



**HAL**  
open science

## Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ?

Hélène Lorphelin-Martel

### ► To cite this version:

Hélène Lorphelin-Martel. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ?. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01079659

**HAL Id: dumas-01079659**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079659>**

Submitted on 3 Nov 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2014

N°

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

LORPHELIN MARTEL Hélène

NEE LE 3 octobre 1987 à Dieppe

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 OCTOBRE 2014

**LE RISQUE JURIDIQUE ET LES INTERNES DE MEDECINE  
GENERALE EN HAUTE-NORMANDIE : vers la pratique d'une  
médecine défensive dès la formation médicale ?**

PRESIDENT DE JURY:   Professeur Bernard PROUST

DIRECTEUR DE THESE:   Docteur Anne CLEMENÇON

MEMBRES DU JURY:    Professeur Philippe Nguyen Thanh  
                                  Professeur Véronique MERLE

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014**  
**U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN :	<b>Professeur Pierre FREGER</b>
ASSESEURS :	<b>Professeur Michel GUERBET</b> <b>Professeur Benoit VEBER</b> <b>Professeur Pascal JOLY</b>
DOYENS HONORAIRES :	<b>Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ</b>
PROFESSEURS HONORAIRES :	<b>MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY – J. DALION - DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT- J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY – R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER – J.P LEMOINE - M<sup>le</sup> MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET – F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS – H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB – R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ – P.TRON – C.WINCKLER - L.M.WOLF</b>

**I - MEDECINE**

**PROFESSEURS**

M. Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno <b>BACHY (Surnombre)</b>	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART (Surnombre)</b>	CRM <sup>PR</sup>	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy <b>BONMARCHAND</b>	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
M. Jean-François <b>CAILLARD (Surnombre)</b>	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie

M. Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Danièle <b>DEHESDIN (Surnombre)</b>	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean <b>DOUCET</b>	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
M. Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
M. Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
M. Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel <b>GODIN</b>	HB	Néphrologie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
M. Philippe <b>GRISE</b>	HCN	Urologie
M. Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
M. Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
M. Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc <b>KUHN</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
M. Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
M. Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
M. Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	ORL

M. Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
M. Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis <b>MICHOT</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno <b>MIHOUT (Surnombre)</b>	HCN	Neurologie
M. Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
M. Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc <b>PERON</b>	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
M. François <b>PROUST</b>	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe <b>RICHARD (Mise en dispo)</b>	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline <b>SAVOYE – COLLET</b>	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
M. Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mme Florence <b>THIBAUT</b>	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
M. Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
M. Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. François <b>TRON (Surnombre)</b>	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre <b>VERA</b>	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric <b>VERIN</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
M. Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
M. Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
M. Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
M. Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
M. Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
M. Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Bactériologie
M. Jean-François <b>MENARD</b>	HCN	Biophysique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
M. Francis <b>ROUSSEL</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues <b>VIVIER</b>	HCN	Imagerie Médicale

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mme Cristina <b>BADULESCU</b>	UFR	Communication

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
M. Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
M. Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX</b>	Physiologie
M. Paul <b>MULDER</b>	Sciences du médicament
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
M. Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Biomathématiques
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
M. Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
M. Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
M. Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
M. Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et Mathématiques

Mme Laetitia **LE GOFF**

Mme Hong **LU**

Mme Sabine **MENAGER**

Mme Christelle **MONTEIL**

M. Mohamed **SKIBA**

Mme Malika **SKIBA**

Mme Christine **THARASSE**

M. Frédéric **ZIEGLER**

Parasitologie Immunologie

Biologie

Chimie organique

Toxicologie

Pharmacie Galénique

Pharmacie Galénique

Chimie thérapeutique

Biochimie

### **PROFESSEUR CONTRACTUEL**

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

### **ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Imane **EL MEOUCHE**

Bactériologie

Mme Juliette **GAUTIER**

Galénique

M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie



### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN-TARTARIN** UFR Médecine Générale

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :** Mme Véronique DELAFONTAINE

**HCN - Hôpital Charles Nicolle**

**CB - Centre HENRI BECQUEREL**

**CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation**

**HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME**

**CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray**

## LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
M. Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
M Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil <b>ADRIOUCH</b>	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b>	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b>	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b>	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b>	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b>	Biochimie (UMR 1079)

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei <b>FETISSOV</b>	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su <b>RUAN</b>	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## Remerciements :

A monsieur le Professeur Bernard PROUST,  
Vous me faites l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A madame le Docteur Anne CLEMENCON,  
Je vous remercie de m'avoir fait confiance en acceptant de diriger cette thèse. Soyez assurée de mes sincères remerciements pour vos corrections et votre disponibilité.

A monsieur le professeur Philippe Nguyen Thanh,  
Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse et d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

A madame le Professeur Véronique MERLE,  
Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A tous les internes qui ont répondu à mon questionnaire et qui m'ont permis la réalisation de ce travail en m'accordant un peu de leur temps. Merci pour le partage de vos expériences et de vos pensées.

A monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS pour vos conseils, votre disponibilité et le temps que vous m'avez consacré.

A mes maîtres de stages, qui mon fait découvrir et aimer la médecine générale.

A mon mari, pour être là et m'avoir toujours aidé et soutenu dans les moments difficiles.

A mon papa et à Isabelle pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mon frère adoré, toujours présent.

A mes beaux parents, un grand merci à Josiane pour la relecture orthographique.

Merci à tous les membres de ma famille, pour m'avoir toujours encouragé.

Merci à tous mes amis pour tous les bons moments passés ensemble.

## Liste des abréviations :

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CRCI : Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

CSP : Code de Santé Publique

DES : Diplôme d'Etude Supérieure

DIU : Dispositif Intra-Utérin

ECG : Electrocardiogramme

EIG : Evènement indésirable grave

ENEIS : Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

MACSF : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

RMM : Revue de mortalité et de morbidité

## Table des matières

I) Introduction.....	17
II) Du fondement de la responsabilité médicale à la judiciarisation de la médecine.....	18
A) Les prémices de la responsabilité médicale .....	18
1) Les premières traces écrites de la responsabilité médicale dans l'antiquité.....	18
2) Peu d'évolution avant le XIX <sup>e</sup> siècle.....	18
3) L'arrêt Mercier 1936 : 1 <sup>er</sup> tournant de la responsabilité médicale.....	20
B) Evolution du droit de la santé au XXe siècle jusqu'à la loi Kouchner.....	20
1) Circonstances de l'évolution vers le droit des malades.....	20
a) Les innovations du monde médical.....	20
b) Les scandales de santé publique.....	21
c) La fin du modèle paternaliste .....	22
d) L'évolution des patients.....	23
2) Les remaniements jurisprudentiels dans les années 90 .....	23
a) Un cadre juridique de plus en plus strict .....	23
b) Inversion de la charge de la preuve .....	24
c) Extension de l'obligation d'information.....	25
d) L'obligation de sécurité-résultat .....	25
C) La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.....	26
1) Contexte.....	26
2) Contenu.....	26
a) Titre I : Solidarité envers les personnes handicapées.....	27
b) Titre II : Démocratie sanitaire.....	27
c) Titre III : Qualité du système de santé.....	28
d) Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires.....	28
3) Conséquences.....	29
D) La judiciarisation de la médecine : vers une dérive à l'américaine ?.....	30
1) le modèle américain.....	30
a) La flambée des contentieux pour faute médicale.....	30
b) Emergence d'une médecine défensive.....	31
c) Explosion des assurances professionnelles.....	31
d) Comparaison entre système juridique français et américain.....	32
2) Evolution des poursuites envers les médecins en France.....	33
a) La judiciarisation de la médecine en France: un phénomène controversé.....	33
b) Evolution de la sinistralité des médecins.....	34
c) Une étude bat en brèche le sentiment de judiciarisation de la santé.....	35



3) Un corps médical sous pression.....	36
a) Une profession qui se sent exposée au risque judiciaire.....	36
b) Impact de la peur de la plainte sur la pratique médicale.....	37
c) Vers l'adoption d'une médecine défensive dès l'apprentissage?.....	38
III) Matériel et méthode.....	39
A) Bibliographie.....	39
B) Type d'enquête.....	39
C) Questionnaire.....	39
D) Population cible.....	40
E) Analyse et recueil de données.....	40
F) Analyse statistique.....	40
IV) Résultats.....	41
A) Taux de réponse.....	41
B) Caractéristiques de l'échantillon.....	41
C) Résultats Bruts.....	43
D) Résultats croisés : analyse univariée.....	55
V) Discussion.....	61
A) Critiques générales.....	61
1) Matériel et méthode.....	61
2) Taux de réponse.....	61
3) Biais de l'étude.....	61
4) Critique du questionnaire.....	62
B) La peur de la plainte s'imisce dans l'esprit des internes en médecine générale.....	63
C) Dans quelle mesure leur pratique est-elle influencée par cette crainte ?.....	66
D) Solutions envisageables pour se protéger d'éventuelle poursuite sans tomber dans la médecine défensive ?.....	73
VI) Conclusion.....	83
VII) Annexes.....	85
VIII) Bibliographies.....	95

## I) Introduction :

La médecine défensive est un type de médecine qui consiste à ouvrir le parapluie et à tenter de se protéger contre d'éventuelles poursuites judiciaires en effectuant des examens inutiles, en ordonnant des hospitalisations abusives, ou en renonçant à certaines pratiques sous prétexte qu'elles pourraient être dangereuses juridiquement pour le médecin. C'est une médecine coûteuse, non centrée sur le patient, qui contribue à une surconsommation de soins et à l'appauvrissement de la pratique médicale.

Ce concept largement répandu aux Etats- Unis depuis les années 70 en réponse à la judiciarisation de la médecine, fait l'objet de nombreux articles et de nombreuses controverses (1). Même si la médecine générale semble moins concernée que d'autres spécialités telles que la chirurgie, la gynéco obstétrique ou l'anesthésie, elle n'est pas épargnée par le phénomène.

Sur le vieux continent, on commence à s'intéresser au sujet depuis une dizaine d'années, avec la crainte d'une dérive à l'américaine. Notamment en France, deux thèses quantitatives d'exercice en médecine générale réalisées en 2006 (2) (3) montraient déjà une modification de la pratique des médecins généralistes par crainte d'éventuelles poursuites. Une autre étude qualitative (4) réalisée en 2012 retrouvait des résultats contraires.

Il y a bien sûr la crainte de la mise en cause de sa responsabilité mais aussi les conséquences morales que cela entraîne. En effet, un litige dans l'exercice d'une profession est potentiellement traumatisant pour la personne incriminée. Les médecins ayant connu une mise en cause sont généralement affectés moralement par cet évènement. Il y a l'angoisse d'être jugé par ses pairs ; l'angoisse d'être jugé alors que l'on pensait bien faire. Certains pensent même à changer de profession après ce genre d'évènement.

Pour les médecins généralistes plus âgés, ayant débuté loin de cette pression judiciaire, l'expérience et la confiance acquise en leurs patients, leur permettent de relativiser le risque de procès. Ainsi, même si leur pratique semble modifiée par la judiciarisation de la médecine, le phénomène est très certainement minimisé, par rapport aux plus jeunes médecins.

En effet, pour les nouvelles générations de médecins, le risque médico-légal fait désormais partie intégrante de la formation médicale. Que ce soit avec des cours spécifiques de médecine légale ou avec des conseils de médecins, tout au long du cursus, on nous met en garde contre le risque de procès, nous enseignant comment nous en prémunir (retranscription de tout ce qui a été dit, fait ou prescrit dans le dossier médical, rédaction précautionneuse des certificats...). Ainsi chaque étudiant débute sa pratique médicale avec une nouvelle composante à prendre en compte : le risque judiciaire.

L'objectif principal de cette étude est d'établir dans quelle mesure le risque judiciaire intervient dans les prises de décisions des internes en médecine générale. Et de déterminer ainsi, si les nouveaux médecins adoptent la médecine défensive dès le début de leur exercice comme une nouvelle façon de pratiquer. Secondairement, nous tenterons de répertorier les différents litiges auxquels ont été confrontés les internes et de définir les éléments de la pratique médicale les plus influencés par la crainte médico-légale.

## II) Du fondement de la responsabilité médicale à la judiciarisation de la médecine

### A) Les prémices de la responsabilité médicale

#### 1) Les premières traces écrites de la responsabilité médicale dans l'Antiquité

La notion de responsabilité médicale n'est pas une préoccupation nouvelle. En effet, le code de Hammourabi écrit vers 1750 avant JC (l'un des plus anciens textes de loi retrouvé) prévoit déjà parmi ses 282 lois, certaines peines applicables aux médecins maladroits et incompetents. Huit articles du fameux code concernent la médecine.

- L'article 215 pose le principe du contrat médical : « Si un médecin pratique une grande incision avec un bistouri guérit, ou s'il ouvre une taie avec un bistouri et sauve l'œil, il doit recevoir dix shekels d'argent ».

- L'article 218 traite de la responsabilité du médecin : « Si un médecin pratique une grande incision avec un bistouri et tue son malade, ou s'il ouvre une taie avec un bistouri et perd l'œil, on lui coupera la main. » (5)

Dans l'Egypte ancienne le principe de la responsabilité médicale s'impose comme une règle d'ordre public. Les malades ont l'obligation de venir, après leur guérison, inscrire le nom ou la formule des remèdes qui les ont soulagés dans le Temple de Canope ou de Vulcain. Ces traitements sont ensuite codifiés et doivent être appliqués par les médecins sous peine de mort.

#### 2) Peu d'évolution avant le XIX<sup>e</sup> siècle

Malgré ces textes anciens retranscrivant la notion de responsabilité médicale, l'irresponsabilité en cette matière sera de rigueur du Moyen-Âge jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle. Durant une longue période, la médecine demeurera impénétrable et inexplicable pour le

commun des mortels, revêtant le caractère d'un art occulte. Finalement ce n'est pas tant le médecin mais Dieu qui décide de la vie ou de la mort d'un malade. La volonté divine ne pouvait être contestée. Ainsi, Au Moyen-Âge les médecins étaient pour la plupart issus du clergé et il était classique de dire « Je l'ai soigné, Dieu l'a guéri ».

Au XVIIe siècle, cette impunité du corps médical était dénoncée par Molière dans son théâtre. Ainsi dans le malade imaginaire, son personnage disait à propos de la médecine : « C'est le métier le meilleur de tous; la méchante besogne ne retombe jamais sur notre dos, et nous taillons comme il nous plaît sur l'étoffe où nous travaillons. Un cordonnier, en faisant des souliers, ne pourrait gâter un morceau de cuir, qu'il n'en paye les pots cassés; mais ici l'on peut gâter un homme sans qu'il n'en coûte rien».

C'est finalement après la révolution que les premiers changements vont s'opérer. En 1804 la promulgation par Napoléon du code civil, du code pénal, du code de procédure pénale et du code de procédure civile modifie notablement le paysage légal et supprime l'immunité médicale. Ainsi, les premières affaires impliquant la responsabilité médicale vont marquer le XIXe siècle et illustrer le déclin de l'impunité civile des médecins.

L'affaire du Dr Hélie (1832): au cours d'un accouchement difficile le docteur Hélie crut ne pouvoir mieux faire que d'amputer les 2 bras de l'enfant, le croyant mort pour sauver la mère. Malheureusement pour le Dr Hélie l'enfant n'était pas mort et a survécu à cette mutilation. Il fut condamné à verser une rente viagère à vie à l'enfant lourdement handicapé.

L'affaire Thouret-Noroy (1835) : au cours d'une saignée mal exécutée, le Dr Thouret avait sectionné l'artère humérale de son patient le sieur Guigne, ce qui lui avait valu l'amputation de son bras droit. Le Dr Thouret-Noroy s'est pourvu en cassation suite à sa condamnation. La Cour de Cassation a rendu un arrêt, le 18 juin 1835, qui demeurera pendant un siècle la référence en matière de responsabilité civile médicale : « Du moment que les faits reprochés au médecin sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la Science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance des choses que l'on devrait nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte...».

L'affaire du Dr Laporte (1893) : le docteur Laporte, à la suite d'un accouchement, a été condamné à une peine d'emprisonnement par le TGI de Paris sur le rapport des experts qui lui reprochaient « une impéritie notoire et l'absence d'appel à un confrère plus compétent »; il sera relaxé par la cour d'appel de Paris. Les suites judiciaires furent marquées par la création d'une société d'Assurances du corps médical (Sou médical en 1897), suivie secondairement de la MACSF en 1935.

Il faudra attendre presque un siècle après l'arrêt de l'affaire Thouret-Noroy pour que le domaine de la responsabilité médicale connaisse un nouveau développement, clos par

l'arrêt du 20 mai 1936 de la Cour de Cassation, l'arrêt Mercier, établissant le caractère contractuel de la relation médecin-malade.

### 3) L'arrêt Mercier 1936 : 1<sup>er</sup> tournant de la responsabilité médicale

Mme Mercier, atteinte d'une affection nasale, s'adressa au docteur Nicolas radiologue, qui lui fit subir un traitement par rayon X. Au décours de ce traitement elle développa une radiodermite des muqueuses de la face. Les époux Mercier réclamèrent alors des dommages et intérêts au radiologue pour utilisation des rayons X sans user des précautions minimales. La cour de cassation, le 20 mai 1936, donna raison aux plaignants au motif suivant:

*«L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconque mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ».* (Cour de cassation, 20 mai 1936, arrêt Mercier).

Avant l'arrêt Mercier la responsabilité des médecins était délictuelle, fondée sur les articles 1382 (6) et 1383 (7) du code civil, et nécessitant la preuve d'une faute, d'un dommage, et d'une relation entre les deux. Cet arrêt ouvre une nouvelle voie à la responsabilité médicale : la responsabilité civile dite contractuelle. Ainsi, il se crée entre le médecin et le malade un véritable contrat de soins. Ce contrat est tacite et contraint le médecin à une obligation non pas de résultats mais de moyens. Le médecin s'oblige alors à donner des soins « conformes aux données acquises de la science » et à mettre en œuvre tous les moyens humains ou techniques nécessaires à l'obtention du meilleur traitement. En contrepartie, le patient s'oblige à suivre les prescriptions et à verser des honoraires au praticien.

## B) évolution du droit de la santé au XXe siècle jusqu'à la loi Kouchner

### 1) Les circonstances de l'évolution vers le droit des malades

#### a) Les innovations du monde médical

Le XXe siècle est marqué par de grandes avancées scientifiques, qui vont considérablement faire progresser la médecine. Citons sur le plan thérapeutique l'invention des antibiotiques avec le recul des maladies infectieuses, de l'insuline en 1922, des corticoïdes en 1949, des greffes, de la dialyse... Sur le plan diagnostique les diverses

techniques d'imageries et la biologie moléculaire. Toutes ces innovations médicales contribuent à augmenter l'espérance de vie par une meilleure connaissance et un meilleur traitement des maladies.

En contrepartie, ces nouvelles techniques efficaces ne sont pas dénuées de risque. Apparaît alors le risque de iatrogénicité. Le champ d'action du médecin s'élargit, il peut avoir un réel impact sur la santé du patient mais en pesant toujours la balance « bénéfico-risque ».

Mais face à de telles prouesses, la médecine laisse espérer aux patients qu'elle peut tout. La maladie et la mort deviennent alors intolérables, la recherche d'un responsable indispensable. Autrefois lorsque l'issue était défavorable on y voyait la fatalité, la faute « à pas de chance », désormais on y voit l'erreur médicale.

## b) Les scandales de santé publique

Malgré d'immenses progrès, la médecine ne peut pas tout guérir et est même parfois nuisible. C'est ce que reflète la succession de scandales sanitaires qui vont ébranler l'opinion publique au cours de la deuxième moitié du XXe siècle.

Le Distilbène a été prescrit à des millions de femmes enceintes à partir de 1948 en France pour prévenir les fausses couches, les risques de prématurité et traiter les hémorragies de la grossesse. Mais, dès 1953, l'inefficacité de cet œstrogène de synthèse est démontrée et, en 1971, de graves malformations chez les enfants de mères traitées sont formellement attribuées à l'hormone. Si les Etats-Unis retirent immédiatement le Distilbène du marché, la France attendra... jusqu'en 1977.

Le scandale du sang contaminé éclate en avril 1991, lorsque *L'Événement du jeudi* publie un rapport prouvant qu'en 1985 le Centre national de transfusion sanguine a écoulé du sang potentiellement porteur du virus du Sida, entraînant la contamination par le VIH d'environ 5.000 hémophiles et transfusés.

Toujours la même année en décembre 1991, une enquête est ouverte suite à la plainte de parents d'un enfant atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jakob après avoir suivi un traitement pour favoriser sa croissance. L'hormone de croissance utilisée dans les années 1980 aurait de fait été prélevée sur des cadavres dans des conditions dangereuses. Surtout, des stocks suspects ont été écoulés en 1985 et 1986 malgré les mises en garde sur d'éventuels risques infectieux. Ce qui aurait provoqué la mort de 119 enfants.

Encore récemment, l'affaire du médiateur, des prothèses PIP, des pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> générations, du vaccin Gardasil... Les affaires s'accumulent et véhiculées par les médias, elles nourrissent un sentiment de peur et d'insécurité face au monde médical.

### c) La fin du modèle paternaliste

Durant plusieurs siècles la relation médecin-malade était fondée sur un modèle paternaliste de bienveillance. Ce modèle repose sur le constat d'une asymétrie entre médecin et patient. L'un a le savoir scientifique, la compétence pratique, la distance nécessaire pour juger, tandis que l'autre ne connaît de sa pathologie que ses symptômes, et est perturbé par sa souffrance. Voici par exemple ce que déclarait en 1950, le professeur Louis Portes, président de l'Ordre des médecins :

*« Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper- un enfant à consoler, non pas à abuser- un enfant à sauver, ou simplement à guérir. » (8)*

Il n'y avait alors à l'époque pas d'échanges d'informations à proprement parler, ce qui entraînait aussi l'idée d'une confiance totale et nécessaire du patient en son médecin. D'où la formule du Pr. Portes: « Une confiance qui rejoint une conscience ».

Suite aux scandales sanitaires des années 80-90, une crise de confiance envers le monde médical va ébranler le modèle paternaliste, pour s'orienter vers un modèle autonomiste. De plus, l'évolution de la médecine elle-même rend ce modèle intenable: devenue plus efficace, plus savante, plus technique, la médecine est aussi plus invasive, plus risquée, aussi bien dans les investigations que dans les traitements. Qui doit prendre le risque ?

Désormais, le médecin ne doit plus imposer ses décisions aux malades, mais à le devoir de l'informer sur les différentes possibilités qui s'offrent à lui. Le patient redevient acteur de la relation médecin-malade et participe aux décisions concernant sa santé.

Cependant le modèle autonomisme risque de mener vers d'autres dérives. C'est ce que souligne la philosophe, spécialiste en éthique médicale Suzanne Rameix, qui préconise un modèle mixte: « ...il y a un double risque de déviation juridique et consumériste. Si le médecin informe le patient et attend un consentement, ce peut être uniquement pour se protéger de toute poursuite judiciaire, sans le moindre souci ni respect du patient (...) Symétriquement, le patient peut considérer le médecin comme un prestataire de service, dont il attend un acte de « risque zéro » et qu'il attaquera juridiquement à la première occasion pour obtenir des indemnités financières. » (9) La médecine ne doit pas devenir une

prestation de service. Le risque serait d'aboutir à une obligation non plus de moyen mais de résultats.

#### d) L'évolution des patients

Depuis le milieu du XXe siècle, la démocratisation de l'enseignement, l'accroissement des connaissances et de l'autonomie des citoyens, le développement de l'information médicale avec un accès facilité par les médias, les mouvements de défense des droits, le pluralisme des conceptions politiques, religieuses et morales, signent la fin d'une médecine toute puissante où le médecin décide de ce qu'il y a de mieux pour le malade. Le patient désormais souhaite qu'on respecte sa liberté, sa dignité d'être qui prend lui-même les décisions qui le concernent, sous couvert d'une négociation contractuelle.

Du point de vue des médecins, les malades seraient de plus en plus exigeants et informés. La proportion de patients considérés, entre le début et la fin de leur carrière, par les praticiens français maintenant à la retraite, comme informés, passe de 2 % à 93 % et, comme exigeants, de 8,8 % à 80,3 %. (10)

### 4) Les remaniements jurisprudentiels dans les années 90 (11)

#### a) Un cadre juridique de plus en plus strict

Dans les années 90, les contours de la responsabilité médicale se dessinent, notamment en matière d'information délivrée au patient. Le cadre juridique en matière médicale étant large et flou, les arrêts rendus par les différentes Cours vont faire jurisprudence. En l'absence de loi précise, c'est l'arrêt rendu qui fera office de loi. Elles seront ensuite reprises et confirmées par la loi du 4 mars 2002, qui clarifiera les choses.

La Cour de Cassation a surtout, depuis janvier 1997, entamé un mouvement jurisprudentiel en faveur des patients victimes qui a non seulement accru le niveau d'exigence envers les médecins mais également initié de nouvelles sources de responsabilité.



## b) Inversion de la charge de la preuve

Traditionnellement, le défaut d'information était une faute simple, soumise au régime traditionnel de l'administration de la preuve, à savoir « *actori incumbit probatio* », c'est-à-dire que la preuve de la faute incombe au demandeur (le patient). Chose qui se révélait difficile voire impossible dans de nombreux cas.

Suite à l'affaire Hédreul, un arrêt de la cour de cassation du 25 février 1997 va bouleverser la jurisprudence en renversant la charge de la preuve. Dans cette affaire, le patient a entrepris d'engager la responsabilité de son médecin, qui aurait omis de l'informer des risques de la coloscopie; acte ayant occasionné chez lui une perforation colique. A cette requête la cour retient que « le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation » (12).

Désormais, il appartient au médecin de prouver qu'il a bien informé son patient des risques de son intervention et qu'il a ainsi obtenu son consentement éclairé.

Un nouvel arrêt de la Cour de Cassation du 14 octobre 1997 a précisé que la preuve pouvait être faite par « tous moyens », excluant de ce fait le caractère obligatoire d'un document écrit. Dans cette affaire, une laborantine est décédée d'une embolie gazeuse au cours d'une coelioscopie exploratrice réalisée dans le bilan d'une stérilité. Le mari et le fils ont alors engagé une action en justice contre le gynécologue pour défaut d'information sur le risque d'embolie gazeuse lors de cette intervention. Ils furent déboutés, le juge prenant en compte des éléments de pur fait : le métier de la patiente (laborantine dans le même hôpital), le nombre de consultations antérieures avec son gynécologue, le temps de réflexion très long, la manifestation d'une hésitation et d'une anxiété de la part de la patiente... sont autant de preuves que la patiente avait été bien informée.

Cette nouvelle source de responsabilité pousse les professionnels à s'adapter. Il faut prouver que l'information a été délivrée par tous les moyens, sauf que dans le domaine médical, tous les moyens ne peuvent être utilisés. Il est bien sûr impensable de violer le secret médical en filmant, en enregistrant les entretiens ou encore en recourant à un témoin. Les médecins se réfugient alors dans les traces écrites : annotation dans le dossier médical, feuilles de consentement à signer avant une intervention... On peut d'ailleurs s'interroger sur les bienfaits de remettre à un patient un listing exhaustif de toutes les complications possibles de telle ou telle intervention (13). On peut même s'interroger sur la réelle compréhension de tels documents.

### c) Extension de l'obligation d'information

Le 7 octobre 1998, la cour de cassation a rendu deux décisions importantes qui viennent compléter cet édifice jurisprudentiel.

Auparavant, seuls les risques fréquents devaient être mentionnés par le médecin. Dorénavant, l'information doit s'étendre aux risques rares mais graves en stipulant qu'« hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et qu'il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement » (14). Ce qui a vivement inquiété, voire découragé les médecins.

La deuxième décision est plus rassurante puisqu'il a été admis que lorsque l'état du patient est globalement amélioré malgré la survenue d'une complication, le patient ne doit pas être indemnisé même s'il n'a pas été préalablement informé de l'existence de cette complication.

### d) L'obligation de sécurité- résultat

Cette obligation de « sécurité-résultat » se traduit en fait par la notion de responsabilité sans faute et recouvre les risques liés aux accidents médicaux et en particulier aux infections nosocomiales. Cette nouvelle obligation fait suite à trois arrêts de la Cour de cassation en date du 29 juin 1999, il s'agissait dans les trois affaires de patients qui à l'occasion de leur hospitalisation ont été infectés par des staphylocoques dorés. La Cour a statué sur l'obligation de sécurité résultat en matière d'infection nosocomiale de la part des établissements de santé et des médecins, dont ils ne pouvaient s'exonérer que par la preuve d'une cause étrangère. La preuve de l'absence de faute ne pourra pas être utilisée comme moyen d'exonération contrairement à la jurisprudence précédemment rendue par la Cour de cassation.

Cette obligation s'étend également aux matériels utilisés avec la notion de « responsabilité contractuelle du fait des choses ».

Mais aussi aux interventions chirurgicales suivi de complication sans faute du chirurgien. Ainsi, Dans l'arrêt Bianchi du 9 avril 1993, le Conseil d'Etat a admis, sous certaines conditions, l'indemnisation de l'aléa médical. En l'occurrence, Monsieur Bianchi avait subi une artériographie vertébrale sous anesthésie et s'est réveillé tétraplégique. Aucune faute n'a pu être établie, la cause la plus vraisemblable étant une occlusion secondaire à l'artériographie, phénomène rare. Il obtint le droit à être indemnisé du préjudice subi.

Ces décisions font craindre une dérive de l'obligation de moyen à l'obligation de résultat.

Une jurisprudence très importante de la Cour de Cassation du 8 novembre 2000 va cependant marquer un coup d'arrêt à cette extension de responsabilité médicale sans faute, énonçant que « La réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient ». Il va donc falloir trouver d'autres moyens d'indemniser les victimes d'accidents médicaux.

## C) La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades

### 1) Le contexte

La succession de scandales de santé publique et d'affaires judiciaires est l'illustration d'un malaise général. D'un côté les patients sont de plus en plus revendicateurs de leurs droits, de l'autre les médecins se sentent vulnérabilisés par leur responsabilité de plus en plus souvent remise en cause. La relation médecin-malade s'altère dans cette ambiance de suspicion réciproque. Jusqu'alors le cadre juridique restait assez flou, dispersé dans différents textes : le code de la santé, le code de déontologie et la jurisprudence. Face à cette montée de la judiciarisation de la médecine, le gouvernement décide de réunir les états généraux de la santé en 1998. Le but étant d'augmenter, d'unifier et de donner une valeur juridique au droit des patients. Finalement après une longue période de réflexion et de négociation, la loi sera votée le 4 mars 2002 à l'assemblée nationale.

### 2) Contenu

Cette loi est composée de 126 articles découpés en quatre grandes parties : I) Solidarité envers les personnes handicapées, II) Démocratie sanitaire, III) Qualité du système de santé, IV) Réparation des conséquences risques sanitaires. (15) Le but n'est pas de revenir en détail sur tous les articles mais de soulever les points importants.

## a) Titre I : Solidarité envers les personnes handicapées

Le premier titre porte sur la situation des handicapés, avec l'objectif de régler les difficultés liées au préjudice causé par la naissance d'un enfant handicapé: « Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance » (alinéa 1 de l'article 1).

En cas de naissance avec un handicap non décelé pendant la grossesse : La réparation n'est due par le professionnel ou l'établissement de santé que dans l'hypothèse où une «faute caractérisée» est à l'origine de cette absence de dépistement. La réparation est doublement limitée : les parents peuvent être seuls indemnisés et le préjudice matériel découlant du handicap est exclu (il est pris en charge par la « solidarité nationale »).

## b) Titre II : Démocratie sanitaire

Le deuxième titre énonce les droits essentiels des usagers du système de santé et officialise les associations de malades. La loi confirme les jurisprudences en matière d'information et de sécurité-résultat. Elle instaure en revanche de nouveaux devoirs pour les professionnels de santé. Ce titre reprend :

- Le droit de la personne malade au respect de sa dignité (article L.1110-2 du Code de la Santé Publique).
- Le respect du droit à la vie privée et au secret médical et en précise les limites (Art. L.1110-4 CSP).
- Le droit des malades à l'information médicale, l'information devant porter sur l'acte et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles (Art. L. 1111-2 CSP).
- La confirmation qu'il incombe au médecin d'apporter la preuve qu'il a bien délivré l'information au malade en cas de litige.
- L'obligation pour le médecin d'obtenir un consentement libre et éclairé du patient aux soins (Art L.1112-3 CSP).
- La redéfinition du droit d'accès direct au dossier médical pour le patient et ses ayants droits (Art I L.1111-7 CSP).
- L'établissement de la possibilité de désigner une personne de confiance. Personne qui pourra assister le patient dans ses démarches, dans ses entretiens, et qui sera consultée si le patient se retrouve hors d'état d'exprimer sa volonté (Art L.1111-6 CSP).

- Le renforcement du rôle des associations de malades (Art. L.1114-1 CSP).
- L'instauration d'une nouvelle obligation des professionnels de santé en matière de transparence avec la déclaration des accidents médicaux (Art. L. 1413-14 CSP).
- L'interdiction de recevoir des avantages directs ou indirects des entreprises fabriquant ou commercialisant des biens de santé (Art. L. 4113-6 CSP).

#### c) Titre III : Qualité du système de santé

Le titre III est consacré à la qualité du système de santé, traitant des compétences professionnelles, de la déontologie, de la prévention, de la coopération et nous retiendrons surtout l'obligation de formation continue des médecins: « Art. L. 4133-1. - La formation médicale continue constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins ».

#### d) Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires

Ce titre introduit de nouveaux éléments concernant les risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé. Il convient de distinguer la responsabilité pour faute et la responsabilité pour risque thérapeutique indépendante de toute faute. Pour faciliter l'uniformisation des indemnisations d'accidents médicaux, l'Etat va mettre en place trois nouvelles structures:

- Des commissions régionales de conciliation et d'indemnisations (CRCI) des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales chargées de faciliter les règlements à l'amiable.

- Une commission nationale des accidents médicaux chargée d'établir des recommandations sur la conduite des expertises et de veiller à une application homogène dans toutes les régions.

- Un office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) doté pour 2003 d'un budget de 70 millions d'euros. Cet office est chargé d'indemniser les victimes ayant subi un préjudice reconnu lié à l'aléa thérapeutique lorsque la responsabilité des professionnels et des établissements n'est pas mise en cause.

Ce dispositif de prise en charge de l'aléa thérapeutique a pour objectifs de permettre une indemnisation rapide (inférieure à 4 mois) des victimes à condition que le taux d'incapacité

permanente soit au moins égal à 25 % et de rétablir la confiance entre les patients et les professionnels de santé en réduisant le nombre d'actions en justice.

Par ailleurs, cette loi rend l'assurance responsabilité civile professionnelle obligatoire pour tous les professionnels de santé (art. L. 1142-2.CSP).

### 3) Conséquences

Le corps médical était globalement assez opposé à ce projet de loi, notamment en ce qui concerne l'accès direct au dossier médical par le patient. Un double sondage réalisé en 2000 montrait une divergence d'opinion entre patients et médecins. Si, selon le journal *Libération*, 88% des Français étaient pour un accès libre à leur dossier médical; le résultat de l'enquête effectuée par *Le Quotidien du médecin*, publié le même jour, indique que 60% des médecins y étaient opposés.

La loi du 4 mars 2002 a finalement confirmé la majorité des arrêts rendus par les différentes Cours durant les années 90. Elle a donc réaffirmé et augmenté les droits des malades, que ce soit en matière d'information, de choix libre et éclairé, d'indemnisation de l'aléa thérapeutique... Elle leur impose en contrepartie peu de devoirs. En revanche, le corps médical se voit imposer de nouvelles obligations.

Cette loi est une avancée considérable en ce qui concerne les droits des patients. En revanche elle nourrit le sentiment de vulnérabilité des médecins. Ces derniers voient en effet, le risque de mise en cause de leur responsabilité grandir avec les droits des malades. Une étude réalisée en 2007, soit 5 ans après la loi Kouchner, montre que 75% des 139 médecins généralistes en Côte d'Or interrogés, pensent que le nombre de procès contre les médecins augmente. (14)

Après ce bref retour sur l'historique du droit médical, nous allons désormais voir les conséquences de l'irruption du droit dans le monde médical: de la judiciarisation de la médecine à l'émergence d'une médecine défensive.

## D) La judiciarisation de la médecine : vers une dérive à l'américaine ?

La judiciarisation est une propension à privilégier le recours aux tribunaux pour trancher des litiges qui pourraient être réglés par d'autres voies (accord amiable, médiation...). Ce phénomène n'est pas inhérent à la médecine, c'est la société dans son ensemble qui se trouve confrontée à cet envahissement par le procès, ou, ce qui revient au même, par la menace de procès.

Aujourd'hui ce que l'on craint en France c'est une dérive à l'américaine. En effet, aux Etats-Unis la judiciarisation de la médecine est une réalité qui a tendance à prendre de l'ampleur depuis le début des années 70, avec toutes les répercussions que cela peut avoir sur la pratique médicale.

### 1) Le modèle américain

#### a) La flambée des contentieux pour faute médicale

Les procès en responsabilité civile contre les médecins étaient rares jusqu'au milieu du XXe siècle. La situation a cependant commencé à évoluer au début des années 1970, en raison notamment de modifications de certaines règles juridiques facilitant l'engagement des poursuites. Actuellement près de 120 000 recours juridiques pour faute médicale sont recensés chaque année aux États-Unis, ce qui signifie qu'un médecin américain sur six ferait l'objet d'une action en justice au cours d'une année (un neurochirurgien sur deux, un obstétricien sur trois). Soixante-dix pour cent de ces recours n'aboutissent pas à une indemnisation des plaignants. Néanmoins, le coût moyen de sa défense pour le médecin est estimé à 23 000 dollars par recours. Dans les situations où le recours conduit à une indemnisation, le montant moyen du verdict s'élevait à un million de dollars en 2000. Dans le seul État de Pennsylvanie, un milliard de dollars d'indemnités a été versé en 2000 dans le cadre de procès pour faute médicale (1).

La facilité d'accès aux tribunaux, la fréquence et la sévérité des verdicts des procès pour faute médicale ont entraîné des effets négatifs, voire pervers, sur le système de santé américain avec l'émergence de la médecine défensive et l'explosion des assurances professionnelles.

## b) L'émergence de la médecine défensive

Afin de se « couvrir » en prévision de litiges en responsabilité professionnelle, les médecins américains ont adopté des comportements défensifs dans leur démarche diagnostique et thérapeutique. Plusieurs études ont ainsi montré que 91% à 93% des médecins américains (spécialités chirurgicales, médicales, et généralistes confondues) pratiquent une médecine défensive et ont l'intention de continuer (15) (16). D'autres études ont montré que 30% des indications d'accouchements par césarienne n'étaient pas justifiées par des arguments médicaux mais posées pour des motifs médico-légaux.(17)

Les conséquences de cette prudence excessive sont un nombre important d'examen complémentaires, d'avis spécialisés, d'hospitalisations non utiles d'un point de vue strictement médical. Sans compter l'altération de la relation médecin-malade que cela entraîne.

Les coûts engendrés par cette médecine sont difficiles à évaluer mais vraisemblablement astronomiques. Une étude réalisée dans l'état du Massachusetts a évalué à \$281 millions l'excès d'examen pour 2005-2006, plus \$1,1 milliard pour les hospitalisations inutiles, uniquement pour les 900 médecins qui ont répondu (qui ne représentent que la moitié des médecins de l'Etat) (18).

## c) L'explosion des assurances professionnelles

Le coût des assurances professionnelles médicales n'a cessé de s'accroître ces dix dernières années. Cette situation a aujourd'hui des conséquences préoccupantes sur l'exercice de certaines spécialités médicales. Ainsi, dans certains États, les anesthésistes, neurochirurgiens, obstétriciens ne trouvent plus d'assureur pour couvrir leurs pratiques. Ils limitent d'autant les soins et examens à risques. D'autres quittent leur cabinet et se réinstallent dans les États où la législation vis-à-vis des litiges pour faute médicale est plus protectrice. Une étude, réalisée dans l'État de Georgie par le Georgia Board for Physicians Workforce en 2003 auprès de 2 800 médecins, a révélé qu'un médecin sur cinq de cet État a abandonné la pratique de procédures médicales à haut risque (un obstétricien gynécologue sur trois ne pratiquait plus les accouchements) et que plus de 5% avaient décidé de quitter l'État ou de prendre une retraite anticipée en raison de la progression « exorbitante » de leurs primes d'assurance professionnelle.

En 2002, l'une des deux plus grosses compagnies d'assurance de l'État du Minnesota (St Paul Insurance Company) était déclarée en faillite, après avoir perdu un milliard de dollars l'année précédente au sein de sa branche d'assurance professionnelle médicale.



#### d) Comparaison entre le système juridique français et américain (19)

Le système juridique américain et le système juridique français présentent de profondes divergences. En France, le droit est un droit écrit, alors qu'aux États-Unis c'est essentiellement la jurisprudence qui pose les règles de droit applicable, le juge est ainsi lié par la jurisprudence antérieure.

Par ailleurs, le système juridique américain comprend à la fois le droit fédéral mais aussi le droit des différents États de l'Union. Or, le droit en vigueur peut être très différent d'un État à l'autre et favoriser à ce titre le « *forum shopping* », conduisant à la concentration de procès intentés par les victimes ou leurs avocats dans l'État qui aura développé une jurisprudence particulièrement rigoureuse et intolérante à l'erreur médicale. Ainsi, par exemple, en 2003, un « ouragan judiciaire » s'est abattu sur la Floride et s'est soldé par une diminution d'activité de 70 % des gynécologues et une augmentation de 93 % de leurs primes d'assurance.

Aussi, les avocats sont proportionnellement trois fois plus nombreux aux États-Unis qu'en France et leurs modes de rémunération repose sur des principes divergents. Aux États-Unis ils sont rémunérés et fixent leurs honoraires en fonction des indemnités reçues par les victimes, c'est-à-dire à partir d'un pourcentage des dommages et intérêts alloués à leurs clients (souvent 30 %). Or, ce type d'honoraires, qui au stade préliminaire de l'action en justice ne coûte rien au client de l'avocat, encourage certains avocats à poursuivre les médecins y compris pour des futilités. En France en revanche, l'honoraire fixé en fonction du résultat obtenu, ou pacte de *quota litis*, est en règle générale prohibé pour ce type de contentieux. Aussi, aux États-Unis les avocats ont la possibilité de faire de la publicité et de rechercher des victimes pour leurs actions, que ce soit par voie de presse ou même directement dans l'enceinte des hôpitaux.

De plus, à la différence du système français, le système américain est accusatoire, ce dont il découle plusieurs conséquences : le droit procédural américain prévoit un mécanisme d'inversion de la charge de la preuve dès lors que la faute du médecin paraît dans une certaine mesure évidente. De plus la constitution américaine reconnaît le droit à être jugé pour tout litige d'un montant supérieur à vingt dollars par un tribunal populaire, composé de jurés. Or, en France le tribunal civil ou administratif est exclusivement composé de magistrats. On peut penser que les jurés, pouvant s'identifier à la victime, se range plus facilement du côté du plaignant que du médecin.

Enfin, depuis 1966 le droit américain prévoit la possibilité d'engager des recours collectifs et confère, au travers des *class actions*, le droit à une personne (généralement un avocat) d'engager des actions en justice au nom et pour le compte d'une catégorie de personnes victimes de mêmes faits, pour la réparation du préjudice personnel subi par chacune des victimes. Or, En France les class actions ne sont en l'état actuel de notre droit pas

envisageables. En effet, l'action en justice est une liberté donnée à chaque individu pour la défense de ses intérêts personnels et non pour la défense de l'intérêt général.

Mais ce qui rend les procès redoutables aux États-Unis n'est pas tant leur nombre que l'importance des sommes allouées. Contrairement à la France où le but de l'indemnisation est de réparer un préjudice ; la particularité du système américain réside dans la faculté offerte au juge de prononcer, en complément de dommages compensatoires, des dommages et intérêts punitifs, dont le montant bien souvent fort élevé est destiné à apparaître comme la punition financière que le juge prononce à l'encontre de l'auteur du dommage en fonction de la gravité de sa faute.

## 2) Evolution des poursuites envers les médecins en France

### a) La judiciarisation de la médecine en France: un phénomène controversé

L'analyse de l'évolution des procédures en responsabilité médicale est d'autant plus difficile que l'on ne dispose pas, à l'heure actuelle en France, de données générales nous permettant d'apprécier objectivement et de manière globale l'évolution du contentieux civil, pénal, administratif ou de règlement à l'amiable en matière de responsabilité médicale. Nous ne disposons que des données publiées chaque année dans les rapports d'activité du Sou Médical- Groupe MACSF, assureur en responsabilité civile professionnelle de plus de la moitié des médecins français.

Ce manque de statistique en matière de contentieux médical, profite à la suspicion. La judiciarisation de la médecine semble une réalité pour beaucoup. Bon nombre de professionnels de santé se sentent vulnérabilisés par le risque médico-légal. Si de nombreux médias relayent cette idée, d'autres la contestent ardemment.

Ainsi, la revue Prescrire a publié un article, en juillet 2010, intitulé «Judiciarisation de la médecine : réalité ou idée reçue ?», qui qualifie ce phénomène d'exagération, voire de désinformation. « Ce mythe tire sa crédibilité de l'opacité des statistiques ayant trait à l'accident médical comme aux procès qui peuvent en découler » (20).

Aussi de nombreux articles évoquent un faux problème alimenté par les médias, et par un climat d'incertitude dont certains avancent qu'il serait lui-même entretenu par les compagnies d'assurance, qui de fait peuvent justifier l'augmentation de leurs primes.

## b) Evolution de la sinistralité des médecins

La sinistralité des médecins est une notion dérivée de l'assurance pour mesurer le risque médico-légal des médecins. Elle repose sur le nombre d'accidents que déclarent les médecins à leur assurance rapporté au nombre global d'adhérents. Une déclaration d'accident fait suite à tout évènement qui peut faire craindre à un praticien des poursuites judiciaires. Cette mesure du risque judiciaire présente plusieurs biais mais représente la seule valeur chiffrée dont on dispose en France.

D'abord la sinistralité ne reflète pas le nombre de procédures mais seulement les situations à risque possible de procédure; le nombre de déclaration peut tout simplement augmenter du fait que les médecins soient sensibilisés et craignent d'avantage le risque de poursuite qu'auparavant.

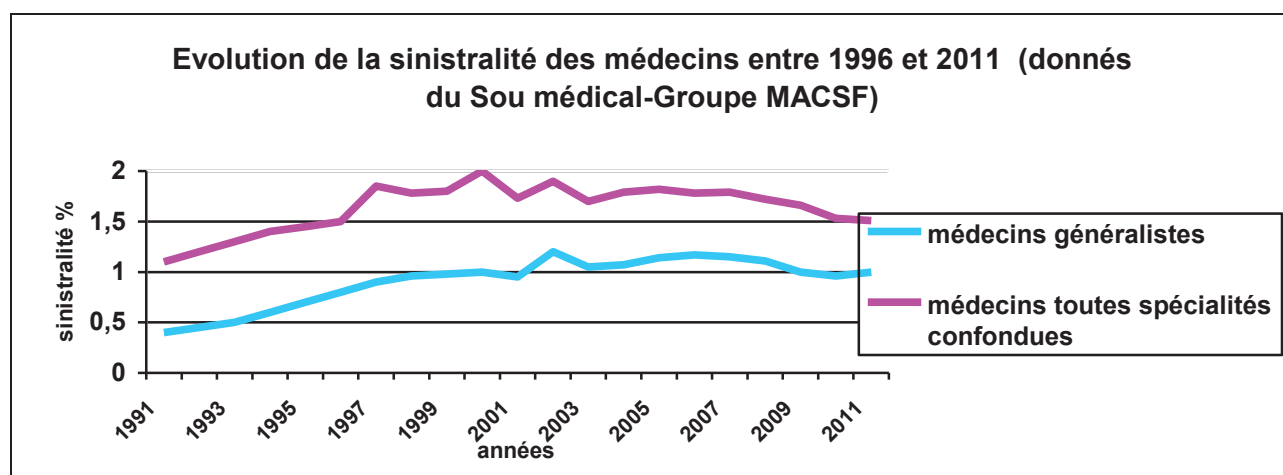
Ensuite on ne dispose des données émanant que d'un seul groupe d'assurance en responsabilité civile professionnelle: le sou médical-Groupe MACSF, mais qui regroupe plus de la moitié des médecins français et la moitié des généralistes.

En 2011 sur les 44 822 médecins généralistes sociétaires de la MACSF, on note 387 déclarations, soit une sinistralité de 1%, contre 0.96% en 2010, avec un taux de condamnation à 61%, en augmentation constante. (21)

C'est-à-dire que sur une carrière de 35 ans d'exercice, presque 1 médecin généraliste sur 3 verra sa responsabilité engagée.

C'est bien moins que les médecins libéraux toutes spécialités confondues avec une sinistralité à 2.37% avec en tête les anesthésistes et les chirurgiens libéraux montant respectivement à 19 et 44% de sinistralité.

En reprenant les données de la MACSF nous allons voir l'évolution de la sinistralité des médecins depuis 1991.



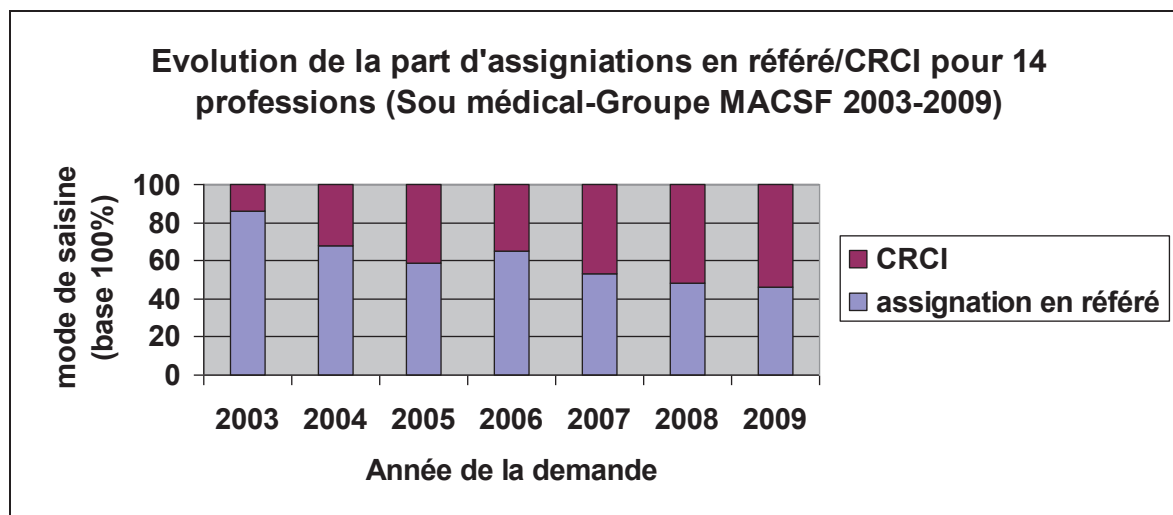
Ce graphique montre que la sinistralité des médecins généralistes et des médecins toutes spécialités confondues suivent la même tendance. Entre 1991 et 2002 on note une forte croissance des déclarations d'accidents médicaux, avec sinistralité qui a quasiment doublé en 10 ans. Puis depuis 2002, les taux se stabilisent avec même une tendance à la baisse ces dernières années pour tous les médecins.

On ne peut pas faire de corrélation directe entre la sinistralité et le nombre réel de procédures. Néanmoins le nombre d'accidents médicaux déclarés reflète l'exposition au risque médico-légal ressenti par les médecins. Les chiffres de ces 10 dernières années sont donc plutôt rassurants et la loi du 4 mars 2002 n'est peut être pas indifférente à cette tendance.

### c) Une étude bat en brèche le sentiment de judiciarisation de la santé

Jusqu'à présent, en France, une seule étude globale quantitative a été réalisée sur l'évolution de la mise en cause de la responsabilité médicale. Il s'agit d'une étude réalisée par l'Institut de Droit et Santé dépendant de l'université Paris Descartes, publié en mars 2013 (22). La recherche a été réalisée entre 1999 et 2009, (pour encadrer la loi Kouchner de 2002) à partir de 50 000 décisions juridiques administratives, civiles ou pénales auxquelles s'ajoutent les statistiques fournies par le ministère de la santé, le conseil national de l'ordre des médecins, l'ONIAM, les assureurs des professionnels et établissements de santé. Le but de cette étude étant d'analyser l'évolution des recours contre les professionnels de santé que se soit par la voie contentieuse (procédure pénale, administrative, civile ou disciplinaire) ou par la voie amiable (saisine des CRCI).

Les résultats sont sans appels : la situation est restée stable, voire même s'est améliorée sur les dix années étudiées. Un exemple: le nombre de référés, mode d'entrée classique dans une procédure impliquant un professionnel de santé, est passé de 2 800 à 3 000, soit une augmentation de 7 % sur cette période, mais une fois rapportée à l'augmentation de l'activité médicale sur ces mêmes années, c'est une stabilisation qui est mise en évidence. Autre exemple: si le nombre de condamnations a augmenté jusqu'en 2003 — 2004, les chercheurs ont constaté une baisse de celui-ci depuis. La loi du 4 mars 2002 a rempli son office. Elle a été d'autant plus efficace qu'elle a basculé la majorité des affaires vers une transaction amiable avec la mise en place des CRCI, de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique par la solidarité nationale. En effet, comme le montre le graphique suivant, on constate une inversion de la distribution des demandes d'indemnisation entre les CRCI et les juridictions notamment en référé au profit de la procédure amiable. Les chiffres passant respectivement de 86 et 14% en 2003 à 46 et 54% en 2009 en faveur des CRCI.



Le nombre de plaintes pénales contre les médecins a quant à lui été divisé par plus de deux sur 10ans.

Finalement si le type des procédures engagées contre les professionnels de santé a changé, leur nombre est stable.

A la lumière de tous ces éléments, on peut dire que le France est bien loin de la dérive à l'américaine tant crainte. Ceci s'explique notamment par les grandes divergences qu'il existe entre les deux systèmes juridiques (comme vu précédemment) qui aux Etats-Unis ont tendance à favoriser les procès. De plus, la France possède un recours pour régler les litiges à l'amiable, par le biais des CRCI, qui n'existe pas Outre-Atlantique.

### 3) Un corps médical sous pression

#### a) Une profession qui se sent exposée au risque judiciaire

Comme nous venons de le voir, il n'existe pas de flambée des poursuites envers les médecins en France. La judiciarisation de la médecine semble donc relever plus du mythe que de la réalité. Il n'en demeure pas moins qu'elle est présente dans l'esprit de bon nombre de professionnels de santé (14). Dans ces conditions, pourquoi une majorité de médecins pensent-ils qu'ils sont plus exposés qu'avant ?

Tout d'abord, à cause du retentissement médiatique de quelques grandes affaires (l'affaire du sang contaminé, du médiateur...). Les médecins s'identifient facilement à leurs rares confrères qui se retrouvent devant les tribunaux. Ils tendent à confondre le risque collectif avec leur risque individuel de voir leur responsabilité mise en cause.

Ensuite, parce que les professionnels de santé ont l'impression que le droit ne leur est plus favorable, surtout depuis le vote de la loi du 4 mars 2002 (obligation d'information, accès direct au dossier), suite à l'inversion de la charge de la preuve (c'est au professionnel de prouver qu'il a bien informé le malade et non plus l'inverse) et au pouvoir croissant des associations de malades.

Enfin, ce sentiment d'insécurité est entretenu par le manque de données chiffrées et de statistiques fiables en la matière. Ce que les médecins constatent ce sont des primes d'assurances qui ne cessent d'augmenter, les confortant dans l'hypothèse que le nombre de mises en cause et de condamnations des médecins suit la même tendance. Or, l'augmentation des primes n'est pas tant secondaire à l'accroissement du nombre de plaintes, qu'aux montants d'indemnisation très élevés de quelques grandes affaires médiatiques (25).

#### b) Impact de la peur de la plainte sur la pratique médicale

Que l'erreur médicale soit suivie de conséquences judiciaires ou non, elle est souvent très mal vécue par le médecin qui l'a commise. Les études réalisées à propos de l'impact de l'erreur médicale sur les médecins, rapportent toutes une détresse émotionnelle significative marquée par la honte, la culpabilité, le remord, une perte de confiance en soi ; avec des répercussions sur la vie privée (troubles du sommeil...) et professionnelle (baisse de satisfaction professionnelle, désinvestissement...) (24) (25). Des cas de « burn out » et de suicides sont également décrits dans plusieurs affaires d'erreurs médicales, comme le drame récent du suicide d'un jeune anesthésiste suite à une erreur de dosage d'un médicament chez un enfant (26). Ainsi, on désigne parfois comme « seconde victime » de l'erreur, le médecin qui l'a commise. A ces impacts psychiques s'ajoute la peur de la mise en cause judiciaire, vécue comme stigmatisante.

Dans le but d'éviter de nouvelles erreurs et le risque judiciaire, les médecins tendent à modifier leur pratique. Il peut s'agir de réactions constructives, comme la mise à jour de ses connaissances, la meilleure tenue du dossier médical... Ou de réactions plus défensives sans intérêt pour la pratique médicale.

La médecine défensive est considérée comme une médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs patients (27). Elle s'illustre sous deux formes : une forme active de surconsommation de soins et une forme passive d'évitement.

Dans les faits, cette pratique se caractérise principalement par une surprescription d'examen complémentaires, d'avis spécialisés, d'hospitalisations, le plus souvent inutile

d'un point de vue strictement médical, mais motivée par la volonté de minimiser le risque d'erreurs, et au besoin, de prouver aux juges qu'il n'y a pas eu négligence. Ce phénomène de surprescription a notamment été souligné par une étude réalisée en 2005 sur 136 médecins généralistes de Midi-Pyrénées, qui a démontré que 87% d'entre eux avaient recours à des prescriptions à visée défensive (2).

De plus, la médecine défensive ouvre la tendance à éviter les situations jugées à risque judiciaire. C'est-à-dire que les médecins vont de plus en plus souvent refuser de réaliser tel examen ou tel acte médical jugés « à risque », toujours dans le but d'éviter d'éventuelles poursuites. Egalement, ils pourraient refuser de soigner tel malade, perçu comme procédurier ou tel autre, comme étant un cas trop compliqué.

Les conséquences d'une telle pratique sont notamment la surcharge du système de soins (délai de rendez-vous chez les spécialistes, pour une imagerie, la saturation des urgences...), un surcoût financier, une altération de la relation médecin-malade... Elle apparaît de plus comme une médecine de moins bonne qualité qui n'apporterait aucun bénéfice au patient et qui pourrait même s'avérer délétère par la réalisation d'examens inutiles.

### c) Vers l'adoption d'une médecine défensive dès l'apprentissage?

Comme nous venons de soulever le problème, même si la judiciarisation de la médecine n'est pas un fait avéré en France, les médecins se sentent de plus en plus exposés au risque judiciaire. Aux Etats-Unis comme en Europe, plusieurs études ont montré que les médecins, y compris les médecins généralistes (même si leur sinistralité reste inférieure à la plupart des spécialistes) tendent à modifier leurs pratiques vers l'adoption d'une médecine défensive. Il s'agit d'une adaptation secondaire de leur pratique, censée les protéger face au risque médico-légal.

Or, on peut se demander ce qu'il en est pour les nouvelles générations de médecins qui débutent leur formation avec cette nouvelle composante à prendre en compte : le risque judiciaire. En effet, les pratiques défensives semblent inversement corrélées à l'âge, c'est-à-dire que plus les médecins sont jeunes et plus ils semblent adopter des comportements défensifs (28). Sans compter la place grandissante des cours de médecine légale dans les facultés de médecine en deuxième cycle.

Finalement, la peur du litige devient-elle un élément déterminant dans les prises de décision des internes en médecine générale? Les nouveaux médecins adoptent-ils la médecine défensive dès le début de leur formation comme une nouvelle façon de pratiquer la médecine ou est-elle une adaptation secondaire au fil des années? Voilà les principales questions auxquelles notre étude va tenter de répondre.

### III) Matériel et Méthode

#### A) Bibliographie

La première partie de ce travail a consisté en une recherche bibliographique ayant trait à l'historique de la responsabilité médicale, puis au phénomène de judiciarisation de la médecine et enfin à l'émergence d'une médecine défensive.

Les sources suivantes ont été consultées : PubMed, SUDOC, BIUM, CAIRN, les chiffres provenant des assurances le Sou Médical- Groupe MACSF, google.

Les mots clés suivants ont été utilisés : «Judiciarisation», «médecine défensive», «erreur médicale», «responsabilité médicale», «defensive médecine », «defensive médecine and general practice ».

Ce travail de recherche a permis de définir les contours de l'enquête.

#### B) Type d'enquête

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle transversale réalisée sur les internes de médecine générale, toutes années confondues, de la faculté de médecine de Rouen. Le choix d'une étude quantitative s'est basé sur la volonté de mesurer l'ampleur du phénomène. Elle a reposé sur l'analyse d'un questionnaire.

#### C) Questionnaire (voir annexe1)

Ce questionnaire a été élaboré au décours de nombreuses discussions avec des praticiens et internes, afin de déterminer les éléments importants à analyser au cours de notre enquête.

Il est totalement anonyme et se compose de 5 parties : la première reprend les données démographiques ; la deuxième fait l'état des lieux sur la judiciarisation de la médecine vécue et ressentie par les internes ; la troisième s'occupe de l'influence de la peur de la plainte sur la pratique actuelle des internes en stage ; la quatrième s'intéresse à l'influence sur leur pratique future et enfin la dernière partie essaie d'entrevoir les solutions possibles pour se



protéger du risque judiciaire sans tomber dans la médecine défensive. Le questionnaire est retranscrit intégralement en Annexe 1.

## D) Population cible

La population étudiée portait sur les 241 internes inscrits au DES de médecine générale en 2013-2014 à la faculté de Rouen, toutes années confondues, sans facteur d'exclusion. Le but étant d'établir la place de la médecine défensive dès le début de la formation, le plus adapté paraissait donc de cibler les internes.

## E) Recueil des données

L'enquête s'est déroulée sur une journée. Le questionnaire a été distribué en main propre à tous les internes de médecine générale de Rouen présents à la répartition pour le stage d'été 2014, le 03/04/14. Ils ont été distribués au début de la répartition puis les questionnaires complétés ont été récoltés le jour même.

Ce mode de recueil de données en main propre a été choisi en supposant un plus fort taux de réponses que par voie électronique. En effet, le taux de réponses par courriel dans ce genre d'étude est généralement aux alentours de 15-20%.

## F) Analyse statistique

Une fois recueillis, les résultats ont été reportés sur une feuille de calcul puis analysés avec Microsoft Excel.

Les variables quantitatives sont présentées sous forme de moyennes +/- écart type et les variables qualitatives sous forme d'effectif et de pourcentage. L'analyse univariée a été réalisée à l'aide d'Excel et de Biostat GV. Les comparaisons entre deux variables qualitatives ont été réalisées à l'aide du test du Chi-deux avec pour condition d'application des effectifs théoriques supérieurs à 5 ; et pour les variables quantitatives à l'aide du test de Student. Pour tous les tests, la signification statistique est fixée à  $p < 0.05$ .

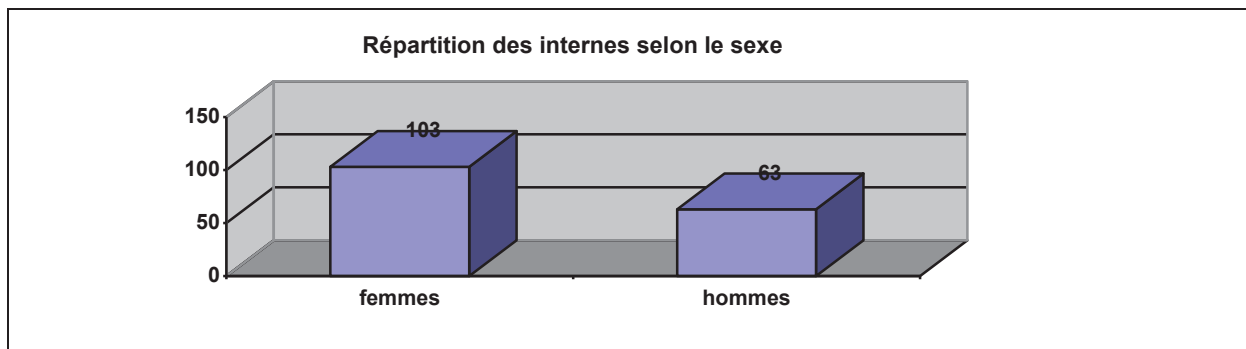
## IV) Résultats

### A) Taux de réponse

204 questionnaires ont été distribués. 166 questionnaires complétés ont été récoltés à l'issue de la répartition sur les 241 internes en médecine générale de la faculté de Rouen. **Soit un taux de réponse de 68.9%.**

### B) Caractéristiques de l'échantillon

- Répartition selon le sexe :



Sexe	Echantillon des répondants		Population totale	
	Effectif	%	Effectif	%
Femmes	103	62	155	64.3
Hommes	63	38	86	35.7
Total	166	100	241	100

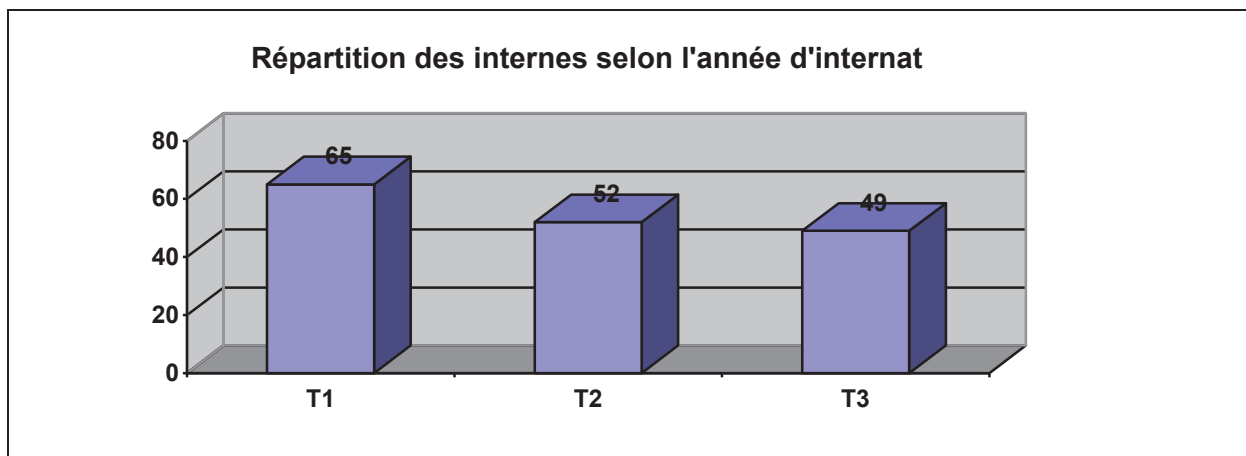
Le test du Chi2 n'est pas significatif.  $\text{Chi}^2=0.217$ ,  $p=0.64$ .

Il n'existe donc pas de différence significative au niveau de la répartition du sexe entre l'échantillon et la population générale.

- Répartition selon l'âge :

La moyenne d'âge des internes interrogés est de 26.4ans (avec un écart type de 1.5ans). Le plus jeune a 24ans, et le plus vieux 33ans.

- Répartition selon l'année d'internat :



Années	Echantillon des répondants		Population totale	
	Effectif	%	Effectif	%
T1	65	39.2	102	42.3
T2	52	31.3	68	28.2
T3	49	29.5	71	29.4
Total	166	100	241	100

Le test n'est pas significatif.  $\chi^2=0,562$ ,  $p=0.754$

Il n'existe donc pas de différence significative au niveau de la répartition en année d'internat entre l'échantillon et la population générale.

## C) Résultats bruts

### 1) Avez-vous déjà eu un litige avec un patient au cours de vos stages d'internat ?

Oui à **22.3%** (37 répondants, dont 3 internes qui ont eu au moins 2 litiges)

Non à 77.7% (129 répondants)

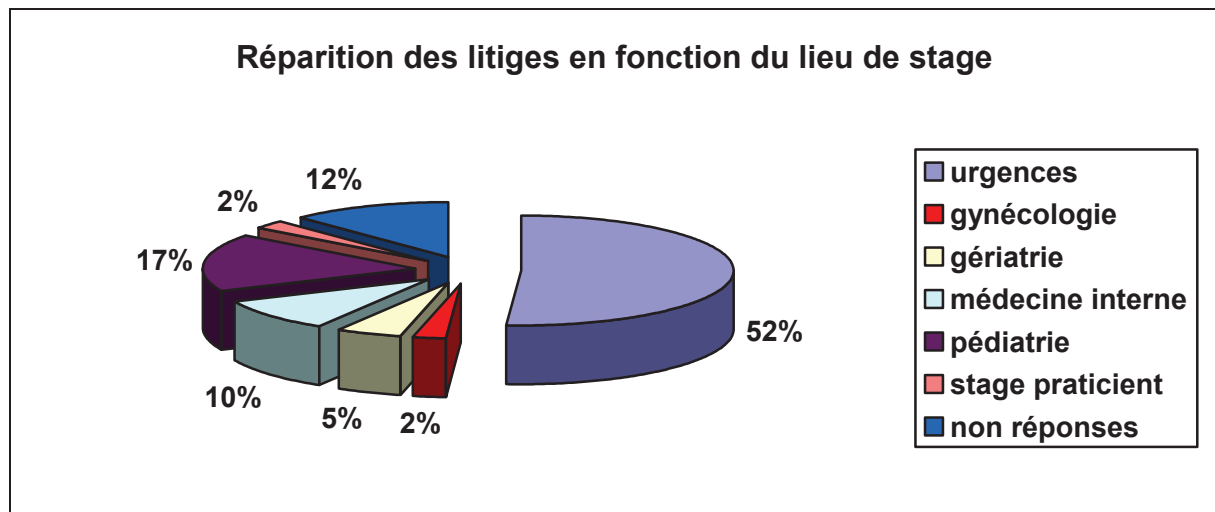
### 2) Si oui, quelle était la raison du litige, le stage au cours duquel était-ce et le dénouement ?

a) Raisons du litige (voir annexe2):

- Insatisfaction de la prise en charge ou retard à la prise en charge (38.5%)
- Désaccord sur une hospitalisation ou sortie d'hôpital (17.9%)
- Refus d'examens complémentaires ou de traitements non justifiés de la part de l'interne (12.8%)
- Enervement, agression verbale (12.8%)
- Erreur diagnostique (10.3%)
- Divers (7.7%)

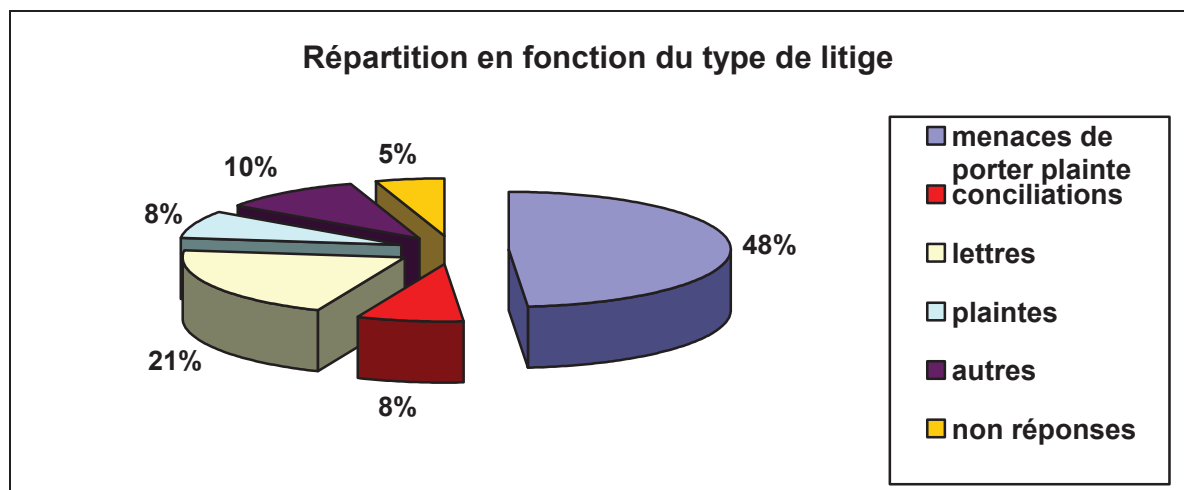
Les raisons ayant occasionné un litige entre un patient et un interne sont détaillées davantage en annexe 2.

b) Lieu de stage :



Plus de la moitié des litiges ont eu lieu au cours du stage aux urgences (52%), viennent ensuite loin derrière les services de pédiatrie (17%) et de médecine interne (10%).

c) Type de litige :



48% des litiges étaient de simples menaces de porter plainte.

Pas de détail sur l'aboutissement des plaintes portées en dehors d'une plainte adressée directement au procureur de la république, ayant abouti à une visite de l'ARS dans le service.

Parmi les autres types de litige on a : une menace de mort de la part d'un patient armé d'un couteau, une plainte portée par l'interne pour agression verbale et deux patients qui exigeaient un autre avis médical.

**3) Avez-vous eu le sentiment d'être soutenu par la structure dans laquelle vous exercez au moment du litige ?**

Sentiment d'être soutenu	Nombre	%
Oui	29	78.3
Non	8	21.7
Total	37	100

Sur les 37 internes qui ont subi un litige, 29 se sont sentis soutenus par la structure dans laquelle ils exerçaient au moment du litige, soit 78.3%.

**4) Qu'est ce que cela a changé pour vous dans votre pratique ?**

**35.1%** n'ont rien changé à leur pratique.

**64.9%** ont modifié leur pratique.

Parmi les changements :

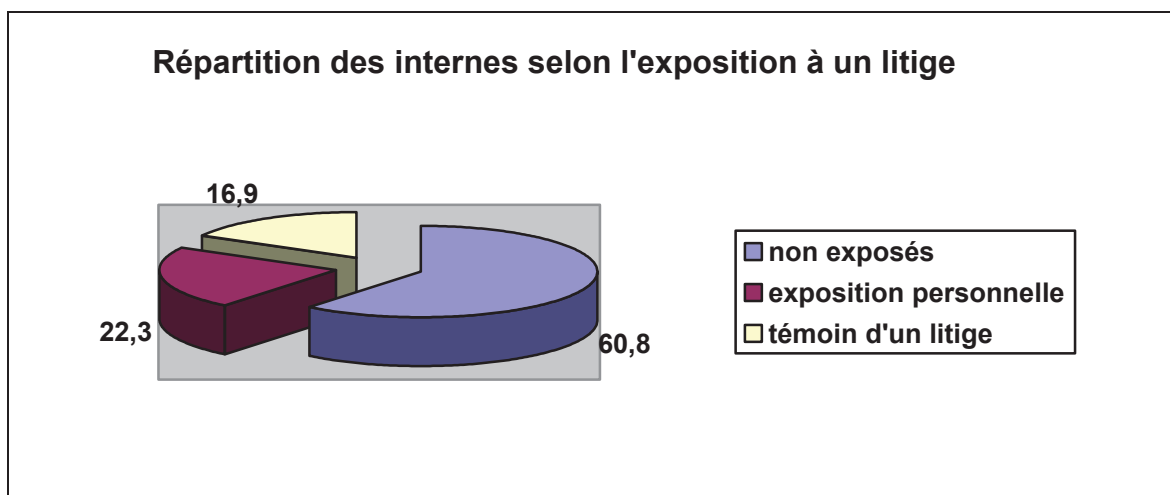
- Meilleures informations données aux patients (29.2%)
- Plus d'assurance, plus de fermeté (25%)
- Meilleure tenue du dossier médical, plus de rigueur (16.7%)
- Méfiance vis-à-vis des patients (12.5%)
- Remise en cause (12.5%)

- Garder son calme (8.3%)
- Plus de prudence (8.3%)

**5) Pour ceux qui n'ont jamais eu personnellement de litige, avez-vous été témoin d'un litige avec un de vos collègues ?**

Témoin d'un litige	Nombre	%
Oui	34	26.4
Non	101	73.6
Total	135	100

Parmi les 34 internes ayant répondu oui, 6 avaient déjà été confrontés eux-mêmes à un litige et n'auraient donc dû répondre à cette question. Ce qui ramène le nombre à 28 internes qui ont été témoins d'un litige avec l'un de leurs collègues sans y avoir été exposé eux-mêmes.



**39.2%** des internes ont été exposés à un litige, que ce soit personnellement ou en étant le témoin avec l'un de leurs collègues.

**6) Réaction des internes qui ont été témoin d'un litige avec l'un de leurs collègues :**

- Sentiment d'injustice, de plainte abusive, d'incompréhension de la motivation des patients (45.5%)
- Cause souvent d'une mauvaise communication (24.2%)
- Absence de soutien (21.2%)
- Mauvaise expérience pour le médecin, stress, peur (18.2%)
- Absence de formation pour faire face (3%)
- Méfiance vis-à-vis des patients (3%)
- Bon soutien de la structure (3%)

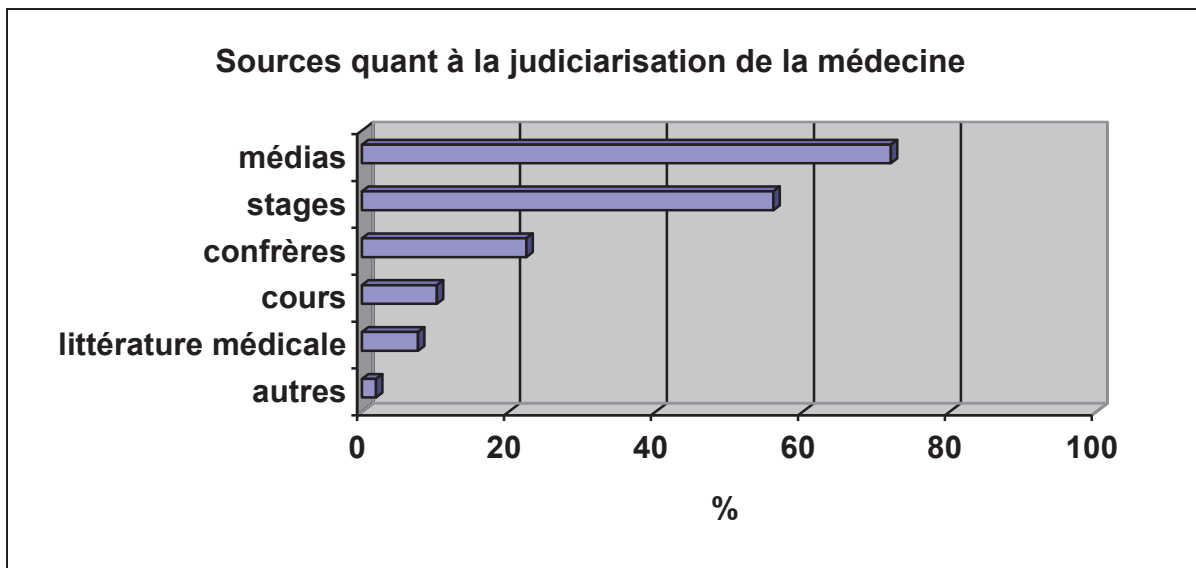
**7) Pensez vous que le nombre de procédures contre les médecins augmente ?**

Augmentation des plaintes	Nombre	%
Oui	157	94.6
Non	9	5.4
Total	166	100

**94.6%** des internes pensent que le nombre de plaintes contre les médecins augmente.



8) Si oui, par quel moyen avez-vous développé cette idée ?



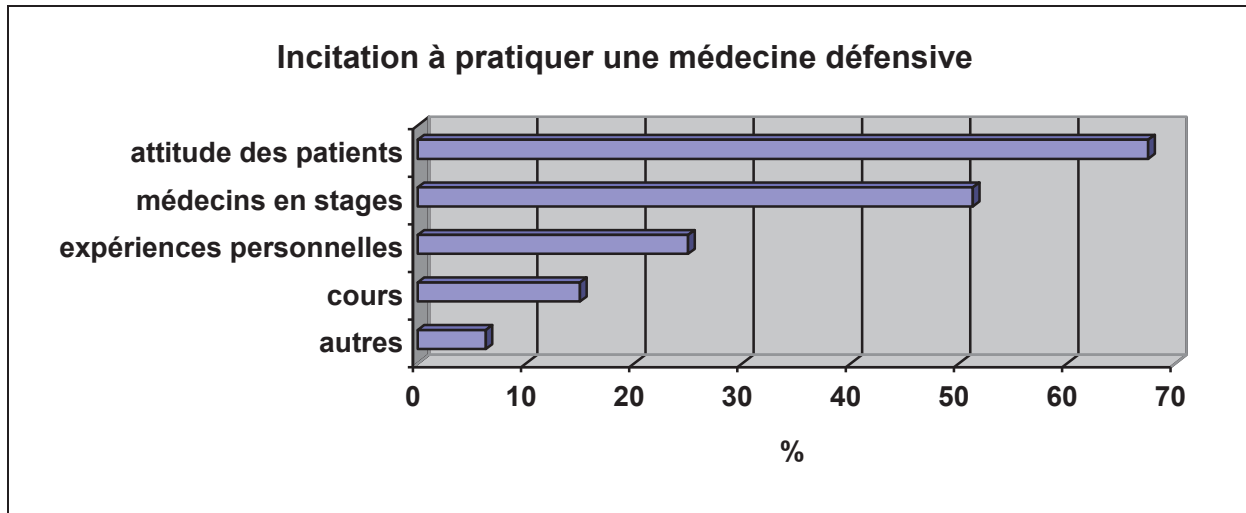
71.7% des internes ont développé l'idée que les plaintes contre les médecins augmentent par le biais des médias.

9) Pensez-vous pratiquer une médecine défensive ?

Pratique d'une médecine défensive	Nombre	%
Oui	80	48.2
Non	86	51.8
Total	166	100

Presque la moitié des internes (**48.2%**) affirme pratiquer une médecine défensive.

10) Si oui, qu'est ce qui vous y incite ?



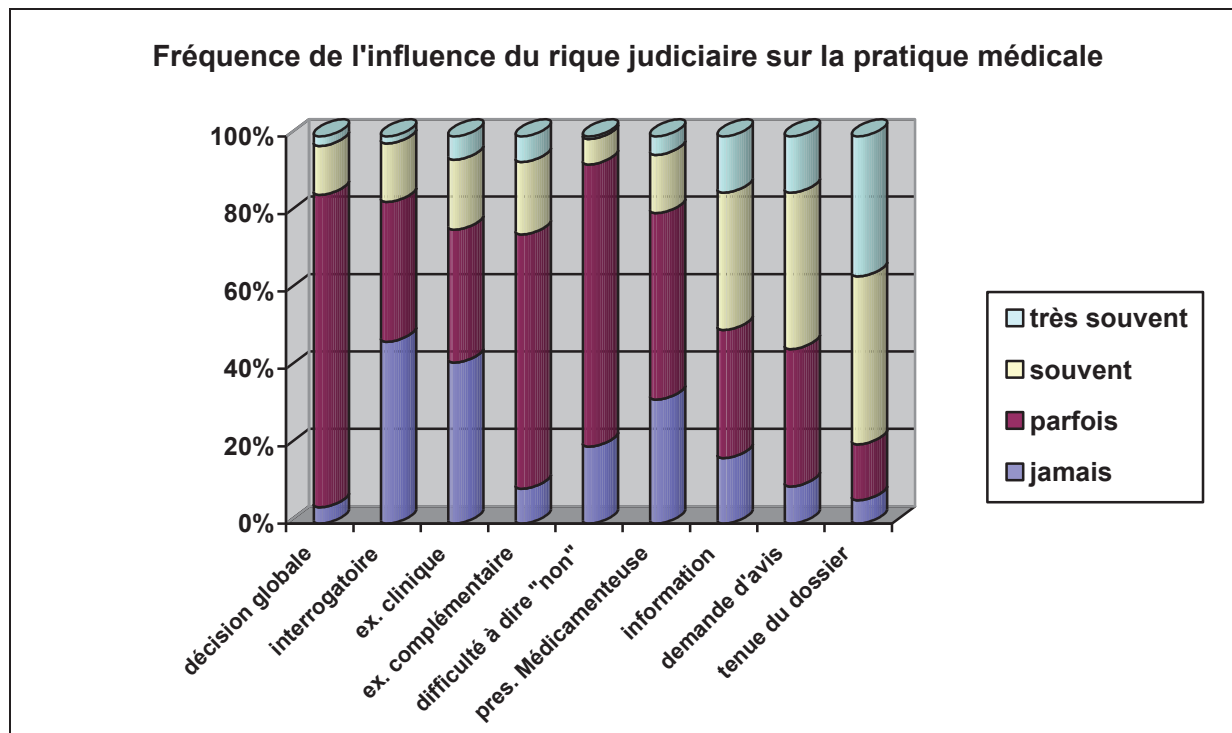
C'est essentiellement l'attitude des patients qui incite les internes à adopter une pratique défensive (67.5%).

11) La peur de la plainte est-elle une crainte dans votre pratique quotidienne ?

Peur de la plainte	Nombre	%
Oui	85	51.2
Non	81	48.8
Total	166	100

Pour **52.2%** des internes la peur de la plainte est une crainte dans leur pratique quotidienne.

**12) La peur de la plainte rentre t-elle en compte dans vos prises de décision (jamais, parfois, souvent, très souvent) ?**



Pour la suite des résultats, on considère que lorsque les internes ont répondu « jamais » ou « parfois », leur pratique n'est pas influencée par la peur de la plainte et que lorsqu'ils ont répondu « souvent » ou « très souvent » elle est au contraire influencée.

On constate que pour la plupart des aspects de la pratique médicale, la crainte judiciaire rentre peu fréquemment en compte dans les prises de décisions des internes, hormis pour ce qui est de l'information délivrée au patient (**50%** des internes informent mieux leurs patients par peur de la plainte), pour les demandes d'avis spécialisés ou auprès des seniors (**54.9%**) et surtout pour la tenue du dossier médical (**79.5%**).

**Seulement 15.1%** admettent que la peur de la plainte rentre en compte souvent ou très souvent dans leurs prises de décisions globales. Cependant sur les 8 aspects de la pratique médicale évalués :

- **87.3%** des internes ont répondu **au moins une fois** « souvent » ou « très souvent » prendre en compte le risque judiciaire dans leurs prises de décision.

- **48%** ont répondu **au moins trois fois** « souvent » ou « très souvent ».

- **29%** ont répondu **au moins 4 fois** « souvent » ou très souvent ».

**13) Selon vous la peur du risque judiciaire est-elle un frein à votre autonomisation ?**

Frein autonomisation	Nombre	%
Oui	67	40.4
Non	99	59.6
Total	166	100

67 internes considèrent que le risque judiciaire est un frein à leur autonomisation, soit **40.4%**.

**14) Est-ce que cela altère pour vous la relation médecin-malade?**

Altération relation	Nombre	%
oui	85	51.2
non	81	48.8
total	166	100

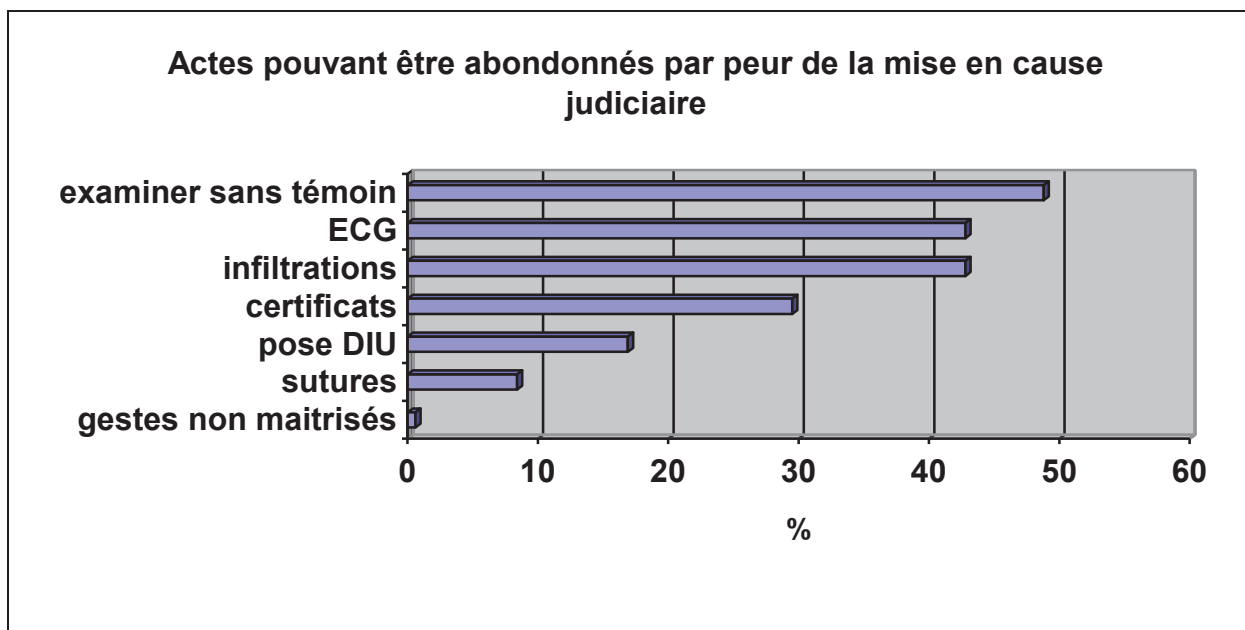
Pour **51.2%** des internes la judiciarisation de la médecine altère la relation médecin malade.

15) La peur de la plainte peut-elle vous inciter à effectuer des remplacements plutôt qu'à vous installer en libéral ?

Obstacle à l'installation	Nombre	%
Oui	21	12.7
Non	145	87.3
total	166	100

12.7% des internes peuvent être réfrénés à l'idée de s'installer en libéral.

16) Pourriez-vous être réfréné à réaliser certains actes de peur que votre responsabilité ne soit engagée ?



Ce sont essentiellement l'infiltration (**42.8%**), la réalisation d'ECG au cabinet (**42.8%**) et le fait d'examiner (un mineur par exemple) sans témoin (**48.8%**), qui risquent d'être abandonnés par les internes de peur que leur responsabilité ne soit engagée.

**83.7%** des internes sont réfrénés à réaliser **au moins un acte**.

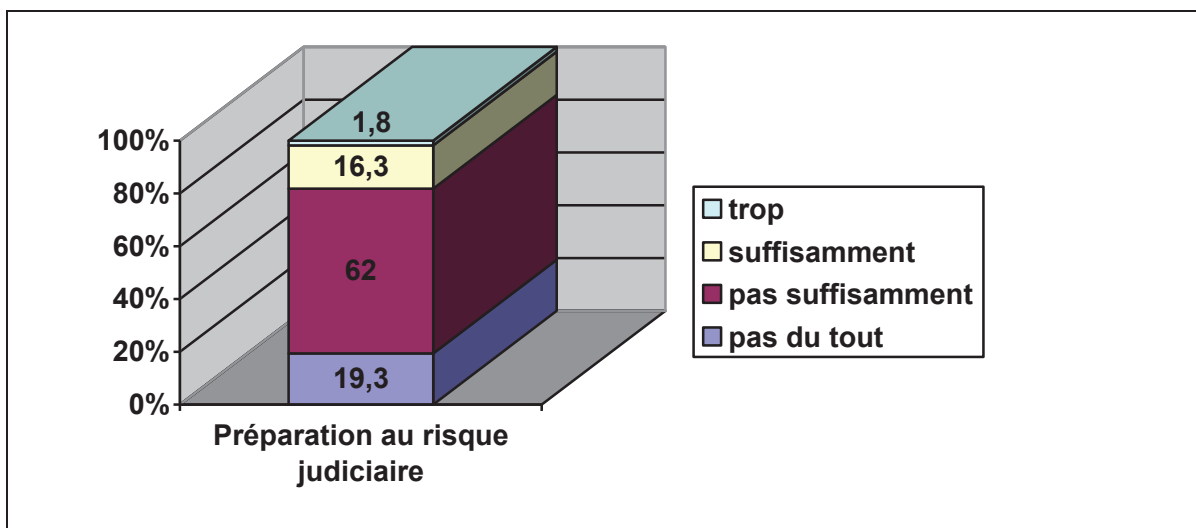
**59.6%** sont réfrénés à réaliser **au moins 2 actes**.

**17) Est-ce que cela pourrait vous inciter à faire de la Formation médicale continue (FMC)?**

FMC	Nombre	%
Oui	136	81.9
Non	30	18.1
Total	166	100

Pour **81.9%** des internes la crainte de la plainte peut être un argument supplémentaire pour inciter à faire de la Formation médicale Continue.

**18) Par rapport au risque judiciaire, pensez vous que votre formation vous y prépare ?**



1 non réponse.

**81.3%** des internes pensent qu'ils ne sont pas suffisamment voire pas du tout formés pour affronter le risque judiciaire.

**19) Auriez-vous des alternatives pour se prémunir du risque judiciaire sans tomber dans la médecine défensive ?**

59 internes ont répondu à cette question ouverte, 107 n'ont pas répondu. Parmi les réponses, les internes pensent qu'il faut :

- Savoir bien informer et communiquer avec ses patients (réponse rapportée par 19 internes)
- Eduquer et responsabiliser les patients (12 internes)
- Avoir une formation sur la gestion du risque judiciaire (10 internes)
- Rôle des médias qui devraient sensibiliser la population générale sur le travail de médecin au lieu d'enfoncer le monde médical (7 internes)
- Meilleur soutien des autorités judiciaires, du conseil de l'ordre, entre confrères (7 internes)
- Suivre les recommandations, protocoles de soins (6 internes)
- Avoir une bonne tenue du dossier médical (6 internes)
- Avoir des connaissances solides et mises à jour par la FMC (6 internes)
- Avoir des interlocuteurs, contact avec médecins légistes ou centre référent (3 internes)
- Réduire les consultations abusives (2 internes)
- Sanctionner les plaintes abusives (1 interne)
- Ne pas rester seul face à une situation difficile (1 interne)
- Savoir faire respecter ses opinions (1 interne)
- Choisir ses patients (mais ce n'est pas éthique) (1 interne)

## D) Résultats croisés : analyse univariée

1) Lien entre la pratique d'une médecine défensive et le sexe :

Sexe	Pratique d'une médecine défensive : oui		Pratique d'une médecine défensive : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Femme	50	30.1	53	31.9
Homme	30	18.1	33	19.9

Le test n'est pas significatif.  $\chi^2=0.013$ ,  $p=0.907$ .

La pratique d'une médecine défensive n'est pas influencée par le sexe.

2) Lien entre la pratique d'une médecine défensive et l'année d'internat :

Années	Pratique d'une médecine défensive : oui		Pratique d'une médecine défensive : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
T1	36	21.7	29	17.5
T2	22	13.2	30	18.1
T3	22	13.2	27	16.3

Test non significatif.  $\chi^2=2.281$ ,  $p=0.319$ .

La pratique d'une médecine défensive n'est pas influencée par l'année d'internat.



- 3) Lien entre la pratique d'une médecine défensive et l'exposition à un litige (exposition qu'elle soit personnelle ou en étant le témoin avec un collègue) :

Exposition à un litige	Pratique d'une médecine défensive : oui		Pratique d'une médecine défensive : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	33	19.9	32	19.3
Non	47	28.3	54	32.5

Test non significatif.  $\chi^2=0.284$ ,  $p=0.594$ .

Le fait d'avoir été exposé à un litige ne favorise pas la pratique d'une médecine défensive ultérieure.

- 4) Lien entre la pratique d'une médecine défensive et la fréquence de l'influence de la peur de la plainte sur les différents aspects de la pratique médicale (interrogatoire, examen clinique, prescriptions médicamenteuses, prescriptions d'examens complémentaires, l'information, la tenue du dossier, les demandes d'avis, la difficulté à refuser les demandes des patients) :

Influence de la peur de la plainte sur la pratique médicale	Pratique d'une médecine défensive : oui		Pratique d'une médecine défensive : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Au moins 3 « souvent » ou « très souvent »	47	28.3	32	19.3
Moins de trois «souvent » ou « très souvent »	33	19.9	54	32.5

Test significatif.  $\chi^2=7.710$ ,  **$p=0.005$** .

Les internes qui ont affirmé pratiquer une médecine défensive ont bien une pratique plus souvent influencée par la peur de la plainte que les autres.

5) Lien entre la peur de la plainte et la pratique d'une médecine défensive :

Peur de la plainte	Pratique d'une médecine défensive : oui		Pratique d'une médecine défensive : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	52	31.3	33	19.9
Non	28	16.9	53	31.9

Test significatif.  $\chi^2=11.76$ ,  $p=0.0006$  ( $<0.05$ ).

Il existe donc un lien significatif entre la peur de la plainte et la pratique d'une médecine défensive.

6) Lien entre la peur de la plainte et l'exposition à un litige :

Exposition à un litige	Peur de la plainte : oui		Peur de la plainte : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	35	21.1	30	18.1
Non	50	30.1	51	30.7

Test non significatif.  $\chi^2=0.29$ ,  $p=0.584$

Il n'existe pas de lien significatif entre l'exposition à un litige et la peur de la plainte.

- 7) Lien entre la peur de la plainte et le sentiment que le nombre de procédures contre les médecins augmente.

Augmentation des plaintes contre médecins	Peur de la plainte : oui		Peur de la plainte : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	81	48.8	76	45.8
Non	4	2.4	5	3

Le test du Chi2 n'est pas applicable car tous les effectifs ne sont pas supérieurs à 5.

On applique alors le test de Fisher:

Odds Ratio : 1.3299, Intervalle de confiance à 95%[0.2749 ; 6.9627], p=0.742.

Il n'existe pas de lien significatif entre le fait de penser que le nombre de plainte contre les médecins augmente et la peur de la plainte.

- 8) Lien entre la peur de la plainte et l'abandon de certains actes médicaux qui pourraient engager la responsabilité du médecin.

Abandon d'actes	Peur de la plainte : oui		Peur de la plainte : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2 ou plus	59	35.5	40	24.1
Moins de 2	26	15.7	41	24.7

Test significatif. Chi2=6.91, **p=0.008**.

Il existe un lien entre la peur de la plainte et la tendance à abandonner certains actes médicaux jugés à risque.

9) Lien entre la peur de la plainte et le sentiment que le risque juridique est un frein à l'autonomisation des internes :

Frein à l'autonomisation	Peur de la plainte : oui		Peur de la plainte : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	46	27.7	21	12.7
Non	39	23.5	60	36.1

Test significatif.  $\chi^2=13.69$ ,  $p=0.0002$ .

Il existe un lien entre la peur de la plainte et le sentiment d'être freiné dans son autonomisation par le risque judiciaire.

10) Lien entre la peur de la plainte et le sentiment que le risque judiciaire altère la relation médecin-malade :

Altération relation médecin/malade	Peur de la plainte : oui		Peur de la plainte : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	50	30.1	35	21.1
Non	35	21.1	46	27.7

Test significatif.  $\chi^2=4.046$ ,  $p=0.04$ .

Il existe un lien significatif entre la peur de la plainte et le sentiment que l'ambiance judiciaire altère la relation médecin-malade.

11) Lien entre la peur de la plainte et le fait de préférer remplacer plutôt que de s'installer en libéral :

Réfréné à s'installer	Peur de la plainte : oui		Peur de la plainte : non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	15	9	6	3.6
Non	70	42.2	75	45.2

Test significatif.  $\chi^2=3.935$  et  **$p=0.04$** .

Il existe un lien significatif entre la peur de la plainte et le fait d'être réfréné à s'installer en libéral.

## V) Discussion

### A) Critiques générales

#### 1) Matériel et méthode

Le recueil de données s'est effectué sur une journée, par distribution des questionnaires en mains propres, lors de la répartition de stage des internes. Cette journée a été choisie car c'était le moment où le plus d'internes de médecine générale étaient réunis. Cependant les internes qui n'étaient pas présents ce jour là, qui avaient fait une procuration, n'ont donc pas eu le questionnaire.

La voie électronique aurait pu être utilisée. Tous les internes auraient alors reçu le questionnaire par mail. La distribution aurait été plus exhaustive. Cependant le taux de réponses par cette voie est souvent inférieur. Probablement qu'avec plus de questionnaires distribués, le nombre de retours n'aurait pas été plus élevé.

#### 2) Taux de réponse

Pour une taille de population totale de 241 internes, pour une marge d'erreur de 5% avec un intervalle de confiance de 95%, il fallait atteindre 149 réponses. L'objectif est donc atteint avec 166 réponses. Ce travail a manifestement suscité un vif intérêt chez les internes. L'échantillon représente 69% de la population totale; les réponses semblent donc assez représentatives de l'avis général de la population interrogée. En revanche, si l'échantillon d'internes est représentatif de la tendance en Haute-Normandie, on ne peut pas extrapoler à l'échelle nationale.

#### 3) Biais de l'étude

- Biais d'intérêt : il est fort probable que les internes ayant déjà été exposés à un litige ou étant déjà sensibilisés à la question de la judiciarisation de la médecine, aient eu plus tendance à répondre au questionnaire. Ceci doit faire interpréter les résultats avec prudence, notamment sur la quantité de litiges rencontrée par les internes.

- Biais de mémorisation : La présence de questions ouvertes faisant appel à des évènements vécus introduit un biais. Les personnes les plus sensibilisées au sujet se remémorant probablement plus facilement les litiges. Ceci est minimisé ici, par le fait que les évènements vécus par les internes remontent à moins de 3 ans, sur leur expérience d'internat.
- Biais de formulation : Les questions ont été posées de manière affirmative, en insistant sur le lien entre la réponse et la crainte du risque judiciaire. Ce type de formulation a pu limiter les réponses pour les internes n'ayant pas un avis catégorique sur la question.
- Biais de regroupement : Pour les questions ouvertes, les réponses ont été analysées en faisant des regroupements subjectifs, susceptibles de modifier les résultats initiaux.
- Biais de manque de données : Pour ce qui est des questions fermées il y a eu une seule non réponse. En revanche pour ce qui est des questions ouvertes, il y a eu beaucoup d'absences de réponses, notamment sur les lieux de stage et l'aboutissement des litiges et sur les solutions envisageables pour éviter le risque médico-légal sans tomber dans la médecine défensive (107 internes n'ont pas répondu à cette question).

#### 4) Critique du questionnaire

L'évaluation de l'impact du risque judiciaire sur la pratique des internes se fait dans ce questionnaire sur un nombre restreint de critères. Le choix de ces critères est discutable. L'utilisation de questions fermées a peut être induit certaines réponses et en a peut être masqué d'autres. De plus, le recueil de données s'est effectué sur un mode déclaratif, sans moyen de contrôle quant à l'exactitude de leurs réponses.

Dans la première question le terme de « litige », n'a pas été clairement défini. Il s'agissait en fait de tous les évènements, de la simple menace au réel port de plainte. Peut-être que certains internes ont répondu « non » pensant qu'il s'agissait d'un litige ayant forcément abouti à une plainte, minimisant ainsi le nombre de réponses positives.

## B) La peur de la plainte s'imisce dans l'esprit des internes en médecine générale

- **94,6% des internes pensent que le nombre de plaintes contre les médecins est en augmentation.**

L'exposition accrue des médecins au procès est donc une réalité pour quasiment tous les internes. C'est encore plus que les médecins généralistes installés depuis plusieurs années qui pensent que cela est vrai pour 75% d'entre eux (14). Or, comme nous l'avons cité précédemment, la seule étude réalisée sur le sujet en France est bien plus optimiste avec comme principal résultat une stagnation des procédures à l'encontre des médecins ces dernières années (22). Cette étude a d'ailleurs montré que les médecins étaient moins souvent en litige avec leurs patients que les avocats avec leurs clients.

Les principales sources d'informations des internes en la matière sont les médias. En effet, comme évoqué précédemment, il n'existe pas en France de recueil exhaustif de données facilement et gratuitement accessible sur les procédures en responsabilité engagées contre les médecins. Même les procédures judiciaires engagées qu'elles soient pénales ou civiles, ne sont pas recensées et il n'est pas possible de savoir jusqu'où elles vont, et si elles donnent lieu à une condamnation ou non. Les seules données publiées annuellement proviennent des compagnies d'assurances, mais comme pour les médias on ne peut pas considérer cette source comme fiable. Il faut bien être conscient que les données produites par les assurances sont parcellaires, ne rendant compte que des procédures dans lesquelles elles ont été parties prenantes. Elles ne rendent pas compte de toutes les procédures amiables et disciplinaires engagées contre les médecins. D'autre part, les chiffres diffusés sont souvent bruts et non corrélés au nombre d'actes médicaux par praticien. Enfin la recherche de profits et de rentabilité des compagnies d'assurances doit nous inciter à nous interroger sur leur indépendance et leur neutralité dans leur appréciation du risque de judiciarisation de la médecine.

Même si on n'a pas démontré de lien statistique entre l'idée que les procédures contre les médecins augmentent et la peur de la plainte, il est probable que si les internes ne pensaient pas que les médecins étaient de plus en plus exposés au risque judiciaire, ils n'exprimeraient pas d'inquiétude vis-à-vis de ce dernier. Or, la judiciarisation de la médecine en France est à relativiser, probablement bien inférieure au ressenti des professionnels.



- **22.3% des internes ont été exposés personnellement à un litige.**

Ce chiffre peut paraître important compte tenu du peu de temps d'exercice des internes (<3ans). Certains ont déjà eu un litige alors qu'ils n'étaient qu'en premier semestre, soit moins de 6 mois de pratique. Il s'agit pour la grande majorité de simples menaces de porter plainte (48%), de lettres à l'hôpital sans suites judiciaires (21%) ou de résolution à l'amiable en conciliation (8%). Finalement sur les 166 internes, il y a eu 3 plaintes de portées dont on ne connaît pas l'issue. Ce qui est proche des 1,06% de taux de sinistralité par an toutes spécialisées confondues rapporté par la MACSF en 2012. Bien sûr lorsqu'il s'agit de plainte en milieu hospitalier, la voie est une procédure administrative. Ce n'est donc pas, sauf exception, directement le praticien (ici l'interne) qui est mis en cause mais l'hôpital.

La moitié des litiges ont eu lieu aux urgences. L'un des stages effectivement les plus exposants aux erreurs et aux litiges ; avec des patients angoissés, énervés par l'attente, des décisions importantes qui doivent être prises rapidement... Et c'est finalement en stage ambulatoire et en gynécologie que les internes ont été le moins exposés. Les médecins généralistes ont en effet un taux de sinistralité bien inférieur à la plupart de leurs confrères spécialistes. En revanche les chiffres ici sont à interpréter avec précaution car les stages d'urgences et de médecine polyvalente ou gériatrique étant effectués en première année d'internat, un plus grand nombre d'internes avaient déjà effectué ces stages ; contrairement aux stages en ambulatoire, pédiatrie ou gynécologie qui sont effectués en 2 et 3<sup>ème</sup> années d'internat.

Les causes de litige reposaient principalement sur l'insatisfaction de la prise en charge (38.5%), le désaccord sur une hospitalisation ou une sortie (17.9%), le refus des internes d'effectuer des examens ou de prescrire des traitements inutiles, demandés par les patients (12.8%). Ce qui transparait au travers de ces causes de litiges, est l'exigence accrue des patients. Ils ne se contentent plus d'obtenir un avis médical et de faire confiance au médecin, mais n'hésitent pas à exiger des prestations, voir même d'exiger la guérison. Le patient est passé du modèle paternaliste où malheureusement il subissait les soins, à un statut qui se rapproche de celui d'un consommateur.

Finalement les trois quarts des internes ayant déjà eu un litige ont modifié leur pratique par la suite. Que ce soit en informant mieux les patients, en tenant mieux le dossier médical, en prenant plus d'assurance, en se méfiant plus des patients ou en se remettant en cause... Quelle que soit l'issue, même s'il s'agit de conflit sans suite judiciaire, ce genre d'évènement laisse peu d'internes indifférents et les poussent à s'adapter.

- **Parmi ceux qui n'ont pas personnellement rencontré de litige, 21.7% en ont été le témoin avec l'un de leurs collègues.**

Le ressenti des internes face aux litiges vécus par un collègue est plutôt négatif. Ce qui en ressort c'est l'incompréhension des motivations des patients avec le sentiment que les plaintes sont la plupart du temps injustifiées, la peur, le stress que cela occasionne chez le médecin et le manque de soutien par l'entourage professionnel. Cela illustre bien le très mauvais ressenti des médecins face à la mise en cause judiciaire. Une étude réalisée en 2007 sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux, met en lumière que parmi les 2 243 médecins franciliens ayant répondu, 83.9% d'entre eux pensent que le risque de contentieux juridique est une des causes possibles de l'épuisement professionnel des médecins (29).

Finalement, la confrontation à un litige suscite de vives réactions chez les internes. Par contre, il n'existe pas de lien significatif entre l'exposition à un contentieux et le fait de pratiquer une médecine défensive. Un interne sur deux affirme pratiquer une médecine défensive, alors que seulement un sur quatre a déjà eu un litige avec un patient. La modification des pratiques ne repose donc pas sur une mauvaise expérience personnelle mais est plutôt favorisée par une inquiétude générale.

- **Pour 51,2% des internes la plainte est une crainte dans leur pratique quotidienne.**

La crainte de la plainte concerne donc un interne sur deux. Cela paraît beaucoup pour de jeunes médecins qui débutent leur carrière (entre 6 mois et 2ans et demie d'expérience) et qui pour les trois quarts n'ont jamais eu de contentieux. Ce chiffre est peut être majoré par le fait que les internes craignant le risque judiciaire, se sentant plus concernés, ont répondu en plus grand nombre au questionnaire.

Qu'est ce qui pourrait expliquer que les internes soient si craintifs vis-à-vis du risque judiciaire?

Premièrement, peut-être justement le manque d'expérience en début de carrière : le manque d'expérience peut faire douter, perdre confiance en soi, et de ce fait se sentir plus vulnérable.

Ensuite, cette crainte est probablement nourrie par une pression judiciaire qui est ressentie bien plus importante qu'elle ne l'est en réalité. La judiciarisation ressentie est plus forte que la judiciarisation réelle en partie à cause des nombreux conflits entre médecins et patients qui n'aboutissent finalement pas à une procédure. En effet comme nous venons de le voir presque tous les litiges étaient ici de simples menaces de porter plainte, ou des lettres de réclamation à l'hôpital sans suite ou résolues en conciliation à l'amiable. Tous ces conflits se résolvent sans aboutir à une procédure judiciaire et ne sont donc pas quantifiables sur le plan juridique. Pourtant, ils peuvent être mal vécus par les médecins qui les subissent et ne

sont certainement pas dénués de conséquences sur leur pratique ultérieure. Notamment cela peut venir altérer la vision que les médecins ont des patients.

Aussi, l'attitude des patients n'est pas indifférente à cette pression médico-légale ressentie. **51% des internes pensent que l'ambiance judiciaire altère la relation médecin malade.** Ce sentiment est certainement secondaire à la perte de confiance réciproque entre médecins et malades. D'un côté, les patients ont perdu confiance dans le monde médical, notamment à cause des scandales de santé publique et des médias. De l'autre, les médecins deviennent méfiants vis-à-vis de ces patients de plus en plus exigeants et finissent par les percevoir comme des contentieux potentiels. D'ailleurs à la question qu'est-ce qui vous pousse à pratiquer une médecine défensive ? La première réponse rapportée par 72% des internes est l'attitude des patients, devant les conseils des médecins en stage.

Dans cette étude, la peur de la plainte ressort comme le seul moteur favorisant la pratique d'une médecine défensive. En dehors de cela ni le sexe, ni l'année d'internat, ni le fait d'avoir déjà été exposé à un litige n'influencent la prise en compte du risque judiciaire dans la pratique médicale.

### C) Dans quelle mesure leur pratique médicale est-elle influencée par cette crainte ?

- **48% des internes affirment pratiquer une médecine défensive.**

C'est bien moins qu'aux États-Unis où une étude réalisée en 2010 sur les étudiants en médecine et résidents rapporte que plus de 92% d'entre eux pratiquent une médecine défensive active avec une surconsommation de soins (médicaments, examens complémentaires...), et un peu moins de 40% pratiquent une médecine défensive passive d'évitement (des patients, actes à risque) (30) . Ces chiffres sont comparables à ceux des médecins américains plus âgés. On constate donc qu'aux États-Unis la médecine défensive n'est pas qu'une adaptation secondaire de la pratique, que les médecins assimilent au fil des années de pratique. Mais elle devient vraiment une nouvelle façon de pratiquer la médecine et ceci dès le début de l'exercice. Peut-être est-ce ainsi qu'est enseignée la médecine outre atlantique, en mettant toutes les mesures en œuvre pour se « protéger ».

C'est également un peu moins que les médecins généralistes français. Dans une thèse réalisée en 2006 auprès des médecins généralistes en Auvergne, 54% des répondants avaient tendance à modifier leur pratique compte tenu du contexte de judiciarisation de la médecine (3). Une plus récente de 2012, retrouvait un chiffre plus élevé de 65% (31). Ces deux études ont été réalisées auprès de médecins généralistes ayant une moyenne d'âge proche des 50ans.

Même si c'est moins que chez les médecins généralistes plus âgés, cela signifie tout de même que presque un interne en médecine générale en Haute-Normandie sur 2 pratique une médecine défensive. C'est-à-dire qu'un interne sur deux fait intervenir une donnée extra médicale dans son raisonnement clinique dans le but d'éviter d'éventuelles poursuites. Par ailleurs, ceux qui ont affirmé pratiquer une médecine défensive sont bien ceux qui par la suite ont rapporté prendre en compte, souvent voir très souvent, la peur de la plainte dans les différents aspects de leur pratique quotidienne. Ce qui montre la cohérence des réponses des internes et que la médecine défensive est une pratique parfaitement consciente pour eux.

Pour la suite des résultats, nous avons considéré que la peur de la plainte avait une réelle influence sur les différents aspects de la pratique médicale lorsque les internes ont répondu la prendre « souvent » ou « très souvent » en compte. **Sur les huit aspects de la pratique médicale étudiés ici, (l'interrogatoire, l'examen clinique, les prescriptions médicamenteuses, d'examens complémentaires, l'information délivrée au malade, la tenue du dossier médical, les demandes d'avis spécialisés et la capacité à refuser les demandes injustifiées des patients) 87.3% des internes prennent en compte la peur de la plainte dans au moins un aspect de leur pratique et 48% dans au moins trois.** Ce qui montre bien que le risque judiciaire devient un composant incontournable dans le raisonnement médical des internes.

- **40.4% considèrent que la peur de la plainte est un frein à leur autonomisation.**

Un peu moins de la moitié des internes expriment se sentir freinés dans leur autonomisation. La médecine n'étant pas une science exacte, le doute subsiste toujours. Mais si au doute s'ajoute la peur du risque judiciaire, le médecin peut vite se retrouver paralysé et ne plus oser agir. Et ceci d'autant plus que le médecin est jeune et inexpérimenté. Cela aboutit à des besoins de réassurance excessive par le biais de demandes d'avis, d'examens complémentaires ou d'évitement d'actes qui pourraient mettre en jeu la responsabilité du médecin... Le problème soulevé, est que si les internes se sentent obligés dès le début de leur pratique de recourir à ces moyens de réassurance, ils risquent de garder ce mode de fonctionnement dans leur pratique future.

- **Pour 79,5% des internes, la peur de la plainte influence leur meilleure tenue des dossiers médicaux.**

La bonne tenue du dossier médical représente pour la grande majorité des internes un moyen de se protéger contre d'éventuelles poursuites. Il s'agit d'un moyen adapté, qui montre qu'ils connaissent bien la loi et leur devoir. En effet, depuis la loi Kouchner, le dossier médical est consultable par le patient. De plus, la charge de la preuve incombe désormais au

médecin en matière d'information médicale. C'est donc au médecin de prouver par tous les moyens qu'il a bien délivré l'information à son patient, et pour cela le médecin ne dispose pas de beaucoup d'autres moyens que la trace écrite dans le dossier. Le dossier médical n'est ainsi plus seulement un outil d'aide au suivi et à la qualité de la prise en charge, mais il est devenu pour le médecin un élément important de preuve.

Cet aspect de la pratique est à priori un avantage pour la qualité des soins. On peut penser que plus le dossier est complet et bien organisé, moins il y aura d'erreurs et d'oublis. Le seul point négatif à la tenue du dossier médical est la perte de temps. Elle engendre une augmentation du temps administratif au détriment du temps médical réservé à la clinique.

- **50% des internes donnent une information plus exhaustive aux patients dans un but défensif.**

L'obligation d'information est un des devoirs du médecin sur lequel insiste la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades. Notamment, l'information doit porter sur l'acte et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Cette adaptation de la pratique des internes est donc fondée et repose sur un cadre légal. Encore une fois cela montre que les internes connaissent bien leurs obligations envers les patients. Il a d'ailleurs été rapporté plusieurs fois par les internes dans les questions ouvertes que les litiges étaient souvent secondaires à une mauvaise communication ou pouvaient être évités grâce à celle-ci.

On peut considérer que l'influence de la pression judiciaire à mieux informer les patients est un gain positif pour la pratique médicale. L'information et l'obtention du consentement éclairé du malade sont normalement dans son intérêt. Cependant on peut tomber dans l'excès inverse, où trop d'informations peuvent devenir non profitables pour le patient. Ainsi, le médecin peut se contenter de faire un listing exhaustif de toutes les complications imaginables, même si celles-ci sont exceptionnelles, et laisser le patient perdu dans sa prise de décision au milieu de toutes ces informations. Cela aboutit aux feuilles de consentement à signer avant les interventions chirurgicales, où l'on peut se demander la réelle compréhension de tels documents et si l'on peut considérer que l'information est ainsi bien transmise. Il est sûr que tous les patients ne disposent pas toujours de toutes les facultés pour prendre ce genre de décision. Et encore une fois c'est au médecin d'adapter son langage et ses explications en fonction de la personne qu'il a en face de lui. Une chose est sûre, les feuilles standardisées de consentement, ne s'adaptent pas au niveau de compréhension de chacun. Il revient toujours au médecin de s'assurer de sa bonne compréhension par la suite.

- **54.9% des internes demandent plus facilement des avis spécialisés ou auprès des séniors.**

Les demandes d'avis sont bien sûr justifiées lorsqu'il s'agit de cas sortant du cadre des ses propres compétences. Mais de plus en plus, la peur de la mise en cause judiciaire pousse certains médecins à adresser en première intention les patients à leurs confrères. Il s'agit d'un moyen de se rassurer, de se conforter dans ses hypothèses en cas de doute et de ne pas rester seul devant une situation difficile. Peut-être aussi est-ce un moyen de partager les torts en cas de mise en cause. Cette volonté de se décharger s'illustre parfois dans les dossiers avec des mentions telles que : « avis demandé au docteur un tel », « tel autre n'a pas répondu à l'appel à telle heure... »

Chez les internes, ces demandes d'avis excessives sont certainement temporairement dues au manque d'expérience et au besoin de se rassurer au début de leur pratique (un interne est d'ailleurs toujours un étudiant, qui a le droit de ne pas savoir, mais qui en cas de doute ou de méconnaissance, a le devoir de demander un avis). On peut espérer par la suite, que l'expérience acquise fasse qu'ils soient moins en proie au doute et demandent moins d'avis. Mais on peut penser également qu'en débutant ainsi, ils continuent à demander des avis excessifs dans leurs pratiques futures.

Or, avec la réforme « du médecin traitant », les patients sont incités à consulter en première intention leur médecin traitant, qui est souvent un médecin généraliste, afin de limiter les dépenses liées au recours trop fréquent aux spécialistes. En effet, la plupart des motifs pour lesquels les patients consultent un spécialiste en première intention sont normalement gérables par un médecin généraliste. La tendance des médecins à orienter plus fréquemment les patients vers un spécialiste, du fait de la pression judiciaire, est donc en contradiction avec la volonté d'économie de la réforme.

- **73.1% des internes affirment ne pas être influencés par la peur de la plainte lorsqu'ils mènent leur interrogatoire.**

- **75.9% ne sont pas influencés dans la réalisation de leur examen clinique.**

- **87.4% des internes se défendent de ne pas faire plus de prescriptions médicamenteuses.**

Même si un interne sur deux craint la mise en cause judiciaire, celle-ci n'interfère pas avec leur démarche clinique pure. Ces résultats concordent avec la vocation et la déontologie du médecin qui énonce que « le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire ».

- **92.8% n'ont aucune difficulté à refuser les demandes parfois abusives des patients.**

Ces résultats montrent bien que les internes veulent rester maîtres de leurs décisions. Ils ne se sentent pas obligés de céder aux exigences des patients malgré la pression judiciaire. Pourtant les désaccords entre médecins et patients sur les prescriptions est une des principales sources de litige que nous avons mis en évidence précédemment. Les patients se positionnent de plus en plus en consommateurs de soins. Désormais, ils veulent jouer un rôle jusque dans la rédaction de leurs ordonnances. Ils n'hésitent plus à demander des modifications de prescription, d'arrêt de travail ou de demande d'avis spécialisés. Ces patients modificateurs ont généralement fait plus d'études supérieures, lisent des articles et regardent des émissions portant sur la santé et sont moins souvent en accord avec les prescriptions (34). En ne cédant pas à toutes les demandes des patients, les internes montrent qu'ils ne veulent pas devenir des prestataires de services. En revanche, il est certainement beaucoup plus difficile pour un médecin généraliste installé de refuser les demandes de ses patients qu'il connaît depuis plusieurs années que pour un interne qui voit un patient de passage.

- **Seulement 19.3% des internes sont influencés par la peur de la plainte dans leurs prescriptions d'examens complémentaires.**

La surprescription d'examens complémentaires est un des aspects principaux et une des plus grandes problématiques de la médecine défensive. En effet, la réalisation d'examens complémentaires inutiles a plusieurs conséquences non négligeables : Le risque iatrogène, de surdiagnostic, de surcoût...

Elle concerne ici une part infime des internes. C'est bien moins que dans les études américaines et françaises où cela concerne généralement plus de la moitié des médecins plus âgés.

La fédération hospitalière de France a mené en 2012 une enquête sur « les médecins face à la pratique d'actes injustifiés », en comparant les réponses de médecins hospitaliers, libéraux spécialistes et libéraux généralistes (35). Les médecins généralistes sont ceux qui affirment le plus avoir modifié leur pratique face au risque judiciaire en réalisant plus d'examens complémentaires (60% des généralistes). Pour eux, seulement 68% de leurs actes sont pleinement justifiés. La demande des patients est la raison principale d'augmentation des actes injustifiés, évoquée par 93% des médecins généralistes. Vient en deuxième position la peur du risque judiciaire pour 55% d'entre eux.

Ainsi, la prescription d'examens complémentaires injustifiés n'est pas un moyen de défense adoptée par les internes en médecine générale. Ils ne réalisent pas plus d'examens que nécessaire dans le but de se rassurer ni en cédant aux exigences des patients. Ce qui ne semble pas le cas pour les médecins généralistes plus âgés, qui avouent réaliser plus

d'examens à cause des demandes des patients. Cela peut paraître paradoxal que ce soit les médecins généralistes plus âgés et donc plus expérimentés qui prescrivent le plus d'examens complémentaires inutiles. La surprescription d'examens complémentaires serait donc plutôt une dérive progressive de la pratique médicale, que les médecins généralistes adoptent au fur et à mesure des années, au gré des demandes intempestives des patients.

- **83.7% des internes seraient réfrénés à réaliser au moins un acte médical de peur que celui-ci n'engage leur responsabilité et 59.6% au moins 2 actes.**

Tous les gestes et actes non parfaitement maîtrisés, risquent d'être abandonnés par les futurs médecins par crainte du risque judiciaire. C'est principalement, l'infiltration, la possession d'un électrocardiogramme au cabinet et le fait d'examiner (un mineur par exemple) sans témoin qui risquent d'être abandonnés par 42 à 48% des internes. Les sutures quant à elles sont les moins concernées avec 8.4% des internes qui seraient réfrénés à les pratiquer. L'avantage est que la peur de la mise en cause fait peut être prendre conscience au médecin de ses limites, et va l'empêcher de tenter ce qu'il ne maîtrise pas. En revanche, cela engendre un appauvrissement de la pratique du médecin généraliste. Et par voie de conséquence, cela risque d'engorger les consultations spécialisées et les urgences.

- **Pour 12.7% des internes la peur de la plainte les inciteraient à remplacer plutôt que de s'installer en libéral.**

21 internes sur les 166 ayant répondu seraient donc réfrénés à s'installer en libéral, pensant que leur responsabilité sera moins engagée en tant que remplaçant qu'en tant que médecin traitant installé. Cette idée était déjà évoquée dans une thèse qualitative (4), où les médecins généralistes plus âgés exprimaient la crainte que les jeunes médecins ne s'installent plus à cause de la pression judiciaire. On pourrait penser que cette crainte est exagérée, mais finalement elle concerne ici presque 13% des internes, ce qui n'est pas négligeable. Ce sont d'avantage les internes qui craignent la plainte dans leur pratique quotidienne qui expriment des réticences à s'installer en libéral.

Dans une autre étude, une question similaire était posée aux médecins généralistes déjà installés : « La judiciarisation de la médecine peut-elle vous inciter à un changement de mode d'exercice et ou d'orientation professionnelle ? ». A cette question un médecin généraliste sur deux a répondu être prêt à changer de mode d'exercice et un sur trois serait susceptible de changer d'orientation professionnelle (3).

Ces deux derniers points : l'abandon de certains actes médicaux et le refus de s'installer en libéral, font parti du versant passif ou d'évitement de la médecine défensive qui est



moins souvent décrite et recherchée dans les études. En effet, c'est plutôt le versant actif de la médecine défensive avec sa surconsommation de soins qu'elle engendre qui est étudié. Peut être parce que ce dernier a des conséquences plus importantes : des examens invasifs ou irradiants inutiles, des avis spécialisés ou hospitalisations excessives... tout ceci occasionnant un surcoût financier important pour le système de santé. Les attitudes d'évitement peuvent paraître moins délétères, et moins coûteuses sauf que si les jeunes médecins ne réalisent plus certains actes ou ne s'installent plus, leurs confrères vont vite se retrouver submergés. De même, la question n'a pas été soulevée ici, mais a été évoquée dans d'autres études : risque t'on d'évoluer vers l'évitement des patients jugés à risque, c'est-à-dire réputés procéduriers?

Si les internes français sont bien loin derrière les étudiants en médecine américains pour ce qui est du versant actif de la médecine défensive, ils semblent sur le même plan pour ce qui est des attitudes d'évitement.

- **En résumé**, la pression judiciaire ressentie par les internes en médecine générale de Haute-Normandie semble bien plus importantes que la pression judiciaire réelle. La peur de la plainte s'est immiscée dans leurs esprits et fait partie de leur pratique quotidienne pour la moitié d'entre eux. Le risque judiciaire devient donc une nouvelle composante extra médicale rentrant en compte dans leur raisonnement. On peut considérer que c'est un gain positif pour la pratique médicale, lorsqu'il pousse les internes à mieux informer les patients ou à mieux tenir le dossier médical. Un peu moins lorsqu'il les réfrène à effectuer certains actes, à s'installer en libéral ou à demander des avis en excès. Aussi, la peur de la plainte a très peu d'impact sur la démarche clinique pure, que ce soit sur l'interrogatoire, l'examen clinique ou les prescriptions médicamenteuses. Et contrairement aux médecins généralistes plus âgés, il ne pousse pas les internes à céder aux exigences des patients ou à prescrire plus d'examens complémentaires.

Finalement, la crainte du risque judiciaire pousse les internes en médecine générale à adopter des pratiques défensives. Ils en sont d'ailleurs pleinement conscients puisqu'ils l'affirment eux-mêmes. En dehors des attitudes d'évitements qui risquent d'aboutir à l'abandon de certains actes pratiqués par les médecins généralistes, leur mode de défense paraît plutôt adapté. Il reste centré sur la tenue du dossier et l'information faite au patient et beaucoup moins axée sur la surconsommation de soins que leurs aînés. Ainsi les comportements les plus défensifs semblent plutôt apparaître au fil des années d'exercice. L'attitude des patients en paraît une des principales causes. Il existe donc une marge d'action intéressante, où il faudrait mettre en place un enseignement sur la prévention et la gestion des erreurs médicales. Le but serait de donner aux internes les outils pour mieux gérer leurs erreurs et les litiges afin d'éviter qu'ils ne tombent par la suite dans des pratiques plus défensives.

## D) Solutions envisageables pour se protéger d'éventuelle poursuite sans tomber dans la médecine défensive ?

- **Instituer une formation spécifique à la gestion du risque médical. 81% des internes pensent ne pas être suffisamment, voire pas du tout formés à affronter le risque médico-légal.**

Le besoin d'une formation spécifique est ressenti par une grande majorité des internes, malgré des cours de médecine légale déjà dispensés durant le deuxième cycle des études médicales. Par le biais de ces cours, ils sont déjà initiés aux lois, à leurs devoirs de médecin, aux différents types de procédures et de responsabilités médicales. Pour des internes de médecine générale qui vont dans leur futur proche exercer en libéral, il y a très certainement une peur anticipée de devoir affronter une plainte seul dans son cabinet et de ne pas savoir comment gérer cette épreuve. En plus des cours déjà existants, il serait donc intéressant d'instaurer une formation concrète sur la gestion des litiges. Que ce soit en amont, pour éviter que le litige ne survienne ou en aval, pour apprendre à gérer au mieux ce genre de situation. La gestion des erreurs médicales et des litiges devrait presque faire partie des aptitudes à acquérir pour les nouveaux médecins.

Ce sujet de gestion du risque médical intéresse de nombreux professionnels. Tout d'abord, les médecins eux-mêmes, source de sujets de thèses ; en essayant par exemple d'établir un référentiel de bonne pratique pour éviter les plaintes (36). Egalement, les assureurs en responsabilité médicale s'intéressent au sujet avec la création par exemple de la *Prévention Médicale* par le groupe MACSF dont le but est entre autre de réaliser des actions de formation continue sur les risques liés aux soins (37). Enfin, les hommes de droits soulignent la dure cohabitation entre droit et médecine. Récemment, l'avocat Alain Garay a publié un livre sur *la gestion juridique du risque médical* (38) où il expose selon lui les outils nécessaires au médecin pour gérer les litiges. Il reprend d'ailleurs un peu les mêmes points que ceux soulignés par les internes à la question ouverte : avez-vous des solutions pour se prémunir d'éventuelle poursuite sans tomber dans la médecine défensive ?

Entre tous ces éléments, nous allons tenter de faire une synthèse des différents points importants pour gérer au mieux le risque judiciaire.

- **Il faudrait créer un système de recueil centralisé des données en matière de contentieux médicaux. Ceci dans le but d'obtenir des statistiques fiables et exhaustives, accessibles pour les médecins et internes, autres que celles obtenues par les assurances et les médias.**

Il s'agirait de regrouper les données des différents types de procédures : pénales, civiles, administratives, ordinales, amiables. Ce système de recueil pourrait répertorier les motifs de mises en cause ainsi que l'issue des procédures. Cela aurait pour double objectif d'améliorer les pratiques suite à des études de cas comme tente déjà de la faire la *Prévention Médicale* et de donner une réalité statistique à l'état actuel de la judiciarisation de la médecine en France. La peur du risque judiciaire est le moteur principal qui pousse les médecins à pratiquer une médecine défensive. Cette crainte naît de l'idée que les plaintes contre les médecins en France ne cessent de croître. Des statistiques fiables leurs permettraient sans doute de relativiser l'envolée des contentieux médicaux, qu'ils imaginent sans doute bien supérieurs à la réalité.

- **La gestion du risque médico-légal passe d'abord par la gestion du risque d'erreur médicale.**

En aval de tout litige, l'objectif prioritaire est d'assurer la sécurité des soins, c'est-à-dire de faire diminuer le nombre de malades victimes d'erreurs médicales. Les accidents médicaux sont de deux types : les accidents qui sont la conséquence d'une faute médicale et les accidents non fautifs. Les accidents non fautifs ou aléa médical ne peuvent faire l'objet d'aucune prévention puisque, a priori, ils sont imprévisibles. En revanche, les accidents médicaux fautifs pourraient être réduits puisque, à toute faute identifiée, il est possible d'opposer une mesure corrective. Si, en médecine, le risque zéro n'existe pas, le risque évitable existe.

Les publications internationales rappellent l'importance de ces risques et le fait qu'ils ne sont pas aujourd'hui totalement maîtrisés. Aux États-Unis, par exemple, le nombre de décès liés à une erreur médicale est estimé entre 40 000 et 100 000 par an (39). En France, l'enquête sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) rééditée en 2009 montre que la fréquence des événements indésirables graves (EIG) survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine), soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Par ailleurs, 4,5% des séjours étaient causés par un EIG, dont 2,6 % par un EIG évitable (40).

Dans les établissements de santé, de nombreuses démarches visent à maîtriser les différents risques identifiés pour améliorer la sécurité des soins. L'ANAES a d'ailleurs publié un guide méthodologique pour la gestion des risques en établissement de santé en 2003 (41). Ce guide tente d'analyser les défaillances survenant dans le système de production de

soins selon le modèle proposé par Reason (42). Cet auteur anglais distingue deux types de défaillances : les défaillances patentes ou erreurs actives commises par les acteurs de première ligne (médecins ou autres professionnels de santé) et qui ont un lien direct avec l'accident ; les défaillances latentes correspondant à une caractéristique du système et qui favorisent la survenue des précédentes. À partir de ces constatations, une démarche de gestion des risques doit se fonder sur les deux principes suivants : l'impossibilité de supprimer l'erreur du fonctionnement humain et, ce quelle que soit la qualité de la formation des personnels ; la nécessité d'intégrer au système de soins des mécanismes de lutte contre l'erreur. Un système sûr n'est pas un système dans lequel il ne se commet pas d'erreurs mais un système qui se protège en luttant contre les facteurs d'erreurs et en mettant en place des moyens de défense pour diminuer, voire annuler, les conséquences des erreurs.

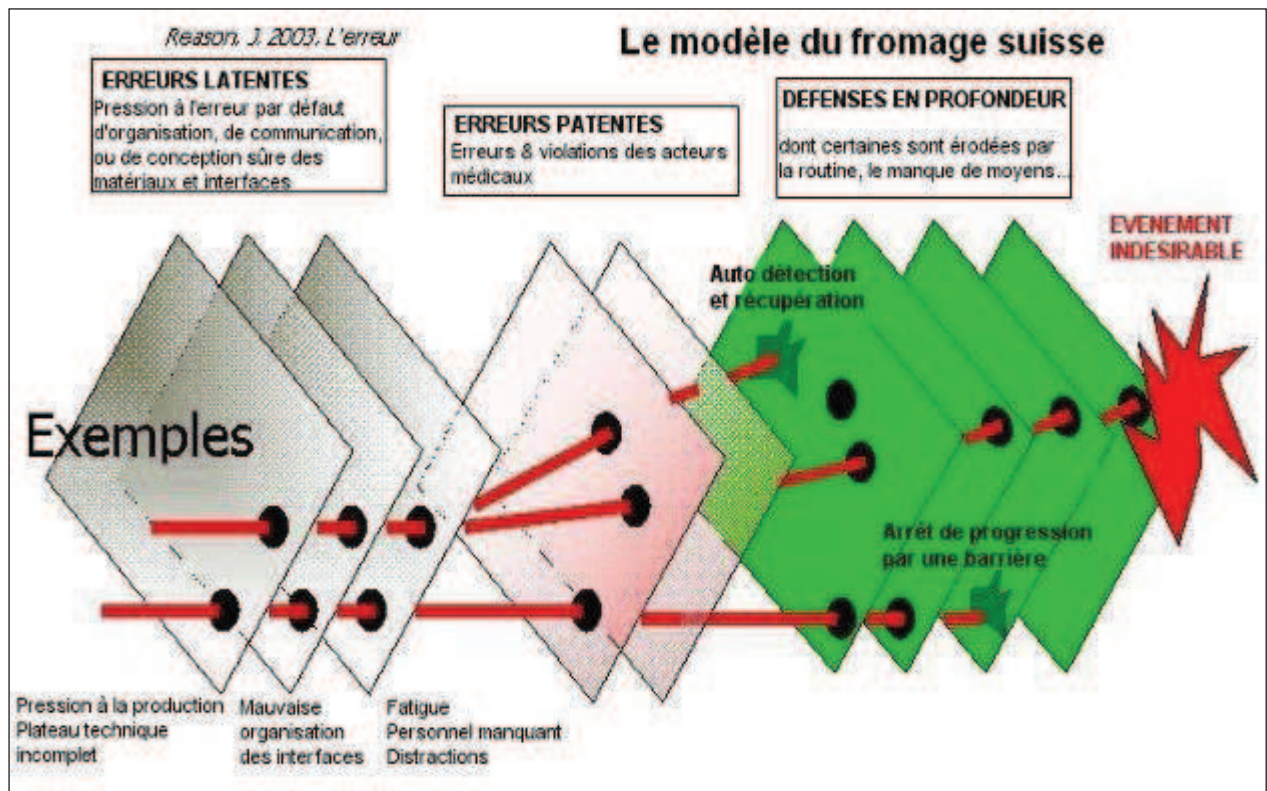


Figure 1: le modèle du fromage suisse de Reason.

- **Maitriser les compétences professionnelles : éviter les erreurs médicales secondaires à un manque de connaissances ou de mobilisation de celles-ci, notamment par le biais de la formation médicale continue.**

Le cœur de la gestion des risques en médecine générale renvoie à un croisement entre deux logiques: celle des compétences à mobiliser, et celle du temps à maîtriser (tempos).

Les compétences professionnelles sont de deux types : les compétences techniques et non techniques. Les compétences techniques portent typiquement sur tout le domaine de l'enseignement universitaire et de l'art médical. On y retrouve l'examen médical dans toutes ses facettes (anamnèse, examen physique, séméiologie, examens complémentaires) et la thérapeutique. Les compétences non techniques portent sur un savoir nécessaire à l'activité professionnelle, mais plus général, et moins systématiquement enseigné à l'université: la relation au patient et à son entourage, la gestion des conflits et des priorités, la gestion des collaborations dans le système médical (avec les confrères et autres professionnels de santé), la gestion des outils (informatique, téléphone, dossiers, documents administratifs...) et la gestion de son niveau de stress et de fatigue.

Dans l'étude ESPRIT, Etude nationale en Soins PRImaires sur les évènements indésirables liés aux soins, éditée en décembre 2013 par le ministère de la santé, l'incidence des évènements indésirables associés aux soins était de 22 pour 1000 actes, soit un tous les deux jours par médecin généraliste. Parmi ces évènements indésirables, 20% seraient en lien avec des erreurs de connaissances, de compétences, ou de mobilisation de celles-ci (43).

L'art médical étant en perpétuel mouvement, un des moyens pour maintenir un bon niveau de connaissance est la formation médicale continue (FMC). **81.9% des internes seraient incités par la peur de la plainte à faire de la FMC.** Leur premier objectif est certainement l'enrichissement de leur pratique et l'intérêt de leurs patients ; mais la peur juridique semble être pour eux, une raison supplémentaire pour mettre à jour leurs connaissances.

- **Dominer les tempos pour éviter de subir la perte de contrôle de la situation.**

D'après la même étude ESPRIT, selon la méthode des tempos, 144 EIAS auraient été évitables sur les 475 répertoriés, 42% étaient principalement en rapport avec des problèmes d'organisation du cabinet (tempo cabinet), 21% principalement avec des défauts d'organisation ou de communication entre professionnels et structures de santé (tempo système).

La méthode des tempos par Amalberti s'adresse à la médecine libérale de ville. En effet, le temps du professionnel n'est pas le temps du patient. Les deux n'ont pas la même perception du temps qui s'écoule. La maîtrise des tempos constitue un facteur de gestion

des risques générés par la mauvaise utilisation du «temps médical». Il y a cinq tempos que les internes doivent apprendre à maîtriser :

- **Le tempo de la maladie** est défini par la fenêtre temporelle estimée disponible pour poser le diagnostic et maîtriser la pathologie au mieux avant l'apparition de complications.
- **Le tempo du traitement** correspond au temps à attendre pour observer l'effet de la prescription et le début de la réduction des symptômes. Ce temps sous-entend de donner une information au patient sur quand s'inquiéter en l'absence d'amélioration, les signes devant faire reconsulter... Dans de nombreux cas, ces informations ne sont pas données au patient et ceci peut avoir des conséquences critiques surtout en pédiatrie. D'après la base de données du Sou médical – Groupe MACSF, une fraction très importante des plaintes en pédiatrie, découle d'un manque d'information pédagogique donnée aux parents pour effectuer une auto surveillance raisonnable de leur enfant.
- **Le tempo du patient** est défini comme le temps perdu par le patient à venir consulter, à énoncer ses symptômes clairement, et à suivre les prescriptions. Le patient arrive souvent à la consultation avec de multiples demandes. Leurs attentes les plus fortes ne sont pas nécessairement les priorités les plus urgentes.
- **Le tempo du cabinet** est le temps accordé par le médecin au patient et à son écoute: temps pour obtenir un rendez-vous, durée de la consultation, tâches interruptives diverses, temps des visites à domicile, et temps personnels de tous ordres. Ce tempo conditionne la prise de risque éventuelle, sous la pression d'une salle d'attente pleine, d'un agenda personnel tendu, on hésite davantage à faire déshabiller une personne âgée, à prendre du temps pour expliquer, on adopte des attitudes d'attente en différant une deuxième consultation décalée de quelques jours. Gérer son temps personnel en réfléchissant et en s'organisant à l'avance, permet d'éviter de se retrouver dans des situations où le manque de temps peut faire prendre des risques inutiles.
- **Le tempo du système médical** est le temps nécessaire pour obtenir les examens et avis spécialisés. Les prescriptions d'examen, les consultations spécialisées, y compris les envois aux urgences hospitalières, ont toujours un tempo propre et des modalités plus ou moins contrôlables qu'il convient d'estimer en fonction de l'évolution de la pathologie. Il n'est pas rare que le cumul des différents temps du système et du patient se mesure en jours, voire en semaines, pour un bilan demandé, avec le risque de négliger le suivi et d'oublier le patient. En bref, le temps global du système médical peut devenir un problème réel de gestion, et doit être parfaitement maîtrisé, particulièrement par un médecin généraliste utilisé comme pivot d'orientation du patient et de coordination du système médical.

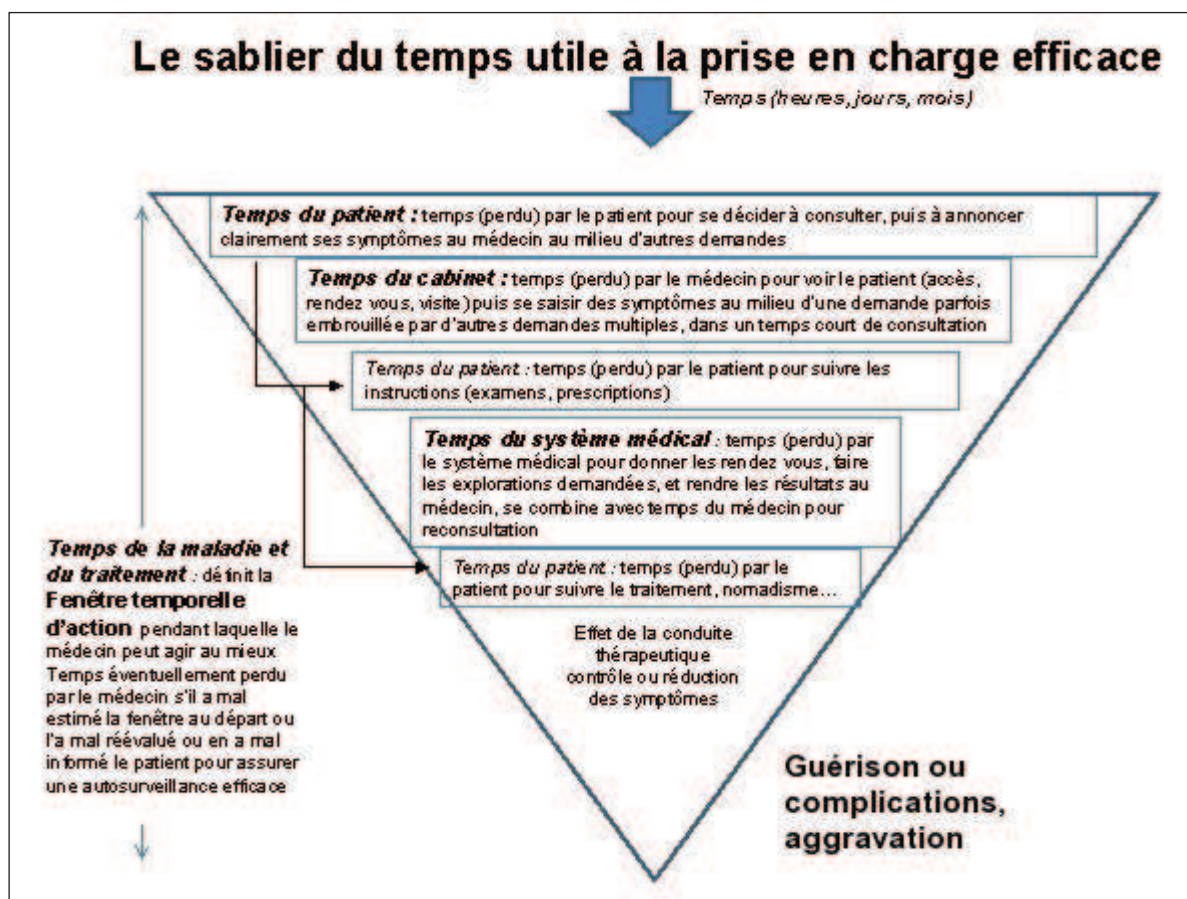


Figure 2: les temps.

- **Développer l'apprentissage par l'erreur.**

L'aéronautique a démontré qu'un accident qui n'est pas expliqué notamment dans son mécanisme est un accident qui se reproduira. Il est donc important d'analyser et de connaître toutes les erreurs même celles sans conséquences. De nombreuses entreprises utilisent des procédures d'alerte basées sur la déclaration d'incidents.

Dans le monde médical, il n'existe pas de procédure de notification des événements indésirables liés aux soins. Le recueil des erreurs constituerait une base de données importante pour des études épidémiologiques et pour tenter de mettre en évidence les défaillances éventuelles. Sans identification des erreurs aucune réflexion de fond ne peut être entreprise. Cette méthode d'analyse des incidents survenus se heurte à plusieurs problématiques: la réticence des professionnels de santé à déclarer leurs erreurs, le manque de moyen, de temps, surtout pour des médecins libéraux exerçant seuls...

Dans les établissements de santé, les revues de morbidité-mortalité (RMM) représentent l'une des approches de l'erreur médicale recommandées par les autorités et sociétés médicales. Une RMM est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Pour la médecine générale et libérale, les RMM semblent plus compliquées à réaliser, car il serait plus difficile de regrouper les différentes équipes ayant pris en charge un patient donné. Mais on pourrait imaginer des réunions de groupe de pairs où les médecins mèneraient une réflexion sur des cas concrets d'erreurs médicales rapportés par chacun. Le but étant de savoir analyser ses propres erreurs et celles des autres, de se souvenir de ses erreurs et de savoir identifier ultérieurement les situations à risque. Ces groupes de réflexion pourraient d'ailleurs débiter dès les études médicales et faire partie de la formation.

Ce genre de démarche a été initié depuis 2009 dans des facultés parisiennes, où une journée de formation des étudiants en médecine est consacrée à l'apprentissage par l'erreur. Cette formation trouve a priori un certain succès puisque initialement elle ne concernait qu'une seule faculté et en quatre années elle s'est étendue à six (44).

- **Rester dans les recommandations (HAS, AFSSAPS, AMM).**

De plus en plus, la médecine moderne standardise les procédures médicales en usant de recommandation et de protocole clinique. C'est un moyen de codifier, d'uniformiser les pratiques mais également un moyen de protection en cas de litige. Pour un médecin, suivre les recommandations montre qu'il a agi comme les experts en la matière l'auraient fait. Cependant la mise en œuvre des recommandations doit rester flexible. Le médecin doit savoir et pouvoir adapter sa pratique à chaque cas. Il est alors fortement recommandé de noter par écrit dans les dossiers médicaux la raison pour laquelle la procédure préconisée n'a pas été suivie. Cela prouve que le médecin connaît et valide les recommandations, et justifie l'adaptation spécifique et volontaire à un cas particulier. Par ailleurs, les exigences de la médecine actuelle n'autorisent pas les professionnels à se prévaloir de leur seule expérience personnelle. Du point de vue juridique, l'affirmation : « j'ai toujours procédé comme cela et je n'ai jamais eu de problème » est rarement entendu et recevable. Rester dans les recommandations est ainsi un bon moyen de défense pour les médecins.



- **Savoir bien rédiger et tenir les dossiers médicaux.**

C'est un point que la plupart des internes a bien intégré. L'écrit constitue un élément de preuve de la plus haute importance. Un dossier médical incomplet ou lacunaire est révélateur d'un certain niveau de défaillance. Il serait erroné de s'imaginer le contraire en considérant que ne pas garder de traces écrites est source de protection ou qu'écrire est source de danger ; cette attitude défensive ne permet pas de contourner les difficultés juridiques, bien au contraire. L'insuffisance de documents écrits peut être perçue comme un manque de rigueur professionnelle. Cela pourrait devenir un argument pour confirmer ou mettre en exergue une négligence professionnelle. La bonne tenue du dossier médical est ainsi un bon moyen de défense adapté pour le médecin. C'est également un gain positif pour la pratique médicale et le suivi du patient. En revanche, elle a comme inconvénient d'être chronophage et peut donner le sentiment au médecin de passer plus de temps à retranscrire dans le dossier qu'à s'occuper du patient.

- **Maintenir un niveau élevé de communication et d'information.**

Il est souvent reproché au médecin de ne pas savoir communiquer avec leurs patients en utilisant trop de jargon médical. De nombreux litiges naissent de ce déficit de communication ressenti par les patients. Un bon médecin doit savoir adapter son discours au patient qu'il a en face de lui. Cela sous-entend de savoir utiliser un langage simple, compréhensible qui ne soit pas strictement médical ou technique; de recourir à des supports écrits tels que des schémas simples pour compléter les propos; de s'assurer que le message a bien été compris en demandant aux personnes de répéter ce qui leur a été dit pour corriger immédiatement les confusions; savoir écouter afin de saisir correctement les informations transmises par le malade en lui témoignant de l'intérêt; faire preuve d'empathie et de compassion; s'assurer que les autres professionnels sauront répondre aux questions laissées en suspens. Mais si une situation litigieuse ou un évènement dommageable survient malgré tout, le médecin doit savoir laisser la voie de communication ouverte pour éviter une action en justice. Il ne faut pas rejeter, mésestimer la plainte d'un patient, ni rester silencieux et prostré. Toute lettre ou réclamation orale émanant d'un patient ou de sa famille, ne peut être laissée sans réponse. Une réponse rapide et adaptée aux faits mentionnés par le patient constitue la meilleure garantie pour tenter de neutraliser les rancœurs. Une lettre laissée sans réponse aboutira probablement à l'intervention d'un avocat et à une action en justice.

- **Savoir agir rapidement et informer le malade en cas d'évènement indésirable ou d'erreur médicale.**

Ce point n'a pas été mentionné par les internes. Les médecins sont en général assez réticents à avouer leurs erreurs aux patients. C'est pourtant une obligation légale du médecin depuis la loi Kouchner de 2002 de révéler tout dommage au malade dans les quinze jours suivant sa découverte.

L'annonce d'un dommage à un patient est une épreuve difficile pour un soignant. Le manque de formation, la difficulté à gérer ses propres émotions (culpabilité, sentiment d'échec, anxiété...) et la crainte d'une éventuelle plainte font que souvent les professionnels ne savent ni comment faire ni comment dire, et peuvent donc être découragés à l'idée d'initier une telle démarche.

Or, ce qui ressort généralement des études est que les patients portent plainte avant tout à cause des explications insuffisantes qu'ils ont reçues sur leur complication et sur l'absence de vision des décisions qui ont été prises pour que les mêmes incidents ne se renouvellent pas (45). Finalement, à la question est-ce que dire la vérité aux patients réduit leur propension à porter plainte ? Une revue de la littérature analysant 5 200 articles sur le sujet retrouve très peu de preuves, très peu d'études construites pour prouver ces dires. L'idée semble provenir des études qui ont analysé pourquoi les patients poursuivent les médecins, avec l'assertion qu'ils le font d'abord pour mieux savoir ce qui s'est passé et que des mesures soient prises pour que cela n'arrive plus... mais aucune étude ne teste vraiment le réel de cette opinion (46).

Pourtant, la transparence sur les dommages liés aux soins est largement encouragée aux Etats-Unis comme en France. Même si cela n'a jamais été démontré, l'idée semble acquise que la communication en matière de dommage est un facteur de réduction du nombre et du coût des instances contentieuses devant les tribunaux. Le célèbre article publié en 2006 par Hillary Clinton et Barack Obama dans le *New England Journal Of Medicine* est emblématique d'un changement en la matière (47). L'article part d'un événement obstétrical grave associé aux soins, où la transparence de l'équipe médicale vis-à-vis des parents a évité leur plainte tout en garantissant une prise en charge médicale efficace. Ces deux responsables politiques chargés de la réforme américaine du système de santé ont voulu rebondir sur ce fait divers pour encourager la transparence sur l'erreur avec un plaidoyer sur ses effets secondaires bénéfiques sur les plaintes. En France, L'HAS a publié un guide pour prôner et aider les professionnels de santé en matière d'annonce de dommage associé aux soins (48). Il insiste sur le fait que les professionnels devraient être formés préalablement à réaliser cet exercice d'annonce, qui constitue une étape indispensable dans la relation soignant patient. Le résumé de ce guide est reporté en (annexe 3).

- **En cas de rupture de la relation soignant-soigné, recourir aux voies d'accès de résolution extrajudiciaire des conflits.**

Cela sous-entend que les professionnels de santé connaissent bien les différents types de procédures judiciaires et les mécanismes de résolution à l'amiable. En pratique ces mécanismes amiables de conciliation et de médiation sont souvent mal connus des professionnels ou peu valorisés en tant que procédures pratiques de résolution des conflits. Les patients qui entrent dans un cabinet d'avocat, n'ont souvent pas été orientés au préalable par les soignants vers les instances chargées des procédures de résolution extrajudiciaire des conflits (commission régional de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, commission hospitalière des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge). Ces situations démontrent l'insuffisance d'orientation et de recours à ces mécanismes.

- **Savoir s'entourer en cas de procédure juridique engagée.**

Le médecin ne doit pas rester seul face à ce genre de situation. Dès l'instant qu'une action en justice est engagée, il doit faire appel à un avocat spécialisé dans le droit médical. Lui seul saura prévenir et anticiper les situations, réunir les pièces justificatives, vérifier les faits en se faisant assister par un médecin expert-conseil.

Il faudrait également que les médecins puissent avoir des interlocuteurs directs lorsqu'ils se retrouvent en situation de litige sans procédure encore engagée mais qui ont besoin de conseil pour éviter que la situation ne s'envenime. Les internes évoquaient l'idée de pouvoir contacter un médecin légiste ou un centre référent, L'avocat Alain Garay propose d'instituer dans certains espaces professionnels la nouvelle fonction de « gestionnaire juridique des risques médicaux » dont les actions seraient préventives et de conseil, également certaines compagnies d'assurances proposent une assistance juridique...

Enfin, un médecin dont la responsabilité est engagée, qu'il ait commis une erreur ou non a besoin de soutien. C'est une épreuve toujours difficile, souvent mal vécue sur le plan émotionnel. Il peut trouver ce soutien auprès de son entourage mais également auprès de ses confrères. C'est pourquoi les groupes de pairs pour parler d'erreur médicale seraient utiles. Ils auraient comme double vocation de permettre au médecin de parler et d'échanger sur ces événements difficiles et d'en tirer l'apprentissage pour que cela ne se reproduise pas.

## VI) Conclusion

Le thème de la judiciarisation de la médecine et de l'émergence de pratiques défensives est en pleine expansion. Le couple médecine et justice peine à cohabiter. Aux Etats-Unis c'est une problématique de santé publique. Sous la pression judiciaire, les médecins américains n'hésitent plus à désertir certains Etats plus intransigeants sur le plan juridique, à pratiquer des hospitalisations ou des examens complémentaires abusifs, à abandonner certaines spécialités ou actes à risques... Même les étudiants en médecine adoptent ces pratiques défensives dès leur formation ; un peu comme si la médecine défensive devenait une nouvelle façon de pratiquer outre atlantique.

En France, on est bien loin de la dérive à l'américaine tant crainte. Pourtant, les médecins français ressentent une pression judiciaire bien plus importante qu'elle ne l'est en réalité et tendent à modifier leur pratique pour s'en protéger. Les étudiants en médecine actuels débutent leur formation dans ce climat judiciaire. Notre étude a interrogé les internes en médecine générale de la région Haute-Normandie: ils pensent à la quasi-unanimité (94%) que le nombre de la plainte contre les médecins augmente. La peur de la plainte s'est immiscée dans leur esprit et influence leur pratique quotidienne. Le risque judiciaire devient une nouvelle composante extra-médicale rentrant en compte dans leur raisonnement. La moitié d'entre eux affirment d'ailleurs pratiquer une médecine défensive.

Ainsi, La peur de la plainte pousse les internes à adopter des attitudes d'évitements, comme l'abandon de certains actes dans leur pratique future, notamment la réalisation d'électrocardiogramme au cabinet, les infiltrations... 12% des internes seraient même réfrénés à s'installer en libéral. Ceci risque d'appauvrir l'exercice de la médecine générale.

En revanche, la peur de la plainte a très peu d'impact sur leur démarche clinique pure, que ce soit sur l'interrogatoire, l'examen clinique ou leurs prescriptions médicamenteuses. Et contrairement aux médecins généralistes plus âgés, les internes ne prescrivent pas plus d'examens complémentaires que nécessaires et ne cèdent pas aux exigences des patients. Dans plusieurs études ultérieures, plus de la moitié des médecins généralistes réalisaient des examens complémentaires abusifs, ici seulement 19% des internes affirment le faire. De plus, le risque médico-légal les incite à bien informer les patients et à avoir une bonne tenue du dossier médical, ce qui est plutôt un gain positif pour la pratique médicale.

Finalement, en dehors des attitudes d'évitements qui risquent d'aboutir à l'abandon de certains actes pratiqués par les médecins généralistes, le mode de défense des internes en médecine générales paraît plutôt adapté au cadre légal. Il reste centré sur la tenue du dossier et l'information faite au patient et beaucoup moins axée sur la surconsommation de soin que leurs aînés. Ainsi les comportements les plus défensifs semblent plutôt apparaître au fil des années d'exercice. L'attitude et l'exigence accrue des patients n'y sont probablement pas indifférentes. Même si la peur de la plainte est bien présente à l'esprit

des internes en médecine général et tend à influencer leur pratique, ils n'ont pas encore adopté la médecine défensive comme solution à leur crainte.

Il existe donc une marge d'action intéressante, où il faudrait mettre en place un enseignement sur la prévention et la gestion des erreurs médicales, comme cela a déjà été initié dans certaines facultés parisiennes. Le but serait de donner aux internes les outils pour mieux gérer leurs erreurs et les litiges afin d'éviter qu'ils ne tombent par la suite dans des pratiques plus défensives. De fait, on peut penser que si les internes actuels sont moins défensifs que leurs aînés c'est peut être aussi déjà parce qu'ils ont reçu des cours de médecine-légale que les plus vieux médecins n'ont pas reçu.

Il serait également intéressant de mettre en place un système de recueil national en matière de contentieux médical regroupant les procédures et résultats des différentes voies judiciaires : pénale, civile, administrative, ordinale, amiable. Ce recueil aurait comme intérêt d'avoir des statistiques exhaustives et fiables permettant de mesurer et de chiffrer le coût de la judiciarisation de la médecine et d'améliorer la sécurité des soins en apprenant de nos erreurs.

## VII) Annexes

### Annexe 1

#### Questionnaire

Définition de la médecine défensive : variété de la médecine qui consiste à ouvrir le parapluie et à tenter de se protéger contre d'éventuelles poursuites judiciaires en effectuant des examens inutiles, en ordonnant des hospitalisations abusives, ou en renonçant à certaines pratiques sous prétexte qu'elles pourraient être dangereuses juridiquement pour le médecin.

C'est une médecine coûteuse et non centrée sur l'intérêt du patient.

Le but de cette thèse est d'établir dans quelle mesure la judiciarisation de la médecine intervient dans les prises de décisions des internes en médecine générale, et si l'on s'oriente donc vers une médecine défensive.

•La première partie du questionnaire concerne les caractéristiques démographiques :

Sexe : F - M

Age :

Semestre :

•Les questions 1 à 10 font l'état des lieux sur la judiciarisation de la médecine objectivée par le nombre de litige et celle ressentie par les internes:

2) Avez- vous déjà eu un litige avec un patient durant vos stages d'internat ? oui – non

- Si oui à la question 1 :

3) Expliquez brièvement la raison du litige, le stage au cours duquel était-ce et le dénouement (simple menace de porter plainte, lettre à l'hôpital, conciliation, procédure).

4) Avez- vous eu le sentiment d'être soutenu par la structure dans laquelle vous exercez au moment du litige ? Oui – Non

5) Qu'est-ce que cela a changé pour vous dans votre pratique ?

- Si non à la question 1 :

6) Avez-vous été témoin d'un litige avec l'un de vos collègues ? oui – non

7) Si oui, qu'en avez-vous pensé ?

- Pour tout le monde :

8) Pensez-vous que le nombre de procédures contre les médecins augmente ? oui-non

9) Si oui, par quel moyen avez-vous développé cette idée ? médias - stages - littérature médicale - cours - confrères - autre (précisez) :

10) Pensez-vous pratiquer une médecine défensive ? oui – non

11) Si oui, qu'est-ce qui vous y incite ? les cours – les médecins en stage – votre expérience personnelle - l'attitude des patients – autres : (préciser)

•Les questions 11 à 22 s'intéressent à l'influence de la peur de la plainte sur leur pratique en stage :

12) La peur de la plainte est-elle une crainte dans votre pratique quotidienne ? oui – non

13) Est- ce un élément qui rentre en compte dans vos prises de décision ?

Jamais - parfois - souvent - très souvent

Plus précisément est-ce un élément qui rentre en compte dans :

14) Votre interrogatoire ? Jamais - parfois - souvent - très souvent

15) Votre examen clinique ? Jamais - parfois - souvent - très souvent

16) Vos prescriptions d'examens complémentaires (non utiles d'un point de vue strictement médical) ? Jamais - parfois - souvent - très souvent

17) Vos prescriptions médicamenteuses (ex : antibiotique, sirop) ?  
Jamais - parfois - souvent - très souvent

18) L'information exhaustive donnée au patient ?  
Jamais - parfois - souvent - très souvent

19) Votre tenue du dossier médical (informations données aux patients, signes cliniques négatifs...) ? Jamais - parfois - souvent - très souvent

20) Vos demandes d'avis spécialisé ou auprès des séniors ?  
Jamais - parfois - souvent - très souvent

21) Selon vous est-ce un frein à votre autonomisation ? oui - non

22) La peur du litige vous donne-t-elle des difficultés à dire « non » à certaines demandes abusives des patients ? Jamais - parfois - souvent - très souvent

23) Est-ce que cela altère pour vous la relation médecin-malade ? oui – non



•Les questions 23 à 25 s'intéressent à l'influence de la peur de la plainte sur leur pratique future :

24) La peur de la plainte peut- elle vous inciter à effectuer des remplacements plutôt qu'à vous installer en libéral ?                      oui – non

25) Pourriez-vous être réfréné à réaliser certains actes, de peur que votre responsabilité ne soit engagée ?

- sutures
- infiltrations
- examiner (un mineur par exemple) sans témoin
- pose de DIU
- posséder un ECG au cabinet
- rédaction de certificat
- autre (précisez) :

26) Est-ce que cela peut vous inciter à faire de la formation médicale continue?  
Oui-non

•Les deux dernières questions 26 et 27 essaient d'entrevoir les solutions possibles pour se protéger du risque judiciaire en évitant de tomber dans la médecine défensive :

27) Par rapport au risque judiciaire, pensez-vous que votre formation (cours, stages) vous y prépare ?    pas du tout - pas suffisamment - suffisamment – trop

28) Auriez-vous des alternatives pour se prémunir du risque judiciaire sans tomber dans la médecine défensive ?

## Annexe 2

### Les raisons des litiges

- Insatisfaction de la prise en charge ou retard à la prise en charge (38.5%)

Retard d'orientation vers un spécialiste.

Insatisfaction de la prise en charge aux urgences.

Patient ayant eu un doigt sectionné à la tronçonneuse. Ne comprenant pas qu'il n'ait pas eu l'autorisation de raccompagner sa femme chez elle, alors qu'il a été opéré 48h plus tard. Accuse l'interne des urgences d'avoir fait jouer ses relations pour retarder l'intervention.

Mère d'un enfant de 17 mois pas d'accord avec le diagnostique.

Refus d'hospitalisation des parents le vendredi, altération de l'état général de l'enfant le lundi. Parents mécontents de la prise en charge.

- Désaccord sur une hospitalisation ou sortie d'hôpital (17.9%)

Sortie jugée précoce par la famille.

Suicide d'une patiente de 75ans après sa sortie de l'hôpital.

Décès d'un patient de 92ans 48h après sa sortie de l'hôpital.

Sortie annulée à plusieurs reprises.

Patient refusant la décision d'un retour à domicile.

Famille d'un patient âgé qui voulait qu'il reste hospitalisé jusqu'à ce qu'il rentre en EPHAD.

- Refus d'examens complémentaires ou de traitements non justifiés de la part de l'interne (12.8%)

Exigences d'imageries non justifiées.

Exigence d'antibiotique pour une otalgie non fébrile évoluant depuis moins d'une heure chez un enfant de 6 ans.

Mère refusant de partir sans antibiotique pour une angine avec TDR négatif.

Exigence d'une coloscopie en urgence pour des douleurs abdominales avec rectorragies minimales la semaine précédente alors que la patiente avait déjà un rendez-vous proche avec un gastroentérologue.

- Enervement, agression verbale (12.8%)

Temps d'attente trop long aux urgences.

Menace de mort d'un patient armé d'un couteau.

- Erreur diagnostique (10.3%)

Diagnostique d'hémorroïdes au lieu d'abcès de la marge anale.

Diagnostique de colique néphrétique non fait.

Fracture de la main non vue.

Fracture mandibulaire passée inaperçue.

- Divers (7.7%)

Manque d'information sur une prescription.

Famille d'un patient voulant porter plainte pour diffamation.

Coût des soins trop élevé pour un patient n'ayant pas de mutuelle.

## Annexe 3

The logo for the Haute Autorité de Santé (HAS) features the letters 'HAS' in a blue, sans-serif font. A red swoosh underline is positioned beneath the 'A'.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AMÉLIORATION DES PRATIQUES ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

---

### Annonce d'un dommage associé aux soins

---

L'annonce d'un dommage associé aux soins consiste avant tout à établir un espace de dialogue entre soignant et patient visant à maintenir ou restaurer une véritable relation de confiance. Elle s'inscrit également plus largement et durablement dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, contribuant ainsi au développement d'une culture de sécurité des soins.

Pour en savoir plus, le guide est disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

- Un dommage est la conséquence d'un événement indésirable dont l'origine peut être diverse : complication liée à la pathologie du patient, aléa thérapeutique, dysfonctionnement ou erreur. Selon les cas, le dommage peut avoir des répercussions physiques, psychologiques, voire sociales et matérielles. Annoncer un dommage consiste donc à prendre en considération le patient et à reconnaître sa souffrance, ce qui contribue à le soulager, à l'apaiser, et par voie de conséquence, à apaiser une relation soignant-patient parfois mise à mal.
- 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. Cette annonce correspond non seulement à une obligation éthique et légale<sup>1</sup>, mais elle s'inscrit également 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.
- Lorsqu'un patient a subi un dommage associé aux soins, il revient aux professionnels de l'informer au plus vite, de préférence dans les 24 heures, sans excéder 15 jours après sa détection ou la demande expresse du patient (en application de l'article L. 1142-4 du Code de la santé publique). Une communication rapide évitera d'accroître son angoisse, voire sa colère, et traduira l'attention et le souci qui lui sont portés tant sur le plan physique que psychologique.

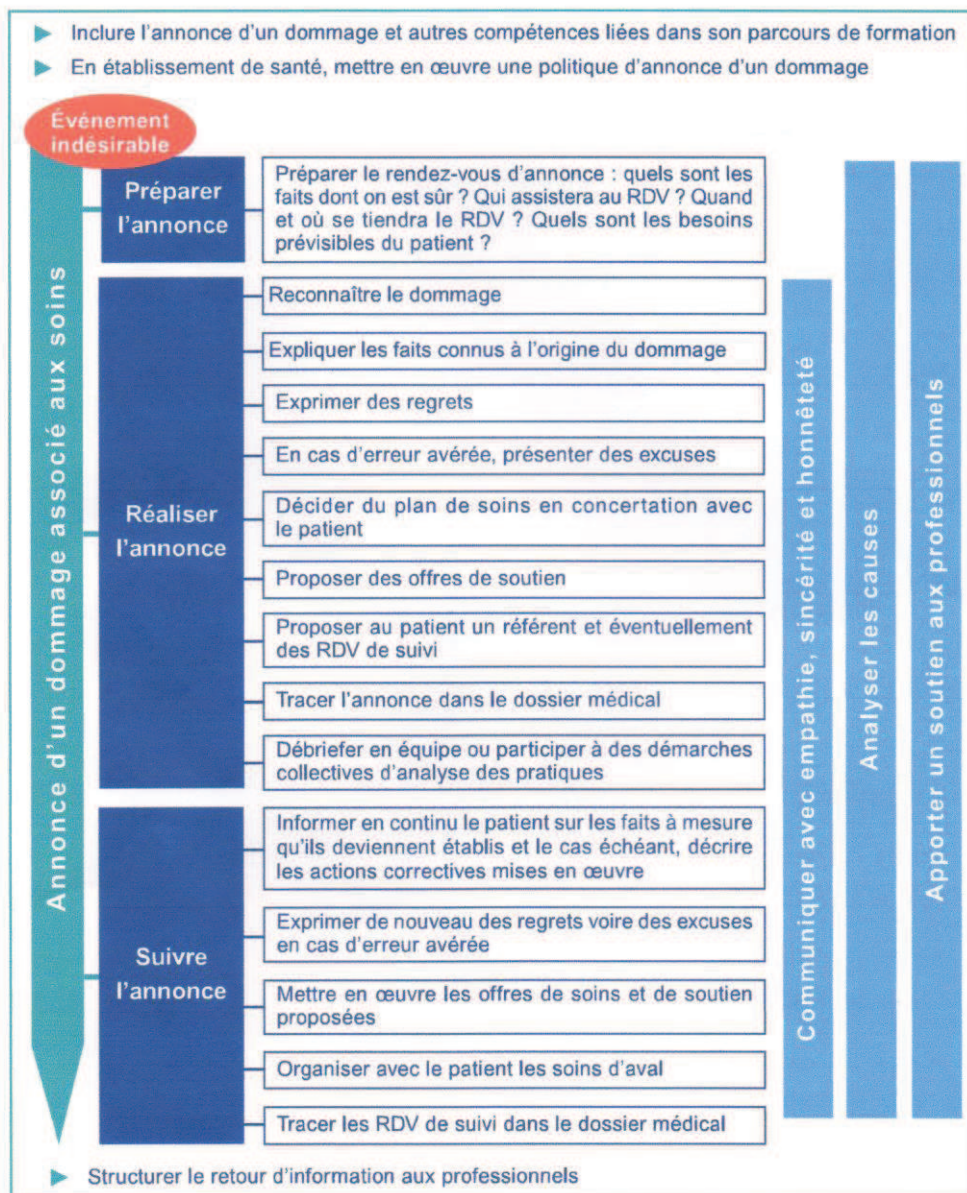
## POURQUOI EST-CE DIFFICILE ?

- Expliquer au patient les « quoi ? », « pourquoi ? », « comment ? » et autres questions liées au dommage est un exercice difficile. Le manque de formation, la difficulté à gérer ses propres émotions (culpabilité, sentiment d'échec, anxiété, etc.) et la crainte d'une éventuelle plainte font que souvent les professionnels ne savent ni comment faire ni comment dire, et peuvent donc être découragés à l'idée d'initier une telle démarche.
- Pourtant, plusieurs études ont montré qu'une annonce bien menée suite à la survenue d'un dommage tend à répondre aux attentes du patient, à renforcer sa confiance envers le soignant et à limiter une judiciarisation de l'événement. Annoncer un dommage place plus largement le professionnel dans une démarche de questionnement quant à ses pratiques, puisqu'il sera incité à analyser les causes à l'origine des événements indésirables, et le cas échéant à mettre en œuvre des actions pour améliorer la prise en charge des patients.
- Le guide « Annonce d'un dommage associé aux soins » vise à accompagner les professionnels dans cette démarche empreinte de transparence et d'humanité.

1. L'article L. 1142-4 dispose que « Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage ».

## LES TROIS TEMPS DE L'ANNONCE

- L'annonce d'un dommage s'inscrit dans une démarche de gestion des risques, qui comprend le signalement des événements indésirables, l'investigation systématique des causes, la mise en œuvre d'actions correctives lorsque des défaillances ont été révélées et le suivi de ces actions correctives. Pour réussir cela, il est indispensable d'instaurer une culture de sécurité, elle-même bâtie notamment sur une vision pédagogique et non punitive de l'erreur<sup>2</sup>, une communication entre professionnels fondée sur la confiance et la transparence, etc.



2. Si l'impunité n'est pas de mise, la culture non punitive de l'erreur permet aux professionnels d'améliorer leurs pratiques en les analysant de manière approfondie, sans pour autant redouter au sein de leur établissement une éventuelle recherche de responsabilité que seul un juge est habilité à déterminer.

## DIX REPÈRES INCONTOURNABLES

- L'annonce d'un dommage peut être déclinée autour de 10 points clés ; autant de repères tous aussi indispensables les uns que les autres.

### Acquérir/perfectionner des connaissances et compétences en communication

- Être formé à l'annonce d'un dommage (formation initiale et continue)
- Participer à des démarches collectives d'amélioration des pratiques professionnelles
- Apprendre à gérer ses émotions ainsi que celles du patient

### Communiquer de manière respectueuse, claire, sincère et transparente avec le patient

- Informer le patient en continu
- Éviter le « jargon » médical, être vigilant à son langage corporel
- Écouter le patient, lui permettre d'exprimer ses émotions et de poser des questions

### Communiquer sur des faits connus et sûrs

- Ancrer sa communication dans l'exactitude des faits, sans se culpabiliser

### Reconnaître le dommage

- Informer le patient qu'il a subi un événement non souhaité
- Ne pas nier le dommage ni culpabiliser le patient

### Exprimer des regrets voire des excuses

- « Nous sommes désolés de ce qui vous arrive » résume par exemple l'empathie des professionnels face au dommage subi par le patient. En cas d'erreur avérée, les regrets doivent être accompagnés d'excuses ; excuses qui ne doivent ni jeter le blâme sur soi-même ou un tiers ni signifier la reconnaissance d'une responsabilité médico-légale

### Répondre aux besoins du patient

- Prodiger les soins adéquats pour atténuer les conséquences de l'événement
- Organiser la continuité des soins
- Proposer, en sus du soutien médical, un soutien psychologique, social ou spirituel selon le cas
- Anticiper des besoins spécifiques, tels que la présence d'un interprète

### Prendre en compte l'entourage du patient

- Avec l'accord explicite du patient, associer ses proches à l'annonce du dommage

### Respecter la confidentialité

- Respecter le droit à la confidentialité et à l'intimité du patient
- Organiser tous les échanges dans un lieu adapté, calme et confortable

### Respecter l'individualité du patient

- Considérer la gravité du dommage selon le point de vue du patient
- Ajuster la démarche d'annonce au cas par cas

### Répondre aux besoins des professionnels

- En établissement de santé, organiser un circuit de soutien pour les professionnels
- En ville, rechercher un soutien extérieur, ou auprès de ses pairs, pour ne pas être isolé le moment venu

## VII) Bibliographie

1. Drucker J, Faessel-Kahn M. L'exemple américain. Trib Santé. 1 déc 2004;n° 5(4):31-38.
2. Bourcier JE. La judiciarisation et la pratique du médecin généraliste en 2005 [Thèse de médecine générale]. Toulouse; 2006.
3. Fasquelle N. La judiciarisation de la médecine générale et la pratique médicale [Thèse de médecine générale]. Clermont Ferrand; 2006.
4. Nachbauer A. L'impact de la judiciarisation de la médecine sur la pratique des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.
5. Scheil V. La loi de Hammourabi: (vers 2000 AV. J.-C.). Paris: Leroux, Ernest; 1906.
6. Code civil - Article 1382. Code civil.
7. Code civil - Article 1383. Code civil.
8. Portes (Louis). du consentement à l'acte médical. Masson et PUF. Paris; 1955. p 163 p.
9. RAMEIX S. du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients ? 1997.
10. Herzlich Claudine et al. Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Paris: INSERM; 1993.
11. Catherine Paley-Vincent. Responsabilité du médecin. Mode d'emploi -. Masson. 2002. 276 p.
12. Cour de cassation. Arrêt HEDREUL. févr 25, 1997.
13. Lansac J, Sabouraud M. Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. Trib Santé. 1 déc 2004;n° 5(4):47-56.
14. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 7 octobre 1998, 97-10.267, Publié au bulletin.
15. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
16. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-Francois I, Blettery B, Moutel G. Le médecin et la peur du procès : Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. Rev Prat Médecine Générale. (762-763):295-297.
17. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' views on defensive medicine: A national survey. Arch Intern Med. 28 juin 2010;170(12):1081-1083.
18. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA J Am Med Assoc. 1 juin 2005;293(21):2609-2617.
19. Dubay L, Kaestner R, Waidmann T. The impact of malpractice fears on cesarean section rates. J Health Econ. août 1999;18(4):491-522.
20. Sethi D., Aseltine R., Gulla R. MMS. First-of-its-kind Survey of Physicians Shows Extent and Cost of the Practice of Defensive Medicine and its Multiple Effects of Health Care on the State. 2008.
21. Laude A. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ? Trib Santé. 16 avr 2010;n° 26(1):49-59.
22. Gribeauval Jean-Pierre. judiciarisation de la médecine : réalité ou idée reçue? Rev Prescrire. 2010;30(321):536-541.
23. Ietouzey C. rapport du conseil médical du Sou médical-Groupe MACSF sur l'exercice 2011 [Internet]. 2012. Disponible sur: [http://www.risque-medical.fr/img/rapport\\_2011.pdf](http://www.risque-medical.fr/img/rapport_2011.pdf)



24. Anne Laude. La judiciarisation de la sanré. Inst Rech En Santé Publique. mars 2013;questions de santé publique(20).
25. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. Trib Santé. 1 déc 2004;n° 5(4):39-46.
26. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. Qual Saf Health Care. déc 2010;19(6):e43.
27. Galam E. L'erreur médicale, le burn-out et le soignant. Springer; 2012. 322 p.
28. Suicide d'un anesthésiste qui avait reconnu une erreur médicale. Le Monde [Internet]. avr 2010; Disponible sur: [http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/04/02/suicide-d-un-anesthesiste-qui-avait-reconnu-une-erreur-medicale\\_1327707\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/04/02/suicide-d-un-anesthesiste-qui-avait-reconnu-une-erreur-medicale_1327707_3224.html)
29. Fillion E, Barbot J. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. Sci Soc Santé. 2006;24(2):5-33.
30. Catino M. Why do doctors practice defensive medicine? The side effect of medical litigation. Saf Sci Monit. 2011;1(15):article 4.
31. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens. URML île de France; 2007.
32. O'Leary KJ, Choi J, Watson K, Williams MV. Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. Acad Med J Assoc Am Med Coll. févr 2012;87(2):142-148.
33. Begue A. Les plaintes en responsabilité professionnelle en Médecine Générale : état des lieux et étude de l'impact sur la pratique médicale [These]. bordeaux; 2013.
34. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodeme R, Arlet P. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. (732-33):594-596.
35. Fédération hospitalière de France. Sondage « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés. » [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.fhf.fr/Actualites/Actualites/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies>
36. Mouchot Bracard Marie. La responsabilité médicale des médecins généralistes: fondement, évolution des affaires juridiques sur 15 années et proposition d'un référentiel de bonne pratique [Thèse de médecine générale]. Paris Descartes; 2007.
37. Marcal Kahn, Gallard Pierre-Yves. Erreur médicale: comment améliorer la prévention et la réparation? [Internet]. MACSF; 2013. Disponible sur: le site de la MACSF.
38. Garay A. Gestion juridique du risque médical. Paris: Berger-Levrault; 2013.
39. Khon et al. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press. Washington; 2000.
40. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. Qual Saf Health Care. oct 2007;16(5):369-377.
41. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Paris: Anaes; 2003.
42. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 18 mars 2000;320(7237):768-770.
43. Michel Phillipe, Mosnier Anne. Etude ESPRIT - Etude national en Soins PRImaires sur les évènements indésirables. 2013.
44. Eric GALAM, Katell MIGNOTTE, Marcel HESS. Erreur médicale : analyse, impact, gestion... et traces d'apprentissage. Congrès national du CNGE Lyon; 2012.

45. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*. 25 juin 1994;343(8913):1609-1613.
46. Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S. Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? The jury is still out. *Jt Comm J Qual Saf*. oct 2003;29(10):503-511.
47. Clinton HR, Obama B. Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform. *N Engl J Med*. 2006;354(21):2205-2208.
48. HAS. Annonce d'un dommage lié aux soins, guide destiné aux professionnels de santé [Internet]. 2011. Disponible sur: le site de l'HAS.

## Résumé

**Introduction** : La loi du 4 mars 2002 a réaffirmé le droit des malades et malgré les idées reçues semble avoir freiné le nombre de contentieux médicaux. Cependant les médecins ressentent toujours une pression judiciaire importante qui les pousse à adapter leur pratique pour s'en défendre.

**Objectif** : déterminer dans quelle mesure le risque judiciaire influence la pratique des internes en médecine générale et s'ils adhèrent donc à la médecine défensive dès leur formation.

**Matériel et méthode** : Etude quantitative, observationnelle et transversale réalisée par questionnaire anonyme auprès des 241 internes en médecine générale de la région Haute-Normandie.

**Résultats** : 166 questionnaires complétés, soit 69% de taux de réponse. La moitié des internes exprime avoir peur de la plainte dans leur pratique quotidienne. 48% pensent pratiquer une médecine défensive. Cela se traduit par une meilleure tenue du dossier médical, une bonne information donnée aux patients mais aussi le risque d'abandon de certains actes comme la réalisation d'ECG au cabinet, les infiltrations... En revanche il n'y a pas d'influence sur la pratique clinique pure: interrogatoire, examen clinique, prescription médicamenteuse et seulement 19% réaliseraient des examens complémentaires par excès. Aussi, 81% des internes pensent ne pas être suffisamment formés pour affronter le risque médico-légal.

**Conclusion** : Même si les internes craignent le risque judiciaire, leurs pratiques défensives restent adaptées au cadre légal et moins axées sur la surconsommation de soins que leurs aînés. Les pratiques les plus défensives semblent plutôt apparaître au fil des années d'exercice. Une formation sur la gestion des erreurs et des litiges pourrait peut être évitée que les futurs médecins généralistes ne tombent dans des pratiques plus défensives.

Mots clés : médecine générale, médecine défensive, judiciarisation, responsabilité médicale.