

Erreur, faute ou aléa. Une vision de la pratique médicale par le patient et par le thérapeute

Medical practice and failure, medical error, fault or hazard. A vision of the procedure by the patient and the therapist

EL BANNA S.¹, BEAUTHIER J.-P.^{2,3} et BEAUTHIER F.^{2,3}

¹Service d'Orthopédie, CHU de Charleroi, Université libre de Bruxelles (ULB),

²Unité de Médecine légale et d'Anthropologie médico-légale, Laboratoire d'Anatomie, Biomécanique et Organogenèse (LABO), Campus Erasme, Université libre de Bruxelles (ULB),

³Institut médico-légal Hainaut-Namur, Charleroi

RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent les conséquences d'une procédure judiciaire sur la santé des médecins incriminés, sur leur environnement de travail et sur leur manière de gérer leur pratique médicale. Ils discutent des moyens permettant d'éviter la procédure et ses désagréments et proposent quelques recommandations utiles pour une approche plus sereine de la procédure judiciaire et de ses conséquences éventuelles et rapportent ce qu'il en est de la prise en charge des souffrances des professionnels de la santé.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 85-94

Doi : 10.30637/2021.18-084

ABSTRACT

The authors describe the consequences of a judicial procedure on the health of the involved physicians, on their work environment and the way they manage their medical practice. They discuss ways to avoid the procedure and its inconveniences, offer some useful recommendations to a serene approach of the judicial procedure and its possible consequences and report on support and how to deal with the sufferings of health professionals.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 85-94

Doi : 10.30637/2021.18-084

Key words : healthcare professional, medical practice, responsibility, judicial procedure, bodily damage, forensic medicine, justice, fault, negligence, inadequacy, malpractice, hazard

INTRODUCTION

Le professionnel de la santé, lorsqu'il se trouve mis en cause quant à la qualité de sa pratique, se sent véritablement victime, ce que la littérature anglo-saxonne mentionne sous le terme de « *the second victim experience* »¹. Il est vrai que les inconvénients sont de divers ordres, tels que le traumatisme psychique (véritable « blessure narcissique »), le temps perdu en raison de l'énergie dépensée pour la défense et la justification de ses actes médicaux ainsi que sa présence lors des lourdes procédures, qu'elles soient judiciaires, amiables ou devant le Fonds des Accidents Médicaux (FAM).

Toutes ces démarches peuvent générer, chez le médecin concerné, le sentiment douloureux d'une procédure abusive, voire la volonté de poursuivre en justice les patients qui les ont incriminés afin de laver leur honneur et leur réputation².

Nous avons déjà soulevé cet aspect de la responsabilité médicale, vu « de l'autre côté du décor »³. Notre volonté est ici d'élargir le public médical pouvant être intéressé par ce sujet tout à fait d'actualité. Nous revisitons cette responsabilité, en y apportant diverses définitions souvent utilisées à tort, et en y abordant successivement :

- les conséquences d'une procédure de plainte sur la santé des médecins incriminés, sur l'environnement personnel et professionnel et sur leur manière de pratiquer ;
- les moyens permettant d'éviter cette plainte et son cortège de désagréments ;
- quelques recommandations utiles à une approche sereine de la procédure judiciaire et de ses conséquences éventuelles ;
- la situation actuelle de la prise en charge des souffrances morales ainsi vécues par les professionnels de la santé.

DEVOIRS DU MÉDECIN ET DROITS DU PATIENT

Depuis 2002, les droits du patient sont clairement définis par une loi⁴. Cette réglementation promeut la confiance et la qualité de la relation entre patient et praticien professionnel. Le médecin, selon la nature de la consultation, pose un diagnostic, prescrit un traitement et en assure le suivi. Un médecin a une responsabilité très étendue envers ses patients. Celle-ci couvre tous les actes qu'il peut poser mais elle comprend aussi les directives qu'il donne à ses auxiliaires tels que le personnel infirmier, les étudiants ou les résidents sous sa garde.

Les articles 3 à 11 du nouveau Code de Déontologie médicale décrivent les principales obligations du médecin. Le médecin a le devoir d'agir dans les limites de ses compétences. Dans le doute, le médecin doit se renseigner ou diriger le patient vers un médecin spécialisé.

En principe, les obligations du médecin sont des obligations de moyens. Ainsi, le fait de ne pas obtenir la guérison du malade ne le rend ni fautif ni responsable. Il ne pourra être rendu responsable que lorsqu'il n'a pas fourni des efforts normaux, compte tenu de la norme de diligence. La charge de la preuve appartient donc, dans ce cas, au patient⁵. La jurisprudence conclut souvent d'ailleurs que la faute médicale n'est pas établie par le patient.

Des cas particuliers sont cependant soulevés. Citons notamment le cas d'un médecin ayant admis – avant l'intervention de stérilisation tubaire – n'avoir jamais éprouvé ni eu connaissance d'échecs dans la littérature spécialisée et ne contestant pas n'avoir préconisé aucune autre forme de contraception pendant la période post-opératoire. Il peut dans ce cas particulier être admis que les parties se sont implicitement accordées sur le fait que le médecin contractait une obligation de résultat⁶. Dans un cas d'une compresse oubliée dans l'abdomen du patient au cours de l'opération, la Cour d'appel de Liège a estimé que « le chirurgien est tenu, en sa qualité de médecin diligent, de compter, assisté le cas échéant par une infirmière, les instruments et compresses avant et après l'opération, ce qui permet de remarquer immédiatement les manquements éventuels. Il s'agit d'une mesure de précaution minimale et d'une prestation technique simple, à ce point dénuée d'aléa qu'elle doit être qualifiée d'obligation de résultat dans son chef »⁷.

Il est ici intéressant de rappeler l'arrêt de Cour d'appel de Bruxelles (2014/AR/558) à propos des infections nosocomiales :

« Une obligation est de moyens lorsque le débiteur a promis de tout mettre en œuvre pour aboutir à un résultat déterminé, sans cependant garantir celui-ci. À l'inverse, l'obligation est dite de résultat dans les hypothèses où l'on peut considérer que le débiteur s'est engagé à atteindre un résultat déterminé et précis qui suppose uniquement l'exécution d'un fait positif. L'aléa constitue le critère de distinction entre les obligations de moyens et les obligations de résultat : si le résultat recherché est aléatoire ou incertain, l'obligation sera de moyens, si l'obtention de ce résultat est certaine ou

quasi certaine, elle sera de résultat.

Dès lors que la large majorité des infections nosocomiales se présentant habituellement dans les hôpitaux ne peuvent être évitées malgré le respect strict des consignes d'hygiène, l'hôpital ne peut être tenu, en ce qui concerne de telles infections, que d'une obligation de moyens ».

Cependant certaines de ces **obligations sont des obligations de résultat**. C'est généralement le cas des interventions bénignes dans lesquelles l'aléa médical est très faible, voire inexistant et en cas de chirurgie esthétique⁸. En effet, la chirurgie esthétique concerne « des actes chirurgicaux tendant à modifier l'apparence corporelle d'une personne, à sa demande, sans visée thérapeutique ou reconstructrice ».

L'obligation d'information

Le médecin doit bien informer son patient afin de lui permettre de donner un consentement libre et éclairé. L'information porte sur le diagnostic, la nature, le but et la gravité d'une éventuelle intervention ainsi que sur les risques et les alternatives qui lui sont associés. L'obligation d'information de la part du médecin comprend aussi l'obligation de répondre aux questions du patient.

La notion du **consentement éclairé** revêt ici toute son importance⁹. de Rode et Paulus¹⁰ (2017), dans un article de synthèse sur la responsabilité médicale, rapportent le contenu d'un arrêt du 26 juin 2009 de la Cour de cassation qui décrit ainsi le devoir d'information du médecin :

« sauf en cas d'urgence, d'impossibilité d'informer ou de refus d'être informé, un médecin diligent fournit au patient de manière préalable et claire les renseignements requis pour pouvoir consentir de manière éclairée à l'intervention médicale prévue.

Ces renseignements ont trait à l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications pertinentes pour le patient, les effets secondaires et les risques liés à l'intervention, la postcure, les possibilités de substitution et les conséquences financières.

Ils ont, en outre, trait aux conséquences potentielles en cas de refus ou de retrait du consentement et aux autres clarifications considérées comme pertinentes par le patient ou le praticien (voir notamment l'article 8, §2, de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient).

La circonstance qu'un risque important et connu par un médecin normalement prudent et diligent, lié à l'intervention, ne se réalise que dans des cas exceptionnels, ne dispense pas le médecin diligent du devoir de porter ce risque à la connaissance du patient. [...]

Le tribunal de première instance de Bruxelles a eu à trancher un cas dans lequel la patiente avait été blessée au cours d'une opération en raison du dysfonctionnement, survenu soudainement, du laser utilisé pour l'opération. Le tribunal a décidé (jugement du 24 décembre 2015) que vu le caractère peu prévisible de ce risque, le fait que le médecin ne l'en ait éventuel-

lement pas avertie ne pouvait être considéré comme fautif (R.G. N°2006/1352/A, inédit).

Notons cependant qu'une position nuancée a été exprimée par la Cour d'appel de Mons (27 septembre 2005), qui estime qu'il faut quand même divulguer un risque très rare, si sa réalisation entraîne des conséquences graves, comme la paralysie ou la mort (R.G.A.R. 2007, N°14.323).

Cette exposition des bénéfiques et des risques de l'acte médical (et/ou de l'intervention) doit permettre au patient de juger de la situation, à partir de la perception la plus juste possible de la réalité, et de prendre la meilleure décision pour lui-même dans les circonstances qui lui sont propres.

Il convient d'évoquer deux questions particulières, la minorité et l'incapacité.

- La minorité civile est définie par le Code civil en son article 488 : « *La majorité est fixée à dix-huit ans accomplis ; à cet âge, on est capable de tous les actes de la vie civile.* ». C'est donc à partir de cet âge que le seul interlocuteur, que le seul titulaire de la créance d'information se définit. La question particulière du statut d'une personne relevant d'une autre législation qui définit un autre âge de majorité relève à la fois du droit international privé et de l'ordre public. Ainsi une législation étrangère qui maintiendrait un statut de minorité en raison du mariage doit être considérée comme contraire à notre ordre public et dès lors ne pas être pris en compte. L'âge différent retenu par la législation étrangère qui régit le statut personnel du patient intervient-il en droit belge ? Autrement dit, la législation nationale d'un patient qui retiendrait une majorité à 16 ans ou à 21 ans est-elle opposable au médecin ? Il est certain que l'article 34 du CODIP (Code de Droit international privé) introduit par la Loi du 16 juillet 2004 (publication au Moniteur belge le 27 juillet 2004) détermine que l'âge de la majorité relève de la loi nationale de la personne. Mais cette même disposition précise que les incapacités propres à un rapport juridique sont régies par le droit applicable à ce rapport.

D'autre part l'autorité parentale se détermine selon différents critères concurrents qui fixent eux-mêmes la source législative à retenir entre le CODIP, le règlement (CE) du 27 novembre 2003, n° 2201/2003 du Conseil relatif à la compétence, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière matrimoniale et en matière de responsabilité parentale abrogeant le règlement (CE) n°1347/2000 (J.O. L 338, 23 décembre 2003) et Convention de La Haye du 19 octobre 1996 concernant la compétence, la loi applicable, la reconnaissance, l'exécution et la coopération en matière de responsabilité parentale et de mesures de protection des enfants. Enfin les notions d'urgence et de l'intérêt supérieur de l'enfant viennent compléter les éléments d'analyse.

Comment dès lors retenir une solution simple et pratique en cas de majorité nationale différente de l'âge de 18 ans ? Si le créancier d'information

a plus de 18 ans, le risque est mineur pour le praticien en Belgique. On voit mal un tribunal tenir reproche d'une information donnée. Si par contre la majorité est inférieure à la limite belge, il semble prudent d'exiger la présence d'un des détenteurs de l'autorité parentale. En cas de difficulté comme il s'agit d'une matière d'ordre public, aviser le Parquet et agir sous son autorisation reste le choix pratique et rapide.

- La question des incapacités est également complexe. Depuis la nouvelle législation, nous sommes passés du « tout est interdit sauf... » au principe inverse à savoir « tout est permis sauf... ».

L'article 492/1 du Code civil dispose :

« § 1er. Le juge de paix qui ordonne une mesure de protection judiciaire concernant la personne décide quels sont les actes en rapport avec la personne que la personne protégée est incapable d'accomplir, en tenant compte des circonstances personnelles ainsi que de son état de santé. Il énumère expressément ces actes dans son ordonnance. En l'absence d'indications dans l'ordonnance visée à l'alinéa 1er, la personne protégée reste capable pour tous les actes relatifs à sa personne. »

Il convient dès lors d'avoir égard à cette ordonnance qui se prononce expressément sur les questions suivantes :

« [...] 7° de reconnaître un enfant conformément à l'article 328 ;

[...] 12° d'exercer les droits visés par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel ;

[...] 16° de consentir à une expérimentation sur la personne humaine conformément à l'article 6 de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine ; 17° de consentir à un prélèvement d'organes, visé à l'article 5 ou 10 de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes [ou de s'y opposer conformément à l'article 10 de la même loi] ; 18° d'exercer le droit de refuser la réalisation d'une autopsie sur son enfant de moins de dix-huit mois, conformément à l'article 3 de la loi du 26 mars 2003 réglementant la pratique de l'autopsie après le décès inopiné et médicalement inexplicable d'un enfant de moins de dix-huit mois ; 19° de consentir à un prélèvement de matériel corporel sur des personnes vivantes visé aux articles 10, 12 et 20, § 1er, de la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique, ou de s'y opposer conformément aux articles 12 et 20, § 2, de la même loi ;

[...] 22° de faire la déclaration d'avoir la conviction que le sexe mentionné dans l'acte de naissance ne correspond pas à l'identité de genre vécue intimement visée à l'article 135/1. »

Cette même disposition précise encore : « Dans tous les cas, le juge se prononce également sur la compétence de l'administrateur d'exercer les droits du patient sur base de l'article 14, § 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, si la personne n'est pas en mesure d'exercer elle-même ces droits selon la loi précitée. »

En pratique, lorsqu'une personne est soumise à une mesure de protection, il convient d'interroger son administrateur provisoire judiciairement désigné sur l'étendue de l'incapacité et la question de savoir qui est l'interlocuteur légal. Ceci n'empêche pas d'associer le patient « incapable » à l'information qu'il peut comprendre. En cas de doute sur la détermination de l'interlocuteur, il est possible d'interroger directement le magistrat à savoir le juge de paix, qui très certainement apportera réponse. De même que précédemment, l'urgence permet de saisir le Parquet de la question.

Un mot sur l'étendue de la communication au représentant de la personne. Certes le droit lui donne la qualité d'interlocuteur sur la question précise que le juge lui attribue mais en aucun cas le médecin ne peut révéler d'autres informations sur la personne qu'il soigne et qu'il aurait recueilli à l'occasion de son intervention sauf ce qui sera dit ci-après. La substitution de l'autonomie est de stricte interprétation.

L'obligation de confidentialité

Le médecin a envers ses patients une obligation de confidentialité. Cette obligation couvre tant les **informations** divulguées par le patient que les **faits** que le médecin constate par lui-même dans le cadre de leur relation professionnelle. Elle perdure au-delà du décès. Le secret professionnel appartient au patient et non au médecin. Dès lors, le médecin ne peut dévoiler ce qui lui a été confié que si son patient a renoncé à la confidentialité ou si une disposition de la loi le lui permet. Ainsi, par exemple, la loi sur la santé publique ordonne que certaines maladies fassent l'objet d'une déclaration obligatoire. En cas d'intérêt supérieur lié à la santé du patient ou de son entourage, le médecin peut dévoiler certaines informations confidentielles¹¹.

L'article 458 du Code pénal dispose que : « Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et [celui où la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige ou les autorise] à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement¹² d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement ».

Par contre cette disposition doit être immédiatement complétée par l'article 458bis du même Code qui dispose : « Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 371/1 à 377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§ 1er et 2, 392 à 394,

396 à 405ter, 409, 423, 425, 426 et 433quinquies, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'actes de violence perpétrés au nom de la culture, de la coutume, de la religion, de la tradition ou du prétendu « honneur », d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité ».

Dans le cadre strict de ces hypothèses, le médecin dénonce au Parquet. Il serait prudent en cas de situation douteuse de recueillir l'avis du représentant déontologique.

DEVOIR DU PATIENT VIS-À-VIS DU THÉRAPEUTE ET DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Comme dans tout rapport avec autrui, le patient doit respecter la dignité et la personnalité du soignant. Ainsi, le patient doit s'efforcer de contribuer au bon déroulement des soins. Il doit informer le médecin des éléments importants concernant sa santé ou nécessaires au traitement. Cela permet au médecin d'offrir la meilleure prise en charge possible. Le patient doit également coopérer au traitement et suivre les prescriptions médicales qu'il a acceptées. En se comportant ainsi, il agit dans son propre intérêt. S'il ne respecte pas ces principes, il risque de perdre des droits ou des avantages. Par exemple, s'il s'écarter volontairement du traitement prescrit, il diminue ses chances de guérison, ce qu'il ne pourra pas reprocher à son médecin.

Les établissements hospitaliers belges fournissent aux patients à leur admission une brochure expliquant droits et devoirs attendus. L'article L 1111-1 du Code de la Santé publique français retient que « les droits reconnus aux usagers s'accompagnent de responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ».

DÉFINITION DE L'ERREUR

Il est souvent reproché aux médecins le peu de temps consacré au patient, le manque d'écoute et de compréhension du patient et/ou de sa famille et donc d'empathie, l'absence d'explication ou pire encore, le manque de compétence. En conséquence, les patients ou leurs familles poursuivent les médecins pour principalement trois raisons : le souci de savoir ce qui s'est réellement passé (en supposant qu'on leur cache la vérité), la colère consécutive aux faits reprochés et aux conséquences subies, et enfin le besoin de s'assurer que de tels faits ne se reproduisent plus jamais.

À ce jour, il faut la réunion de trois conditions pour engager la responsabilité du médecin : une faute, un préjudice (le dommage) et un lien de causalité entre les deux.

Chacun a droit à l'erreur et l'erreur est humaine, entend-on régulièrement. Mais quand il s'agit du domaine médical, qu'en penser ? L'erreur est une situation non conforme à la réalité¹². Par définition, elle n'est jamais volontaire. Par définition également, elle doit relever de la capacité d'appréciation et d'intervention du médecin ce qui exclut la force majeure que le droit anglo-américain appelle de manière imagée « *Act of God* ». Il y a dans le chef de l'auteur de l'erreur, une discordance entre la pensée et la situation factuelle. Cette erreur peut conduire à l'accomplissement d'actes inappropriés.

La **faute**, par contre, est un manquement à une règle de conduite qui résulte de la loi ou de la règle générale de prudence qu'il convient de respecter dans les rapports sociaux¹³. La « **faute médicale** » est une notion bien connue depuis l'Antiquité puisqu'en 1750 av. J.-C., le Code de Hammourabi traitait déjà des problématiques de la « *rémunération des médecins et des peines pour fautes professionnelles* »¹⁴. Le Code pénal belge énumère limitativement les fautes incriminables, mais les termes qu'il utilise sont assez larges et permettent de saisir les comportements fautifs à travers leur extrême variété et la diversité de leurs manifestations. Ainsi sur le plan juridique on distingue trois sortes de fautes :

- 1) les fautes dites de commission : en font partie la **maladresse**, par exemple un geste chirurgical maladroite qui entraîne une blessure ou une infirmité et l'**imprudence** qui résulterait d'un manque de précautions dans l'accomplissement de l'acte ;
- 2) les fautes dites d'omission qui résultent de l'inattention et de l'imprudence ;
- 3) le manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements.

La règle générale de prudence s'apprécie, pour le médecin, par rapport au comportement qu'aurait eu dans les mêmes circonstances, un médecin attentif ayant la même compétence que celle que l'intéressé prétend avoir¹⁵.

Le terme de « **faute** » est considéré comme un terme juridique, de même que « défaut de prudence, de prévoyance, de précaution ». Ces termes sont réservés au magistrat qui va statuer et – *in fine* – juger. L'expert judiciaire se référant à sa mission décrira ses constatations en des termes mesurés tel que « **inadéquation quant à la pratique de l'art de guérir** », voire « **manquement** » à cette même pratique.

Le médecin agit-il ou non avec prudence, compétence raisonnable, habileté suffisante et en accord avec les **données de la science** au moment des faits ? C'est également toute la question.

L'**erreur non fautive** peut être définie comme celle que tout un chacun peut commettre. L'erreur de diagnostic ou d'appréciation, de même que l'acte qui techniquement constitue une erreur, ne peuvent être considérés

comme fautifs, que s'il est démontré qu'ils n'auraient pas été commis par un médecin normalement compétent, prudent, diligent et agissant dans les mêmes circonstances^{16,17}.

Si l'itinéraire d'une plainte suppose comme mentionné plus haut la déception quant au résultat et le déficit de communication, il faut également souligner le rôle d'« un confrère derrière ». En effet, dans beaucoup d'affaires médico-légales, il y a souvent à l'origine, un jugement verbal sentencieux porté par un confrère sur une technique, un résultat (jugement indirect), voire sur un autre confrère (jugement direct). Cette responsabilité dans la genèse d'une plainte s'établit le plus souvent à partir d'une remarque, d'une phrase ou d'un comportement traduisant une mentalité ou une situation conflictuelle larvée¹⁸.

LEGISLATION BELGE SUR L'ERREUR/FAUTE ET CONSÉQUENCES SUR LE THÉRAPEUTE

Principes de responsabilité : La relation entre le patient, le médecin et l'hôpital est de nature contractuelle.

En droit romano-germanique, cette nature contractuelle suppose la bonne foi. Cette bonne foi suppose non seulement que chacun partage l'information mais surtout fasse au mieux pour respecter le « contrat médical » qui est passé entre les deux co-contractants que sont le patient et le médecin. Ainsi, l'information cachée sciemment par un patient qui aboutirait à une erreur médicale de « bonne foi » emporte la responsabilité du patient. Il s'agit du « silence circonstancié » sanctionné par les Cours et Tribunaux. Contrairement aux systèmes de « *Common Law* », l'obligation ne doit dès lors pas être intégralement cadrée par une énumération exhaustive. Cette différence de conception doit être relevée tant les séries médicales télévisuelles instillent l'idée d'un rapport juridique qui ne relève pas de notre système judiciaire.

Les obligations supportées par le médecin et l'hôpital sont en principe des obligations de moyens. La tâche du médecin est d'affecter tous les moyens mis à sa disposition par la science médicale et sa formation personnelle pour obtenir la guérison ou l'amélioration de l'état du patient, sans être certain d'y parvenir. Dès lors, le seul fait de ne pas obtenir la guérison du malade ne le rend pas fautif et responsable : il ne l'est que s'il n'a pas fourni les efforts normaux, compte tenu de la norme de diligence et de l'état actuel des connaissances. Voilà pourquoi il appartient en règle générale au patient, créancier d'une obligation de moyens, d'établir que le médecin est fautif¹⁹. Le même principe s'applique à l'hôpital.

La responsabilité contractuelle du médecin et de l'hôpital en matière d'obligations de moyens suppose la preuve de l'existence de trois conditions, une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux. La faute doit être prouvée et ne peut être déduite de la seule existence du dommage²⁰, ni du lien de causalité entre un fait et un dommage²¹. Le critère d'appréciation des actes posés par un médecin est celui de la *culpa*

levis in abstracto. Il y a donc lieu d'examiner si le médecin mis en cause s'est comporté comme l'aurait fait un médecin de même spécialité, normalement compétent et prudent, confronté aux mêmes circonstances, notamment de temps et de lieu, et dans l'état de la science médicale au moment de son intervention. Le lien de causalité entre une faute et un dommage est établi dès que le juge constate que le dommage ne se serait pas produit tel qu'il s'est réalisé *in concreto* sans cette faute. Conformément à l'article 1315, alinéa 1^{er}, du Code civil, il appartient à la victime, demanderesse, d'apporter la preuve du lien de causalité entre la faute et le dommage. Cette preuve n'est acceptée que lorsque le lien de causalité entre la faute et le dommage est certain. Il faut en déduire que la seule constatation de la possibilité de la relation causale entre la faute et le dommage ne suffit pas à motiver la condamnation de l'auteur de la faute. Le doute sur le lien de causalité supprime la responsabilité²². Ainsi la rupture du lien causal par un événement extérieur ou par une attitude du patient ou encore par l'intervention d'un tiers a pour effet de supprimer la responsabilité en tout ou partie.

Des obligations de résultat peuvent également être contractées. Dans ce cas, si le médecin n'atteint pas ce résultat, il sera déclaré fautif et responsable si cet échec a causé le dommage subi par le patient. Il pourra toutefois s'exonérer en établissant que l'échec est imputable à une cause étrangère libératoire (faute d'un tiers, y compris le patient lui-même, ou cas de force majeure)¹⁹.

GESTION DE L'ERREUR DU CÔTÉ DU PATIENT

Depuis 2002, la Belgique dispose d'une loi relative aux droits du patient. Celle-ci précise les caractéristiques de la relation entre le patient et le praticien professionnel et vise à améliorer la qualité des prestations de soins de santé. Cette loi, très proche de certains principes juridiques et des règles déontologiques qui existaient avant elle, a notamment permis d'énumérer en un seul texte les droits fondamentaux du patient, de clarifier la tenue et l'accès au dossier médical du patient ainsi que de déterminer la (les) personne(s) susceptible(s) de représenter légalement les patients incapables d'exercer eux-mêmes leurs droits.

Ainsi, tout patient qui estimerait qu'un praticien n'a pas respecté l'un de ses droits peut s'adresser au Service de Médiation de l'hôpital où exerce le praticien concerné ou bien au Service de Médiation fédéral « Droits du patient » si le praticien exerce en dehors d'un hôpital. La Commission fédérale « Droits du patient », établie au sein du Service public fédéral Santé publique, est chargée d'évaluer l'application de la loi et de donner des avis aux autorités en matière de droits du patient.

Si les parties arrivent à un accord et/ou si la communication est rétablie, le dossier de médiation peut être clôturé. À défaut de solution, le médiateur oriente le patient vers un autre règlement de conflit (ex. un autre service de l'hôpital, les mutualités, les Commissions

médicales provinciales, les services d'inspection relevant des Communautés et des Régions, l'Ordre des Médecins, les tribunaux).

La loi du 31 mars 2010 sur la responsabilité sans faute entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2012, offre aux victimes d'accidents médicaux, sous certaines conditions, la possibilité d'une indemnisation intégrale sans devoir apporter la preuve d'une faute commise par un dispensateur de soins. Cette loi introduit une procédure de consultation et d'indemnisation amiable auprès du Fonds des accidents médicaux (FAM). Les principes fondamentaux sont particulièrement bien spécifiés par J.-L. Fagnart²³.

Cette procédure n'est toutefois possible que sous certaines conditions et n'est valable que pour les dommages causés à partir du 02 avril 2010. Seuls les dommages suffisamment graves seront indemnisés par le Fonds à savoir soit une invalidité permanente de plus de 25 %, soit une incapacité de travail temporaire durant au moins 6 mois sur une période d'un an, soit que le dommage occasionne des troubles particulièrement graves (y compris d'ordre financier) soit que la victime est décédée des suites de l'accident médical. Cette loi sur la responsabilité sans faute n'interdit nullement aux patients un recours judiciaire. En effet, les procédures en vigueur en Belgique permettent aux patients de s'adresser directement à la justice pour autant que faute et dommage soient causalement liés.

Il ne nous appartient pas d'épiloguer sur les résultats et sur l'efficacité d'un système de réparation, ayant toutefois le mérite d'exister. La responsabilité sociale en santé justifie que l'on prenne la mesure de l'importance de limiter les erreurs médicales, troisième cause de mortalité aux États-Unis²⁴. Les institutions académiques, conscientes de leur responsabilité afin de répondre aux besoins de la société, doivent également former leurs étudiants à l'analyse des causes d'erreurs médicales, à l'évaluation des incidents thérapeutiques, à l'apprentissage du raisonnement clinique (diagnostique et thérapeutique), et à tout autre moyen permettant de limiter les causes iatrogènes de la maladie, des séquelles voire du décès du patient.

CONSÉQUENCES D'UNE PLAINTÉ CHEZ LE MÉDECIN INCRIMINÉ

L'impact psychologique des plaintes et des poursuites pour négligence sur les médecins fait l'objet de plusieurs études. Nash *et al.*²⁵ décrivent cet impact sur base d'une revue de la littérature de 1966 à 2003. Le résultat de cette recherche montre que les médecins qui ont été poursuivis en justice ou qui ont fait l'objet de plaintes formelles à leur encontre décrivent le processus comme une expérience extrêmement stressante. Des troubles tels que dépression et ajustement étaient relativement courants, alors que l'abus de drogues et d'alcool, les maladies physiques et les idées suicidaires étaient moins fréquemment rapportés. Par ailleurs, la majorité des médecins qui ont fait l'objet d'une plainte ou d'une action en justice pratiquent de manière plus « défensive » consistant par exemple en

la prescription abusive de médicaments ou d'exams complémentaires, le transfert plus fréquent vers des spécialistes, la réduction de leur champ de compétence ou encore « l'évitement » de certains patients considérés comme étant à haut risque médico-légal.

En France, la Cour de Cassation a considéré que les fautes commises par le médecin et le laboratoire dans l'exécution des contrats conclus avec Madame Peruche (atteinte d'une rubéole en son début de grossesse) avaient empêché celle-ci d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse et ce, afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un très sévère handicap et dès lors, ce dernier pouvait demander réparation du préjudice résultant de ce handicap. La jurisprudence consacrait ainsi le droit pour l'enfant né handicapé d'être indemnisé de son propre préjudice. De nombreuses réactions à l'échelle française mais également européenne, ont suivi cet arrêt dit « arrêt Peruche »²⁶. La loi du 4 mars 2002 n'a pas pleinement réussi à rassurer les gynécologues-obstétriciens qui avaient auparavant été décontenancés par cet arrêt. Pour Helmlinger et Martin²⁷, « *Il ne fait guère de doute, dans l'esprit des professionnels de santé, que la médecine fait l'objet d'une mise en cause de plus en plus fréquente par la justice* ». Alors que Béatrice Jacques livre ce constat après des entretiens menés avec des gynécologues-obstétriciens : « *Tous témoignent d'une peur, d'une pression médico-légale au quotidien, qu'ils associent dans leur discours au thème récurrent de la « perte de confiance » dans le médecin, de sa désacralisation* »²⁸.

Pour éviter les complications d'un accouchement normal, Shurtz²⁹ rapporte une augmentation significative des césariennes de 4 à 8 % chez les gynécologues qui avaient dû se défendre auparavant d'une erreur médicale. En Pennsylvanie une étude quantitative³⁰ a été menée auprès des médecins les plus exposés à un risque de mise en cause judiciaire (chirurgiens, obstétriciens et réanimateurs) afin d'évaluer l'existence d'une *médecine défensive* dans leurs pratiques. 9/10^{èmes} des répondants ont reconnu avoir parfois une pratique défensive consistant en la prescription abusive de médicaments ou d'exams complémentaires, le transfert plus fréquent vers des spécialistes, la réduction de leur champ de compétence ou encore l'évitement de certains patients considérés comme étant à haut risque médico-légal. Cette étude confirme aussi que l'exposition antérieure au risque judiciaire n'induit pas forcément une augmentation de la pratique défensive ; c'est simplement le contexte global d'anxiété qui conduit certains médecins à une pratique plus défensive. Cette attitude s'est cependant révélée positive en améliorant la prise en charge et par une meilleure tenue des dossiers ou une mise à jour régulière des connaissances du médecin.

Une étude réalisée auprès de chirurgiens aux États-Unis³¹ a montré que le fait d'être impliqué dans un procès était associé à un burn-out, à une dépression et à une idéation suicidaire.

L'enquête réalisée par Jain *et al.*³² auprès des généralistes du Royaume-Uni a suggéré que les plaintes en-

traînent une pratique défensive avec comme corollaire un « *comportement de couverture* » et un « *comportement d'évitement* ». Bien qu'il se soit avéré dans bon nombre de cas, après un certain temps, que la plainte était infondée et que dès lors le médecin était mis hors de cause, il n'empêche toutefois que le dommage personnel (et souvent également professionnel) occasionné n'était pas toujours réversible. Bourne *et al.*², sur une initiative de la *British Medical Association*, ont publié les résultats d'une enquête portant sur l'impact des procédures de plainte sur la santé et le comportement professionnel de 792 médecins. Des symptômes de dépression modérée à grave ont été rapportés par un pourcentage non négligeable de médecins ayant fait récemment l'objet d'une plainte. Un comportement de « couverture », et un comportement « d'évitement » est également décrit.

LA GESTION DU RISQUE

Éviter une mise en cause en matière de responsabilité professionnelle suppose une bonne gestion des risques et la survenue d'un événement indésirable mérite une gestion responsable.

Cet événement est « un événement ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau »³³.

La Haute Autorité de la Santé (HAS)³⁴ en France, met en ligne un guide « *Annoncer une mauvaise nouvelle* », qui traite de l'information aux patients lorsqu'un événement de ce genre survient au cours de la prise en charge. Ce guide décrit les méthodes qui visent avant tout à établir un espace de dialogue entre soignant et patient afin de maintenir ou restaurer une véritable relation de confiance. L'annonce d'un dommage constitue une étape indispensable dans la relation soignant-patient, permettant d'apporter une réponse aux attentes exprimées par le patient. Elle s'inscrit dans une démarche de gestion des risques visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins, et contribue à rendre le patient acteur de sa santé^{35,36}.

En Belgique, fin 2012, plusieurs acteurs des soins de santé posaient le constat que le soutien offert aux institutions de soins dans la thématique Qualité/Sécurité manquait d'efficience. De ce constat naquit l'idée de créer une plateforme destinée à rassembler les expertises et les ressources, et ainsi à améliorer l'efficience des projets menés en assurant une coordination efficace. Le 11 décembre 2013, la PAQS (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients) était présentée au secteur. Cette ASBL se voulait aussi, en plus de l'aspect « efficience », un organe destiné à accompagner les institutions dans ce contexte. En 2015, les autorités régionales bruxelloises et wallonnes confiaient à la PAQS un mandat pour la constitution d'un set d'indicateurs qualité commun aux hôpitaux wallons et bruxellois. L'aspect « Indicateurs » venait constituer un deuxième axe de travail à côté de l'Accréditation, qui se déclinait déjà sous plusieurs formes. L'aspect « Formation » vint

s'ajouter à ses activités en 2016. Ajoutons que la Faculté de Médecine de l'Université libre de Bruxelles a par ailleurs inséré des séminaires de communications médecin-patient dans le cursus du master en médecine.

LA PRISE EN CHARGE (PSYCHIQUE) DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les médecins font face dans leur activité professionnelle à de nombreuses souffrances, souvent sans y avoir été préparés sur le plan psychologique. Les modèles de pairs auxquels ils ont été confrontés pendant leurs études et lors de leur prise de fonction les ont incités à mettre en place un comportement où les émotions avaient peu de place : le médecin est ce personnage « infailible » sur lequel les patients et l'équipe paramédicale doivent pouvoir compter en tout temps et en toutes circonstances. Pour garder cette façade, il recourt à l'automédecination, ne recherche pas le soutien d'un pair en cas de problème psychologique, et craint que les patients ou les confrères aient connaissance de ses faiblesses psychologiques ou des répercussions sur sa carrière. Ceci ressort de la thèse de Magali Finon³⁷. Les éventuelles erreurs à l'origine d'un événement indésirable peuvent avoir un effet tellement dramatique que la seule idée de consulter pour demander un soutien lui est proprement impensable³⁸⁻⁴⁰.

Donata Marra⁴¹ et Didier Fressard⁴² ont décrit la prise en charge des professionnels de santé par référence au soutien psychologique nécessaire aux équipes soignantes suite à la survenue d'un événement indésirable en raison du traumatisme psychique – souvent sous-estimé – que représentent certaines de ces situations. Des études sur le syndrome du *burn out*, que ce soit en milieu hospitalier ou privé, révèlent une prévalence variant de 19 à 47 % (études concernant uniquement le corps médical) et l'absence de recours à une aide psychologique, un des facteurs contributifs au suicide^{38,39}. Dans ce contexte, les circuits de soins usuels ne sont pas adaptés et ne sont dès lors pas utilisés par les médecins parce qu'ils n'offrent pas les éléments clés habituellement souhaités : une stricte confidentialité, l'indépendance par rapport à leur milieu professionnel habituel qu'il soit libéral ou hospitalier, la prise en compte de la particularité de leur statut de médecin (horaires d'accès, archivage différent des dossiers, certitude de ne pas croiser de confrères ni de patients, etc.) et composer avec des professionnels qui respecteront les mêmes règles (avocats, juristes, assistante sociale, etc.).

Actuellement, on constate que très peu de ressources sont disponibles en France ou en Belgique pour assumer cette fonction. En revanche, des circuits spécifiques existent depuis longtemps au Québec et en

Catalogne. Citons l'exemple du « programme d'aide aux médecins québécois »⁴⁰ (PAMQ) qui existe depuis 20 ans. Il est composé de médecins généralistes et spécialistes, de psychologues, mais aussi d'avocats, de comptables, de syndicats de faillite, afin d'aider les médecins quelles que soient les difficultés présentées. Les circuits médicaux proposés utilisent les circuits existants mais ils ont été adaptés pour qu'ils soient utilisables par des médecins : confrère tuteur qui accueille et suit le médecin dans son parcours, liste de médecins référents dans toutes les régions avec un accueil anonyme, à des heures adaptées, en archivant les dossiers différemment, etc. En Catalogne, la Fondation Galatea propose depuis 1998 un « Programme d'attention intégrale au médecin malade » (PAIMM)⁴³. Celui-ci regroupe l'ensemble des programmes adressés aux médecins et à d'autres professionnels de santé pour la promotion de leur santé, de leur bien-être et de leur qualité de vie. Il dispose de procédures collégiales et spécifiques pour les professionnels de la médecine (accès direct, confidentialité, utilisation des contrats thérapeutiques pour la supervision des cas complexes, etc.) et d'une unité d'assistance avec des services d'hospitalisation, d'hôpital de jour et de traitement ambulatoire, spécialisés et confidentiels.

En France et en Belgique, ces circuits spécifiques sont encore très limités, même si plusieurs initiatives se sont développées ces dernières années à l'instar de l'APSS (Association de Promotion des Soins aux Soignants), de l'AAPML (Association d'Aide professionnelle aux Médecins libéraux), etc.

DISCUSSION

Les plaintes pour faute médicale sont en augmentation dans tous les pays développés. Une plainte ou un procès est cependant rare dans la pratique quotidienne des médecins, mais dans le milieu médical actuel, ils constituent une menace potentielle constante, où le processus juridique réel peut entraîner des changements psychologiques, physiques et comportementaux. La personnalité obsessionnelle de nombreux médecins peut les rendre particulièrement vulnérables, considérant le processus comme un défi à leur identité professionnelle et personnelle.

Les médecins doivent être conscients que leur pratique exige une prise de conscience en termes de responsabilité. Le « pouvoir médical » n'est pas un droit mais un devoir.

Dès lors, pour éviter ces plaintes, les médecins doivent connaître les raisons pour lesquelles celles-ci sont formulées par leurs patients et ils doivent adopter les mesures préventives adéquates.

CONCLUSION

Dans le cas d'une plainte, il est essentiel de suivre un schéma qui permette une défense adéquate sur le plan juridique, avec crédibilité auprès du juge.

Le risque de revendication peut être réduit par une information appropriée au patient, le contrôle des facteurs de risque de plainte et la vérification d'une « *check list* » adaptée à chaque procédure invasive. En cas de complication ou d'un effet indésirable grave, les explications devraient être fournies au patient et sa famille, à son employeur et à sa compagnie d'assurance.

Si le médecin a reçu une citation ou une demande d'information, il doit le signaler à l'assurance afin qu'il puisse recevoir les conseils et le soutien juridique nécessaires.

Enfin le médecin ne devrait jamais hésiter à solliciter l'aide psychologique nécessaire pour surmonter cette épreuve.

Conflits d'intérêt : néant.

Remerciement : Les auteurs remercient Maître Yves Demanet, avocat du Barreau de Charleroi, pour son aimable collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000; 320(7237):726-7.
2. Bourne T, Wynants L, Peters M, Van Audenhove C, Timmermans D, Van Calster B, Jalbrant MT. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practice of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2015;5(1):e006687.
3. El Banna S, Beauthier JP, Catano A, Bissen L. La responsabilité professionnelle dans le secteur des soins de santé. Une vision de la procédure par le thérapeute, ou l'envers du décor. *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*. 2017;3:121.
4. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F
5. Cour d'appel de Liège (20e ch.), 18 octobre 2012, n°2011/RG/1148.
6. Cour d'appel Liège, 24 juin 2003. *Bull ass*. 2005:150.
7. Liège 20e ch. 16 mars 2017, R.G. N°2015/1536. Voir également R.G.A.R., 2012, N° 14.819.
8. Cour d'appel Liège, 24 juin 2003. *Bull ass*. 2005:150.
9. El Banna S, Beauthier F, Beauthier JP. Réflexions sur l'accident médical et ses implications médico-légales. Le consentement éclairé. *Rev Med Brux*. 2013;34:65-74.
10. de Rode H, Paulus JP. Responsabilité médicale : questions incontournables. *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*. 2017;4:176-87.
11. Beauthier JP. « Secret médical et justice », Les secrets professionnels. Approche transversale (Ivan BOUIOUKLIEV coord., coll. éd. Jeune Barreau de Charleroi). Limal:Anthemis;2015:75-113.
12. De Chabrol-Chaméane ME. Dictionnaire de législations usuelles contenant les notions du droit civil, commercial, criminel et administratif. Tome premier. 1835:419.
13. Dabin J, Lagasse A. La responsabilité délictuelle et quasi délictuelle. Examen de jurisprudence (1939 à 1940). *R.C.B.* 1949;15:57.
14. Charpin D. Hammourabi de Babylone. Paris:Presses Universitaires de France;2003:217.
15. Arrêt Mercier (Civ. 20 mai 1936, DP 1936. 1.88, rapp. Josserand et concl. Matter ; RTD civ. 1936.691, obs. Demogue ; CAJC, 12° ed. 2008;162-3).
16. Dubuisson B, Callewaert V, De Coninck B, Gathem G. La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence 1996-2007. Bruxelles: Larcier;2009.
17. Genicot G. Droit médical et biomédical. 2ème édition. Editions Larcier groupe;2016.
18. Fuentes JM. Du rôle du confrère dans la constitution de la plainte ou de la manipulation au règlement de compte. *Rachis*. 1997;9(2):55-8.
19. Leleu YH et G. GENICOT, Le droit médical - Aspects juridiques de la relation médecin/patient, De Boeck Université, p. 106).
20. Cass. 4 février 1994, Dr. circ. 1994:148.
21. Cass. 14 décembre 1990, Pas. 1991:I:370.
22. Cass. ch. réun., 1er avril 2004, no JCo4414_2, www.juridat.be.
23. Fagnart JL. Principes fondamentaux de la loi sur les accidents médicaux. *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale* numéro. 2011;2.
24. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
25. Nash L, Tennant C, Walton M. The psychological impact of complaints and negligence suits on doctors. *Australas Psychiatry*. 2004;12(3):278-81; discussion 282.
26. Arrêt Perruche Cour de Cassation. [Internet]. Nov 17, 2000. https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_Perruche
27. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. *Sève*.2004; hiver:39-46.
28. Jacques B. Sociologie de l'accouchement, Paris, PUF;2007.
29. Shurtz IJ. The impact of medical errors on physician behavior: evidence from malpractice litigation. *Health Econ*. 2013;32(2):331-40.
30. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Colaiano JM, Saetele DV, Sloan JA *et al*. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg*. 2011;213(5):657-67.

31. Arteman A. Médecins en 2011 : Mieux être pour mieux soigner. Programme d'Aide aux Médecins Malades en Catalogne (PAIMM). Fundació Galatea. 1^{er} Colloque du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Région Midi-Pyrénées. Toulouse, 15 de Décembre 2010.
32. Jain A, Ogden J. General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study. *BMJ*. 1999;318:1596-9.
33. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A *et al*. Etude épidémiologique en soins primaires sur les évènements indésirables associés aux soins en France (ESPRIT 2013). *Bull Epidémiol Hebd*. 2014;24-25:410-6.
34. Haute Autorité de la Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville Mars 2011 (téléchargement à www.has-sante.fr)
35. Lienhart A. Conduite à tenir en cas de complication anesthésique pouvant avoir des conséquences juridiques. *Anesthésiologie*. 2001;Supp Snarf 47:2-7.
36. National Patient Security Agency. Being open, communicating patient safety incidents with patients and their careers, September 2005. www.npsa.nhs.uk
37. Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire. *Médecine humaine et pathologie*. 2014.
38. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France. Paris: URML;2007.
39. Truchot D. Le burn-out des médecins libéraux de Bourgogne Union régionale des médecins libéraux de Bourgogne, Dijon: UPMLB; 2001.
40. Blais R, Safianyk C, Magnan A, Lapierre A. Médecin, guéris-toi toi-même. Enquête auprès de médecins ayant le programme d'aide aux médecins du Québec. *Med Fam Can*. 2010;56:384-9.
41. Marra D. La santé des médecins: « Les problèmes que vivent les étudiants sont similaires à ceux de leurs aînés médecin - http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/09/15/dr-donata-marra-les-problemes-que-vivent-les-etudiants-sont-similaires-ceux-de-leurs-aines-medecins-_690511#sthash.rZfHphRH.dpuf
42. Fressard D. Annonce d'un dommage associé aux soins. Haute Autorité de Santé http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1052816/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins-interviews-vidéo
43. Arteman A. Médecins en 2011 : Mieux être pour mieux soigner. Programme d'Aide aux Médecins Malades en Catalogne (PAIMM). Fundació Galatea. 1^{er} Colloque du Conseil de l'ordre des Médecins de la Région Midi-Pyrénées. Toulouse, 15 de Décembre, 2010.

Travail soumis le 26 septembre 2018 ; accepté dans sa version définitive le 27 août 2020.

CORRESPONDANCE :

S. EL BANNA
Rue de la Station, 185 - 6110 Montigny-Le-Tilleul
E-mail : sabri.elbanna@chu-charleroi.be