Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

ATTITUDE PRAGMATIQUE FACE au RISQUE JURIDIQUE en PHLÉBOLOGIE

PRAGMATIC ATTITUDE FACE to JURIDICAL RISK in PHLEBOLOGY

B. MARABELLE

R É S U M É

La loi du 4 mars 2002 [1] modifie radicalement la pratique de l'art médical, nécessitant l'apprentissage du langage méconnu juridique voire judiciaire (confronté au jargon médical).
L'éthique médicale et la bonne application du Code de Déontologie ne suffisent plus à l'exercice médical.
La « relation médecin/malade » [2] risque une dérive si elle doit être codifiée par le droit.
Il convient pour le médecin de garder une attitude pragmatique face aux nombreuses interfaces juridiques qui peuvent dénaturer la relation intime et unique du médecin et de son malade (juridictions pénale, civile, administrative, ordinale, associations de défense des malades et usagers de la santé, etc.).
Il est utile de rappeler les fondements juridiques de la responsabilité.
Il convient de donner à nos confrères quelques bases utiles et élémentaires pour répondre aux questions posées par le juge, afin de faciliter au quotidien son exercice et ses choix thérapeutiques et d'être « juridiquement correct », dans le respect de normes techniques, scientifiques, voire économiques... avec la recherche du bénéfice/risque et du coût/efficacité, dont le « rationnel » peut paraître contestable ou contradictoire.
Il est nécessaire d'établir des documents simples pouvant servir de parade juridique.
L'évolution incessante des nouvelles techniques en Phlébologie nécessite d'établir rapidement des consensus simples, pragmatiques, modulables établis par des collèges d'experts reconnus par leurs confrères.
La validation scientifique reste un paramètre complémentaire bien souvent trop long à mettre en place et souvent insuffisant, chaque patient ayant sa propre loi face à des règles générales.

Mots-clefs : *bénéfice/risque, parade juridique, suivi du malade.*

S U M M A R Y

The law of March 4, 2002 [1] has drastically modified the practice of medical art, it requires to learn the unfamiliar juridical or even judiciary language (confronted to the medical jargon).
Medical ethics and a good application of the code of deontology no longer suffice for the exercise of medicine.
The « physician/patient relationship » [2] risks to be deviated if it is codified by law.
It is appropriate that the physician keeps a pragmatic attitude face to numerous juridical interfaces which may change the nature of the intimate and unique relationship between the physician and his/her patient (penal, civil, administrative, ordinal jurisdictions, associations to protect the patients, and users of health services, etc.).
It would be useful to remind the juridical foundations of responsibility.
It would be appropriate to remind for our fellows some useful and elementary basis to reply to the questions asked by the judge, in order for him/her to facilitate his/her daily exercise, therapeutic choices, and to be « juridically correct », in the respect of technical, scientific, even economical norms, while searching for the benefits/risks and cost/efficiency ratio, for which any rationale may appear contestable or contradictory.
It is necessary to establish simple documents which may serve as juridical protection.
The continuous evolution of new techniques in phlebology requires a rapid establishment of simple, pragmatic, flexible consensus by teams of experts recognised by their fellows.
The scientific validation remains a complementary parameter which very often takes too long to be implemented, and is often pretty insufficient, because each patient has his/her own law face to general rules.

Keywords : benefits/risks, juridical protection, consensus.

INTRODUCTION

Pour la première fois en 2006 [2], depuis la date de sa fondation en 1820, l'Académie Nationale de Médecine a tenu sa traditionnelle réunion du mardi hors de son siège parisien : invitée au Conseil de l'Europe à Strasbourg, le premier thème abordé a été la « judiciarisation de la médecine »…

Le Conseil de l'Europe a rédigé de nombreux travaux et conventions portant sur l'éthique médicale, les droits des malades et la relation entre les patients et soignants des services de santé.

En 1825, l'affaire de « l'enfant Foucault » [3] né handicapé a soulevé, pour la première fois, la notion de responsabilité juridique du médecin. L'arrêt Perruche en 1997 a été un « remake ».

La confiance médecin/malade a été dès lors mise en doute, le paternalisme médical a été ébranlé.

1904 a vu naître l'assurance (facultative) de responsabilité professionnelle avec le Sou Médical [4]. La « loi Kouchner » du 4 mars 2002 l'a rendue obligatoire et a édicté de nouvelles obligations légales [1], issues de la jurisprudence, du Code de la Santé publique et du Code de Déontologie médicale.

3, boulevard Victor Hugo 06130 GRASSE.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 59, n° 4/2006, p. 357-362

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Le célèbre arrêt Mercier du 20 mai 1936 avait énoncé la notion de soins *« attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science »*.

Depuis, de nombreuses interfaces n'ont cessé de se mettre entre le malade et le médecin, modifiant leurs rapports : le droit et la justice, le Conseil de l'Ordre des Médecins, les associations de défense des usagers et des consommateurs, etc.

L'atelier réalisé à Lyon le 3 juin 2006 a eu pour objectif d'apporter une connaissance de bases pragmatiques afin de faciliter au quotidien l'exercice et les choix thérapeutiques du médecin vasculaire face au risque juridique et médico-légal.

La réflexion diagnostique et la conduite thérapeutique du praticien devient soumise à une nouvelle pensée médicale : « l'aspect médico-légal » de l'acte médical, mis à l'épreuve par les malades exhortés par leurs droits.

La volonté d'être pragmatique (afin d'être compréhensible) nous conduira à quelques « licences » et inexactitudes que le juriste censurera. La loi est formaliste et établit des cadres dits juridiques formalisant les relations humaines ; l'être humain, dans son unicité irrationnelle, s'en évade…

Fondements juridiques

La responsabilité médicale peut s'opposer à plusieurs arbitrages, plus ou moins cloisonnés, pouvant engendrer des « fausses routes » ralentissant la démarche procédurale :

La responsabilité pénale

Elle est basée sur la faute intentionnelle mais aussi non intentionnelle (imprudence ou négligence sans volonté de nuire) que qualifiera le juge.

1) Responsabilité pénale.
2) Responsabilité civile.
3) Responsabilité administrative.
4) Responsabilité déontologique.
5) Responsabilité morale (nouvelles données).

Tableau I. – Fondements juridiques de la responsabilité médicale

Nous pouvons simplifier en disant que le médecin peut être « mis en examen » ou y être soumis dès qu'il y a « mort d'homme »… ce qui n'est pas exceptionnel (l'homme étant par définition mortel).

Le secret médical [5] : La responsabilité pénale est élevée au rang de « droit de la personne » constituant la pierre angulaire de la relation médecin/malade sur laquelle se base la confiance réciproque indispensable aux soins.

La responsabilité civile

Elle repose sur trois principes : la notion de faute, la réalité d'un préjudice, la relation de causalité entre la faute (qui doit être prouvée directe et certaine) et le préjudice.

La loi du 4 mars 2002 sur le *« droit des malades et la qualité des soins du système de santé »* a affermi les principes et devoirs généraux que la jurisprudence avait pu modifier au cours des années précédentes.

Elle renforce un certain nombre de fondements juridiques [6] :

1) L'obligation d'assurance qui permet la réparation des dommages et intérêts causés aux malades.

2) L'obligation de formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) :

Un arrêt du 23 juin 1992 a ajouté la notion de données « actuelles » à la formulation de l'arrêt Mercier, entérinée par les décrets d'application de la loi Kouchner (c'est-à-dire pas seulement les données acquises au début de ses études…).

3) L'obligation aux professionnels, aux médecins d'apporter une information (il convient au médecin qu'il apporte la preuve qu'il a bien délivré cette information, ce qui signifie qu'un écrit est vivement conseillé…, la mauvaise foi du patient étant toujours possible face à des écrits abscons ou des explications sulfureuses) [7].

La délivrance d'une information loyale, claire et appropriée permet au patient d'avoir un consentement libre, éclairé et conscient (il convient que le médecin s'adapte aux capacités de compréhension du patient).

La finalité est de permettre aux patients de donner un consentement ou un refus éclairé aux investigations et aux soins qui lui sont proposés.

4) L'obligation de loyauté, de diligence et de prudence : le médecin doit, en raison du contrat « intuitu personae » conclu avec son patient, assurer lui-même les soins et le suivi de ce dernier [1], en ayant la notion qu'il garde une responsabilité personnelle à l'égard du malade même s'il décide de faire appel à un confrère (adresser le malade à un chirurgien quand il s'agit du phlébologue) [8].

Le médecin est soumis à la communication du dossier du malade.

5) La responsabilité civile est prescrite après dix ans à compter de la consolidation du dommage (au lieu de trente ans).

6) Il appartient au malade d'établir l'existence d'une faute commise par le médecin : inattention, imprudence ou négligence (dans les soins ou les produits utilisés), pendant la mise en œuvre, le traitement, la surveillance (le suivi).

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

La responsabilité administrative

Elle concerne essentiellement les médecins exerçant dans des établissements publics. Elle ne les libère pas de leur responsabilité professionnelle civile ou pénale (les conduisant à avoir une assurance personnelle) [9].

Cette responsabilité est éthique et déontologique ; elle engage tous les personnels médicaux et non médicaux, au respect de la personne et de la dignité, au respect du secret médical, de la confidentialité des soins sans discrimination, au devoir d'informer le patient, de rechercher son consentement, de protéger les personnes les plus vulnérables.

Elle confirme l'obligation de moyens matériels, diagnostiques et thérapeutiques.

Cette responsabilité peut être engagée dans d'autres circonstances :

– le respect des cotations ;

– la formation médicale continue ;

– le respect des normes établies par la HAS, l'AFFSAPS et les consensus.

Le juge renverra vers un tribunal administratif des plaintes portant sur le non respect de cotations, mais aussi en correctionnelle sur avis des services de la consommation, de la concurrence et des fraudes (exemple mineur : le non affichage des honoraires a coûté 900 euros à chacun des trois médecins d'un cabinet de groupe…) [10].

La responsabilité déontologique

Elle peut engendrer des responsabilités sanctions.

Le Code de Déontologie peut se superposer aux autres responsabilités en rappelant les principes de loyauté, prudence et diligence. Seront vérifiés la qualification, la compétence et la formation, l'observation du secret professionnel, l'obligation d'information du malade, le refus ou le consentement libre et éclairé du malade [11].

Le récent décret du 7 mars 2006 entérine la création des Conseils Régionaux de l'Ordre [12] avec des missions de représentation auprès des ARH et des URCAM intervenant dans la permanence des soins…

La responsabilité « morale »

La responsabilité du médecin peut ne pas se limiter au territoire national :

La responsabilité peut être étudiée par la Cour Européenne des Droits de l'homme (les recours ne sont reçus que si les démarches sur le territoire national ont été épuisées…).

Il convient de rappeler ici la « mission » du médecin définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui est d'apporter un « soulagement physique, moral et social » (soulagement ne signifiant pas guérison ou résurrection…).

La « fonction » est d'apporter des soins attentifs, consciencieux, conformes aux données acquises et actuelles de la science et de la morale.

Les grandes entreprises internationales ont construit des normes (ISO ou AFNOR) s'inscrivant dans le développement durable défini dans la RCS (Responsability Corpored Sociality = Responsabilité Sociale des Entreprises), auxquelles pourraient être soumis les médecins à moyen terme. Il s'agit d'une responsabilité allant dans le « sens moral » de l'humanité, dans la protection et la survie de l'être humain.

Attitude pragmatique face au risque juridique en phlébologie

La complexité procédurale que nous avons abordée nous conduit à opposer la vision strictement encadrée du juge (cadre juridique) avec l'avis de l'Expert médical (sorte de traducteur interprétant la complexité de la « chose » médicale auprès du Juge), à l'attitude scientifique exhaustive du médecin.

Quelles sont les attitudes à avoir face aux questions du Juge *(Tableau II)* en se ciblant sur la médecine vasculaire :

1) Le bénéfice/risque.
2) L'information éclairée.
3) Le dossier initial (première consultation).
4) Les comptes rendus (bilan, acte médical).
5) Le suivi.
6) Le coût.

Tableau II. – Questions du Juge et réponses pragmatiques

Le bénéfice/risque

Dans le cadre des techniques proposées (écho-scléro-cathétérisme à la mousse, laser endo-veineux etc.), quel a été le « conseil » du médecin sur le bénéfice recherché et les effets secondaires ? :

– Ne rien faire… ?

La maladie veineuse n'a que peu de validation scientifique de l'EVB (Evidence based médecine ou médecine basée sur les preuves pour les anglophobes) en dehors de la contention simple (il apparaît difficile de proposer des bas de contention chez une personne de 30 ans vivant sur la Côte d'Azur…).

– La chirurgie ?

Il convient d'établir une relation de dualité entre le médecin phlébologue et le chirurgien, engageant leurs responsabilités réciproques [8].

– La sclérothérapie échoguidée ? [13]

Rappelons qu'il s'agit d'un acte interventionnel comme le laser.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

L'information éclairée

Il est conseillé d'établir des documents écrits [14], qui ont une valeur juridique limitée (ils doivent être compréhensibles pour le patient dans leur forme, leur contenu et leur pertinence) [7].

Il sera expliqué au patient la méthodologie, la finalité, le bénéfice, les réactions ou effets secondaires immédiats, à court, moyen et long terme.

Il pourra être établi un document du consentement du patient signifiant qu'il a librement, clairement compris en tout état de conscience, tous les écrits et les informations verbales qui lui ont été apportés.

Il est souhaitable d'établir une ordonnance du produit qui sera injecté, d'une contention…

Il sera signifié au malade un délai de réflexion (il n'existe pas de délai légal, un minimum de 15 jours est souhaitable).

Le dossier initial

Il s'agit de la première consultation. Devront y être notées toutes les doléances du patient.

L'interrogatoire devra retenir les antécédents majeurs pouvant avoir un lien direct ou indirect (dépression), les événements récents (pathologies dentaires, respiratoires, urinaires, etc.).

Seront notés tous les traitements médicaux et soins en cours.

L'examen clinique général (TA) et vasculaire doit y être consigné.

Les comptes rendus

– Du bilan vasculaire initial : lettre aux confrères (à l'envoyeur ou à celui à qui on adresse le suivi thérapeutique (confrère chirurgien), dictée en présence du malade avec copie lui étant adressée.

– Les photos ? pas de nécessité sauf s'il s'agit d'actes pouvant avoir des conséquences esthétiques ou la recherche d'un bénéfice esthétique secondaire (valeur juridique relative).

– Des actes thérapeutiques (compte rendu opératoire ou du geste effectué).

Le suivi

Après réalisation de l'acte technique (écho-sclérose, chirurgie, laser…) ; il conviendra de remettre un document sur lequel est précisé la nécessité de déambulation, du port d'une contention avec les modalités de pose, le recours éventuel à des antalgiques locaux ou généraux.

Téléphone : Il est souhaitable de laisser le téléphone du cabinet, si possible son portable, de l'établissement clinique public ou privé et de préciser en cas d'extrême urgence le Centre 15.

Rappel du malade : Si le malade a oublié le rendez-vous de contrôle, il convient de le rappeler téléphoniquement et de le noter afin de s'enquérir d'un oubli ou d'éventuelles complications.

Consultations de contrôle : A définir à l'avance (8 jours ou 15 jours) et éventuellement 3 ou 6 mois en fonction des actes réalisés et du bénéfice recherché.

Il convient de tout noter : tout passage imprévu, tout appel téléphonique ayant été l'occasion d'une inquiétude de la part du patient.

Le coût

Il est préférable de réaliser un devis en fonction de l'acte réalisé (obligatoire si supérieur à 300 euros), précisant les tarifs opposables quand il s'agit de cotations contenues dans la CCAM.

Hors CCAM : se pose le problème de la validation juridique de l'acte, en sachant que les parties opposables seront peut-être la Haute Autorité de Santé (HAS), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le Collectif Inter-Associatif de Santé (CISS = regroupant les principales associations de défense de malades et d'usagers de la santé) [15], la Direction Générale de la Consommation, de la Concurrence et de la Répression des Fraudes, les Syndicats, les autorités politiques, le Juge et à travers lui, l'avis de l'expert judiciaire ?

Le prix doit correspondre à une prestation de service justifiée [16].

Il conviendrait d'avoir des consensus permettant de décrire le type de prestation effectuée, en sachant que la valorisation de l'acte renforce toujours la responsabilité civile, à savoir le coût des assurances et du préjudice accordé par le Juge au malade.

La parade juridique ? La notion de consensus ?

La nécessité d'apporter la preuve d'un bénéfice/risque de la technique médicale proposée ou de nouvelles techniques nécessite à court terme d'établir des recommandations consensuelles.

La validation scientifique repose sur des supports souvent trop longs à mettre en place, souvent limitée par la réalité spécifique de la maladie veineuse (méprisée par la faculté et les universitaires depuis qu'Hippocrate avait décidé que l'âme était dans le cœur et non dans la phlèbe…).

Il convient de se méfier de la vérité scientifique, qui pourrait devenir la vérité des prétoires [17] (la catastrophe d'Outreau en est l'exemple).

Le juge préfère celui qui fait la « chose » (qui en a la plus grande pratique) à celui qui dit ce qu'il faudrait ou aurait fallu faire. Il demande souvent pour cela la « reconstitution des faits »…

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

L'Expert médical *(Tableau III)* s'appuiera sur :

1) Historique : les faits.
2) Doléances du patient.
3) Examen médical.
4) Documents (comptes rendus, échographies).
5) Discussion construite sur :
   1. L'Evidence based medecine.
   2. L'Eminence based medecine.
   3. Le Personnal clinic judgement…
6) Conclusions.
7) Références (bibliographie).

Tableau III. – Procédure et rapport d'expertise médicale

1. L'Evidence based medecine (conférences de consensus).

2. L'Eminence based medecine (les avis de spécialistes reconnus).

3. Le Personnal clinic judgement… (l'expérience du médecin exposé au malade).

Il convient dés lors d'établir, avec célérité et sans précipitation, une concertation non dispersée et des recommandations consensuelles de base :

Un panel de spécialistes reconnus par leurs pairs et les Sociétés savantes peuvent accréditer une technique spécifique (dont les modalités peuvent changer de façon fréquente sans avoir le temps d'être validées par la Faculté).

Il convient d'avoir des documents établissant :

– les modalités de la technique ;

– le temps passé ;

– le détail des coûts de l'acte et de chaque acte réalisé (le coût de chaque aiguille, seringue, etc.) ;

– d'essayer d'établir une échelle de validation permettant d'apprécier les résultats à 6 mois, 1 an ou 5 ans ;

– d'utiliser l'échelle de qualité de vie pouvant être remplie par le patient ou le médecin.

Tout cela pourrait permettre d'envisager le coût du technicien médical, d'établir un éventuel tarif horaire opposable juridiquement à la maîtrise comptable (hypocritement appelée médicalisée par les politiques et leurs serviteurs dociles).

A défaut, nous serons soumis aux diktats de conventions établies de façon unilatérale (malgré avis consultatifs politiquement corrects des médecins techniciens de base) par des experts souvent bien éloignés de la technique médicale, qui siégent dans des commissions de haute autorité de par leur galons hospitaliers ou politiquement corrects.

La phlébologie vient seulement d'éclore dans le domaine universitaire (le premier diplôme a été créé à la Faculté de la Salpêtrière en 2002… depuis Hippocrate).

Conduite pragmatique à tenir en cas d'événement médical : incident ou accident

Établir une hiérarchie proportionnée à l'événement :

1) Prendre du recul, rester neutre avec le malade, en assurant le suivi [18].

2) Vérifier soi-même qu'il s'agit bien d'une erreur avant de se culpabiliser (on a souvent des attitudes réflexes induites par les circonstances au moment de l'événement).

3) Bien compléter son dossier médical.

4) Prendre conseil auprès d'un confrère-ami sur l'attitude qu'il aurait eue dans les mêmes circonstances.

5) Informer son syndicat et prendre conseil sur la marche à suivre (l'adhésion à un syndicat est la base de toute défense juridique pour le médecin, l'obligation d'assurance vise à protéger d'abord les intérêts du malade).

6) Prévenir le Conseil de l'Ordre des Médecins (parler à un de ses juristes). L'Ordre est une interface juridique et judiciaire, avec un rôle de médiation en premier ressort pour les patients (loi du 4 mars 2002).

7) Écrire à son assurance professionnelle [19].

8) Faire appel à un avocat rapproché sensé bien connaître le domaine médical.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

PRÉ/POST-TEST : ATELIER

ATTITUDE PRAGMATIQUE FACE AU RISQUE JURIDIQUE EN PHLÉBOLOGIE

1) En cas d'incident ou d'accident avec la sclérose à la mousse, il convient de prévenir :
   1. Le Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins.
   2. Son assurance professionnelle.
   3. Son avocat.
   4. Son syndicat.

1) La sclérose à la mousse est une technique dont le juge demandera la validation par :
   1. L'Evidence based medecine.
   2. L'Eminence based medecine.
   3. Le Personnal clinic judgement…
   4. Le Conseil de l'Ordre National des Médecins.

3) En cas de plainte, un patient peut s'adresser :
   1. Au Conseil de l'Ordre National des médecins.
   2. A son assurance responsabilité.
   3. A son avocat.
   4. A la Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes.
   5. Au Collectif inter-associatif de santé.

4) Le Collectif inter-associatif de santé est un organisme :
   1. Syndical.
   2. Administratif.
   3. Ordinal.
   4. Judiciaire.
   5. Associatif.

5) Une thrombose veineuse profonde, survenant après une sclérose à la mousse peut engendrer une action en responsabilité :
   1. Pénale.
   2. Civile.
   3. Administrative.
   4. Ordinale.

6) En cas de sclérose à la mousse, la loi du 4 mars 2002 oblige le médecin à :
   1. Établir un devis.
   2. Une ordonnance du produit injectable.
   3. Un compte rendu médical.
   4. Une lettre d'information.
   5. Un délai de réflexion.
   6. Une lettre de consentement signée.

7) La sclérose à la mousse d'un axe saphénien est un soin thérapeutique :
   1. De confort.
   2. Utile.
   3. Nécessaire.
   4. Esthétique.

8) L'écho-sclérose à la mousse est un acte :
   1. Coté par la Caisse d'assurance maladie.
   2. Donnant droit à un dépassement.
   3. Non remboursé.
   4. Nécessitant un devis.

CONCLUSION

Le médecin libéral exerce une profession à caractère intellectuel de façon indépendante et responsable sans lien de subordination.

En contrepartie de cette indépendance (nécessaire à la relation intime avec le malade), il est tenu vis-à-vis des tiers à des devoirs et obligations encadrés juridiquement.

Leur non-respect, lorsqu'il cause un préjudice, peut alors engager sa responsabilité judiciaire (par action ou par omission).

On ne saurait rappeler que le juge est souverain, qu'il veut la vérité, rien que la vérité…, en se rappelant cette citation d'André Gide « *Fais-toi ami de celui qui cherche la vérité. Méfie-toi de celui qui la détient.* »

Dés que le malade franchit le seuil de la porte du cabinet du médecin, le médecin en devient son esclave dés qu'il touche et « viole sa peau ».

Il convient alors de rester pragmatique afin de conserver et préserver la relation intime médecin/malade sans tomber dans le piège ambigu du dogme juridique.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

RÉFÉRENCES

1 N'Guyen C. La responsabilité civile des professions libérales. *Entreprise libérale* 2004 ; 42 : 19-21.

2 Durand de Bousingen D. L'Académie de médecine. *Quotidien du Médecin* 2006 ; 7963 : 12.

3 Hureau C. Fallait-il tuer l'enfant Foucault ? Éd Stock, 2003.

4 Gombault N. La loi du 30 décembre 2002. *Responsabilité* 2003 ; 9 : 9-11.

5 Guillou F. Secret professionnel médical. *Revue Expert* 2005 ; 69 : 38-40.

6 Casagrande T. Les fondements juridiques. *Lettre de l'Angiologue* 1999 : 4.

7 Sargos P. Information et recueil du consentement. *Lettre de l'Angiologue* 1999 : 4.

8 Pratique. Les comptes rendus d'examens spécialisés. *Bulletin de l'Ordre des Médecins* 2004 ; 4 : 13-6.

9 Pratique. La responsabilité sous un nouveau jour. *Bulletin de l'Ordre des Médecins* 2003 ; 17 : 11-9.

10 Gervaz J.-M. De la non-convention. *Revue du Médecin esthéticien* 2005 : 6-7.

11 Pratique. Du droit au consentement et au refus de soins. *Bulletin de l'Ordre des Médecins* 2004 ; 5 : 14-6.

12 Pratique. Les Conseils régionaux. *Bulletin de l'Ordre des Médecins* 2006 ; 4 : 15-6.

13 Marabelle B. Sclérothérapie de la jonction saphéno-poplitée. *Phlébologie* 1997 ; 50 : 2, 197-202.

14 Société Française de Phlébologie, L'information éclairée du patient. *Phlébologie* 1999 ; 52 : 1, I-XVI.

15 Lefebvre C. La protection du consommateur. *CSF Magazine* 2004 ; 55 : 19-21.

16 Pratique. Honoraires. *Bulletin de l'Ordre des Médecins* 2006 ; 5 : 16.

17 Roy P., Hureau J. La vérité médicale devient vérité judiciaire. *Quotidien du Médecin* 2003 ; 7434 : 13.

18 Pourriat J.L. La responsabilité face à l'urgence. *Revue Expert* 2005 ; 68 : 35-40.

19 Sicot C. Exercice et responsabilité en pathologie veineuse. *Concours Médical* 1998 : 24-7.