la bibliographie

« La responsabilité d'installer et maintenir les limites de la relation thérapeutique incombe au professionnel » [45]. Pour cela, il existe un socle solide constitué par les codes, civil et déontologique, qui aident à fixer le cadre de travail dans un contexte où les bases de communication doivent être maitrisées [33, 42, 43].[4]

Cependant le poids global des difficultés, un stress professionnel important et des personnes fragiles prédisposées font de notre profession médicale, une des plus sujettes aux tentatives de suicide et celle présentant le taux de suicide le plus conséquent par rapport à la population générale et aux autres professions [47]. Heureusement, tous les médecins ne souffrent pas du stress et toutes les causes de stress ne conduisent pas à de telles conséquences. Pourtant, il est possible que l'accumulation de facteurs stressants favorise l'émergence d'une souffrance et de troubles psychiques chez les médecins prédisposés.

Une sensibilisation des médecins, mais aussi des étudiants dans le cadre des études de médecine est nécessaire face « aux conduites addictives, aux états dépressifs et aux suicides en milieu médical ». Il faudrait également informer les médecins sur les programmes d'aide existants et favoriser la demande d'aide et l'accès aux soins des médecins en difficulté [48].

4.2.7.6 Dérives machistes

Certaines études signalent que le sexe du praticien influence son comportement face aux patients et a une incidence sur sa pratique médicale [49]. Mon étude des genres ne met pas en évidence une population à risque dans les manquements à la bonne distance, même si ces résultats n'ont pas de caractère significatif. Cependant quelques situations notées possèdent un caractère discriminatoire et une attitude machiste et cela n'est pas assujetti à une spécialité spécifique. Ces manquements correspondent plus à des phénomènes ponctuels de communication mal maitrisés liés à une pratique paternaliste exercée le plus souvent par des praticiens hommes ayant leurs convictions et leurs croyances qu'à un mode de pratique et/ou des praticiens donnés. Le cas 6 est caractéristique [14]. Les commentaires rapportés lors de l'audience soulignent l'atteinte à la bonne distance thérapeutique et le caractère discriminatoire des commentaires lorsque le médecin signifie à sa patiente : « qu'elle aurait dû faire comme son épouse, ne pas travailler et s'occuper convenablement de ses enfants »

[4] Se référer à l'annexe pour les références numéro 42 et 43 de la bibliographie

[14]. Il faudrait cependant une étude anthropologique et sociologique pour confirmer cela, pour l'heure cette affirmation est tirée simplement de mon expertise personnelle après des mois de travail sur ce sujet.

4.2.7.7 Sollicitations excessives avec surexposition aux tâches administratives

Malgré des médecins assez satisfaits de leur profession, l'exercice médical peut comporter un certain nombre de facteurs stressants : « la surcharge de travail, le fait que le médecin reste "enfermé" dans sa profession, qu'il travaille ou non, la grande disponibilité du médecin envers ses patients, le nombre de connaissances nouvelles à assimiler, les difficultés diagnostiques, l'inefficacité thérapeutique, la confrontation avec la souffrance et la mort, l'impact de l'exercice professionnel sur la vie personnelle et familiale… » [48]. Ces facteurs de stress affectent la pratique des praticiens médicaux et les conditions de cette pratique. Cependant un mode de pratique nouveau basé sur des principes récents d'égalité et d'autonomie des patients induit des contraintes professionnelles nouvelles « : statut professionnel ébranlé, augmentation des tâches administratives, écart entre les soins recommandés aux patients et l'accès à ces soins, augmentation des procès... » [48].

Ces sollicitations nouvelles et exacerbées notamment par l'augmentation des tâches administratives ont été observées de façon évidente dans mes cas de plainte-type notamment dans 5 cas [12, 19, 20, 21, 22] mais comme décrit ci-dessus, ce n'est pas le seul facteur responsable d'une modification de la relation médecin-patient.

Même avec le code de déontologie pour renforcer les bases de l'exercice de la profession (76 : établir un certificat correct) [42], un maintien des limites professionnelles clair, adapté et efficace est compliqué [39]. En effet ces facteurs de stress modifient la distance thérapeutique respectueuse, la bonne distance voulue et sont responsables à minima de manquements à la bonne distance voire favorisent des passages à l'acte suicidaire dans cette population cible.

On recoupe ainsi différents chapitres notamment celui énoncé : « les difficultés personnelles, psychologiques du praticien » car en effet, nous pouvons confirmer que nos facultés forment de bons scientifiques et techniciens mais en ce qui concerne les écueils de la relation médecin-patient, les difficultés administratives et de gestion d'un cabinet/d'un service, nous devons absolument approfondir cet apprentissage par des cours théoriques et des stages pratiques [37,

39, 44]. De plus il faut poursuivre la prévention auprès des médecins en difficulté et développer les réseaux d'aide spécifique [48].

4.2.7.8 Le suivi thérapeutique des proches

La relation médecin-patient prend tout son sens dans ce contexte où le praticien, quel qu'il soit, a été, est et sera confronté à des sollicitations familiales de tout ordre. Il est impératif de garder à l'esprit qu'il existe une distance spécifique à tout degré d'interaction comme en témoigne le concept de la proxémie de l'anthropologue HALL E.T [6] : une distance familiale, amicale, sociale, amoureuse, thérapeutique… La distance thérapeutique fait partie intégrante de la relation de soins [50]. Nous devons trouver un équilibre pour établir une bonne distance nécessaire cependant cela n'est pas facile lorsque la personne souffrante est un proche. Il est évident que suivre un proche ne permet pas de respecter une distance adéquate à tout instant et est même source de manquements à cette distance respectueuse. En effet le cas 14 illustre cette remarque. L'évaluation du praticien concernant son patient et ami s'est révélée biaisée possiblement par l'affection portée à son encontre et a conduit le praticien à rédiger un certificat erroné au bénéfice de son patient [22]. Le concept de la bonne distance est difficile à appliquer mais la responsabilité incombe au praticien, au père, au conjoint, au frère ou autre de poser le cadre de son exercice et les limites à celui-ci [45]. Il est préférable de déléguer la tâche de suivre et de traiter un proche. Certaines conduites, différentes du suivi thérapeutique conventionnel comme le suivi d'un patient en situation d'addiction auquel le praticien participe et/ou prête ses compétences à des connaissances ou amis, sont difficilement admissibles et gérables en dehors d'un cadre défini comme en témoigne le cas 8 [16]. Tous les praticiens doivent forger leurs expériences mais il semble important de sensibiliser les étudiants aux contraintes et difficultés de s'engager dans cette voie.

4.2.7.9 Expérience, âge du praticien

L'expérience, autrement dit le vécu du praticien, apporte un plus indéniable dans la maitrise de son exercice, la connaissance de sa patientèle et le contrôle de sa communication professionnelle. Mais là encore malgré l'expérience, pour éviter les manquements verbaux (tutoiement, familiarités…) et/ou les manquements non verbaux (gestes physiques et actions inappropriés), il est primordial de fixer les conditions de sa pratique [45]. Les plus jeunes doivent encore se forger une expérience en se basant sur l'enseignement reçu et par l'intermédiaire de leur pratique professionnelle régulière et débutante. A travers leur activité, ils sont soumis de façon inéluctable à cet exercice de la maitrise de la distance thérapeutique. Les praticiens les plus âgés ou les plus expérimentés ont, eux, eu à faire face entre autres à cette modification de l'exercice médicale, ce passage de l'exercice paternaliste à un mode de collaboration médicale, difficile à appréhender et susceptible de causer des manquements à la bonne distance.

Malgré l'expérience, les constituants personnels, familiaux et sociaux du praticien s'expriment à travers notre pratique [44]. L'exemple du cas 8 [16] montre que des dérives personnelles diverses, dans ce cas-ci une toxicomanie, peuvent nuire à notre quotidien de médecin quel que soit notre expérience. Cela souligne que nos acquisitions, nos connaissances peuvent aider à prévenir certains événements mais qu'il est important de fixer les limites à son cadre d'exercice et à la distance respectueuse très tôt et il est important, également, de se protéger de dérives personnelles qui peuvent s'exprimer au cours de notre exercice et nuire à celui-ci.

Une remarque également importante, tirée de mon expérience personnelle et du fait que ma période étudiante est encore récente, consiste au fait que les praticiens enseignants au contact de leurs étudiants essayent de se maintenir formés et informés des dernières avancées scientifiques et veulent montrer un cadre et des conditions d'exercice attrayants pour leurs futurs confrères. Ainsi les dérives à la bonne distance sont beaucoup moins fréquentes dans ces conditions du fait de la vigilance des médecins et du caractère d'exemple qu'ils veulent souligner.

4.2.7.10 Le milieu d'exercice

Certaines publications exposent le fait que l'environnement, c'est à dire le milieu d'exercice soit urbain soit rural, influence la pratique des professionnels. « Un petit milieu » comme les petits villages contribue aux rencontres des patients en dehors du cabinet et les praticiens ont une tendance à accepter plus facilement les relations telles que relation sociale, relation amicale hors thérapeutique [34, 51]. Ainsi la bonne distance dans la relation médecin-patient est mise à l'épreuve. Mais la distance respectueuse est observée lorsque le cadre d'exercice est bien défini. M.Valiquette l'énonce ainsi : il faut « définir les règles et adapter/ développer les habiletés qui vont aider à gérer sa pratique dans cet environnement » [45]. Mon expérience personnelle tirée de mes stages ambulatoires en milieu rural confirme cette tendance à pouvoir développer des relations hors cabinet, plus facilement, de la part des praticiens sans que cela ne leur porte préjudice dans la mesure où le contrat moral entre les deux parties est établi, compris et appliqué.

4.3 Recommandations

La confrontation des facteurs évoqués aux données de la littérature nous a permis d'établir que la prévention de ces manquements passait par une amélioration de la formation à la relation médecin-patient.

Tout d'abord concernant la formation médicale initiale, l'étudiant en médecine et futur praticien est formé pour être un bon technicien mais il doit être aussi un bon communicant focalisé sur son patient dans sa « globalité ». L'enseignement de la relation du praticien avec son patient doit être un aspect important du cursus de formation. La formation française est un peu en retard sur cet aspect par rapport à la formation anglo-saxonne ou canadienne. Il est important de se former en commençant par des bases solides théoriques sur l'enseignement des qualités aidantes selon Rogers C. [37,40], la relation médecin-patient et ses différents aspects notamment les manquements et les facteurs favorisants mais cela doit être complété par un apprentissage de la communication professionnelle avec des applications concrètes au cours de jeu de rôle, mise en situation, supervision de l'entretien entre un enseignement et l'étudiant ou entre un patient et l'étudiant comme cela est effectué dans la formation médicale canadienne des médecins de famille [51,52]. Les notions de codes, civil et de déontologie, doivent être, aussi, enseignées et expliquées pour espérer une meilleure compréhension et par conséquent une meilleure application au cours du futur exercice. Pour rendre cet enseignement plus accessible et intéressant, celui-ci pourrait être basé sur une étude de cas de plainte par exemple. Il semble important qu'un médecin bien formé ait de solides bases médicales mais aussi des notions de gestion de la relation et de législation.

Puis la formation de nos praticiens exerçants doit être, elle aussi, développée dans le cadre de séminaires de formation pour les familiariser voire approfondir leurs connaissances sur les bases de la relation médecin-patient et sur les techniques de communication professionnelle [37,44] par l'intermédiaire d'ateliers de parole. Cela impose un travail de développement personnel voulu par le praticien dans le cadre d'une amélioration globale de sa pratique. Des groupes de travail sur ces notions se développent dans de nombreux pays notamment Canada, Australie [39,51,52].

5 CONCLUSION

La médecine actuelle du début du XXIème siècle, même si elle a beaucoup évolué, progressé, conserve les relations humaines du médecin et de son patient au centre de ses préoccupations. Les recommandations et les précautions énoncées par le serment d'Hippocrate restent encore de nos jours un fondement de la médecine malgré sa relative ancienneté et l'évolution des techniques médicales.

Mon intérêt pour la médecine et pour les relations humaines m'a amené naturellement à traiter du thème de la relation médecin-patient, cette notion déjà évoquée par Hippocrate, et plus précisément de la bonne distance dans la relation thérapeutique. Mon travail de thèse a consisté notamment à vérifier l'hypothèse suivante qu'une mauvaise gestion dans la distance médecin-patient peut favoriser la survenue de plaintes de patients. Pour cela, nous avons fixé deux objectifs à ces recherches : d'une part montrer qu'un certain nombre de plaintes est favorisé par des manquements à la bonne distance de la part des médecins (Objectif principal) puis d'autre part identifier des facteurs favorisant la mauvaise distance thérapeutique (Objectif secondaire).

A cette hypothèse, nous avons répondu par l'affirmative en sélectionnant 17 cas de plainte dont la genèse est due à des manquements à cette distance idéale pour lesquels le praticien est toujours responsable. Nous avons donc vérifié l'hypothèse de départ en répondant à l'objectif principal. A travers l'étude de plaintes, ce travail m'a donné l'opportunité suivante de traiter l'objectif secondaire en discutant, selon la littérature scientifique, de certains facteurs favorisant les manquements.

Les recommandations de cette recherche sont d'améliorer la formation médicale initiale des étudiants en donnant plus de valeur à la communication professionnelle et à l'enseignement de la relation médecin-patient et de valoriser la formation médicale continue des praticiens exerçants.

D'autres travaux doivent venir appuyer cette thèse sur ce thème. Le fait, d'établir des critères précis et de graduer les facteurs favorisant ces manquements, parait être une piste intéressante pour compléter ce travail.

6 BIBLIOGRAPHIE/ REFERENCES

1. Richard C, Lussier MT. Les manifestations et les composantes d'une relation. Dans : Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Editions ERPI ; 2005, p 36-40.

2. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Définition de la santé. [En Ligne] Disponible sur http://www.who.int/fr/print.html (Page consultée le 30 Avril 2013)

3. Richard C, Lussier MT. Les manifestations et les composantes d'une relation. Dans : Richard C, Lussier MT, la communication professionnelle en santé. Editions ERPI, 2005, p 41-48.

4. Richard C, Lussier MT. Les modèles de relation médecin-patient. Dans : Richard C, Lussier MT, la communication professionnelle en santé. Editions ERPI, 2005, p 114-143.

5. Lebret J-M. Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné. [En Ligne] Disponible sur http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Reflexion-philosophique-sur-la.html (Page consultée le 29 Avril 2013)

6. Hall Edward T. La Dimension cachée. Paris, Éd. du Seuil.1971; 256 pages

7. Valiquette M. Le pouvoir sans abus. Editions Le Jour, 309 pages

8. Patterson P, Blacksaw S. Abuse of patients by physicians. Med North Am. 1993; 16: 721-724.

9. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. cdn10507. [En ligne] http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 13 septembre 2010)

10. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. cdn10000. [En ligne]
http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 13 septembre 2010)

11. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. cdn 10455. [En ligne]
http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 27 septembre 2010)

12. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. cdn 10295. [En ligne]
http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 28 septembre 2010)

13. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. cdn 10082. [En ligne]
http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 28 Septembre 2010)

14. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. sd 9212. [En ligne]
http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 03 Octobre 2010)

15. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. sd 7093. [En ligne]
http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 20 Octobre 2010)

16. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. sd 8245. [En ligne]

http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 10 Novembre 2010)

17. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. cdn 9942. [En ligne]
http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 15 Novembre 2010)

18. Conseil national de l'ordre des medecins. Section jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale. cdn 10070. [En ligne]
http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html (Page consultée le 15 Novembre 2010)

19. Remise d'un certificat médical à un conjoint en instance de divorce. Responsabilité MACSF. Mars 2006. volume 6, numero 21: p 15-16

20. Immixtion dans la vie privée. Responsabilité MACSF. Mars 2010. volume 10, numero 37: p 16

21. Violation du secret professionnel lors de la remise d'un certificat. Responsabilité MACSF. septembre 2007. volume 7, numero 27: p 40-41

22. Légifrance, cour de cassation n° pourvoi. 08-85630 dans la section jurisprudence judiciaire. [En ligne]
http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000020821814&fastReqId=932760083&fastPos=1 (Page consultée le 15 Mars 2011)

23. Légifrance, cour de cassation n° pourvoi. 08-85037 dans la section jurisprudence judiciaire. [En ligne]
http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000019685535&fastReqId=1411274984&fastPos=1 (Page consultée le 15 Mars 2011)

24. Légifrance, cour de cassation n° pourvoi. 05-80055 dans la section jurisprudence judiciaire. [En ligne]
http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007635807&fastReqId=999455582&fastPos=1 (Page consultée le 05 Avril 2011)

25. Légifrance, cour d'appel de Douai n° RG. 08/01605 dans la section jurisprudence judiciaire. [En ligne] 22 octobre 2008.
http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000020073655&fastReqId=313565959&fastPos=3 (Page consultée le 05 Avril 2011)

26. Benson K, Hartz AJ. A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. N Engl J Med. 2000; 342: 1878–86.

27. Amalberti R., Bons-Letouzey C., Sicot C. La gestion des risques en médecine générale. Responsabilité MACSF. Mars 2009. volume 9, numero 33: p. 5-11

28. Rapport d'activité MACSF-Le Sou Médical. Le risque des professionnels de la santé en 2010. Novembre 2011 : p 78-95

29. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, thème santé personnels [En ligne]
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102 (page consultée le 14/02/2013)

30. Pinganaud G. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer : rôles, besoins et perspectives, thèse de médecine. Université de Poitiers. 2013. [En ligne]
http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/81f14476-f8d6-4993-bbdf-dfe214f395db (Page consultée le 26/03/2013)

31. Grand E. La relation médecin-patient ou le problème de la juste distance évaluation dans un réseau de soins, DEA d'éthique médicale et biologique, 2003-2004. [En ligne]

http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAllDocumentsByUNID/03D7301FE1D14AE1C12570A50051522B/$File/DEA+E.+Grand.pdf?OpenElement (Page consultée le 27/03/2013)

32. Touraine A. La notion d'attitude. Psychologie, cancers et société. L.e.d. temps, Editeur. Paris. 1995 : p. 65-72.

33. Richard C, Lussier MT. La gestion des émotions. Dans : Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Editions ERPI, 2005, p 255-260

34. Stame S. Distance relationnelle et terrain commun dans l'interaction Médecin-patient. Université de Bologne. Psycholinguistics on the threshold of the year 2000: p 93-100

35. Baum M. Relation médecin-patient: entre proximité et distance. Louvain med.1998 ; 117 :S203-S209.

36. Canadian Médical Association. La relation Patient-Médecin et l'abus sexuel des patients. CAN MED ASSOC J 1994; 150 (11)

37. Nciri M. La communication dans la relation médecin-malade. Espérance médicale. Décembre 2009. Tome 6. Numéro 164

38. Rucquois X. La poussée de fièvre du médecin. Charente Libre. Article du 20 Mars 2013 : p. 6.

39. Galletly C. Crossing professional boundaries in medicine: the slippery slope to patient sexual exploitation. MJA 2004; 181: 380-383.

40. Boucher G, Cayer S, St Hilaires S. Apprentissage de la relation Médecin-Patient. Le médecin de famille canadien. Septembre 1993. Vol 39 : 2006-2012.

41. Hoerni B. Pratique médicale et sexualité. Rapport adopté lors de la session CNOM décembre 2000

42. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. 2012. [En Ligne]
Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17 (Page consultée le 31/03/2013 / Détails voir Annexe)

43. République Française. Code Civil. 2013. [En Ligne] Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721 (Page consultée le 02/04/2013 / Détails voir Annexe)

44. Robinson G, Stewart D. A curriculum on physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment. Can Med asso j. mars 1996; 154(5)

45. Valiquette M. Les frontières de l'interrelation médecin-patient. Le clinicien. 1991; p 157

46. Golden G, Brennan M. Managing Erotic Feelings in the physician-patient relationship. Can Med asso j. nov. 1, 1995; 153(9)

47. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données en France. Avril 2010 ; p 1-8.

48. Chocard AS, Gohier B, Juan F et al. Le suicide des médecins, Revue de la littérature. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 2003;65: 23-9.

49. Cohen M, Woodward C, Ferrier B, Williams P. Sanctions against sexual abuse of patients by doctors: sex differences in attitudes among young family physicians. Can Med Asso J. July 15, 1995;153(2)

50. Moley-Massol I. Relation médecin-malade : Comment trouver la bonne distance ?
La Lettre du cardiologue. Juin 2005 ; numéro 386

51. Boule R, Girard G. L'intimité dans la relation médecin-patient. Le clinicien. février 2003; p 115-123.

52. Yeo M, Longhurst M. Intimacy in the patient-physician relationship. Canadian Family Physician. Août 1996; p 1505-1508

7 ANNEXE

A. Serment d'Hippocrate traduit du grec ancien par Emile LITTRE

" Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygée et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et mes capacités, le serment et l'engagement suivants : je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part des préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent. Dans quelques maisons que je rentre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoique je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes. Si je le viole et que je me parjure, puis-je avoir un sort contraire."

B. Code de Déontologie Médicale

Ci-dessous les articles cités en lien avec la référence numéro 32 de la bibliographie :

I Devoirs généraux des médecins

Article 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne

Article 3 - Principes de moralité et de probité

Article 4 - Secret professionnel

Article 5 - Indépendance professionnelle

Article 6 - Libre choix

Article 7 – Non-discrimination

Article 8 - Liberté de prescription

Article 9 - Assistance à personne en danger

Article 24 - Avantages injustifiés

Article 28 - Certificat de complaisance

Article 31 - Déconsidération de la profession

II Devoirs envers les patients

Article 32 - Qualité des soins

Article 33 - Diagnostic

Article 34 - Prescription

Article 35 - Information du patient

Article 36 - Consentement du patient

Article 45 - Dossier professionnel ou fiche d'observation,

Article 46 - Communication du dossier tenu par le médecin

Article 47 - Continuité des soins

Article 51 - Immixtion dans les affaires de familles

Article 52 - Interdiction de recevoir des dons et legs

Article 53 – Honoraires

IV De l'exercice de la profession

Article 76 - Délivrance des certificats

Article 77 - Permanence des soins : obligations

Article 82 - Libellé des annonces dans la presse

Article 105 - Non cumul des rôles d’expert et de médecin traitant
Article 110 - Fausse déclaration

C. Code civil

Ci-dessous les articles cités en lien avec la référence numéro 33 de la bibliographie :

Article 16-3 : Modifié par Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 9 JORF 7 août 2004. Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Article 16 : Créé par Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 2 JORF 30 juillet 1994. La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.

Article 16-1 : Créé par Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 3 JORF 30 juillet 1994. Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial.

Article 16-1-1 : Créé par LOI n°2008-1350 du 19 décembre 2008 - art. 11. Le respect dû au corps humain ne cesse pas avec la mort. Les restes des personnes décédées, y compris les cendres de celles dont le corps a donné lieu à crémation, doivent être traités avec respect, dignité et décence.

Article 16-2 : Modifié par LOI n°2008-1350 du 19 décembre 2008 - art. 12. Le juge peut prescrire toutes mesures propres à empêcher ou faire cesser une atteinte illicite au corps humain ou des agissements illicites portant sur des éléments ou des produits de celui-ci, y compris après la mort.

Article 16-3 : Modifié par Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 9 JORF 7 août 2004. Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de

l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Article 16-4 : Modifié par Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 21 JORF 7 août 2004. Nul ne peut porter atteinte à l'intégrité de l'espèce humaine. Toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes est interdite. Est interdite toute intervention ayant pour but de faire naître un enfant génétiquement identique à une autre personne vivante ou décédée. Sans préjudice des recherches tendant à la prévention et au traitement des maladies génétiques, aucune transformation ne peut être apportée aux caractères génétiques dans le but de modifier la descendance de la personne.

Article 16-5 : Créé par Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 3 JORF 30 juillet 1994. Les conventions ayant pour effet de conférer une valeur patrimoniale au corps humain, à ses éléments ou à ses produits sont nulles.

Article 16-6 : Créé par Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 3 JORF 30 juillet 1994. Aucune rémunération ne peut être allouée à celui qui se prête à une expérimentation sur sa personne, au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de produits de celui-ci.

Article 16-7 : Créé par Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 3 JORF 30 juillet 1994. Toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle.

Article 16-8 : Créé par Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 3 JORF 30 juillet 1994. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur ni le receveur celle du donneur. En cas de nécessité thérapeutique, seuls les médecins du donneur et du receveur peuvent avoir accès aux informations permettant l'identification de ceux-ci.

Article 16-9 : Créé par Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 3 JORF 30 juillet 1994. Les dispositions du présent chapitre sont d'ordre public.

8 RESUME

LA BONNE DISTANCE DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT :
Travail à partir de 17 cas de plainte en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées

Introduction : La problématique de la distance chez le professionnel de santé dans la relation médecin-patient amène à des manquements responsables de conflits voire de plaintes. Nous avons voulu vérifier l'hypothèse qu'une mauvaise gestion voire des manquements dans la distance médecin-patient de la part du praticien peut favoriser la survenue de plaintes de patients. Nous avons fixé deux objectifs : retrouver un certain nombre de plaintes favorisé par des manquements et identifier des facteurs favorisant la mauvaise distance thérapeutique.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative de cas basés sur différentes sources : ordinale, assurantielle, civile/pénale. La sélection des cas respecte des critères d'inclusion suivant le modèle de la « pente glissante » et d'exclusion spécifique.

Résultats : 17 cas de plainte répondant aux critères ont été sélectionnés. Les cas recueillis furent l'objet d'une analyse. Cette étude a permis d'identifier certains facteurs favorisants: modification de la pratique médicale, les difficultés à la communication notamment professionnelle ou à la gestion de la relation médicale, connotation commerciale de la pratique, méconnaissance des codes civil et déontologique et leur conséquence, les difficultés personnelles et/ou psychologiques du praticien, les dérives machistes, les sollicitations excessives par surexposition aux tâches administratives, le suivi médical de proches, l'expérience/âge du praticien, le milieu d'exercice, le genre, les spécialités médicales.

Discussion : Ce travail se base sur un nombre de cas limité et certains biais sont montrés ; cela n'en affecte pas, pour autant, la pertinence de la discussion.

Conclusion : Cette recherche corrobore l'idée qu'un certain nombre de plaintes est favorisé par des manquements à la bonne distance thérapeutique. La prévention à ces pratiques inadaptées passe par une meilleure formation à la relation médecin-patient et à la communication professionnelle.

Mots clés : Relation Médecin-Patient, Distance Médecin-patient, Distance thérapeutique, « Pente Glissante », « Abus et Transgressions du Médecin », médecine générale.

9 SUMMARY

THE NOTION OF « GOOD DISTANCE » IN THE PATIENT-PHYSICIAN RELATIONSHIP:
Work based on 17 cases of complaint connected to inappropriate relational practices

Introduction: The issues related to the notion of distance in the patient-physician relationship lead to misconducts responsible of conflicts and complaints. This piece of work wants to verify the hypothesis that a certain proportion of patients' complaints is due to inappropriate practices of the physician within the frame of the patient-physician relationship. Two main goals are targeted: 1) to find the complaints that are indeed favored by these misconducts; 2) to identity the factors leading to the wrong-doing in the patient-physician relationship.

Resources & Method: This work is based on a quantitative study of cases coming from ordinal, insurance-related, civil and penal sources. The cases' selection is obeying criteria of inclusion according to the "slippery slope" modeling and criteria of specific exclusion.

Results: Seventeen cases in accordance with the criteria have been selected and analyzed. This study has identified several key factors leading to misconducts: deviation of the medical practice, communication (mainly within the professional scope) during the medical practice, commercial connotation of the practice, misreading or ignorance of the civil and/or deontological codes (and their consequence), personal and/or mental difficulties of the physician, chauvinist deviations, excessive exposition to administrative tasks leading to over-solicitations, medical assistance/service to close relations, experience/age of the physician, working environment, gender, medical specialty.

Discussion: This work is based on a limited number of cases and biases are considered. It is shown that it does not affect the relevance of the study.

Conclusion: The thesis confirms the idea that some complaints are due to misconducts of the physician in the good patient-physician distance. To prevent these "slippery behaviors" is to work on a better training in the field of professional communication and of the patient-physician relationship.

Key words: patient-physician relationship, patient-physician distance, distance within medical practice, slippery slope, abuses & misconducts of the physician.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école,
De mes chers condisciples
Et devant l'effigie d'Hippocrate,
Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême,
D'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité
Dans l'exercice de la médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
Et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admis dans l'intérieur des maisons
Mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ;
Ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
Et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs
Ni à favoriser le crime.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
Je rendrai à leurs enfants
L'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime
Si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre
Et méprisé de mes confrères si j'y manque !