



HAL
open science

La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français, une étude qualitative en focus group

Thomas Grocq

► To cite this version:

Thomas Grocq. La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français, une étude qualitative en focus group. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02531693

HAL Id: dumas-02531693

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531693>

Submitted on 3 Apr 2020

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.

THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 2020

Par GROCC Thomas

Né le 22 juillet 1988 à Bayonne

La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français.
Une étude qualitative en focus group.

Sous la direction de Madame le Docteur Camille LEVEQUE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Didier GRUSON

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Monsieur le Professeur François PETREGNE

Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT

Rapporteur :

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Didier GRUSON, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur François PETREGNE, vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT, je te remercie chaleureusement pour les conseils qui ont permis de mener à bien ce travail.

Monsieur le Professeur Laurent MAGOT, je vous remercie d'avoir accepté d'effectuer le rapport de thèse. Soyez assurés de mes sincères remerciements pour vos corrections et votre disponibilité.

À ma directrice de thèse,

Merci d'avoir été à mes côtés depuis toutes ces années. Je te souhaite plein de bonheur hors de notre Sud-Ouest.

À ma famille,

Papa, tu as toujours été un exemple pour moi et c'est une fierté de marcher dans tes pas.

Maman, tu es la meilleure maman dont on puisse rêver.

Baptiste, qui a toujours été à mes côtés .

À mes amis,

Pierre, tu as toujours été un soutien indéfectible pendant toutes ces années.

Camille, tu as beau être ma directrice de thèse tu n'en es pas moins qu'une amie qui m'est très chère.

Doudou, on aura fait pas mal de chemin depuis la P1 et j'espère que ça va continuer.

Jojo, Benjamin, David, Nini, même si on ne retrouve pas assez souvent tous ensemble c'est toujours un bonheur de vous voir (on continuera quand même la garde alternée de David).

Yann et Vinbeuf, parce que BÉLÉVÉDÈÈÈÈÈRE.

Guy, Guy et Guy (sans oublier Véro), vous me fatiguez toujours autant mais je vous aime.

Martine, parce que tu es une bonne Martine, Martine.

Et à tous les autres qui n'ont pas été cités mais qui me sont chers (je préfère faire court, sinon j'aurais plus de page de remerciement que d'article...).

À Éva,

Je ne te remercierai jamais assez d'être entrée dans ma vie et de venir y prendre une place un peu plus importante chaque jour. Merci de ton soutien de tous les instants, même quand tu étais à l'autre bout du monde.

À tous ceux que j'ai côtoyé au travers de ces quelques années de collocation et ces quelques semestres d'internat.

Aux médecins que j'ai pu rencontrer durant mon cursus et qui ont su me donner l'amour de la médecine générale, au premier rang desquels Philippe Balutet et Philippe Bayle.

À mon co-thésard,

Pour toute ton aide et ta bonne humeur dans ce travail qui est encore loin d'être achevé.

Vivement qu'on ait tout fini !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES MATIERES	4
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION GÉNÉRALE	7
BIBLIOGRAPHIE.....	10
ARTICLE : La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français. Une étude qualitative en focus group.....	13
INTRODUCTION	13
MATÉRIEL ET MÉTHODE	14
RESULTATS.....	15
Caractéristiques de l'échantillon	15
Thème 1 : Définition de la MD.....	17
Thème 2 : Causes.....	18
Erreur médicale et peur du procès	18
Le patient et son entourage	18
Une pression personnelle.....	19
Le contexte	20
Organisation des soins.....	20
Thème 3 : Conséquences.....	21
Dans le déroulé de la consultation	21
Sur la tenue des dossiers	21
Sur les prises en charge	22
Sur le plan émotionnel	23
Avec des conséquences bénéfiques	23
DISCUSSION	24
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE.....	30
ANNEXES.....	34
SERMENT MÉDICAL	37
RÉSUMÉ	38
ABSTRACT	38

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population16

Figure 1 : Nuage de mots-clés les plus fréquemment cités.....17

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

FG : focus group

MACSF : Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français

MD : médecine défensive

MG : médecin généraliste

USA : États-Unis

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La relation médecin-patient évolue en permanence. Nous sommes progressivement passés du modèle paternaliste décrit par Parson dans les années 1950 et prédominant jusque dans les années 1980 (1) où le médecin seul décideur s'adresse à un patient profane et obligé de faire pleinement confiance à son médecin avec une très forte asymétrie d'informations, à un modèle de « décision médicale partagée ». Il s'agit d'un modèle de décision médicale entre un professionnel de santé et un patient en deux étapes clés : l'échange de l'information et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé du patient. Le médecin expose donc les éléments de preuve scientifique, le patient exprime ses préférences et envisage les différentes options relatives aux soins. Ce modèle aussi qualifié de délibératif ou informatif, a permis une plus grande autonomie du patient et une nette réduction de cette asymétrie. Cette évolution s'est produite avec la mutation des sociétés occidentales sous l'influence de facteurs sociologiques, politiques, scientifiques et empiriques (2). Le malade est donc devenu pleinement acteur de la décision médicale.

Cette évolution pour le patient s'est aussi traduite sur le plan juridique avec plusieurs affaires ayant fait jurisprudence en France. Le médecin relevait initialement d'une responsabilité délictuelle, fondée sur l'article 1382 du Code Civil (ancien, correspond à l'article 1240 du Code Civil actuel) qui énonce « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». Le médecin peut donc être mis en cause dès lors qu'il existe une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux.

Par la suite la relation médecin-malade est devenue contractuelle depuis l'arrêt Mercier en 1936 qui impose une « obligation de moyens » et la délivrance de soins « non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science ».

En 1965 l'arrêt Petit introduit la notion de « perte de chance de guérison » en permettant l'indemnisation d'une victime alors que la causalité entre faute et dommage est incertaine.

Par la suite l'arrêt Bianchi en 1993 ouvre la possibilité d'indemnisation pour aléa thérapeutique avec la notion de responsabilité sans faute.

L'arrêt Hédreul en 1997 est un tournant important dans l'évolution des droits des patients en instaurant le principe de présomption de faute médicale : ce n'est plus au patient de faire preuve qu'il y a eu une erreur, mais au médecin de démontrer qu'il n'y en a pas eu.

En 1998 le devoir d'information est renforcé par un nouvel arrêt : le médecin doit à son patient « une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait qu'un tel risque grave ne se réalise qu'exceptionnellement. »

En 2002, la loi Kouchner vient renforcer les droits des patients en établissant la notion juridique de droit des malades. Elle précise aussi qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Elle renforce aussi les obligations des médecins, notamment à déclarer leur conflit d'intérêt, et modifie la propriété des dossiers médicaux qui appartient dorénavant au patient.

Les intrications entre la médecine et le droit ont provoqué une multiplication des dépôts de plaintes contre les médecins. Ce phénomène a été surtout décrit aux États-Unis (**USA**). Les auteurs comme Danzon décrivent une croissance progressive du nombre de plainte durant la période la fin des années 1960 et le début des années 1980 jusqu'à un maximum de 17 plaintes par an pour 100 médecins avant une certaine stabilisation, voire même une légère diminution depuis la fin des années 2000 (3, 4). En parallèle le montant des indemnisations par plainte a continué à augmenter, pour doubler entre 1990 et 2001.

Ce phénomène ne se retrouve pas qu'en France ou aux USA et a contribué dans chaque pays à l'évolution des différentes législations (5).

En conséquence, les médecins ont progressivement adapté leur façon de travailler, donnant naissance au concept « de médecine défensive » (**MD**) aux USA au début des années 1960 (6). Il a fallu attendre 1994 pour que le Congrès américain en donne une première définition officielle via l'Office of Technology Assessment (7) : « *la MD survient quand le médecin*

demande des examens ou des avis, évite les patients ou opérations à haut risque principalement (mais pas nécessairement seulement) pour diminuer le risque de faute professionnelle. »

Par la suite la définition a progressivement évolué jusqu'à correspondre à l'ensemble des « pratiques et des décisions médicales fondées sur un désir d'éviter des poursuites judiciaires plutôt que sur une considération de la balance bénéfice-risque » (8). Deux axes principaux s'en dégagent (9) : d'un côté une MD qualifiée de positive avec un excès d'examen complémentaires, de traitements, d'avis spécialisé, d'hospitalisation et de l'autre une MD négative avec un comportement d'évitement des patients et des situations à risque (chirurgie risquée par exemple). Mais ceci n'est pas sans conséquences pour le patient (iatrogénie, perte de confiance, sur-diagnostic) (10), pour le médecin (poursuite judiciaire) et pour le système de soins (surcoûts).

Ce concept a été source de nombreux articles dans la littérature scientifique internationale, principalement nord-américaine, qui se sont attachés à essayer de décrire les implications de la MD chez les médecins de spécialité considérées comme exposées dans des systèmes de soins secondaires (11) : urgentistes, anesthésistes, chirurgiens, gynécologues, radiologues. On peut retrouver le même type de travaux dans de nombreux pays dans le monde comme en Israël (12) dans une étude portant sur l'ensemble des spécialités médicales ou encore au Japon (13) avec cette fois les pratiques défensives des gastro-entérologues qui ont été évaluées.

Il faut également noter que de nombreux travaux américains ont abordé cette problématique sous un angle financier en essayant d'évaluer les coûts engendrés par les prescriptions non nécessaires (14, 15) mais aussi par les frais de justice mis en jeu (16).

Cependant l'interprétation de ces travaux majoritairement quantitatifs est souvent difficile car il s'agit d'un phénomène reposant en grande partie sur des éléments subjectifs (17).

On retrouve assez peu d'études sur le sujet dans la littérature française. Amalberti a abordé la question de la MD à plusieurs reprises dans le Concours Médical au travers de deux articles didactiques (10, 18). Avec le même type de travail en 2006, Barbot et Fillion soulèvent un point

intéressant : ils retrouvent un dénominateur commun à l'ensemble de ces pratiques qualifiées de défensives : la rupture de la relation de confiance entre le médecin et le patient (19).

La MD a aussi été à l'origine de plusieurs thèses en médecine générale. La plupart sont des études quantitatives qui se sont concentrés sur les conséquences sur les pratiques des MG. On retrouve aussi deux études qualitatives (20, 21) mais qui se sont surtout intéressées au vécu des MG après une plainte.

En France il n'existe pas de définition officielle équivalente, le terme n'étant pas inscrit dans le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Celle qui nous paraissait être la plus pertinente est la définition établie par des médecins généralistes (**MG**) danois (22) : « *la MD est la déviation de la pratique médicale standard en conséquence à diverses sources de pression* ». Il s'agit d'un des rares travaux sur le sujet avec une méthodologie qualitative dans un but exploratoire. Avec cette définition, les MG danois sortent la MD du seul cadre judiciaire et mettent en lumière que la MD a des implications au quotidien dans la pratique médicale.

Nous avons donc choisi d'explorer le vécu et le ressenti de la MD chez les MG français pour comprendre l'impact de la MD sur la pratique de la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. HAS ; 2013 [Consulté le 24 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
2. Kack M, Debart A, Blanchard F. La relation médecin-malade. Rev Prat. 2006; 56(11):1255-62.
3. Kessler D. Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform. J Econ Perspect. 2011;25(2):93–110.
4. Danzon P. Liability for Medical Malpractice. In: Culyer A, Newhouse J, editors. Handbook of Health Economics. New York: Elsevier; 2000.

5. Kessler DP, Summerton N, Graham JR. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. *Lancet*. 2006;368(9531):240–6.
6. Brenner RL. How the Malpractice Threat is Changing the Practice of Medicine. *Med Econ*. 1960;(37):76–83 and 192-198.
7. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. Defensive Medicine and Medical Malpractice [Internet]. 1994 [Consulté le 21 novembre 2019]. Disponible sur : <https://ota.fas.org/reports/9405.pdf>
8. Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(5):449–52.
9. Catino M. Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side Effects of Medical litigation. *Safety Science Monitor*. 2011;15(1) : 1-12.
10. Amalberti R. Surdiagnostic et médecine défensive : la huitième plaie de la sécurité des soins en médecine générale. *Le Concours Médical*. 2012;134(9):730–2.
11. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches C, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA*. 2005;293(21):2609–17.
12. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H. Defensive Medicine in Israel – A Nationwide Survey. *PLoS ONE*. 2012;7(8).e42613.
13. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World J Gastroenterol*. 2006;12(47):7671–5.
14. Investigation of Defensive Medicine in Massachusetts. Massachusetts Medical Society; 2008;p. 1–19.
15. Brateanu A, Schramm S, Hu B, Boyer K, Nottingham K, Taksler GB, et al. Quantifying the defensive medicine contribution to primary care costs. *J Med Econ*. 2014;17(11):810–6.
16. Institute for Legal Reform. Costs and Compensation of the U.S. Tort System [Internet]. 2018 [Consulté le 13 novembre 2018]. Disponible sur :

https://www.instituteforlegalreform.com/uploads/sites/1/Tort_costs_paper_FINAL_WEB.pdf

17. Hermer LD, Brody H. Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform. *J Gen Intern Med.* 2010;25(5):470–3.
18. Amalberti. R. La pertinence des actes en question dans la médecine défensive. *Le Concours Médical.* 2013;135(6):485–7.
19. Barbot J, Fillion E. La “médecine défensive” critique d’un concept à succès. *Sciences Sociales et Santé.* 2006;24(2):5–33.
20. Robert de Saint Vincent-de Metz C. Le vécu par les médecins généralistes d’un contentieux en responsabilité médicale. Thèse de médecine. Paris : Faculté de Médecine Paris Descartes; 2013.
21. Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire. Thèse de médecine. Paris : Faculté de Médecine de Paris Descartes; 2015.
22. Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen LB, et al. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open.* 2017;7(12):1-8.

ARTICLE :

La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français. Une étude qualitative en focus group.

INTRODUCTION

Au cours du XXème siècle, la relation médecin-patient a beaucoup évolué. Si elle reposait plutôt sur un modèle vertical dit « paternaliste », la relation s'est progressivement équilibrée en faveur d'un modèle qualifié de délibératif ou d'informatif (1, 2). Ainsi, le consentement libre et éclairé du patient est devenu l'épicentre de la relation médicale. Parallèlement, le droit s'est immiscé dans la médecine : la faute et l'erreur médicale ont été reconnues par la Justice et les droits des patients ont été renforcés.

Ces changements de rapports entre le patient et le médecin ont provoqué une multiplication des dépôts de plaintes aux États-Unis (**USA**) : une croissance de 10 % des plaintes a pu être observée entre la fin des années 1960 jusqu'aux années 1980, atteignant un maximum de 17 plaintes par an pour 100 médecins. Aujourd'hui, cette tendance s'est stabilisée avec 15 plaintes par an pour 100 médecins (3, 4). Les médecins américains ont donc changé leur façon d'exercer, donnant naissance au concept de « médecine défensive » en 1960 (5). D'après l'Office of Technology Assessment du Congrès américain (6) : « *la MD survient quand le médecin demande des examens ou des avis, évite les patients ou opérations à haut risque principalement (mais pas nécessairement seulement) pour diminuer le risque de faute professionnelle* », cependant sa définition a évolué au fil du temps et des auteurs (7, 8). La majorité des publications existantes sur le domaine sont américaines et s'intéressent surtout aux spécialités considérées comme très exposées dans des systèmes de soins secondaires : urgentistes, anesthésistes, chirurgiens, gynécologues, radiologues (9, 10).

La définition de la MD qui semblait la plus pertinente était une déviation de la pratique médicale standard en conséquence à diverses sources de pressions (11), pouvant se traduire de deux façons : des comportements de réassurance et des comportements d'évitement des

situations jugées à haut risque (12, 13). La MD présenterait diverses répercussions : des risques pour les patients (iatrogénie ou perte de chance en voulant éviter des situations jugées risquées, sur-diagnostic et sous-diagnostic) (14), pour le médecin (risque de poursuites judiciaires) ainsi que pour le système de soin (surcoût engendrés par les traitements ou examens non justifiés) (15).

En France, malgré l'arrêt Hédreul de 1997 par la cour de cassation installant le principe de présomption de faute médicale puis la loi Kouchner de 2002 renforçant le droit des patients et les obligations médicales, il existe peu de travaux français sur la MD et encore moins en médecine générale.

L'objectif de ce travail était donc d'explorer le vécu et le ressenti de la médecine défensive chez les médecins généralistes français.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative en focus group (**FG**) de MG menée par deux investigateurs. Les médecins ont été recrutés via le réseau professionnel de l'équipe de recherche puis par effet « boule de neige » dans la région Nouvelle Aquitaine. L'échantillonnage a été raisonné afin d'obtenir une variation maximale en fonction de l'âge, du genre, du lieu et du type d'exercice.

Les deux investigateurs ont été encadrés par deux directeurs de recherche expérimentés avec qui ils ont conçu le guide d'entretien semi-dirigé. Ce canevas a évolué au fil des entretiens (*cf. annexe 1*).

Le premier FG a été modéré par un des directeurs de recherche puis les suivants co-modérés par les deux investigateurs. La saturation des données a été définie par deux FG consécutifs n'apportant pas d'idées nouvelles.

Chaque FG a été précédé d'une courte présentation de l'étude sans rentrer dans les détails du concept de MD et, après recueil du consentement oral, enregistré par dictaphone. Un carnet de bord était tenu par le co-modérateur. Les caractéristiques des participants étaient notées à part et anonymisées. Les FG étaient réalisés dans des lieux laissés au choix des participants (domicile des investigateurs, cabinets médicaux...).

Le contenu des FG a été retranscrit mot à mot. Les verbatims obtenus ont été analysés en continu par les deux investigateurs en aveugle par théorisation ancrée en plusieurs étapes à l'aide du logiciel Excel :

- un codage ouvert avec attribution d'étiquettes sous formes de propriétés via la création d'un livre de codes ;
- un codage axial conduisant à l'émergence de catégories ;
- un codage sélectif permettant de schématiser ces catégories et leurs interactions afin d'en obtenir une modélisation.

Le double codage a été effectué en aveugle puis progressivement discuté par les deux investigateurs et les directeurs de recherche.

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (**CNIL**) et était hors cadre de la loi Jardé.

RESULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Les quatre FG nécessaires pour atteindre la saturation des données ont été réalisés entre février et juin 2019. Au total, 21 MG ont été recrutés pour cette étude, 3 de plus devaient être inclus mais n'y ont pas participé pour des problèmes d'emploi du temps. La moyenne d'âge était de 38 ans Les caractéristiques ont été résumés dans le tableau 1.

Focus group		1	2	3	4
Âge (min-max [moyenne])		28-66 [42,4]	30-67 [45]	29-57 [40,4]	30-31 [30,7]
Sexe	Homme	2	0	2	3
	Femme	3	4	3	4
Total		5	4	5	7
Années d'activité professionnelle (min-max [moyenne])		1-37 [13,7]	1-39 [16,75]	1-30 [13]	2-3 [2,7]
Mode d'exercice	Seul(e)	0	1	0	0
	Groupe	5	3	5	7
Lieu d'exercice	Rural	0	0	0	3
	Semi-rural	5	4	3	0
	Urbain	0	0	1	4
Activité annexe	Hospitalier				2
	SOS-médecin				2

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population

Les FG ont durés entre 75 et 90 minutes, 6 participants ont donné un retour informel sur les FG.

Thème 1 : Représentations de la MD

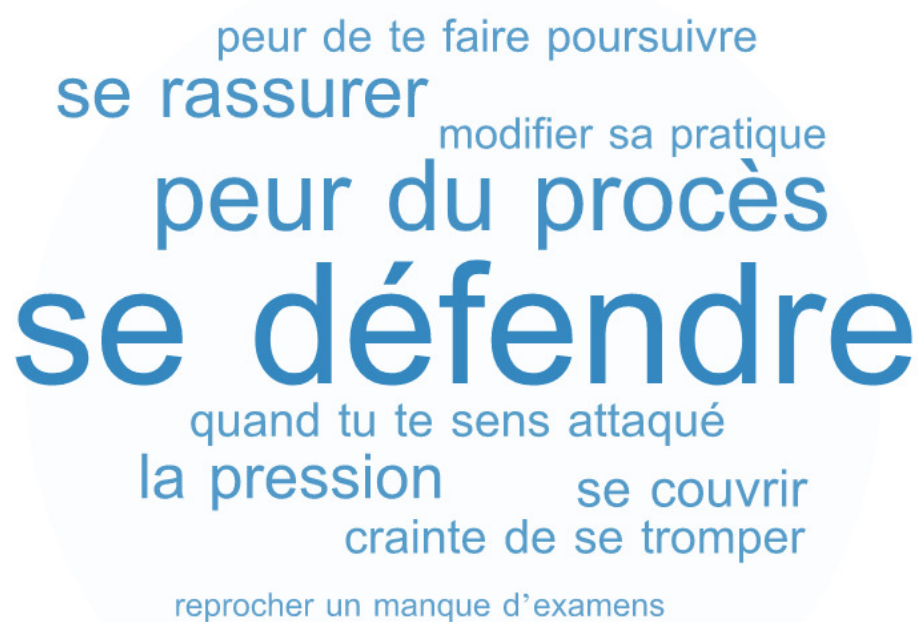


Figure 1 : Nuage de mots-clés les plus fréquemment cités

Dans tous les FG, l'idée principale émergente était celle de « *Se [en insistant sur "se"] défendre plutôt que de soigner et de mettre en priorité le patient.* » (FG1P1), « *tout ce que tu entreprends dans la peur de te faire poursuivre* » (FG4P1).

Cependant, au cours de la discussion les MG sortaient du cadre juridique pour évoquer des changements secondaires à des pressions « *Effectivement si tu modifies ta pratique, tu modifies tes prescriptions par rapport à ce que tu aurais fait si tu n'avais pas eu la pression* » (FG1P2) ou pour se rassurer « *C'était des examens inutiles qu'on faisait pour se rassurer* » (FG2P2).

Ainsi, les médecins concevaient la MD comme une modification des pratiques liées à différentes sources de pressions, non uniquement judiciaire. Les représentations des médecins semblaient évoluer pour finalement à se questionner sur la limite entre MD et une pratique s'adaptant à la singularité du patient et du contexte : « *On va pas faire la même médecine le mardi en milieu de matinée et le vendredi à 17h pour une même situation clinique,*

avec derrière pas de labo et un weekend [...] Est-ce que c'est défensif ou prendre en compte le contexte de manque de moyen ? » (FG1P5 – FG1P2).

Thème 2 : Causes

Erreur médicale et peur du procès

Si la peur du procès n'était pas la plus fréquente aux yeux des MG interrogés, elle était néanmoins la première citée. Dans nos 3 premiers FG, au moins un MG reconnaissait avoir reçu une plainte dans le passé et en avoir été affecté *« je pense que pendant quelques temps j'ai dû modifier mon attitude, pas systématiquement, mais quand je me suis retrouvé dans des situations en activité de garde, j'ai dû me montrer plus attentif comme dans les situations pas bien tranchées, où j'avais pas de diagnostic évident »* (FG1P5, expliquant avoir été mis en cause auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins).

Les MG les plus anciens rapportaient aussi une impression de judiciarisation en hausse par rapport au début de leur carrière professionnelle : *« la société va vers... a changé... vers une tendance de plus en plus procédurière »* (FG2P1).

Un des MG justifiait cette peur de la judiciarisation par l'enseignement reçu au cours de ses études de médecine, ancrant certains réflexes systématiques dans la pratique : *« on a vachement été formatés à ça aussi depuis l'externat, on nous parle de médico-légal, de procès, de tout tracer, tout écrire »* (FG1P1).

Le patient et son entourage

Même si la peur du procès était la première cause spontanément évoquée, la pression la plus fréquemment ressentie par les MG était celle exercée par les patients. Le plus souvent il s'agissait d'une pression par la répétition de demandes insistantes et qui amenaient à une pratique plus défensive. *« C'est "je veux ça !", c'est pas j'ai un symptôme et donc... C'est "je veux ça !". Et donc assez souvent j'essaie de batailler. En général quand je lui prescrit pas ce qu'il veut, il revient 24h après, 48h après... Des fois je cède, des fois je cède pas »* (FG1P3).

Selon les MG, l'accès à l'information médicale sur Internet renforçait cette pression avec notamment des demandes d'examens ou d'avis spécialisés qui n'étaient pas nécessairement justifiés. *« Quand un patient te demande un examen, parce qu'il a vu que ça pourrait être ça...*

tu te dis, clairement il a pas un cancer, mais au cas où il y aurait quelque chose, est-ce que j'ai pas quand même intérêt à lui prescrire son examen, au risque de passer à côté de quelque chose si je ne lui prescris pas » (FG2P3).

Certains profils de patients ont été identifiés comme source de pression plus importante, en particulier les enfants avec leurs parents « *La famille quand il s'agit d'enfants, les parents très inquiets et on va faire une bio. Alors que pour un autre enfant on ne l'aurait pas fait » (FG1P4)* ou encore les patients polyopathologiques « *c'est un monsieur assez difficile à soigner dans le sens où il a pas mal de comorbidités : un diabète, une fibrillation sous anticoagulant, une obésité morbide, pas mal de choses... » (FG1P2).*

Une pression personnelle

L'expérience personnelle des MG pouvait aussi constituer une source de pression, par peur de "passer à côté" ou de faire des erreurs médicales qui peuvent nuire au patient : « *c'est la pression que l'on se donne soi-même, les expériences qu'on a pu avoir, expériences heureuses ou malheureuses et qui peuvent dévier, je pense, notre jugement » (FG2P4).*

De même, instaurer un cadre professionnel vis-à-vis des pressions familiales et de l'entourage pouvait être mal vécu par le médecin : « *J'ai décidé de ne prescrire que dans le cadre strict de mon bureau et de dire assez systématiquement "non" pour toute demande familiale ou amicale. Y compris pour des conseils. Avec cette impression que même si je donne un conseil derrière je peux me faire embarquer et faire des conneries. » (FG1P2).*

La peur de voir leur réputation entachée était aussi considéré par certains comme source possible de MD, notamment par rapport aux avis écrits par les patients sur les réseaux sociaux ou en ligne : « *ça peut inciter si le médecin en a connaissance à changer un peu sa pratique pour plus se prendre ce genre de commentaires. » (FG3P4)*

La pression financière semblait aussi pouvoir influencer le médecin : « *C'est vrai qu'avoir l'ECG dans la voiture j'en fais beaucoup plus, et il arrive forcément un moment où tu penses aussi à l'aspect financier de la chose. » (FG4P3)*

Le contexte

Les circonstances de la consultation étaient aussi considérées comme facteur conduisant à une modification des pratiques. Par exemple les fins de semaines ou veilles de jour férié étaient des moments durant lesquels ils pratiquaient de façon plus défensive. « *quand je sais que je suis pas là le lendemain, je fais pas les choses de la même façon* » (FG4P2) ou encore la situation géographique influençait l'exercice de certains : « *c'est pas du tout la même quand tu bosses en plein centre-ville avec du monde autour ou quand t'es loin du premier hôpital, que SOS médecin n'existe pas* » (FG4P3).

La barrière de la langue était aussi un déterminant important, surtout dans les zones frontalières où les MG rencontraient cette situation régulièrement : « *en plus c'était en espagnol, donc c'était encore plus difficile de lui expliquer, d'argumenter* » (FG4P6).

La fatigue ressentie est aussi un élément source de modification de la pratique : « *Je vois pour des visites de milieu de nuit où t'es moins alerte, je vais avoir un peu plus tendance à me blinder* » (FG4P1).

Organisation des soins

L'organisation des soins pouvaient exercer une influence sur l'exercice des MG interrogés, « *par rapport aux ROSP, aux objectifs, on modifie forcément... Enfin moi je sais que maintenant je fais des ordonnances assez types par rapports aux objectifs qui sont demandés [...] parce qu'on gagne plus de points, plus de sous parce que on le fait bien.* » (FG3P5) ainsi que les collègues « [à propos d'un MG qui refuserait de faire des visites au domicile] *Mais comment tu fais si tes 13 collègues ils acceptent ?* » (FG3P4)

Plusieurs ressentis conduisaient aussi à une MD plus fréquente.

La hiérarchisation ressentie par rapport aux spécialistes était difficile à gérer pour certains « *quelque chose qui est introduit par un spécialiste, là où toi tu retrouves en tant qu'effecteur qui va prolonger le traitement, j'ai beaucoup de mal à modifier la prescription. Par exemple en cardio pour ne pas les citer, c'est tous les jours.* » (FG1P1)

Être de passage dans un cabinet avec un statut de médecin remplaçant était aussi vecteur de modifications de ses pratiques habituelles : « *quand on est remplaçant, on a les mains beaucoup plus liées* » (FG3P3).

Pour finir, l'industrie pharmaceutique par son activité de lobbying auprès était aussi perçue comme source de pression « *on peut modifier nos pratiques parce qu'ils nous payent un restaurant ou nous invitent à des week-end.* » (FG3P5)

Cependant, les MG les plus anciens ont noté que l'évolution de l'exercice médical sur les dernières décennies a permis de mieux se défendre face à certaines sources de pression : par exemple la création du Samu et du système de gardes a permis de faciliter les choses « *C'était pas organisé il y a 15 ans, tu n'avais pas le 15, tu n'avais pas d'autre système... Tu étais tout le temps responsable de ta patientèle quelque part [...] À 20h ça s'arrête les jours où tu n'es pas de garde, le week-end ça s'arrête et tu n'as plus la responsabilité de ta patientèle* » (FG2P2).

Thème 3 : Conséquences

Dans le déroulé de la consultation

Lorsqu'ils se sentaient sous pression au cours de la consultation, les MG devenaient plus minutieux que d'habitude dans leur interrogatoire « *Je suis beaucoup plus rigoureuse pour les antécédents familiaux parce que souvent les gens n'évoquent pas tout, même des choses énormes* » (FG2P2) ou dans leur examen clinique « *dès que y a une pression tout de suite [...] on va montrer dans l'examen clinique qu'on va peut-être plus insister sur ça* » (FG3P5). Ces changements intervenaient aussi dans leur discours, en particulier lorsqu'ils donnaient des explications aux patients « *je vais plus insister sur les signes à surveiller... sur l'information générale que tu donnes* » (FG4P1).

Sur la tenue des dossiers

Tous les MG se sont accordés pour dire qu'ils avaient tendance à noter plus d'éléments médicaux dans leurs dossiers à visée défensive « *Quand tu marques un signe négatif là parce que c'est avant tout parce que ça va être utile pour plus tard ou parce que avant tout si on vient te chopper ton dossier sur réquisition, ce sera marqué donc tu seras pas embêté* »

(FG1P1), mais aussi des éléments descriptifs du déroulement de la consultation : « *J'en viens surtout à plus compléter mes dossiers, mes observations. Là quand j'ai eu mon histoire avec le patient qui voulait ses antibiotiques j'ai fini par noter "patient très virulent, revendicatif"* » (FG4P2)

A contrario certains MG ont précisé ne pas noter certaines choses dans le dossier médical du patient : « *Moi j'en ai eu un comme ça, je vous en avais peut-être parlé, enfin c'était un patient que j'ai suivi qui ne voulait voir aucun psy et qui avait des envies de meurtre. Et donc je l'ai suivi et je n'ai rien écrit dans le dossier, rien, rien, rien, rien.* » (FG2P4)

Sur les prises en charge

Les prises en charges étaient influencées par les pressions subies, avec une tendance à la sur-prescription de traitement médicamenteux. Les MG l'illustraient souvent par le récit de prescription d'antibiotiques sur des pathologies a priori virales « *j'ai eu un patient avec une angine chez qui j'avais fait un TDR qui était négatif et qui m'a forcé la main pour lui prescrire de l'amox* » (FG4P2).

Ils observaient aussi une sur-prescription d'examen complémentaires « *Tu vois, moi j'avais une de mes chefs de rhumato qui prescrivait TOUS les examens possibles à ses patients. Tous les examens parce qu'elle avait peur quoi [...] Donc c'était tout le bilan auto-immun, le scan, la scinti machin au moindre symptôme. Du coup sa pratique c'était de la médecine défensive tout le temps.* » (FG4P1) malgré la conscience du risque de sur-diagnostic qui y était associé « *si tu prends les 1000 personnes suivantes qui viennent au groupe médical et qu'on leur fait des TAP, des IRM et on va trouver des hernies discales à des gens qui n'ont pas mal au dos, on va trouver plein de choses à des gens qui ont mal au dos...* » (FG1P5).

Un autre des changements était l'orientation des patients vers une structure de soin secondaire, que ce soit à un spécialiste « *le mec voulait absolument voir un spécialiste pour faire une fibroscopie avec des prélèvements [...] donc j'ai fini par lui faire un courrier mais sans grande conviction* » (FG4P6) ou vers une structure hospitalière « *tu peux faire de la médecine défensive en bottant en touche et en envoyant aux urgences* » (FG4P7).

L'existence de cette MD entraînait aussi une défiance accrue, en particulier à la rédaction des certificats médicaux « *un certificat qui implique une famille, un truc un peu foireux, divorce ou*

eah... je pense que je le ferai pas » (FG3P1) ou dans le suivi de certains patients ou situations vus comme "à risque" par les MG « comme les anti vaccins, moi je leur dis que je refuse de les soigner parce que tout simplement certaines maladies dont on a le vaccin, je ne sais pas les soigner » (FG3P5).

Sur le plan émotionnel

Les MG reconnaissent une participation affective importante dans ces situations de mise sous pression. Les sentiments provoqués étaient multiples : ils évoquaient principalement de l'anxiété « *je trouve qu'on est, qu'on reste très angoissés tous les jours en médecine » (FG2P2), de la méfiance vis-à-vis du patient « parce qu'il y a des consultations où malheureusement il m'arrive de ne pas comprendre pourquoi la personne est venue et je ne comprends pas ce qu'elle attend de moi. Et là, est-ce qu'elle est venue pour me mettre en difficulté sciemment ? Donc ça m'avait pas mal perturbé et ça me reviens toujours, les situations je les vois encore » (FG1P5) mais aussi une souffrance dans l'exercice professionnel « j'ai eu une poursuite au conseil de l'ordre, où j'étais extrêmement humiliée et j'ai eu du mal... Vraiment mon égo a eu du mal à s'en remettre » (FG2P2).*

Avec des conséquences bénéfiques

En revanche, certains aspects attribués à la MD étaient considérés comme positifs par les MG : ils décrivaient une rigueur accrue, « *faire plus attention » (FG3P1, FG3P5) à leur examen clinique, leurs prescriptions et dans la rédaction des certificats.*

Ces mêmes MG précisait aussi que noter plus d'éléments dans le dossier médical permettait d'améliorer le suivi des patients, en particulier dans les exercices en groupe « *le truc où tu vas noter le signe négatif, tu peux remettre le patient au centre et c'est lui qui va en bénéficier parce que le collègue va le suivre après et il peut y avoir quelque chose qui s'est modifié » (FG1P2).*

Les MG du premier FG ont aussi discuté de l'intérêt que pouvaient avoir une prescription sous pression : elle pouvait parfois améliorer secondairement la relation de confiance avec le patient « *à un moment tu cèdes un peu pour essayer de le reprendre. Comme à la pêche, tu lâches un peu de mou pour pouvoir le ferrer en disant "bon maintenant vous voyez je vous avais dit que sur l'IRM n'y a rien donc l'attitude thérapeutique c'est ça, ça et ça" » (FG1P5).*

DISCUSSION

Les forces de cette étude sont l'originalité du sujet, le recueil de données par la réalisation de FG, qui permet une hétérogénéité et une dynamique de groupe produisant d'importantes données sur le ressenti des médecins, et le double codage par les deux investigateurs permettant de limiter les biais d'interprétation.

La principale faiblesse réside dans le recrutement par effet boule de neige entraînant un biais de sélection. Le biais de désirabilité sociale n'a pas pu être contourné du fait que la plupart des participants se connaissaient entre eux ainsi qu'au moins un des investigateurs. Il est même amplifié par les entretiens en FG

Les MG semblaient donc définir la MD comme une modification de leurs pratiques en réponse à diverses sources de pressions ayant des conséquences négatives mais aussi positives sur leur exercice.

Il existe une grande hétérogénéité dans les sources de pression : les patients principalement, la judiciarisation de la médecine, la pression des MG exercée sur eux-mêmes, leurs confrères ou encore les conditions de déroulement de la consultation.

Ces pressions avaient des répercussions sur leur examen clinique, la tenue des dossiers médicaux, les décisions de prise en charge et le vécu des MG.

Dans notre travail, les MG interprétaient le concept de MD avant tout comme l'action de "se défendre". Ceci est cohérent avec la première définition officielle américaine de la MD datant de 1994 (6) avec, déjà, la notion d'examens en excès et de comportements d'évitement. Les auteurs comme Summerton (12) en 1995 décrivaient également l'aspect bénéfique de la MD qui permet dans certains cas une amélioration des soins.

De la même façon que certains MG interrogés, plusieurs auteurs (16, 17) soulignent l'importante part subjective dans l'analyse que les MG font de leurs pratiques défensives. Ce qui sera pour un MG donné de la MD pourra être considéré comme de la bonne pratique pour un autre. Cette notion complique la compréhension du phénomène au niveau individuel et son analyse à plus grande échelle.

Dans la littérature internationale, surtout nord-américaine, la majorité des études semblaient constater que l'origine de la modification des pratiques était les plaintes. Ceci peut s'expliquer par le nombre important de plaintes aux USA : dans une étude issue des bases de données d'une compagnie d'assurance, entre 1991 et 2005 (18) 75% des médecins de spécialités à bas risque et 99% des spécialités à haut risque auraient fait face à une plainte avant l'âge de 65 ans. La médecine générale était considérée ici comme une spécialité à faible risque.

Cette tendance se retrouve également en Europe. Deux travaux italiens (19) portant sur 307 et 248 médecins concluent que respectivement 77,9% et 83,3% d'entre eux déclarent avoir eu des pratiques défensives dans le mois précédent, ceci par peur d'un procès respectivement chez 80,4% et 88,3% des médecins.

Cependant en France l'évolution du nombre de plaintes est discordante selon les sources. La Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français (**MACSF**) décrit une faible évolution du taux de sinistre par médecin sociétaire de l'organisme dans ses rapports d'activités annuels (20, 21) allant de 1,49 à 1,58% par an entre 2014 et 2018. De son côté la Chambre Disciplinaire Nationale du Conseil de l'Ordre des Médecins recense une augmentation de 7,58% des affaires jugées entre 2010 et 2017 pour une diminution du nombre de médecins de 0,23% sur la même période (22, 23). Il semble donc y avoir un certain nombre de plaintes qui n'aboutit pas à une sanction pénale mais plutôt d'ordre ordinaire. Ceci peut s'expliquer par l'importance donnée par les patients victimes d'erreurs médicales aux demandes d'explications par la mise en cause du médecin (24).

Cette peur du procès peut donc s'expliquer par une impression de judiciarisation en hausse, impression partagée par 75 % des 139 MG interrogés en Côte d'Or (25). Elle reposerait donc plutôt sur une plus importante médiatisation des affaires, en particulier pour celles aboutissant sur des indemnités élevées (26).

Pourtant, la principale pression évoquée dans notre étude était celle des patients, résultat cohérent avec l'enquête réalisée auprès de 803 médecins français (15) : 85% des d'entre eux, et 93% des MG libéraux, pensaient que les patients et la pression qu'ils exercent sur les médecins sont à l'origine de demandes d'examen non justifiés.

Dans le travail danois qualitatif (11) s'intéressant au vécu des MG face à la MD, les participants étaient aussi unanimes pour décrire les patients comme une source importante de pression. Il en ressortait aussi que le système de soins, la pression personnelle et celle exercée par les confrères jouaient un rôle important dans la MD. Ainsi, il semble exister une similarité des pressions ressenties propre à la MG.

Si les sources différaient entre les MG français et les médecins américains ou italiens, on constatait des répercussions similaires sur les pratiques peu importe la spécialité et le pays d'exercice. Dans son travail auprès de 500 MG américains, Summerton (12) retrouvait les mêmes conséquences que celles évoquées dans notre étude : dossiers plus remplis (90,3% des MG interrogés), orientation vers un spécialiste (63,8%), suivi plus rapproché (63,4%), sur-prescription d'examens complémentaires (prescription de traitements non nécessaires (29,3%) et évitement de patients à risque (25%). On retrouve ces mêmes éléments dans une étude (10) se basant sur 824 médecins américains issus de spécialités à risque (urgentistes, chirurgiens et gynécologues-obstétriciens), de même que dans une étude portant sur 131 gastro-entérologues japonais (27).

Cela peut avoir des conséquences néfastes pour le patient : par exemple, la revue de littérature américaine de Welch (28) mettait en évidence qu'une sur-prescription d'examen pouvait conduire à d'importants sur-diagnostic allant de 24 % pour les cancers du sein à 60 % pour les cancers de la prostate, avec la prise en charge qui en découle.

Tout aussi important, ces pressions et leurs conséquences possibles peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des MG : elles semblent favoriser le burn-out, les comportements à risques (29, 30) ainsi que, chez certains MG ayant reçu une plainte, un ressenti et des symptômes à un état de stress post-traumatique (PTSD) selon le DSM-III (15)

En effet, Baker et al. (31) ont montré en 2000 avec le suivi de 207 MG hollandais sur une période de 5 ans que la confrontation répétée à des patients "demandeurs" sur de longues périodes favorisait les burnouts. Ils émettaient l'hypothèse que la dépersonnalisation des patients, entraînant un comportement cynique dans le but de mettre plus de distance dans la relation avec les patients, était un moyen de lutter contre l'épuisement professionnel. Ils

soulignaient par ailleurs que l'adoption de cette stratégie aboutissait plutôt à l'effet inverse avec une tendance à l'augmentation des demandes de patients.

Une revue de la littérature du burnout chez les MG effectuée par des auteurs belges (32) et se basant sur 49 articles retrouve une prévalence élevée du burnout (12% au niveau européen) chez les MG mais surtout de chaque axe du burnout pris séparément. En France, une étude portant sur 306 MG (29) retrouvait des résultats similaires avec : épuisement professionnel dans 26% des cas, une dépersonnalisation des patients dans 34% et une diminution de l'accomplissement professionnel dans 56%. La cause la plus fréquente de l'épuisement professionnel était les exigences des patients pour 39,2% d'entre eux. Cet épuisement professionnel entraînait aussi une consommation plus importante de tabac, d'alcool, de médicaments (33), d'hypertension artérielle, d'infarctus (34, 35) ainsi qu'un risque plus élevé de troubles psychiatriques (30).

Cela se traduisait souvent par une répercussion sur la qualité des soins : une enquête nationale américaine auprès 12 000 MG (36) observaient une difficulté à prodiguer des soins de qualité chez les médecins ayant une insatisfaction professionnelle.

La MD semble aussi entraîner des surcoûts. Si les MG de cette étude n'ont pas évoqué le sujet, des travaux américains se sont penchés dessus : la MD entraînerait un surcoût en assurance professionnelle, et une des études (37) estimait le surcoût des examens complémentaires à un peu moins de 1,4 milliards de dollars et à 1,1 milliards pour les hospitalisations pour les MG et neurochirurgiens. Malgré les nombreux biais de cette étude, une réflexion médico-économique sur le MD semble importante.

Afin de lutter contre les effets délétères de la MD sur la pratique médicale plusieurs initiatives ont émergé. L'American Board of Internal Medicine, société savante américaine indépendante, a lancé en 2011 via l'ABIM Foundation un programme nommé Choosing Wisely® (38). Son but est de réduire les examens et les traitements inutiles au travers de la publication de documents d'informations sur des problèmes de santé et d'éducation thérapeutique destinés aux patients ainsi qu'une revue de la littérature des recommandations de bonne pratique des sociétés savantes et de modules d'apprentissage de techniques de communication. Depuis 2014 il existe la déclinaison francophone de cette campagne,

développée au Canada : Choisir avec soin® (39) et depuis 2017 la Fédération Hospitalière de France est porteuse du pilotage de cette campagne pour la France.

En Belgique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a publié en 2011 des recommandations (40) pour la prévention et la prise en charge du burnout des MG. Ils listent plusieurs pistes d'action pour la prévention parmi lesquelles : sensibiliser les patients afin que leurs attentes soient plus réalistes, former les médecins aux techniques de gestion du stress dès la formation universitaire, favoriser le suivi médical des MG en organisant un service de santé destiné aux médecins, ainsi que des propositions d'ordre organisationnelles (favoriser la pratique de la médecine en groupe) ou sociétales (améliorer la protection sociale).

Les recommandations de l'Institut de Recherche et d'Action pour la Santé des Femmes contre les violences obstétricales et gynécologiques (IRASF) (41) vont dans le même sens en proposant de revoir les programmes d'enseignement des professionnels de santé en termes de communication et de relation patient-soignant, de promouvoir l'information des patients et d'un assouplissement de la responsabilité médico-légale.

CONCLUSION

La MD est la modification des pratiques médicales secondaires à diverses sources de pression. Si la pression judiciaire est dominante aux USA où le concept a vu le jour, les MG français rejoignent des médecins danois en considérant la pression des patients comme plus fréquente.

Les conséquences sont cependant identiques quel que soit le pays : certaines peuvent être bénéfiques mais la majorité sont délétères, entraînant des sur-prescriptions, des sur-diagnosics, des surcoût et une dégradation des conditions de travail et de vie des MG.

Il serait intéressant d'identifier quelles sont les sources de pressions et quelles sont les conséquences les plus fréquentes chez les MG afin de prioriser les axes à améliorer. Parmi eux ont été évoqués : la sensibilisation des médecins au concept, l'amélioration de la communication des médecins pour favoriser la décision partagée et son intégration dans les

recommandations de bonne pratique et enfin l'amélioration de la littératie en santé et des informations destinées au grand public pour lutter contre les demandes injustifiées.

Plusieurs ont été évoquées :

- sensibilisation des médecins ;
- améliorer la communication des médecins pour favoriser la décision partagée et son intégration dans les recommandations de bonne pratique ;
- améliorer la littératie en santé et les informations destinées au grand public pour lutter contre les demandes injustifiées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. HAS ; 2013 [Consulté le 24 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
2. Kack M, Debart A, Blanchard F. La relation médecin-malade. *Rev Prat.* 2006; 56(11) : 1255-62.
3. Kessler D. Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform. *J Econ Perspect.* 2011;25(2):93–110.
4. Danzon P. Liability for Medical Malpractice. In: Culyer A, Newhouse J. *Handbook of Health Economics*, volume 1. New York : Elsevier ; 2000. p. 1339- 404.
5. Brenner RL. How the Malpractice Threat is Changing the Practice of Medicine. *Med Econ.* 1960;(37):76–83 and 192-198.
6. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. *Defensive Medicine and Medical Malpractice* [Internet]. 1994 [Consulté le 21 novembre 2019]. Disponible sur : <https://ota.fas.org/reports/9405.pdf>
7. Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(5):449–52.
8. Catino M. Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side Effects of Medical litigation. *Safety Science Monitor.* 2011;15(1) : 1-12.
9. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updat Surg.* 2015;67(4):331–7.
10. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches C, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA.* 2005;293(21):2609–17.
11. Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen LB, et al. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open.* 2017;7(12):1-8.
12. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ.* 1995;310(6971):27–9.

13. Amalberti R. La pertinence des actes en question dans la médecine défensive. *Le Concours Médical*. 2013;135(6):485–7.
14. Amalberti R. Surdiagnostic et médecine défensive : la huitième plaie de la sécurité des soins en médecine générale. *Le Concours Médical*. 2012;134(9):730–2.
15. Buvier R, Sawaya Z. Les médecins et la réforme du système de santé - Rapport d'étude - Partie 2 [Internet]. TNS Sofres ; 2012 [Consulté le 9 octobre 2019]. Disponible à l'adresse : <https://www.tns-sofres.com/sites/default/files/2012.07.05-fhf.pdf>
16. Barbot J, Fillion E. La “médecine défensive” critique d'un concept à succès. *Sciences Sociales et Santé*. 2006;24(2):5–33.
17. Johann S, Gächter T. La médecine défensive est-elle une médecine inutile? *Forum Méd Suisse*. 2015;15(37):814–6.
18. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*. 2011;365(7):629–36.
19. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: Two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform*. 2009;148:206–21.
20. Mutuelle d'Assurance de Corps de Santé Français. Responsabilité civile professionnelle. Rapport sur le risque des professionnels de santé (chiffres 2016) : Une sinistralité en hausse [Internet]. MACSF ; 2017 [Consulté le 4 octobre 2019]. Disponible sur : <https://presse.macsf.fr/assets/rapport-sur-le-risque-des-professionnels-de-sante-une-sinistralite-en-hausse-067d-ddf57.html?lang=fr>
21. Mutuelle d'Assurance de Corps de Santé Français, Le Sou Médical. 2018 Chiffres clés [Internet]. MACSF [Consulté le 11 octobre 2019]. Disponible sur : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/var/sm/storage/original/application/9f03cc8ff66e6cd93b382b5189c72edb.pdf>
22. Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins. Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinaire 2017 [Internet]. CNOM [Consulté le 11 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/oukz4g/rapport_dactivite_de_la_jurisdiction_ordinaire_en_2017.pdf
23. Bouet DP. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 p. 323.
24. Martin L. Judiciarisation - Cette peur qui nourrit la médecine défensive. *Panorama du médecin*. 2013;5297:10–2.

25. Moutel G, Purssell-François I, Plu I, Bertaut S, Blettery B. Le médecin et la peur du procès Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. *La Revue du Praticien En Médecine Générale*. 2007;21(762/763):295–7.
26. Jort M. Un généraliste condamné à verser 10 millions d'euros pour avoir mal pris en charge une gastro [Internet]. *Egora.fr* ; 2019 [Consulté le 20 octobre 2019]. Disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/51531-un-generaliste-condamne-a-verser-10-millions-d-euros-pour>
27. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World J Gastroenterol*. 2006;12(47):7671–5.
28. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2010;102(9):605–13.
29. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med*. 2004;33(22):1569–74.
30. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalence of Worker Burnout and Psychiatric Illness in Primary Care Physicians in a Health Care Area in Madrid. *Aten Primaria*. 2003;31(9):564–71.
31. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Dierendonck DV. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav*. 2000;21(4):425–41.
32. Kacenenbogen N, Offermans A, Roland M. Le burn-out des médecins généralistes en Belgique : conséquences sociétales et pistes de solution. *Rev Med Brux*. 2011;(32):413–23.
33. Galam E, Commission Prévention et Santé Publique. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : Témoignages, analyses et perspectives [Internet]. URML Île de France ; 2017 [Consulté le 22 octobre 2019]. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
34. Anderson Spickard J, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians. *JAMA*. 2002;288(12):1447–50.
35. Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA*. 2004;292(23):2880–9.
36. DeVoe J, Fryer Jr. GE, Hargraves L, Phillips RL, Green LA. Does Career Dissatisfaction Affect the Ability of Family Physicians to Deliver High-Quality Patient Care? *J Fam Pract*. 2002;51(3):223-8.

37. Investigation of Defensive Medicine in Massachusetts. Massachusetts Medical Society; 2008;p. 1–19.
38. Choosing Wisely. Promoting conversations between providers and patients [Internet]. Choosing Wisely [Consulté le 22 octobre 2019]. Disponible sur: <http://www.choosingwisely.org/>
39. Choisir avec soin [Internet]. [Consulté le 21 octobre 2019]. Disponible sur : <https://choisiravecsoin.org/>
40. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Le Burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge, [Internet]. KCE; 2011 [Consulté le 22 octobre 2019]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_165b_burnout_des_medecins%20generalistes.pdf
41. Boubakri A, Bouhallier J, Ly A, Marcende E, Caroline H, Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes. Préconisations provisoires de l'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes (I.R.A.S.F.) contre les violences obstétricales et gynécologiques [Internet]. IRASF; 2017 [Consulté le 8 octobre 2019]. Disponible sur: <https://www.irasf.org/wp-content/uploads/2018/04/IRASF-Pre%CC%81conisations-provisoires-261017.pdf>

ANNEXES

Annexe : Évolutions du canevas d'entretien

Focus group N°1 :

- Présentation étude & objectifs

- Qu'est-ce que comprenez quand je vous parle du concept de "médecine défensive"?

- Avez-vous vécu des situations qui pourraient illustrer cette approche de la médecine au cours du dernier mois ? [question brise-glace]

- Maintenant qu'on arrive à mieux cerner le concept de DM, quelles sont les modifications que cela entraîne dans votre pratique?
 - Cela a-t-il des conséquences sur votre façon d'interroger et d'examiner les patients?
 - Réalisez-vous plus de prescriptions?
 - Cela permet-il des améliorations dans votre pratique médicale?
 - Est-ce que cela provoque des sentiments particuliers chez vous?

- Quelles sont les raisons qui peuvent vous amener à des situations de ce type?
Ressentez-vous une crainte de recevoir une plainte?

- Depuis le début de votre exercice professionnel, avez-vous remarqué une modification de votre pratique qui pourrait s'assimiler à une médecine plus défensive? Quelle proportion de votre activité cela représente-t-il?

- Selon vous, existe-t-il des pistes pour diminuer la part de médecine défensive dans votre pratique médicale?

Focus group n°2 et suivants :

- Présentation étude & objectifs
- Nous allons aujourd'hui vous parler de la médecine défensive, qu'est-ce que ce terme évoque pour vous ?
- La définition autour de laquelle nous allons discuter aujourd'hui est celle tirée d'une étude danoise : la médecine défensive est la déviation de la pratique médicale standard en conséquence à diverses sources de pressions.
- Racontez moi la dernière fois où vous avez ressenti une pression qui a pu influencer sur le cours de la consultation ? (quelle nature de pression ? en quoi ça a influé ?)
- D'une façon générale, que ressentez-vous comme pression dans votre pratique quotidienne ?
 - De quelle nature (faire préciser les émotions / risques perçus) ?
 - De quel intensité ?
 - A quelle fréquence ?
 - Comment vous la vivez ?
 - Quel mécanisme vous mettez en place pour y résister ?
 - Pensez-vous que vous les identifiez toutes ?
- En quoi ces pressions modifient-elles vos pratiques ?
 - Façon d'interroger ?
 - Façon d'examiner ?
 - Façon de prescrire les examens complémentaires ?
 - Façon de prescrire les traitements ?
 - Façon de tenir le dossier ?
 - Façon de communiquer ?

- En quelle autre façon ces pressions influent sur vous ?

- En quoi votre formation peut-elle influencer la gestion de ces pressions ?

- En quoi cette discussion pourra t'elle influencer votre pratique future ?

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque

RÉSUMÉ

Introduction : La médecine défensive (MD) peut se définir par la déviation de la pratique médicale standard en conséquence à diverses sources de pressions.

Objectif : explorer le vécu et le ressenti de la médecine défensive chez les médecins généralistes (MG) français.

Matériel et méthode : Étude qualitative par focus group (FG). Les entretiens ont été retranscrits et analysés par théorie ancrée avec un double codage réalisés par les investigateurs.

Résultats : Quatre FG ont été réalisés entre février et juin 2019. 21 MG ont été recrutés pour cette étude. Ils ont défini la MD comme une modification de leurs pratiques à diverses sources de pressions ayant des conséquences négatives mais aussi positives sur leur exercice. Ces sources de pressions étaient variées : principalement les patients, la peur d'un procès, la propre pression des MG, leurs confrères et les conditions de déroulement de la consultation. Elles avaient des répercussions sur leur examen clinique, la tenue des dossiers médicaux, leurs prescriptions et leur vécu.

Conclusion : Les sources de pression identifiées par les MG français sont différentes de celles décrites dans d'autres pays, les conséquences sont par contre identiques. La sensibilisation des MG à la MD et l'information des patients sont des axes pour éviter ses effets délétères.

Mots-clés : médecine défensive, médecine générale, soin primaire

ABSTRACT

Introduction : Defensive medicine (DM) can be defined as deviation from standard medical practice due to various sources of pressure.

Aim : Explore the experience and the feelings of DM by French general practitioners (GP).

Material and method : Exploratory qualitative study by focus group (FG). Interviews were retranscribed and analysed by a grounded theory with double coding.

Results : Four FG were realized between February and June 2019. 21 GP were recruited for this study. They defined DM as a modification of their medical practice due to various sources of pressure with negative but also positive consequences on their practice. Sources of pressures were manifold : mostly patients, fear of lawsuit, own pressure, colleagues and consultation process. They have consequences on physical examination, documentation of medical records, prescription et their experience.

Conclusion : Sources of pressure identified by French GP were different as other countries but consequences were identical. Sensitization of GP to DM et patient's information are axis to avoid negative impact.

Key-words : defensive medicine, general practice, primary care