

Où s'arrête la responsabilité d'un médecin ?

Les procès intentés aux médecins sont 4 fois plus nombreux qu'il y a 25 ans; dans cette époque d'automatisme, on tend à assimiler un médecin à un ...garagiste! Notre table ronde fait le point sur un problème fondamental.

La responsabilité des médecins français a été souvent mise en cause ces temps-ci. Certes, les médecins américains, par exemple, ont comparu beaucoup plus souvent devant la justice, mais il reste qu'en France la responsabilité médicale tend à être de plus en plus soumise à l'appréciation juridique. En 25 ans, les plaintes des malades contre leur médecin ont quadruplé. En 1970, une compagnie d'assurances professionnelles qui assure 18 000 médecins a reçu 340 plaintes : quatre fois plus qu'il y a 25 ans. En 1969-1970, le Tribunal de Paris, qui juge 60 à 70 % des procès médicaux, a rendu 73 jugements en matière civile. C'est à la fois peu et beaucoup : peu, eu égard au nombre d'actes médicaux pratiqués chaque jour, mais beaucoup par rapport aux années antérieures ; d'autant que l'écho, croissant lui aussi, fait à ces affaires par les mass-media révèle et stimule l'intérêt que le public leur porte.

Ce sont là des faits. Mais que valent les interprétations que l'on en donne ? La législation est-elle surannée ? Certains l'estiment. Selon eux, elle constitue un frein au progrès, un risque de manque d'initiative de la part du médecin, rarement attaqué pour en avoir « trop fait », beaucoup plus souvent pour « abstention », « négligence », « manque de surveillance » du malade, de l'opéré, voire de l'exécution de ses prescriptions. Faut-il incriminer plutôt le public qui, mal informé en matière de médecine et de thérapeutique, aurait tendance à comparer le médecin à un garagiste, et, de surcroît, un garagiste qui n'a pas le droit de se tromper, de devenir vieux, d'être fatigué, de n'être pas au courant de toute nouvelle technique... ? L'Ordre des Médecins, quant à lui, tout en déplorant par la voix de son président, le professeur J.-L. Lortat-Jacob, qu'un nombre de plus en plus grand de procès passe en correctionnelle et non plus en « civil », ne pense pas qu'il faille changer la loi. « La responsabilité fait partie, comme la liberté, de la noblesse de notre profession », dit-il mais il estime qu'il conviendrait de définir de façon plus précise dans quelles conditions s'exerce cette responsabilité.

Afin de tenter d'éclairer ce problème par plusieurs faces, nous avons réuni pour discuter de ce sujet un juriste, Me Auby, un sociologue, L. Brams, et deux médecins, qui ont souhaité l'un comme l'autre garder l'anonymat, en fonction justement de leur responsabilité médicale ; l'un est psychiatre-psychanalyste, nous le nommons Dr Psy, l'autre est médecin praticien généraliste et sera appelé ici Dr Gen ⁽¹⁾.

(1) Nous n'avons évoqué ici ni la responsabilité socio-économique du médecin, ni les problèmes particuliers de la responsabilité psychiatrique, thèmes qui mériteraient chacun à lui seul un débat.



Dr VIGY. Il est nécessaire de préciser d'abord ce qui, du point de vue légal, régleme la responsabilité médicale.

Me AUBY. Il existe plusieurs types de responsabilité médicale. La première, de type disciplinaire, est engagée devant le Conseil de l'Ordre des Médecins. Lorsque le médecin a commis une faute disciplinaire, notamment au regard du Code de déontologie, il est exposé à des poursuites devant les juridictions de l'Ordre, à des sanctions professionnelles qui peuvent aller jusqu'à l'interdiction d'exercer.

La seconde, la responsabilité pénale, s'applique au médecin comme à tout citoyen. Il existe des infractions pénales auxquelles les médecins sont plus exposés, par exemple en matière d'avortements ou de stupéfiants. Mais la plupart des poursuites menées contre des médecins sont faites sur des bases qui s'appliquent à n'importe qui : c'est ainsi que chacun peut être condamné au titre de l'Article 319 du Code pénal pour homicide ou blessure par imprudence. Le médecin qui, par maladresse ou négligence, causerait un dommage physique grave ou occasionnerait la mort de quelqu'un, risquerait lui aussi d'être condamné à ce titre. Peu de textes concernent spécialement les médecins. Cependant, l'article 63 du Code pénal punissant les personnes qui refusent de porter secours à une personne en danger alors qu'elles peuvent le faire sans risque pour elles-mêmes, sans être spécial aux médecins, leur est appliqué dans des conditions assez notables. Je ne sais pas si on a pensé spécialement aux médecins en établissant ce texte, mais les tribunaux l'ont appliqué à des directeurs de clinique refusant d'admettre un patient, ou à des médecins appelés la nuit et qui n'acceptent pas de se déranger... Il n'y a pas beaucoup de procès de ce genre, mais des médecins ont été condamnés pour de tels motifs.

Enfin, la responsabilité civile du médecin est régie par des dispositions qui résultent des articles 1382 et suivants du Code civil et s'appliquent à tout individu. En effet, toute personne qui par sa faute cause un dommage à autrui, peut être condamnée par un tribunal civil à une sanction civile, c'est-à-dire à des dommages-intérêts.

Dr VIGY. Ni le Code civil, ni le Code pénal n'ont subi de modifications récentes. Et pourtant la responsabilité du médecin s'est aggravée. A quoi cela tient-il ?

Me AUBY. Les textes sont effectivement les mêmes depuis un siècle et demi. Et pourtant, alors qu'autrefois, il y a seulement dix ou quinze ans, on intentait assez peu de procès en responsabilité contre les médecins, aujourd'hui au contraire les choses ont bien changé : très souvent les familles d'une « victime » d'une intervention médicale et surtout chirurgicale, ou les patients eux-mêmes, pensent à une faute médicale, même en l'absence d'un motif très précis, et déclenchent des poursuites. Nous reviendrons sur les raisons psychologiques, sociologiques et

historiques de cet état de fait. Mais certains points d'ordre juridique méritent d'être signalés. Pour des raisons de procédure très souvent, les conseillers juridiques des personnes qui ont un grief contre un médecin, les incitent à porter une **plainte pénale**, à saisir le Parquet et la juridiction pénale. La raison en est la suivante : lorsqu'il s'agit d'un procès civil, c'est le plaideur qui doit constituer la preuve. Or, pénétrer dans une clinique ou un hôpital pour prouver la faute d'un médecin n'est pas chose aisée. Au contraire quand il y a poursuite pénale, c'est la gendarmerie et la police qui s'efforcent de prouver la faute médicale, et c'est donc plus facile. Il en résulte une tendance à aggraver la responsabilité du médecin : celui-ci est alors susceptible de faire l'objet d'une condamnation à une amende, voire à une peine de prison avec sursis, et non plus seulement à des dommages-intérêts ce qui est beaucoup plus grave du point de vue moral.

La responsabilité s'est alourdie

Dr VIGY. Beaucoup trouvent normal que les médecins soient comptables de leurs actes et responsables de leurs fautes, comme tout professionnel. Mais, selon eux cette responsabilité ne doit pas dépasser certaines limites, sous peine de les rendre trop prudents, trop timorés dans leur action. Qu'en pensez-vous en tant que juriste ?

Me AUBY. A mon sens, la responsabilité attribuée aux médecins est nettement plus lourde qu'autrefois. Et ceci n'est pas seulement le fait du public : on observe dans certains tribunaux une tendance à faciliter la mise en cause du médecin par celui qui demande réparation. On note dans la jurisprudence récente concernant les médecins, une **tendance de certains tribunaux à supprimer la condition de faute**, à rendre le médecin presque automatiquement responsable des dommages qu'il causa et de ceux qui surviennent après son intervention. Cela s'était déjà produit il y a quelque quarante ans, lorsque certains tribunaux avaient décidé que le médecin était responsable des dommages causés par les « choses » (au sens juridique du terme), qu'il a sous sa garde. Il semble que depuis quelques années on revient, dans certains tribunaux, à des thèses du même genre et qu'on exige du médecin non plus une obligation de moyens, mais une obligation de résultat. En matière de responsabilité on distingue en effet deux séries de cas. Certains professionnels sont tenus à une obligation de résultat, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à aboutir à une certaine fin. Par exemple lorsque vous faites réparer votre voiture, vous avez le droit d'exiger que le garagiste vous la rende en état de marche. Au contraire, dans d'autres cas, le contrat ne met à la charge du professionnel que des moyens : celui-ci s'engage à déployer une certaine activité conforme à sa

technique, mais sans pouvoir garantir le résultat et sans y être tenu. Certains professionnels de la santé ont une obligation de résultat, par exemple les prothésistes ; jusqu'à présent au contraire, les médecins ont seulement une obligation de moyens : lorsqu'ils passent un contrat (tacite) avec le malade, ils s'engagent à lui donner des soins « éclairés, attentifs, consciencieux et conformes aux données de la science ». Ils ne s'engagent évidemment pas à le guérir. Déjà, quelques spécialistes ont tendance à appliquer à certains spécialistes l'obligation de résultat. On en a vu des exemples pour des opérations de chirurgie esthétique (du moins pour les opérations les plus simples). C'est peut-être ce qui va se produire pour les anesthésiologistes. Beaucoup s'attendent à ce qu'on applique peu à peu aux chirurgiens et aux médecins cette obligation de résultats, ce qui les rendrait pratiquement responsables de tout dommage et même, en fait, de toute éventualité malheureuse, ou simplement défavorable, sans qu'il y ait à démontrer une faute.

Dr VIGY. Pourriez-vous nous donner des exemples d'autres professions où existe l'obligation des moyens ou celle de résultat ; ceci pour resituer la responsabilité médicale parmi les responsabilités d'autres professions libérales ?

Me AUBY. L'avocat ne prend pas l'engagement de gagner son procès ; il prend celui de défendre son client avec le maximum de conscience, d'objectivité, de chercher à dégager les arguments les plus pertinents, mais c'est tout ; il s'engage sur les moyens qu'il met en œuvre, il ne peut pas en garantir l'issue. L'architecte, par contre, a certaines obligations de résultat : il est responsable pendant dix ans des vices pouvant compromettre la solidité des édifices.

Il y a un dernier aspect de la responsabilité médicale qui peut être redoutable. Certains, dont je suis, pensent qu'elle est excessive.

L'affaire Albertine Sarrazin

Je pense notamment à la décision prise dans l'affaire Albertine Sarrazin au moins par les juges de première instance. Je n'ai pas à apprécier le jugement ; il semble cependant que le tribunal qui l'a rendu n'avait pas la preuve absolue que les fautes commises par les médecins avaient été à l'origine du décès de cette dame. Le tribunal de Montpellier a estimé que les médecins et chirurgiens en cause avaient privé Mme Sarrazin de « chances raisonnables de survie ». Cela va loin puisque l'on abandonne le terrain de la preuve du lien entre la faute et le préjudice, pour arriver à une appréciation qui devient très subjective. On peut estimer que c'est là une tendance à aggraver par trop la responsabilité médicale, à aller au-delà de ce qui est cherché : l'exigence de voir les médecins se

comporter de manière consciencieuse, suivant les règles de leur métier.

Dr VIGY. Vous avez employé plusieurs fois le terme de faute. Quel est dans l'esprit de la loi le sens de ce mot ? Et ses rapports avec le préjudice ? L'entend-on comme, une faute d'orthographe ou comme une faute morale ?

Me AUBY. Pour le juriste, la faute, c'est le manquement à une ou des obligations. Ces obligations ne sont pas toujours rédigées noir sur blanc dans les textes et ce sont les tribunaux qui doivent dégager ce qu'est exactement l'obligation du médecin d'après les règles de la profession médicale. On peut distinguer les fautes techniques et des manquements aux devoirs du médecin dans ses rapports avec le malade. Constituent des fautes techniques, par exemple, une erreur grossière de diagnostic qui traduirait une ignorance totale, ou encore l'imprudence, grave ou la maladresse grossière commises dans une intervention. Le respect du secret professionnel, l'assistance, la demande du consentement du malade pour les actes que le médecin pratique sur lui, représentent des obligations.

Dr VIGY. Comment, sur le plan juridique, concilie-t-on les obligations du médecin devant la loi et des règles fondamentales de l'exercice médical telles que la liberté de prescription, le libre choix... ?

Me AUBY. Le Conseil d'Etat a admis que le médecin peut utiliser sur son malade un médicament qu'il a composé lui-même, sans que ce médicament ait le visa administratif, du fait, justement, de la liberté de prescription. C'est un arrêt qui a été discuté mais il existe. La seule limite est ce que l'on appelle le charlatanisme, mais celui-ci n'est pas facile à définir. Un médecin peut utiliser n'importe quelle formule, essayer n'importe quelle technique, même si elle n'est pas académique, à condition qu'elle soit de caractère scientifique et non pas magique ou empirique.

Dr VIGY. Mais quels sont les critères retenus pour reconnaître le caractère « scientifique » ?

Me AUBY. Il n'y en a pas. Ce sont les tribunaux qui en décident dans chaque cas particulier, sur l'opinion d'experts. Quant au libre choix, nous avons évoqué l'obligation d'assistance à personne en danger, qui le limite certes, mais assez peu.

Dr VIGY. Dans les procès en responsabilité médicale, cherche-t-on à évaluer le degré de responsabilité lié à l'état mental d'un médecin comme on le fait en général lorsqu'un citoyen a attenté à la vie ou à l'intégrité physique d'une personne ? Est-ce que le fait d'être atteint d'une maladie mentale, aiguë ou chronique, est souvent retenu comme circonstance atténuante pour un médecin ?

Me AUBY. Cela ne peut concerner que les procès en responsabilité pénale, comme pour

n'importe qui, d'ailleurs. En matière pénale, l'état mental du prévenu pourrait entraîner une atténuation ou la suppression de la peine ; mais il est rare qu'on cherche à apprécier le degré de responsabilité lié à l'état mental de médecins impliqués dans des procès...

La médecine n'est pas la mécanique

Dr VIGY. Comment les médecins vivent-ils cette législation et son application dans les différents jugements rendus ?

Dr GEN. On assiste actuellement, dans notre civilisation, à l'installation d'une notion qui veut que tous les dommages soient réparés et qu'un individu ne puisse plus assumer seul la responsabilité des accidents et doit faire intervenir pour le dédommagement une tierce personne : c'est ainsi que la grêle sur les récoltes, dont personne n'est responsable, demande réparation ; que la société, par l'intermédiaire de la Sécurité sociale, prend en charge les dégâts que peut causer une maladie ; que l'assurance automobile est obligatoire...

Une autre particularité de la responsabilité des médecins — dont ils n'ont d'ailleurs pas l'exclusivité — est que celle-ci n'est pas diluée, et ceci pour deux raisons ; le malade a vu un médecin, et le tient à juste titre pour le seul responsable de son intervention ; le médecin, dans le contrat qu'il a passé avec le malade, a accepté cette prise en charge complète. Mais il ne peut l'assurer que si le malade, lui faisant confiance, respecte lui aussi le contrat (« Une conscience devant une confiance » L. Porter). D'une manière plus générale, on peut en somme discerner deux domaines où s'exerce la responsabilité médicale : la responsabilité délictuelle, qui est très proche de celle de tout citoyen ; et la responsabilité contractuelle qui, étant donné la nature du contrat passé entre le médecin et son malade, a des caractéristiques propres à la profession médicale. La jurisprudence oscille entre deux pôles eu égard à ce que doit apporter le médecin. Classiquement, ce sont des soins attentifs, consciencieux et correspondant aux données acquises de la science... Pour être à l'abri de tout reproche, le médecin doit donc avoir les mêmes capacités que l'expert qui évaluera ses actes. Ce n'est guère possible dans les faits. Il faut rappeler que le code de déontologie est un texte législatif, c'est un chapitre du Code de la santé ; il ne traite pas seulement des rapports entre médecins, mais aussi des relations des médecins avec leurs malades.

Dr PSY. Sans omettre le fait que les données « acquises » de la science ne sont pas toujours les plus sûres... Ou du moins restent sujettes à une remise en question. Si l'on s'en tient aux textes, le médecin est tenu de se recycler en permanence. Le caractère obligatoire du re-

cyclage ne le rend pas plus aisé pour autant, ni plus efficace. En revanche, dans l'état actuel des choses, on peut imaginer que dans les considérations d'un procès en responsabilité, il soit fait état de ce que le médecin n'a pas suivi tel ou tel enseignement post-universitaire.

Dr GEN. Par ailleurs, puisque le médecin a le droit d'utiliser une thérapeutique qui lui semble bonne, même s'il est le premier à l'avoir trouvée et si les médicaments prescrits n'ont pas l'agrément de la Commission des Médicaments, il se trouve en quelque sorte dans la situation d'un général qui choisit une tactique particulière : s'il gagne, on ne lui dira rien, s'il perd, il s'expose à de sérieuses critiques. C'est donc vraiment admettre qu'un jugement soit fonction du seul résultat...

Dr PSY. Quant à la rareté des expertises psychiatriques dans les procès en responsabilité médicale, elle ne doit pas être particulière aux médecins, et se retrouve dans toutes les professions qui exercent une autorité morale, juridique ou politique. La structure de la société est telle que, par une espèce de consensus, ni les plaignants ni les autorités juridiques ne cherchent à mettre en cause directement et publiquement l'« intégrité mentale » de quiconque a un rôle de responsabilité, et qu'on a tendance à se contenter de l'apparence. Cela correspond en outre à une certaine réalité : dans les fonctions de responsabilité, les troubles mentaux se révèlent relativement plus vite, et la « mise hors circuit » du sujet se fait plus rapidement et plus spontanément.

L'« image » du médecin a changé

Dr VIGY. Il persiste une contradiction puisqu'encore maintenant on n'imagine pas que la responsabilité pénale du médecin soit diminuée pour non intégrité mentale, tandis que dans le même temps le nombre des plaintes contre des médecins augmente.

L. BRAMS. Cela révèle que le médecin est maintenant de plus en plus perçu comme un technicien, dans un système de plus en plus industriel — les « usines à soins » — avec une diversification du travail, des spécialistes, des équipes. Le rôle du médecin est du même coup démythifié, son pouvoir n'est plus « magique », et par conséquent incontesté, et on le met en question... comme un mauvais ouvrier.

Je fais dans ces propos allusion à la responsabilité médicale vue par le public ; il faut la distinguer très clairement de la responsabilité de fait. Pour éviter toute moralisation abusive de cette notion, il vaudrait mieux parler de « réponse aux attentes ». Le médecin est censé correspondre à l'image qu'on s'en fait, en particulier sur le plan de son efficacité.

Cependant lors d'enquêtes démographiques, on perçoit qu'aux yeux de la population il y a eu passage d'une relation assez profonde malade-médecin à un rapport de plus en plus épisodique, éclaté, superficiel, avec une série de techniciens. Dans l'image qu'a le public de la médecine et du médecin, on trouve de plus en plus d'analogie avec le système de production industrielle. Finalement la récupération de la santé devient presque synonyme de récupération ou d'acquisition d'un produit fini. Dans cette optique de la santé marchandise le « fabricant » de la santé est responsable et attaquant quand le produit fini est de mauvaise qualité.

Un deuxième facteur intervient : la socialisation de la médecine. En France tout le dispositif de sécurité sociale a fait naître non seulement une aspiration à la santé mais un besoin d'elle, qui est revendiquée comme un droit. Et le médecin qui ne satisfait pas ce « droit » est « coupable ».

Maladie diagnostiquée, maladie guérie

Du fait des progrès de la médecine, le champ des affections jusqu'alors ignorées ou non détectables et que l'on sait maintenant diagnostiquer est largement augmenté sans que pour autant la médecine soit capable de les guérir toutes. Si bien qu'il peut apparaître à la population — ce qui est faux sur le plan objectif — que la médecine guérit moins de malades qu'autrefois. D'où l'impression de la relative incapacité croissante de la médecine à faire face aux besoins de santé.

Dr PSY. Dans cette conception de la santé « produit fini », votre exposé me paraît pêcher par un point, c'est qu'un produit manufacturé n'a pas d'opinion sur sa propre qualité ni sur ceux qui l'ont déterminée. Or dans la relation du malade avec le médecin, il y a une différence : rétroactivement, le « produit fini » réagit en fonction de ce qu'il est, de ce qu'il sent ; il se produit une sorte d'effet cybernétique...

L. BRAMS. Il ne s'agit pas tellement d'une conception mais plutôt d'images. Dans les entretiens non directifs, ce qui apparaît nettement c'est que le produit fini n'est pas le malade guéri, mais la santé. Le modèle vécu au niveau de la population est celui de la remise en ordre d'un objet, d'une voiture par exemple. Cette analogie apparaît fréquemment.

Dr PSY. Ce modèle ne correspond pas non plus à une autre forme d'expérience, également non directive, qui est la nôtre : la plainte du malade, ce qui l'amène à nous consulter, est intégrée dans tout le vécu du patient. Il me semble que les non-malades ou les ex-malades, que vous interrogez, ne perçoivent pas, mais fantasment l'image santé-produit fini. C'est une image défensive.

L. BRAMS. Oui, mais... la responsabilité de fait du médecin, l'accueil fait à des non-guéri-

sons, l'importance démesurée donnée à des événements récents en ce domaine ne sont pas le fait de malades ou d'ex-malades, mais celui de ces populations...

Dr PSY. Ce que vous dites est d'autant plus important que je me demande si, au plan juridique, ce ne sont pas ces modèles du médecin, de l'état de santé et de maladie, et finalement de responsabilité, qui interviennent dans l'évaluation de la responsabilité des médecins.

L. BRAMS. Je pense effectivement que le juridique recueille avec un certain décalage, plus ou moins grand, cette image généralisée. On pourrait sans doute souhaiter qu'il tienne compte davantage de l'image, du « modèle » du malade, et bien évidemment aussi des réactions et des interprétations du corps médical.

Le rapport médecin-malade est déterminant

Dr VIGY. Jusqu'à présent, il semble que vos divergences dans la manière de percevoir le problème tenaient à ce que vous ne voyez pas les mêmes personnes : des non-malades pour l'un, des malades pour les autres. Mais en quoi votre propre position intervient-elle dans l'évaluation du phénomène ?

Dr PSY. La différence vient d'abord de ce que nos objectifs ne sont pas les mêmes. Le médecin est amené à évaluer la situation en fonction d'une action thérapeutique, même si cette action consiste parfois en une abstention. En outre, le médecin, qu'il le veuille ou non, est impliqué dans cette situation à partir du moment où il y est engagé.

Dr GEN. Plus de neuf fois sur dix la plainte est consécutive à une mauvaise relation entre le médecin et son malade. En examinant les cas de plaintes déposées contre des médecins, on finit toujours par retrouver au départ un problème relationnel qui a révélé, voire créé le préjudice : le malade s'est senti mal considéré ou rabroué par son médecin, ou il a eu l'impression que le médecin ne voulait pas le prendre en charge.

Dr VIGY. Il reste à expliquer pourquoi il y a de plus en plus de manifestations agressives à l'égard du rôle du médecin, et d'une manière plus générale quelles raisons peuvent rendre compte de la détérioration de la relation entre le médecin et le malade.

L. BRAMS. La disparition des médecins de famille paraît être une des principales causes de difficulté des relations. Mais on pourrait imaginer à l'inverse que cela facilite la relation. Dans l'hypothèse où l'on pense que l'individu normal, et plus encore le malade, est tout à fait en harmonie dans une vie sociale où les échanges se font entre rôles, en l'occurrence le rôle du

malade et le rôle du médecin, le médecin spécialiste qui a à l'heure actuelle un rôle de haute technicité spécialisée pourrait, dans une société industrielle, favoriser des relations plus simples. Mais les faits contredisent cette hypothèse. Il paraît plus probable que l'individu qui vit dans une civilisation industrielle où il mène une vie extrêmement heurtée, découpée en morceaux, est à la recherche d'un point fixe, d'un de ces points d'appui que l'instituteur, le curé et le médecin constituaient dans la France rurale.

Or, dans une société d'urbanisation rapide, où le besoin de « point fixe » est majoré, le médecin est de moins en moins apte à jouer ce rôle. La spécialisation, la surcharge et le manque de disponibilité sont autant de facteurs du découpage des rôles. Le médecin, déjà spécialisé, ne voit son malade que sporadiquement et très peu de temps à la fois. Il ne peut donc pas dans ces conditions entamer avec lui une relation suivie. Enfin un autre fait peut, jusqu'à un certain point, expliquer que le médecin soit l'objet de plaintes : il reste identifiable personnellement, individuellement. On peut donc le rendre responsable et le mettre en cause lui-même, au contraire de l'administration où la responsabilité est diluée : *ils* ont encore fait ça... ».

Le malade ne vient pas seulement pour guérir

Dr PSY. Je voudrais d'abord rappeler, à l'appui de ce que vous dites, que le médecin généraliste est l'objet de moins de plaintes que le spécialiste qui intervient de façon ponctuelle à un moment de la vie du patient. Mais surtout, il me paraît capital de nuancer fortement certains stéréotypes concernant les besoins du malade et du médecin. Nous vivons tous avec l'idée qu'un malade vient voir un médecin pour guérir... Or, bien souvent, un patient vient pour autre chose, une plainte qui demande à être entendue par le médecin même au cours de l'évolution de la maladie la plus somatique qui soit ; elle est aussi en relation avec l'impact de la maladie dans l'image que le sujet a de lui-même, avec les implications que cela peut avoir dans ses relations avec son environnement, il peut venir un moment où il a davantage besoin d'être malade que de guérir.

Quel est, en face, le besoin du médecin ? Il lui faut « fonctionner » d'après un certain modèle et en fonction de ses propres motivations : schématiquement, il a le besoin de guérir... Mais les motivations du médecin à guérir ne sont pas toujours les motivations les plus favorables au patient et à son évolution. D'autre part, on a le sentiment qu'il y a aujourd'hui deux sortes de médecines, celle qui s'exerce encore dans des conditions où la relation inter-personnelle joue un rôle très important — que ce soit un omnipraticien ou un spécialiste installés — et la médecine de haute technicité, où l'anonymat hos-

pitalier, la spécialisation (des malades et des médecins), etc. ont altéré cette relation dont le besoin est accru. Nous ne sommes pas aussi loin du problème de la responsabilité qu'il peut y paraître : une « absence » dans la relation entraîne une mauvaise évaluation de la plainte du malade, et peut amener (le cas n'est malheureusement pas rare) à faire pratiquer un certain nombre d'examen qui non seulement peuvent ne pas être nécessaires, mais peuvent avoir des conséquences somatiques et/ou psychiques assez néfastes... Quelqu'un qui vient parce qu'il a « mal à la tête » et à qui on fait subir un certain nombre d'explorations, alors qu'il s'agit d'une inhibition névrotique de la pensée, peut voir son devenir très sérieusement infléchi et ne plus jamais se retrouver comme avant.

Dr VIGY. Est-ce qu'il ne vous paraît pas que la tendance sur le plan juridique est plutôt de condamner celui qui pêche par défaut que celui qui pêche par excès ?

Dr GEN. Oui, sauf si l'excès est vraiment très excessif, alors que le défaut, même minime, sera beaucoup plus facilement incriminé.

Il faut aussi tenir compte de la qualité de la relation : alors qu'en général la famille accepte très bien qu'on en fasse trop, ce n'est que lorsque les rapports médecin-malade sont de bonne qualité que le médecin peut limiter son action — si besoin est — sans que le malade le considère comme « fautif ».

Dr VIGY. Peut-on, au niveau individuel cette fois, expliciter ce qui amène le patient ou sa famille à porter plainte contre un médecin ? Prenons, si vous voulez, le cas d'un décès à la suite d'un acte médical ou chirurgical et pour que l'exemple soit plus pur, imaginons que la victime n'avait pas de charges familiales.

Dr PSY. La plainte contre le médecin est d'abord le moyen de résoudre la situation conflictuelle née de la mauvaise relation malade-médecin qui l'a presque toujours précédée. On peut aussi faire une comparaison avec ce qui se passe dans les histoires d'héritage. Quand un membre d'une famille meurt, le groupe qui entoure le défunt passe par un certain nombre de phases émotionnelles bien souvent aussi conflictuelles ; s'il y a eu, du temps du vivant de celui qui vient de mourir, des tensions telles que le deuil ne peut se « faire » normalement, les héritiers résolvent ces tensions par des disputes qui vont quelquefois contre leur intérêt. La plainte contre le médecin est un certain mode de réaction devant une tension insupportable ou bien un moyen de récupération narcissique. Le plus souvent le motif allégué n'intervient que pour une part peu importante, de même que les éventuelles indemnités financières. Car le dommage qui peut avoir été provoqué par un médecin ne se retrouve dans aucune autre profession...

Dr VIGY. Si ce n'est — mais c'est un cas limité — chez l'avocat dont le client risque d'être décapité s'il a mal plaidé sa cause ■