

# Les ajustements de la technique médicale face aux règles de droit

## *Adjusting medical techniques to legal regulations*

Matthieu Biancucci

*LAPSAC, université Victor-Segalen Bordeaux 2, 3ter, place de la Victoire, 33076 Bordeaux cedex, France*

---

### Résumé

Au cours des années 1990–2000, on constate un renforcement des obligations des médecins et une reconnaissance des droits des malades, renvoyant en partie à la mise en cause de fautes professionnelles et de préjudices liés à l'activité médicale. Une procédure en responsabilité met en cause le médecin et sa compétence, et affecte son identité et son honneur professionnels. Aussi, la prise au sérieux de ce risque a des effets sur les pratiques médicales, et plus largement, sur la médecine. Fondé sur des entretiens auprès de médecins, notre recherche montre que les spécialités, le mode d'exercice de la médecine et la nature de l'établissement exposent plus ou moins les médecins et déterminent donc en partie les ajustements de la technique auxquels ils recourent face au risque de procédure. L'identité professionnelle recouvrant les valeurs et les pratiques auxquelles les médecins se réfèrent, la conscience de leur statut symbolique, lié au lieu et au mode de leur exercice, constituent également des clés essentielles pour comprendre les comportements des praticiens. En considérant que l'identité professionnelle des médecins est structurée par le sens de la responsabilité, le souci de la performance et le rapport aux patients, notre hypothèse est que ces trois dimensions et les possibilités de leur combinaison expliquent les ajustements des médecins — ou leur absence.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Activité médicale ; Responsabilité ; Spécialisation médicale ; Droits des malades ; Risque judiciaire ; Vocation ; Relation médecin-patient

### Abstract

During the 1990s, partly as a result of accusations of medical malpractice, doctors' obligations were reinforced; and patients' rights, recognized. In a lawsuit brought on the grounds of liability, the doctor and his/her qualifications are accused; and the doctor's identity and sense of professional honor, affected. This has serious risks for medical practices and, more broadly, medicine. This research based on interviews with doctors shows that the specialty, type of practice and nature of the establishment expose doctors to more or fewer risks and thus partly determine how they adjust techniques to cope with the risks of a

---

Adresse e-mail : [biancucci.matthieu@yahoo.fr](mailto:biancucci.matthieu@yahoo.fr)

lawsuit. The professional identity (including the values and practices to which interviewees referred) and the consciousness of their symbolic status (related to the place and type of practice) are keys for understanding practitioners' behaviors. Assuming that a doctor's sense of professional identity is shaped by his/her sense of responsibility, relations with patients and concern for achievement, it is hypothesized that these three dimensions and their possible combinations explain the adjustments, or lack thereof, made by doctors.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords:* Medical activities; Liability; Medical specialties; Patients' rights; Risks of a lawsuit; Vocation; Doctor–patient relations

Les médecins doivent, à la demande des patients et de leur famille, rendre compte de leur travail auprès de l'administration, de leur assurance, de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et de la Justice. Au cours des années 1990–2000, on constate en effet une augmentation des plaintes<sup>1</sup>, un renforcement des obligations des médecins (Paley-Vincent, 2002) et une reconnaissance des droits des malades (Jean, 1996), renvoyant en partie à la mise en cause de fautes professionnelles et de préjudices liés à l'activité médicale<sup>2</sup> : le patient se plaint de l'opération de l'intestin qui a donné lieu à une septicémie en raison d'une compresse oubliée ; le malade s'interroge sur les chances de guérison perdues à la suite d'un diagnostic tardif ou estime qu'il aurait dû être informé des risques d'échecs et de complications avant d'être soigné, etc. Pour saisir comment cette évolution affecte le travail médical, nous proposons de mobiliser la sociologie face à l'objet « droit », en mettant en regard l'activité des médecins et les règles de droit<sup>3</sup>.

Pour les médecins, les contraintes résident d'abord dans l'entremêlement des règles administratives, médicales et sociales dans l'activité technique du médecin (Scheff, 1970 [1963] ; Freidson, 1984 [1970], chap. 6 ; Peneff, 1992 ; Dodier, 1993 ; Cicourel, 2002 [1981] ; Parizot, 2003). Ces différentes règles expliquent aussi l'organisation et la forme de la pratique (Goffman, 1968 [1961] ; Kutty, 1975 ; Strauss, 1992, p. 87-113 ; Vassy, 1999). En France, lorsque des recherches s'intéressent aux règles de droit, c'est d'abord pour s'interroger sur leur application par les médecins, par exemple en matière de consentement éclairé (Amar et Minviel, 2000) ou de décision relative à un acte spécifique comme une interruption volontaire de grossesse (Membrado, 2001). Certains s'interrogent également sur les effets des règles en matière d'information sur la confiance du patient à l'égard de l'autorité médicale (Ducournau, 2005) ou sur le contrôle de la relation (Castel et Merle, 2002). Des travaux récents, portant sur la médecine de l'hémophilie, montrent enfin que les procédures en responsabilité transforment l'activité médicale (Fillon, 2009). Tel est notre angle d'analyse.

Pour les médecins, une procédure en responsabilité apparaît lorsque le patient ou sa famille déclare un sinistre auprès de son assurance ou celle de l'hôpital, ou bien assigne le praticien

<sup>1</sup> Le *Concours Médical*, sur la période 1980–2002.

<sup>2</sup> Le droit participe ainsi au déclin de l'institution médicale (Dubet, 2002), qui se voit de moins en moins capable d'attribuer ses échecs et ses difficultés au monde extérieur, ce qui conforte les médecins dans le sentiment que l'exigence des patients s'est accrue (Herzlich, 1993).

<sup>3</sup> Nous reprenons l'acception wébérienne des règles de droit : instance de contraintes guidant l'action, le droit se reconnaît à sa validité, « garantie extérieurement par la chance d'une contrainte (physique ou psychique), grâce à l'activité d'une instance humaine, spécialement instituée à cet effet, qui force au respect de l'ordre et châtie la violation » (Weber, 1971 [1922], t. 1, p. 78).

en Justice. Cette procédure en responsabilité, ou cette mise en responsabilité — débouchant sur une procédure amiable ou un procès — voit s’opposer deux parties qui tentent de faire valoir leur point de vue sur l’événement. La responsabilité, examinée sous un angle juridique, est reconnue lorsqu’il existe un lien entre une faute du médecin et un préjudice chez le patient. Une procédure en responsabilité met en cause le médecin, sa compétence et affecte son identité et son honneur professionnels. Aussi, la prise au sérieux de ce risque a des effets sur les pratiques médicales, et plus largement, sur la médecine. Notre hypothèse est que les règles de droit participent d’une transformation de la technique et de la relation médicales. Le travail des médecins se redéfinit ainsi à l’aune des obligations à l’égard des patients et des risques de mise en responsabilité.

Notre enquête révèle que les procédures représentent pour les médecins un risque qu’aucun d’eux ne souhaite voir se concrétiser. Cet état d’esprit ne crée pas une attitude « parfaite », les règles d’hygiène peuvent par exemple ne pas être respectées (Amiel, 2005), mais il est à l’origine d’une attention supérieure dans la prise en charge du patient. Il faut alors distinguer le raisonnement médical — signification du symptôme, interprétation de résultats, pertinence des examens et des traitements — de sa traduction concrète — prescription d’examen, réalisation d’un acte, exécution du geste : le premier n’est pas affecté par le risque de procédures, contrairement au second (Fielding, 1990).

Notre analyse repose sur un ensemble de 35 entretiens auprès de médecins exerçant en libéral, à l’hôpital ou en clinique, généralistes, gynécologues-obstétriciens ou chirurgiens, qui abordent spontanément la question de la responsabilité médicale dans le cadre d’une enquête qui comporte également des entretiens auprès d’une douzaine de professionnels participant aux procédures. En outre, la lecture du *Concours médical*, de la presse assurantielle ou de manuels d’expertise en dommage corporel, nous a permis d’apporter un éclairage supplémentaire sur la fréquence des procédures et sur les représentations des médecins.

Les médecins de notre échantillon ont en moyenne entre 50 et 60 ans. Ils ont commencé leurs études de médecine dans les années 1970 et sont devenus des médecins confirmés au début ou à la fin des années 1980. À partir de cette époque sont apparues les grandes affaires de santé publique comme le sang contaminé, l’hormone de croissance ou le vaccin de l’hépatite B. Les juges ont étendu les obligations en matière d’information, relâché le lien entre le préjudice et la faute, établi la notion de responsabilité sans faute, augmenté le montant des indemnisations. Et les malades ont été dotés de droits par la loi du 4 mars 2002.

Dans l’échantillon, on peut identifier trois types de situation : dans la première, des médecins sont exposés aux procédures, mais disent ne pas modifier leur technique ; dans la seconde, des médecins sont faiblement exposés aux procédures et expliquent qu’ils modifient leur technique ; et dans la troisième situation, des médecins sont exposés aux procédures et évoquent les manières dont ils modifient leur technique. Les pratiques qu’ils décrivent renvoient à la fois au récit qu’ils produisent sur leur travail et leur profession et aux ajustements auxquels ils procèdent face à la menace judiciaire.

Les spécialités, le mode d’exercice de la médecine et la nature de l’établissement exposent plus ou moins les médecins et déterminent donc en partie les ajustements de la technique auxquels ils recourent face au risque de procédure ; mais ces données qui jouent, soit comme des contraintes, soit comme des ressources, n’expliquent pas tout. L’identité professionnelle recouvrant les valeurs et les pratiques auxquelles les médecins se réfèrent, la conscience de leur statut symbolique, lié au lieu et au mode de leur exercice, sont une clé essentielle pour comprendre les comportements des praticiens. En considérant que l’identité professionnelle des médecins est structurée par le sens de la responsabilité, le souci de la performance et le rapport aux patients, notre hypothèse

est que ces trois dimensions et les possibilités de leur combinaison expliquent les ajustements des médecins — ou leur absence.

## 1. La conscience du risque judiciaire

### 1.1. L'objectivité du risque

Les médecins présentent le risque de procédure comme à la fois nouveau et réel. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) estimaient en 1998 à 10 406 le nombre total de sinistres déclarés en France, soit le nombre de médecins concernés durant l'année<sup>4</sup>. L'évolution des procédures pénales contre les médecins est inconnue et la connaissance des procédures judiciaires est partielle : les assignations civiles ont progressé de 270 %<sup>5</sup> sur la période 1992–2001, s'élevant à 1687 en 2001. Une hausse est donc constatée, ce que confirment avec plus d'acuité, les chiffres produits par l'assurance médicale. En effet, les déclarations d'accidents rapportées aux nombres de médecins, sur un échantillon représentatif<sup>6</sup>, ont été multipliées par 2,5 entre 1985 et 2001, passant de 0,7 % à 1,9 %. Ce qui signifie que toutes spécialités et modes d'exercice confondus, un médecin français travaillant 35 ans voit sa responsabilité mise en jeu moins d'une fois. Si la progression du risque de procédure est forte, sa concrétisation reste donc faible.

Cela dit, au regard de certaines spécialités, sa concrétisation est forte : en 2001, le taux de sinistralité<sup>7</sup> est de 9,8 % pour les chirurgiens, 6 % pour les obstétriciens, environ 5 % pour les gastroentérologues, les anesthésistes et les ophtalmologues et 4 % pour les dentistes<sup>8</sup>. En 35 ans d'activité, les chirurgiens sont donc au moins huit fois mis en cause, tandis qu'obstétriciens, gastroentérologues, anesthésistes, ophtalmologues et dentistes le sont au moins quatre fois. Les généralistes, dont le taux de sinistralité est de 0,95 %, ne sont mis en cause que moins d'une fois, mais cela est presque trois fois plus qu'il y a dix ans (0,35 % en 1991). Le risque d'être l'objet d'une procédure mettant en cause sa responsabilité professionnelle est d'une manière générale réel et en hausse, devenant même prégnant pour certaines spécialités<sup>9</sup>.

<sup>4</sup> Le *Concours médical*, 2000, p. 499.

<sup>5</sup> *Annuaire statistique de la Justice*, 1994–2003, ministère de la Justice/La Documentation française, Paris.

<sup>6</sup> Statistiques du Groupe des assurances mutuelles médicales, qui assure 60 % des médecins français (Sicot, 2003).

<sup>7</sup> À partir de 1951, les informations recueillies dans le *Concours Médical* livrent le taux de sinistres déclarés. Celui que nous prenons en considération concerne ceux qui aboutissent à une mise en responsabilité, il exclut les sinistres déclarés par prudence. Les déclarations de prudence des médecins sont comptabilisées, elles correspondent à une démarche unilatérale du médecin : le patient ne se manifeste pas et le dossier, vide, est refermé.

<sup>8</sup> Ces disparités, selon la spécialité exercée, se retrouvent aux États-Unis, où l'on distingue les spécialités faiblement exposées aux plaintes — médecine générale, médecine interne, pédiatrie — et les spécialités fortement exposées — chirurgie et gynécologie-obstétrique (Fielding, 1995).

<sup>9</sup> Dans les procédures assurantielles, judiciaires (c'est-à-dire civil et administratif) et celles de l'ONIAM, le médecin doit verser une indemnité à son patient, dont le montant est fixé à partir de barèmes de la valeur monétaire du dommage. À l'ONIAM, par exemple, le chirurgien orthopédiste coupable d'un dommage corporel sur sa patiente âgée de 30 ans, évalué à 25 % d'incapacité permanente partielle, devra verser à cette dernière 40 000 euros. En procédure pénale, les sanctions dépendent d'abord de la nature du délit : l'atteinte à la personne (trois à cinq ans d'emprisonnement et 45 000 à 75 000 euros d'amende) ; l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique (un à trois ans d'emprisonnement et 15 000 à 45 000 euros d'amende) ; l'omission de porter secours (cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende). Dans les faits, les médecins sont condamnés à de la prison avec sursis.

## 1.2. La potentialité du risque

Aussi infime soit le risque médical, les médecins ne peuvent pas l'éliminer totalement. Or, le risque d'être poursuivi découle du risque médical : les médecins pensent qu'ils sont exposés au risque judiciaire parce que les soins peuvent échouer et renvoyer à leur responsabilité.

Le passage de l'échec à une procédure en responsabilité reste au demeurant incertain. On ne sait ni la forme, ni les limites naturelles que peut revêtir l'affaire (Boltanski, 1990). Un préjudice donne-t-il lieu systématiquement à une poursuite ? Un cancer diagnostiqué avec six mois de retard ou la section partielle d'un nerf au cours d'une intervention sont-ils des accidents que les patients vont reprocher à leurs médecins ? L'affaire se confinera-t-elle au cabinet médical ? S'inscrira-t-elle dans le cadre d'une conciliation administrative, d'une transaction assurantielle, d'une procédure civile ou pénale ? L'affaire durera-t-elle un an, trois ans, cinq ans ? Peu d'éléments permettent de le prédire. Les médecins-experts, rompus aux dossiers en responsabilité médicale, constatent que les procédures s'amorcent sans nécessairement qu'il y ait de faute ou de préjudice, ni même de lien entre les deux — qui sont pourtant les éléments nécessaires pour que le médecin soit reconnu fautif.

Pour les médecins, c'est le potentiel de risque qui importe (Beck, 2003 [1986]). Mis à part les chirurgiens, la probabilité pour que naisse un procès est faible, mais il est toujours trop grand car chaque affaire est une blessure. Aussi, le risque transcende les spécialités médicales. Bien que soient établies des disparités de risque entre le généraliste et l'ophtalmologiste, le premier, moins exposé, ne peut pas se considérer préservé parce que le potentiel de risque est par définition incompressible. Il n'y a donc pas de médecins non exposés : il y a ceux qui ont déjà été mis en cause et ceux qui le seront peut-être demain.

## 1.3. Le poids de l'accusation

Même épargnés, les médecins savent qu'un procès est douloureux. Ils rencontrent au Conseil de l'ordre un confrère mis en cause ou bien côtoient au cabinet, dans le service ou à la clinique un confrère y faisant face. Les médecins-experts participent à la construction de l'expérience des « accusés » lors des expertises et constatent les conséquences psychologiques de la procédure accusatoire. On songe à la longueur des procédures et au stigmate que celles-ci induisent, à la publicisation et à la confrontation avec le juge d'instruction au pénal, à la préparation de la défense avec ses conseils et aux accusations du patient lors de l'expertise, à la puissance du juge et à sa sensibilité à l'égard des victimes, à la couverture des frais d'avocat et de justice, aux effets néfastes sur la clientèle et rédhibitoires sur la carrière, à l'honneur perdu par une condamnation<sup>10</sup>. Cette perception du vécu des procédures correspond à la réalité : les médecins y ayant été confrontés ne cachent pas les souffrances endurées. Le traumatisme, la tension au travail et le mécanisme de survie persistent même plus de deux ans après l'affaire, avec une intensité proportionnellement plus forte chez ceux qui exercent une spécialité à risque sur le plan judiciaire (Martin et al., 1991). C'est à partir de cette expérience des procédures en responsabilité et de sa représentation que se pose la question, pour les médecins, de la pertinence d'un ajustement de la pratique. On observe alors trois types de réactions selon la nature de l'activité de chaque praticien.

<sup>10</sup> Le risque judiciaire prend une ampleur nouvelle, en partie à cause de l'augmentation de la fréquence des mises en responsabilité, au tournant des années 1990. Le nombre d'articles consacrés à la responsabilité médicale dans la presse médicale générale a doublé entre les périodes 1970–1988 et 1989–2002, passant de 15 à 33 par an (Le *Concours médical*, de 1970 à 2002).

## 2. Réaffirmer la vocation et la science médicales

Un premier groupe est composé de six médecins qui travaillent dans un centre hospitalier universitaire (CHU). Deux d'entre eux font de la chirurgie viscérale dans un service qu'ils dirigent ; l'un est chirurgien vasculaire, tandis que deux autres médecins dirigent un service de gynécologie-obstétrique, au sein duquel ils se consacrent à l'obstétrique ou à la chirurgie. Enfin, un médecin est spécialisé dans l'échographie prénatale. Leurs spécialités, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique, impliquent un rapport étroit avec les procédures. À l'exception de « l'échographe », ils ont dû faire face à une, voire plusieurs procédures en responsabilité, et tous estiment pouvoir en connaître d'autres. Pourtant, cette exposition n'affecte pas leur technique. Pour comprendre cette situation, il faut analyser plusieurs dimensions de leur métier, explorer à la fois leurs ressources et leurs contraintes (les pathologies traitées<sup>11</sup>, les rapports professionnels et la nature de l'établissement) et sonder leur imaginaire professionnel, notamment à travers le statut que revêt la science.

### 2.1. *Le sens de la responsabilité : une valeur et une contrainte*

Ces médecins reçoivent des patients envoyés par des médecins généralistes, des gynécologues-obstétriciens, voire des chirurgiens. La tentation de se décharger d'un patient en raison d'un doute sur le soin adéquat et sa réussite existe peut-être, mais la question ne se pose pas parce que ces médecins du CHU sont au sommet de la hiérarchie des soins. Ils sont les spécialistes reconnus du cancer du pancréas et de l'œsophage, de la rupture de l'aorte et des malformations congénitales. Les rapports avec leurs confrères sont à sens unique : les échanges « descendants » se limitent à l'envoi de courrier sur ce que l'on pense devoir faire et sur la santé du patient.

« On est dans une structure où on ne se dérobe pas. On s'attaque aux pathologies les plus lourdes, on fait les interventions les plus lourdes qui existent, sur les terrains sans doute les plus risqués parce que derrière nous on a une très bonne réanimation ; on est très armés pour faire ça. » (Fernand, 64 ans, chirurgie viscérale, CHU)

Cependant, leur activité ne se limite pas à leur hyper-spécialité ; ils prennent aussi en charge des pathologies que traitent leurs collègues chirurgiens et obstétriciens installés en ville ou en hôpital périphérique. Mais avec ces derniers, il semble peu concevable d'envisager un transfert. Pour un « grand » médecin, il est en effet difficile d'assumer qu'une pathologie moyenne puisse représenter un risque que l'on ne souhaite pas prendre.

Le transfert de patient n'est toutefois pas complètement inexistant. D'abord, ces médecins font appel à des médecins spécialisés dans un autre domaine que le leur. Les compétences du confrère viennent alors compléter les leurs, mais non s'y substituer. Le transfert n'est que partiel : le patient est toujours celui de l'échographe, il ne devient pas celui de l'expert en cardiologie fœtale. Il reste donc une marge de manœuvre, qui n'est cependant jamais présentée par ces médecins comme un recours possible d'allègement de leur responsabilité face aux procédures ; il s'agit d'avoir un point de vue différent qui viendra sans doute confirmer le premier diagnostic du médecin. Ensuite, le médecin peut procéder à un transfert à part entière. Par exemple, un patient atteint d'un cancer peut être invité à se rendre dans un centre anticancéreux pour être soigné par un médecin spécialisé sur

<sup>11</sup> Le terme « pathologie » est entendu au sens large pour désigner l'objet de la prise en charge. Ainsi fait-il référence, par commodité, aux grossesses, mêmes physiologiques.

une forme particulière de la maladie, mais ce type de transfert reste lui aussi rare. En définitive, les rapports professionnels rendent difficile la délégation, bien que l'on doute du diagnostic, du traitement ou de la réussite de l'intervention.

## 2.2. La performance malgré l'échec

Ces médecins traitent des pathologies lourdes et des patients à risque. Ainsi, le cancer constitue en chirurgie viscérale plus de la moitié de l'activité, et les pathologies *a priori* « moyennes » présentent des difficultés en raison de patients exposés à des risques d'échecs supérieurs à la moyenne. En chirurgie vasculaire, près de 30 % des interventions renvoient à des urgences, plus ou moins importantes, et les interventions programmées visent des artères bouchées dans près de la moitié de l'activité totale. Dans près d'une situation sur cinq, il s'agit d'artères dilatées, dont l'intervention s'accompagne de complications lourdes. En gynécologie-obstétrique, 70 % des patientes de l'un des médecins ont un cancer alors qu'elles ne sont que 30 % à souffrir de descente d'organe. L'activité obstétricale se distingue, elle, par un taux élevé de grossesse pathologique. Le service reçoit de nombreuses patientes diabétiques, hypertendues ou dont le premier enfant était un grand prématuré. En matière de diagnostic prénatal, l'échographe se penche sur des suspicions ou des pathologies avérées du fœtus. Objectivement, les enjeux sont donc souvent forts : le pronostic vital est engagé pour un cancer, une rupture de l'aorte, un bébé ; il y a un risque d'amputation de la jambe, de perte de l'autonomie du rejet des matières ou de handicap de l'enfant.

Les médecins perçoivent l'attente des patients de manière ambivalente. D'un côté, ils doivent être « hyper-performants » parce que l'enjeu est crucial. Mais d'un autre côté, la gravité de la pathologie allège la responsabilité du médecin. L'exemple de l'appendicite est éclairant : on considère que le patient doit guérir, bien plus que celui qui est victime d'une rupture de l'aorte ou d'un cancer. Dès lors que la prise en charge de l'appendicite est tardive et que le chirurgien fait face à une complication grave, la situation devient tendue. De même une grossesse physiologique aboutissant à un handicap du bébé choque plus fortement les parents que lorsque les médecins ont procédé à des examens approfondis pour leur laisser le choix d'aller au terme de la grossesse. Il semble pour les médecins plus facile d'organiser l'échec autour d'une pathologie lourde qu'autour d'une pathologie moyenne, car les patients comprennent alors davantage l'échec, et les erreurs peuvent être perçues comme ayant eu des conséquences limitées : l'état du patient laissait prévoir une issue malheureuse. Ainsi, les médecins ne sont pas incités à s'ajuster techniquement puisqu'ils ont le sentiment d'être protégés par la pathologie en cas d'échec.

« Plus les pathologies sont graves et moins les gens sont agressifs ; plus le risque est important, moins il y a de revendications. On accepte mal de perdre un gamin sur une appendicite maintenant. [...] C'est heureusement très très rare, mais ça peut arriver. Alors que c'est vrai qu'un infarctus après une chirurgie lourde, [...] Mourir après une chirurgie d'anévrisme de l'aorte qui est une chirurgie considérée comme l'une des plus lourdes, c'est de toute façon mieux accepté que de se retrouver dans un fauteuil après une chirurgie des varices. » (Sébastien, 51 ans, chirurgie vasculaire, CHU)

## 2.3. Face aux patients : le pouvoir et le prestige

Ces médecins entretiennent des relations *a priori* distantes avec le patient. Celui-ci consulte trois à cinq fois l'échographe, rencontre le chirurgien vasculaire seulement au moment du soin, voit l'obstétricien trois à cinq fois sur quelques mois et il est opéré une ou deux fois par le chirurgien,

après deux ou trois consultations. Les interventions sont ponctuelles, même si les soins peuvent s'étendre sur plusieurs mois. Mais surtout, la relation semble bien davantage déterminée par la dimension médicale du patient que par les attributs personnels ou sociaux faisant de ce dernier une personne. L'organisation rend aussi la relation plus objective. Bien qu'il y ait un médecin référent, responsable du patient, plusieurs soignants interviennent et plusieurs services sont concernés. Ces rapports soignants/soignés ne contribuent pas à protéger des procédures : pour les patients, la confiance et les dettes ne seront guère trahies ; pour les médecins, la connaissance principalement médicale du patient limite les ajustements du discours, afin de communiquer sur les échecs.

Néanmoins, les médecins s'estiment protégés par l'administration. Certes, ils peuvent être mis en cause personnellement pour des fautes pénales ou des préjudices apparus dans le cadre libéral de leur pratique hospitalière, mais leur activité libérale est marginale et les procédures pénales leur apparaissent exceptionnelles. En définitive, ils exercent dans un cadre administratif où seul l'hôpital sera mis en cause. Les procédures visent sans doute un médecin, mais l'administration joue le rôle de barrière entre ce dernier et le plaignant qui gèrera, avec son assurance, ses juristes et ses avocats, la procédure.

De plus, ces médecins, en travaillant dans un grand centre régional, bénéficient d'un prestige certain. Ils ont été présentés par leurs confrères comme « les spécialistes de la pathologie ». Cette entente tacite sur la qualité du praticien préserve le médecin face aux échecs. Au fond, l'opération de la vessie ou l'échographie n'a pas été satisfaisante parce que la médecine, même exercée par les meilleurs, reste un art. Le bon sens n'inviterait-il pas à accepter une marge d'erreur, y compris chez les plus performants ?

#### 2.4. *Le respect des règles de l'art, la confirmation de l'excellence*

Ces médecins sont les dépositaires de la science. C'est d'abord au sein de leur service que s'élabore la recherche médicale. Une partie de l'activité est consacrée à l'essai de traitements, à la collecte de résultats et à la rédaction d'articles. Parce qu'ils représentent la médecine scientifique, leur volonté est de travailler comme cela a été appris dans les livres et sur le terrain avec les patrons. Ainsi, une observation clinique et une donnée biologique doivent suffire pour se forger un avis ; les bons médecins n'ont pas besoin d'examens injustifiés ; les indications sont strictes, les patients ne sont pas programmés en vue d'une intervention si les règles de l'art ne le justifient pas. Ni l'argent ni le droit ne doivent structurer les soins s'ils ne confortent pas la science.

« Pour ma partie chirurgicale à moi, je demande très peu d'examens [. . .] je prends le strict minimum, je fais ce qu'il y a à faire, j'ouvre pas le parapluie en permanence [. . .] La politique du parapluie, ça me casse un peu les pieds. » (Edmond, 58 ans, gynécologie-obstétrique, CHU)

Le travail est en même temps organisé de manière à ce que les praticiens ne soient pas tentés de s'écarter des règles. C'est ainsi qu'avec des plannings stricts, des consignes claires et une surveillance de l'équipe par le « patron », le service d'obstétrique enregistre un taux de césarienne inférieur à la moyenne nationale — alors qu'il prend en charge un taux élevé de grossesses pathologiques. De même qu'en matière de stérilisation féminine, le chef de service veille à ce que les indications soient uniquement fondées sur un motif médical. Si une solution non chirurgicale peut être apportée aux patientes, celles-ci doivent s'y conformer. Ces médecins ne cèdent pas à la pression des patients.

L'application des règles de l'art s'impose également par le devoir de transmission de ces règles aux jeunes médecins. Les chirurgiens parlent de « compagnonnage », terme qui reflète

l'attachement à la valeur de cette dimension du métier. Pour eux, il n'est guère concevable que les futurs chirurgiens n'aient pas eu de modèles parfaits, ce qui suppose que les praticiens hospitaliers et les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) réalisent les actes médicaux recommandés. Il faut apprendre aux jeunes médecins à être vertueux. Invariablement, cela consiste à ne pas faire d'examens inutiles. L'exemplarité est un comportement fondé sur un auto-contrôle fort, qui consiste à montrer aux jeunes médecins que le meilleur service se fonde sur le respect de la science. Ainsi, ces médecins sont incités à ne pas changer leurs pratiques sous la pression du droit.

« L'une des choses qui me passionne le plus, c'est de transmettre ce qu'on sait faire à tous les internes qui passent, parce qu'on est considéré comme un service formateur pour la chirurgie générale, donc on a tous les internes qui passent au cours de leur cursus et qui se forment à la pathologie vasculaire et qui apprennent à faire des gestes simples, pour savoir se débrouiller. » (Sébastien, 51 ans, chirurgie vasculaire, CHU)

Par leur spécialité, ces médecins sont exposés aux procédures, mais n'ajustent pas leur technique. Ils font face à leur responsabilité à la fois par « nécessité » et par « vertu ». Les pathologies lourdes qu'ils traitent les confortent dans leur tendance à faire leur travail dans les règles, parce qu'à leurs yeux, cette pratique neutralise le passage de l'échec à la plainte. Ils misent sur le respect des règles, sur la science, clés de leur propre performance. Cette attitude exclut logiquement la multiplication d'examens ou d'actes. Ces médecins de haut niveau peuvent également compter sur leur statut professionnel et symbolique. Au fond et de manière paradoxale, le risque de plaintes ou de procédures conforte leur identité professionnelle axée principalement sur la responsabilité et la performance.

### 3. Composer avec les patients-sujets

Un second groupe est composé de 14 praticiens qui exercent la médecine générale ou la gynécologie médicale dans un cabinet à la campagne ou en ville. Leur spécialité implique un rapport éloigné avec le risque de procédure et aucun d'entre eux n'a vu sa responsabilité mise en cause. Néanmoins, ils la redoutent pour l'avenir. Aussi, bien qu'ils aient la possibilité de transférer des patients à leurs confrères, ce qui diminue leur responsabilité et le risque d'être poursuivis, leur sentiment d'être exposé affecte leur technique : ils expliquent qu'ils font davantage d'examens, qu'ils ont cessé de pratiquer certains actes. Pour comprendre cette situation, il faut analyser de quelle manière se combinent les différentes dimensions de leur métier : les pathologies traitées, les rapports professionnels, la relation avec le patient, le statut de la science orientent leurs représentations et leurs pratiques.

#### 3.1. Marge de manœuvre versus performance : la rareté de l'échec

Près de la moitié des consultations (42 %) renvoie au contrôle et au suivi d'une affection chronique stable (Labarthe, 2004)<sup>12</sup>, c'est-à-dire qu'une hypertension, une angoisse diffuse<sup>13</sup>

<sup>12</sup> L'analyse des pathologies traitées par les médecins généralistes de ville permet de cerner l'activité des médecins installés à la campagne. Les conclusions de cette étude s'appliquent aux gynécologues, étant donné les motifs de consultation des patientes décrits par ces derniers.

<sup>13</sup> Selon les médecins de notre échantillon, les patients consultant pour un trouble psychosomatique représentent 40 % à 65 % de leur activité ; ils représentent 42 % dans l'étude (Labarthe, 2004).

ou une lombalgie ont été diagnostiquées antérieurement chez le patient. Le médecin doit alors surveiller l'évolution de la pathologie et l'efficacité du traitement. Autrement dit, dans près d'une consultation sur deux, la pathologie est identifiée et le patient est dans un protocole de soins. Le médecin a une bonne connaissance de l'état de santé de ses patients<sup>14</sup>, de leur état général et de leur mode de vie, participant d'une meilleure prise en charge — réduisant ainsi les risques d'échecs. Ensuite, plus d'une consultation sur trois (36 %) concerne des affections aiguës. Le patient a une rhinopharyngite ou une bronchite qui sont des pathologies nouvelles. Il faut donc interpréter un symptôme et proposer un traitement.

L'analyse des urgences permet ici de préciser l'enjeu de cette partie de leur activité, puisque 80 % des urgences en médecine générale sont des affections aiguës (Gouyon, 2006). Or, seuls 30 % des patients présentant une urgence ont un état jugé susceptible de s'aggraver par le médecin. Ainsi, les situations dans lesquelles une erreur d'appréciation lors de la première consultation aurait une conséquence fâcheuse pour le patient sont peu nombreuses.

Les médecins généralistes et les gynécologues médicaux disent eux-mêmes qu'ils traitent rarement des urgences ; à leur cabinet, ils font face à des pathologies légères la plupart du temps. Lorsqu'ils sont confrontés à des urgences, comme des grossesses extra-utérines ou des accidents cardiaques, ces situations exigent avant tout qu'ils fassent preuve de vigilance.

Par ailleurs, ils ont le sentiment de devoir être performant sur les pathologies légères et non urgentes. Mais à ce niveau, les généralistes et les gynécologues possèdent une marge de manœuvre cruciale : le temps de revoir le diagnostic ou le traitement. Ainsi, les erreurs, les complications et les échecs peuvent se transformer en réussite et ne pas porter préjudice au patient.

« L'avantage de la médecine générale, c'est qu'on a le temps pour nous. [. . .] Si votre mal de tête, je sais pas trop, si c'est une méningite, je peux dire « on se revoit demain, après-demain, dans trois jours, huit jours », vous allez essayer ça et si ça va pas mieux, vous me rappelez. Si ça va pas, c'est qu'il y avait peut-être quelque chose. . . Alors soit on change son fusil d'épaule ou son orientation. [. . .] C'est ça notre force : c'est le temps. Après avoir éliminé les urgences vraies, le reste, on a le temps de voir venir et de comprendre ce qui se passe. » (Rémi, 56 ans, généraliste à la campagne)

En outre, le travail n'a cessé de se spécialiser. Petit à petit, les médecins généralistes ont arrêté certains actes, aujourd'hui l'apanage des radiologues, des obstétriciens ou des urgentistes. Ainsi, occasionnellement les généralistes et les gynécologues se conçoivent comme des aiguilleurs et transfèrent un patient auprès d'un confrère plus compétent et mieux équipé qu'eux.

Les médecins utilisent les ressources à disposition et orientent en fonction des besoins et des spécialités de chacun. Ils transfèrent, vers une compétence supérieure lorsque la leur est dépassée.

« –J'ai fait plutôt de la cardiologie, j'ai été interne pendant un an en cardio intensive et de pointe, je posais des *pacemakers*, j'ai un électrocardiographe, j'en fais un petit peu, mais on perd vite, c'est un domaine où on perd vite.  
– Et comme on perd vite, c'est plus raisonnable de. . .  
– . . . de passer la main. Donc, moi je fais plutôt ça, j'ai plutôt tendance à me dire, il faut connaître un petit peu ses limites. » (Marc, 54 ans, généraliste à la campagne)

<sup>14</sup> Trois fois sur quatre, les généralistes voient des patients qu'ils suivent régulièrement. Dans le quart restant, la majorité des patients est connue (Labarthe, 2004).

Le métier nécessite donc un réseau de confrères spécialistes qui prend en charge les patients. La confiance dans la compétence de ses collègues est alors essentielle. Les chirurgiens, les obstétriciens ou les médecins internistes de l'hôpital où l'on a été formé restent ainsi des interlocuteurs privilégiés. En même temps, les réputations comptent, car il est impossible d'avoir travaillé avec l'ensemble des spécialistes dont on a besoin. Il faut alors regarder les états de service de ces derniers, écouter le retour donné par les patients et observer la manière dont ils distillent les informations au médecin traitant.

L'utilisation de la division des compétences tend à atténuer leur responsabilité. Si une part importante des pathologies « moyennes » dépasse leur compétence, apparaît alors un cercle vertueux : il ne reste sous sa responsabilité que les patients aux pathologies légères, qui protègent des procédures.

### 3.2. *La relation avec le patient : question de confiance*

La relation de proximité que le médecin entretient fréquemment avec son patient contribue également à le protéger des procédures. Le couple de trentenaires a gardé son médecin durant 20 ans et y a envoyé ses enfants qui l'ont consulté jusqu'au commencement de leurs études. Le médecin s'est déplacé à la maison ; il a proposé au patient, un vendredi soir, de passer le soir dans l'heure pour s'assurer de la non gravité de son état et pour le soulager avant le week-end ; le médecin de famille a recueilli les confidences de sa patiente ; il l'a mise en relation avec un expert de la pathologie et l'a soutenue face à la maladie et la douleur. . . Nombreuses sont les fois où le médecin a été présent et dévoué. Au fil du temps, la relation est dense et les dettes s'accumulent<sup>15</sup>. Or, lorsque la confiance, l'estime et l'amitié réciproques s'instaurent, il est plus difficile, pour les patients, d'amorcer des procédures ; il faut réussir à quitter le médecin, balayer les dettes et trahir la confiance comme l'amitié. Le patient doit se justifier auprès du médecin, s'exposer à avoir des remords et être prêt à assumer l'image du traître.

Néanmoins, le discours des médecins montre que la question de la confiance entre le médecin et son patient est aujourd'hui une relation qui se déploie à double sens. Les généralistes comme les gynécologues évaluent leur patient et ils s'intéressent notamment à sa valeur contentieuse. En d'autres termes, ils sont attentifs aux attitudes des personnes présentes dans leur cabinet qui révèlent un caractère difficile, une fragilité psychologique ou un manque d'honnêteté. Les représentations des médecins révèlent que le potentiel de plainte d'un individu varie selon ses caractéristiques sociales et sa psychologie. À leurs yeux, les patients susceptibles d'amorcer une procédure en responsabilité sont dotés de ressources sociales et appartiennent aux classes moyennes et supérieures urbaines. Certaines professions, telles que les professeurs ou les juristes, sont également identifiées comme des patients « exigeants ». Par ailleurs, leurs comportements donnent des indices précieux.

André se souvient d'une patiente incapable d'entendre ce que sa secrétaire puis lui-même lui conseillait : il n'était pas concevable que son petit-fils attende 24 heures pour se faire soigner une angine et il dut céder face son insistance. Pendant une nuit de garde, son interlocuteur au téléphone l'a menacé pour qu'il se déplace au domicile du patient. Rémi, quant à lui, évoque les déviances de certains patients :

« Ça me fait penser à deux épisodes où on nous a volé des choses très personnelles : un patient à moi, que je connais depuis 15 ans, il m'a volé un dictaphone ; les gens vont là-haut, ils

<sup>15</sup> L'accomplissement du rôle pour la collectivité est une expérience tangible (Parsons, 1955 [1951]).

emmènent le papier cul, et ils ont volé un bouton de radiateur dans la salle d'attente. Non mais pour dire ! La confiance, ça a ses limites. » (Rémi, 56 ans, généraliste à la campagne)

Le médecin doute de la fiabilité de son patient ; son comportement imprévisible ne risque-t-il pas un jour d'avoir des répercussions fâcheuses ? De la même façon, n'est-il pas raisonnable de se méfier des patients calculateurs et roublards, notamment ceux qui tentent de « négocier » des arrêts maladie ?

Aux yeux de Vincent (53 ans, généraliste, ville moyenne), certains patients savent très bien se servir du système pour rentabiliser un infarctus *via* des demandes de reclassements professionnels, des arrêts de travail et des taux d'invalidité injustifiés ouvrant des droits auprès de la Cotorep et la Sécurité sociale. Les procédures peuvent logiquement permettre de faire construire une maison, rembourser un crédit, acheter une voiture ou payer les études des enfants. Par ailleurs, les médecins généralistes insistent sur le caractère instrumentaliste et cynique d'une frange de la clientèle. Certains changent régulièrement de médecin pour obtenir ce qu'ils veulent. Face à un échec, le patient est susceptible d'assigner son médecin en Justice puisqu'il le considère comme un « prestataire de service », dont les résultats insatisfaisants méritent d'être remboursés.

Par ailleurs, les généralistes et les gynécologues n'incarnent pas l'excellence scientifique. Sans doute les patients respectent et admirent leur savoir-faire, mais identifient également leur place dans la hiérarchie médicale. Ce ne sont pas les professeurs du grand hôpital de la région faisant progresser la science, mais les médecins du pâté de maisons, du village ou de la ville. Dotés d'un prestige relatif, les patients leur semblent alors plus enclins à remettre en cause leur jugement.

### 3.3. *La prise en compte du risque résiduel*

En raison des pathologies légères qu'ils traitent, les médecins et les gynécologues exerçant dans un cabinet sont faiblement exposés au risque des procédures. Néanmoins, lorsqu'ils sont confrontés à un accident cardiovasculaire ou à un accouchement, l'enjeu de la situation exige la performance. En cas d'échec sur ce type de cas se profile un risque de procédure. Et même si les praticiens de notre échantillon n'ont jamais été inquiétés par la plainte d'un patient, leur imaginaire professionnel a intégré les risques qui pèsent sur la profession. Les transformations des rapports entre médecine et droit à partir des années 1990, les scandales de la santé publique, l'augmentation des mises en responsabilité, l'attribution de droits au malade, notamment à travers la loi du 4 mars 2002<sup>16</sup> ont contribué à forger ces représentations. En outre, l'incertitude que représente l'interprétation juridique d'un événement médical, l'activité créatrice des juges en matière de jurisprudence constituent des facteurs d'inquiétude.

Bien que le risque concernant ces médecins soit résiduel, le sentiment de ne pas maîtriser les choses, la conscience des responsabilités accrues qui pèsent sur les médecins les ont alertés. En outre, la blessure profonde que constituerait une mise en responsabilité est redoutée. En ce sens, les généralistes et les gynécologues médicaux exerçant en ville seraient fortement exposés en cas de procédure. Régie par le droit civil, la relation soignant/soigné est sans rempart : le patient met en cause un médecin qui doit répondre personnellement de ses actes. Ni un directeur juridique, ni la structure de l'hôpital, ni un médecin-conciliateur ne s'interposent : les procédures atteignent rapidement et directement leur cible.

<sup>16</sup> La Loi 2002–303 du 4 mars 2002 consacre les « droits du malade » en matière d'information sur son état de santé, de consentement éclairé aux soins, et de qualité de la prestation médicale.

### 3.4. *Compromis avec la science et ajustements techniques*

Pour des raisons qui tiennent à la nature de leur travail et aux relations qu'ils entretiennent avec leurs patients, ces médecins s'écartent fréquemment des pratiques strictement scientifiques. C'est le cas notamment lors des visites à domicile<sup>17</sup>, au cours desquelles ils constatent le manque de silence, d'éclairage ou de table pour travailler sérieusement. Celles-ci apparaissent ainsi comme une activité de contrôle et de renouvellement de traitement ne mettant guère à l'épreuve leur compétence médicale. En outre, les soins s'éloignent parfois de la « science positive ». Plutôt que de prescrire des médicaments pour des angines répétées, le traitement consiste à dire au sujet que ce dernier les fabrique en raison d'un problème personnel qu'il s'agit alors d'identifier.

D'ailleurs, les patients participent aux compromis avec la science médicale. Ceux atteints de troubles psychosomatiques doivent être rassurés. Cela consiste parfois à faire des examens inutiles comme des radiologies ou à prescrire des antidépresseurs et des oligoéléments. Il y a aussi des patients exigeants pour lesquels on accède à la demande de scanner ou auxquels on propose de se rendre à l'hôpital.

« – Il (le fonctionnel) vient pour poser une question, on est obligé d'y répondre.

– Qu'est-ce que vous prescrivez par exemple ? . . .

– Des plantes, un anxiolytique, un antidépresseur, des oligoéléments, un traitement symptomatique très ponctuel, mais il faut absolument qu'ils sortent avec quelque chose. [. . .] Parce qu'après, il y a toute une démarche : ils sortent, ils prennent leur voiture, ils vont aller chez le pharmacien, ils vont attendre, ils vont rentrer chez eux, ils vont ouvrir la boîte, lire le mode d'emploi. Il y a tout un cheminement, qui va être une espèce de rituel pour être rassuré. Mais, s'ils rentrent chez eux avec rien, c'est terrible. » (Jean, 51 ans, généraliste)

L'organisation du travail des généralistes et des gynécologues les préserve d'un certain contrôle professionnel et du regard des pairs. En l'absence d'infirmières, de confrères du service, leur activité n'est pas régie par des règles relatives à des comportements et à des indications imposées par un chef. Ces médecins ne travaillent pas non plus sous les yeux des étudiants et n'ont pas ainsi le devoir d'être exemplaire.

Enfin, si le médecin ne rechigne guère à faire une radiographie et une prise de sang à la demande du patient, son attitude s'explique par sa volonté d'entretenir le lien qu'il a noué avec son patient, mais aussi parce que désormais, la relation avec le patient est parfois ressentie comme une pression et qu'elle peut contenir des menaces plus ou moins diffuses. En somme, les dimensions traditionnelles et sociales du métier, le contrôle professionnel relatif et les demandes des patients, conduisent à s'écarter de la science. Face au risque de procédure, cette tendance est renforcée, car la prudence dans le diagnostic et le souci de maintenir une relation avec le patient sont utiles. Aussi, tendent-ils à faire un peu plus d'examens ou un peu moins d'actes. Ainsi, les médecins ne font plus d'infiltrations et de vaccin BCG, ne traitent plus les ongles incarnés, les loupes, les plaies mal placées ou importantes, de surcroît sur les enfants<sup>18</sup>.

Du fait de leur spécialité, ces médecins sont faiblement exposés aux procédures. Les pathologies traitées, légères ou non urgentes, réduisent les échecs et neutralisent le passage de l'échec à la

<sup>17</sup> Pour plusieurs médecins, celles-ci constituent encore près de 40 % de leur activité. Pour les autres, leur proportion se situe autour de 25 % de l'activité.

<sup>18</sup> Ces stratégies ont un coût. Certes, les médecins arrivent parfois à concilier les dépenses de santé et la mise à distance des procédures, par exemple en écourtant les hospitalisations face au risque d'infection. Mais les examens complémentaires et les actes facturés à l'hôpital ou par un spécialiste sont coûteux (Fielding, 1990).

plainte. Ensuite, les occasions de donner du travail à leurs confrères, en transférant un patient, sont nombreuses. Enfin, ces médecins peuvent compter sur l'épaisseur de la relation avec leurs patients qui prémunit en partie des plaintes. Pourtant, malgré leur faible exposition et leur relative protection, un sentiment d'insécurité s'est développé chez ces médecins. Leur discours le montre et c'est ainsi qu'ils justifient la modification de leur technique. Le paradoxe n'est en fait qu'apparent. Pour ces médecins qui ne se sentent pas tenus par l'excellence et qui sont, nous l'avons vu, déjà éloignés d'un rapport strict à la science, l'écart aux règles de l'art se révèle moins coûteux que pour les « grands » spécialistes dépositaires de la science. En revanche, la perspective d'une plainte émanant d'un patient, bien qu'elle soit faible, est extrêmement blessante, d'abord parce que le praticien devra seul et directement s'y confronter, ensuite parce que la relation tissée avec l'auteur de la procédure rendra celle-ci d'autant plus douloureuse. Ici réside le paradoxe de l'épaisseur de la relation entre le patient et le médecin : elle freine l'émergence d'une plainte, mais aggrave l'impact de cet événement pour les protagonistes.

#### 4. Contraintes et ajustements techniques

Un troisième groupe est composé de 16 médecins, exerçant la gynécologie-obstétrique ou la chirurgie dans un hôpital périphérique ou une clinique. Leur spécialité et leur place dans la chaîne du travail médical les exposent ; ils sont d'ailleurs 70 % à avoir été mis en responsabilité. Cette situation provoque ou renforce des dilemmes pesants dans la pratique quotidienne. Faiblement protégés par la relation qu'ils entretiennent avec les patients, ils tentent d'utiliser la marge de manœuvre dont ils disposent, en transférant parfois leurs patients ou en s'écartant du strict respect des règles de l'art.

##### 4.1. Soigner les pathologies moyennes : le coût de l'échec

Ces médecins traitent en priorité des pathologies moyennes. En chirurgie viscérale, il faut enlever une vésicule et des calculs des voies biliaires, traiter une hernie hiatale, un ulcère à l'estomac ou des hémorroïdes. Les chirurgiens orthopédistes s'occupent de sportifs et de gens vieillissants, de déchirures ligamentaires et d'arthroses. Un chirurgien vasculaire installé en clinique ne gagne pas sa vie en opérant des anévrismes, et plus du tiers de ses interventions chirurgicales traite des varices, auquel s'ajoute une activité de chirurgie thoracique. En gynécologie, les médecins soignent des fibromes et des prolapsus, et en obstétrique, les grossesses sont physiologiques. Bien sûr, les chirurgiens traitent des pathologies lourdes et prennent en charge des patients difficiles, et les obstétriciens sont confrontés à des complications gravissimes. Mais globalement, les pathologies lourdes sont, dans leur activité, inversement proportionnelles à celles de leurs homologues du CHU.

Ainsi, les enjeux médicaux sont objectivement moins graves — « moyennement » importants. Mais pour les médecins, les interventions fonctionnelles et les grossesses physiologiques représentent un risque plus important, car du point de vue des patients, les interventions apparaissent efficaces et les grossesses sans difficulté particulière, si bien que la prise en charge doit *a priori* se conclure par une fin heureuse. *A contrario*, des variations entre le risque initial et le coût final paraissent inacceptables : alors que la patiente souffrait d'incontinence, elle quitte l'hôpital paralysée ; alors que le fœtus était en parfaite santé, le bébé sort de la maternité avec un trouble psychomoteur irréversible.

« Il y a des choses qu'on opère et où il n'y a pas des choses vitales, par exemple, les hernies hiatales ; c'est des reflux, c'est de l'acidité qui remonte dans la bouche, et c'est assez gênant,

mais c'est pas vital, [. . .] c'est une opération de confort qui n'est pas dénuée de risque. . . Alors là, c'est grave, parce que si le malade meurt, là on se dit "si je lui avais rien fait il serait pas mort !" Alors que le cancer effectivement, on peut pas le laisser. . . C'est triste à dire mais on préfère presque opérer des choses vitales parce qu'au moins, on a l'impression d'être le dos au mur, de pas pouvoir faire autre chose.» (Gilbert, 59 ans, chirurgie viscérale, clinique)

Les complications et les erreurs coûtent cher : le patient y voit la responsabilité éclatante du praticien. Le métier apparaît en définitive difficile. Si l'intervention et la naissance peuvent se produire sans difficulté, l'intervention peut aussi, par exemple en orthopédie ou en urologie, ne pas permettre au patient de retrouver la fonction promise ; et enfin, les interventions et les grossesses peuvent s'accompagner de préjudices plus élevés que le risque initial<sup>19</sup>. Les pathologies « moyennes » incitent ainsi les médecins à s'écarter des règles de l'art — moins de risque sur les actes, plus d'exams complémentaires.

#### 4.2. *Les faibles obligations du patient*

La relation avec le malade protège selon la spécialité. En effet, les gynécologues-obstétriciens, dont l'activité s'étend de la gynécologie à la chirurgie et l'obstétrique, connaissent les patientes qu'ils opèrent et dont ils suivent la grossesse avant l'accouchement<sup>20</sup>. Cette relation prévaut en ville — chez les gynécologues médicaux étudiés dans la partie précédente — plutôt qu'à l'hôpital. Mais la force de la relation existe aussi auprès de l'obstétricien de l'hôpital qui accouche pour la seconde fois une patiente.

Cela étant, tous traitent des urgences concernant des patients inconnus, et pour les chirurgiens, les interventions fonctionnelles se font dans le cadre d'une relation dense, mais ponctuelle : les personnes sont vues une ou deux fois en consultation avant d'être opérées et de regagner leur domicile. Cela n'enlève rien à la confiance, mais c'est la première et sûrement la dernière fois que le praticien sera vu. La dette est forte, et paradoxalement, peu engageante, si bien qu'après l'intervention, le patient et sa famille peuvent se retirer du colloque singulier sans coût excessif : il n'y aura pas d'amitié, ni peut-être de confiance trahie.

Ces médecins se sentent plus ou moins exposés aux procédures selon la nature de leur établissement : d'un côté, les médecins hospitaliers, bénéficiant de la barrière administrative, s'estiment protégés ; et de l'autre, les médecins libéraux des cliniques, face à leurs patients

<sup>19</sup> Il faut noter deux effets pervers de cette spécialisation dans la « pathologie moyenne ». Le premier est la perte de confiance dans la gestion des complications lourdes du fait de son appartenance à une maternité classée en niveau de risque faible. Le praticien voit moins de complications et finit par douter de sa capacité à les prendre en charge de manière optimale, ce qui rend la procédure plus tangible. Le second effet pervers est l'option prise par certains praticiens, dans le dernier tiers de leur carrière, particulièrement ceux ayant choisi d'être généraliste dans leur spécialité : lâcher les pathologies vitales au profit des pathologies fonctionnelles. En d'autres termes, ils recentrent leur activité autour des pathologies qui les exposent. Cela tient à deux raisons : ces médecins ne peuvent plus suivre la division — et donc la spécialisation — des techniques ; et ils ne veulent plus se « griller les coronaires » sur des interventions longues — qui renvoient aux pathologies lourdes. Il est évident qu'au-delà d'un effet de spécialité, de choix de carrière et de personne, ces médecins sont « victimes » de la place qu'ils occupent dans le système de soins. Ils ne sont en effet en rien incités à continuer à se former et à se spécialiser sur du « lourd » ; au contraire même, ils sont obligés de creuser le sillon du « moyen » pour maintenir leur taux d'activité.

<sup>20</sup> Le médecin découvre chez sa patiente, à la suite du frottis cervico-vaginal annuel, une lésion cancéreuse et l'opère. La patiente à laquelle il prescrivait la pilule est enceinte ; il suit la grossesse, fait les échographies, et l'accouche.

mécontents, s'estiment exposés. D'un côté, des médecins se reposent sur les cadres administratifs de la direction juridique, de l'autre, des médecins tentent de s'en sortir avec leur secrétaire, leur confrère directeur et leur avocat. Cela dit, les hospitaliers n'oublient pas leur activité libérale, qui les expose comme leurs confrères. Par ailleurs, ces médecins ont une autorité, attachée à leur prestige, moins forte que celle des « patrons » et du centre régional : « on est des chirurgiens moyens », disent-ils, travaillant dans des « petits hôpitaux de province ». Les médecins s'attendent ainsi à des revendications plus vives, car leurs patients percevraient le fait qu'ils ne proposent pas les meilleurs soins ; ils doivent démontrer davantage que leurs confrères du CHU que les complications à l'accouchement ne sont pas liées à une mauvaise surveillance.

#### 4.3. *Transférer les patients : le dilemme de responsabilité*

Ces médecins ont une compétence que sollicitent leurs confrères. Les cardiologues confient leurs patients atteints d'artérite au chirurgien vasculaire pour une opération des carotides ; les gynécologues adressent leurs patientes à un obstétricien pour surveiller leur grossesse ; les généralistes transfèrent leurs patients victimes d'une entorse du genou à l'orthopédiste, etc. Ces médecins ont la responsabilité des naissances, des traitements de la vésicule et des cancers, d'autant plus lorsque, sans centre universitaire dans le département, ils sont les seuls à posséder la compétence recherchée. Pour ces médecins, il est ainsi irréaliste de ne pas recevoir les patients de leurs confrères.

En même temps, la possibilité de transférer le patient existe. Le centre universitaire a vocation à les aider. Ils peuvent y prendre un avis ou y transférer un patient lorsque le service en chirurgie et en réanimation assure une meilleure prise en charge. Selon un gynécologue-obstétricien travaillant dans une maternité de niveau 1, les patientes enceintes sont provisoirement confiées à l'échographe du centre de diagnostic prénatal du CHU dès qu'il soupçonne une pathologie. Il n'hésite donc pas à transférer ses patientes, comme à l'hôpital où la règle est d'envoyer au CHU les parturientes de moins de 32 semaines avec une pathologie. En outre, ces médecins préfèrent parfois confier un patient à un confrère ayant la même compétence, voire à un médecin d'un grand centre, lorsqu'ils estiment que les risques de complications sont élevés. Mieux vaut alors transférer le patient à l'hôpital ou au CHU où la prise en charge est répartie entre plusieurs professionnels.

Une patiente est atteinte d'un cancer du sein et doit être opérée. Gilles préfère la confier à d'autres mains en un autre lieu :

« Je sais faire un curage embryonnaire, je pourrais la faire entrer à la clinique. Le problème, c'est qu'il y a des techniques émergentes dans ce type de situation particulière, qui requiert un savoir-faire et un équipement particulier. À Melliville, on a les gens qui maîtrisent cette technique, mais on n'a pas les outils. Ce dossier, je vais téléphoner à un centre anticancéreux, à Sarville, ou à G. à Serriville, très probablement à G. » (Gilles, 53 ans, gynécologie-obstétrique, cabinet et clinique)

La patiente est transférée dans un centre anticancéreux où la compétence et l'équipement sont réunis.

Ainsi, ces médecins ont parfois l'occasion de se « déresponsabiliser ». Cette possibilité tend à se transformer en obligation, car ils peuvent être accusés par les juges d'avoir illégitimement gardé le patient : un chirurgien plus pointu lui aurait donné plus de chance. Les chirurgiens généraux se demandent donc s'ils ne devraient pas transférer le patient au chirurgien viscéral, orthopédiste ou

gynécologue. Néanmoins, cette possibilité pour se « déresponsabiliser » n'a que peu d'effet sur le risque de procédure qui les guette ; en effet, ce sont les pathologies « moyennes » qui exposent les médecins. Aussi ces médecins sont à la fois menacés lorsqu'ils traitent des pathologies lourdes — car le juge peut leur reprocher de ne pas avoir transféré le patient — et des pathologies moyennes — car l'incompréhension du patient est forte en cas d'échec.

#### 4.4. *Le pragmatisme plutôt que la performance*

Les médecins ne sont plus dans les services de pointe qu'ils ont fréquentés pendant leur formation. Ils ne participent guère aux avancées de la science et doivent assurer des missions de proximité. En quittant les grands centres, ces médecins se sont éloignés d'une pratique de l'élite, quoique la recherche de performance soit forte, et sont moins soumis à l'obligation d'être irréprochables. Ils conviennent d'ailleurs être moins bons que leurs anciens patrons, s'appuyer sur leurs confrères et les examens et/ou prendre moins de risques dans les soins.

Par ailleurs, le devoir d'exemplarité est relatif vis-à-vis des confrères et des jeunes médecins. Si l'organisation exige qu'un ordre soit respecté et des situations sanctionnées, couramment des pratiques ne relevant pas des règles de l'art ne sont pas corrigées. Les jeunes médecins n'ont qu'à faire alors la part des choses : les médecins leur apprennent le métier comme ils l'exercent. Aux emplois du temps et aux honoraires régis par l'administration se substitue l'organisation personnelle du travail à sa juste rémunération. En effet, à la clinique le chirurgien s'associe ou reste seul, travaille cinq ou sept jours par semaine, dix ou 15 heures par jour. Ainsi, des modes de travail, qui s'écartent des règles de l'art, se mettent en place<sup>21</sup>. Leur métier renvoie au final à un arrangement à la marge avec les règles de l'art, qui les place devant la possibilité de s'ajuster par rapport au risque de procédure. Ainsi, ils prescrivent davantage d'examens, parfois pour ménager leurs patients, ils les transfèrent à leurs confrères lorsqu'ils perçoivent un cas délicat à gérer et certains ont renoncé à pratiquer une partie des soins.

Les gynécologues-obstétriciens et les chirurgiens procèdent parfois à davantage d'examens, soit pour se « couvrir », soit parce qu'ils cèdent parfois à leurs patients. Les médecins en ville doivent ménager leur clientèle pour gagner leur vie, et comme à l'hôpital, la confiance et le recrutement des patients semblent passer parfois par la prescription d'examens peu justifiée.

« Les examens complémentaires, si nous les demandons, c'est parce que nous en avons besoin. Ça arrive parfois qu'on m'en demande et je dis : "je pense qu'il y en a pas besoin". Et justement, on le fait des fois, c'est une erreur, justement pour essayer que les gens aient plus confiance ; on demande une échographie pour être sûr que... c'est une connerie, on le fait. C'est pas bien. On le fait, oui ! Ça m'arrive de demander des examens en sachant qu'il ne va me servir à rien l'examen, juste pour rassurer un patient. » (Diane, 39 ans, chirurgie viscérale, clinique)

Quelques-uns considèrent que certaines prises de sang qu'ils prescrivent, certaines amniocenteses ou césariennes sont discutables d'un point de vue médical.

Par ailleurs, les transferts sont effectués en fonction du profil du patient et des limites que ressentent les praticiens qui tentent alors de confier le patient à un confrère aux mêmes compétences, ou à un chirurgien d'un grand centre :

<sup>21</sup> Des médecins observent par exemple un confrère réalisant près de 400 accouchements par an et considèrent cette pratique risquée pour les patientes et le praticien.

« Moi, j'ai la hantise des gens obèses qui ont des anatomies difficiles, on fait des trucs, on voit pas bien, on n'a pas trop de moyen de vérifier. . . Il y a des fois où on dit "hou lala, c'était merdique", et ceux-là, s'il y a des complications, on peut se dire qu'on n'a pas bien fait, mais on essaye d'en avoir le moins possible des comme ça, voire pas du tout. » (Gilbert, 59 ans, chirurgie viscérale, clinique)

Enfin, les médecins ajustent leur technique en arrêtant de faire des actes utiles. Par exemple, l'un des chirurgiens interrogés a décidé d'arrêter les interventions pour lesquelles le risque de paraplégie était de 3 % à 7 % devant les conséquences judiciaires qu'elles impliquaient.

Exposés aux procédures en raison des pathologies qu'ils traitent, faiblement protégés par une relation fluctuante avec les patients, ces médecins, soumis à la performance, mais moins tenus par l'excellence que d'autres, tentent de réduire les risques auxquels ils sont exposés en s'écartant parfois des règles de l'art et en transférant un patient de temps à autre. Ils se retrouvent face à des dilemmes pesants car la modification de leur technique n'évacue pas leur responsabilité. L'équilibre entre les dimensions de leur identité professionnelle est fragilisé par l'épreuve de la procédure.

## 5. Conclusion

Pour les médecins, la procédure en responsabilité représente un risque renvoyant à une épreuve douloureuse, les amenant à s'interroger sur la nécessité de transformer leur technique pour s'en protéger. On a mis en évidence trois types d'adaptation face aux procédures, s'expliquant moins par la spécialité des médecins que par leur activité. Ces trois types d'adaptation peuvent être ramenés à deux logiques générales structurant le rapport entre la responsabilité professionnelle et le travail. La première est la corrélation entre le risque de responsabilité et la spécialisation du travail : plus le médecin est spécialisé et moins sa responsabilité est lourde. La seconde logique générale est la corrélation entre la responsabilité et l'état de santé du patient : plus le médecin traite des cas soit légers, soit graves, et moins sa responsabilité est lourde. À l'inverse, la fréquence des pathologies « moyennes », c'est-à-dire fonctionnelles, donne le sentiment d'une exposition forte. Par ailleurs, la relation, selon sa densité émotionnelle, semble protéger plus ou moins des procédures. Les relations longues, fréquentes et intimes préservent davantage que les relations ponctuelles et objectives.

Ainsi, la performance et la confiance apparaissent comme les deux dimensions essentielles du métier pour expliquer l'évolution des rapports entre les médecins et les patients. D'une part, la pression du droit et de l'institution judiciaire remettent au centre des préoccupations les performances de l'institution médicale. En posant le problème des performances, les procédures ont favorisé le développement d'une démarche-qualité visant à sélectionner les actes efficaces, à évaluer les médecins et à repenser le rôle de la formation. D'autre part, la relation de confiance se recompose. Le médecin évalue le risque que représente son patient selon son âge et sa pathologie, ses ressources sociales et culturelles, et sa psychologie. Il tente aussi d'obtenir du patient une confiance raisonnable. Ce dernier doit croire dans la compétence, l'intégrité et le dévouement du médecin, sans toutefois se faire d'illusions sur les performances. En informant ses patients des risques d'échecs, le praticien prépare le patient à l'échec, tout en prenant le risque de fragiliser la confiance du patient, dont le médecin a besoin lors d'un échec.

Les médecins continuent de fonder une part de leur vocation sur la confiance et le don de soi. La médecine est donc dans un monde ambivalent où se mêlent valeurs et relation d'un côté, science et droit de l'autre.

## Références

- Amar, L., Minviel, E., 2000. L'action publique en faveur de l'usager : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade. *Sociologie du travail* 42 (1), 69–89.
- Amiel, C., 2005. « On sait qu'il n'y a pas de "vrais" risques ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales. *Sciences sociales et santé* 23 (4), 38–55.
- Beck, U., 2003 [1986]. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Flammarion, Paris.
- Boltanski, L., 1990. *L'amour et la justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*. Métailié, Paris.
- Castel, P., Merle, I., 2002. Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du travail* 44 (3), 337–355.
- Cicourel, A.V., 2002 [1981]. *Langage et structure des croyances dans la communication médicale. Le raisonnement médical*. Seuil, Paris.
- Dodier, N., 1993. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Métailié, Paris.
- Dubet, F., 2002. *Le déclin de l'institution*. Seuil, Paris.
- Ducournau, P., 2005. Le consentement à la recherche en épidémiologie génétique : le « rituel de confiance » en question. *Sciences sociales et santé* 23 (1), 5–36.
- Fielding, S.L., 1990. Physician Reactions to Malpractice Suits and Cost Containment in Massachusetts. *Work and Occupations* 17 (3), 302–319.
- Fielding, S.L., 1995. Changing Medical Practice and Medical Malpractice Claims. *Social Problems* 42 (1), 38–55.
- Fillon, E., 2009. À l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie médicale. Éditions de l'EHESS, Paris.
- Freidson, E., 1984 [1970]. *La profession médicale*. Payot, Paris.
- Goffman, E., 1968 [1961]. *Asiles*. Minuit, Paris.
- Gouyon, M., 2006. *Les urgences en médecine générale, document de travail n° 94*. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale et ministère des solidarités, de la Santé et de la Famille. DREES, Paris.
- Herzlich, C., 1993. Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. *Carrières et pratiques des médecins français : 1930–1980*. Doin-Inserm, Paris.
- Kuty, O., 1975. Orientation culturelle et profession médicale. La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement. *Revue française de sociologie* 16 (2), 189–214.
- Labarthe, G., 2004. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Drees. *Études et résultats* n° 315, Paris.
- Martin, C.A., Wilson, J.F., Fiebelman, N.D., Gurley, D.N., Miller, T.W., 1991. Physicians' Psychologic Reactions to Malpractice Litigation. *Southern Medical Journal* 84 (11), 1300–1304.
- Membrado, M., 2001. La décision médicale entre expertise et contrôle de la demande : le cas des interruptions de grossesses. *Sciences sociales et santé* 19 (2), 31–61.
- Parsons, T., 1955 [1951]. *Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne. Éléments pour une sociologie de l'action*. Plon, Paris.
- Parizot, I., 2003. *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Puf, Paris.
- Peneff, J., 1992. *L'hôpital en urgence*. Métailié, Paris.
- Sicot, C., 2003. Une politique de gestion des risques : pourquoi ? *Responsabilité* 11, 3–5.
- Scheff, Th.J., 1970 [1963]. Règles de décisions, types d'erreurs et leurs conséquences sur le diagnostic médical. In: Herzlich, C. (Ed.), *Médecine, maladie et société*, Mouton-EHESS, Paris [cité et traduit par C. Herzlich].
- Strauss, A.L., 1992. *La trame de la négociation. Textes réunis par I. Baszanger*. L'Harmattan, Paris.
- Weber, M., 1971[1922]. *Économie et société*. Plon, Paris.