



HAL
open science

Impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale

Charles Morichon

► **To cite this version:**

Charles Morichon. Impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03435622

HAL Id: dumas-03435622

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03435622>

Submitted on 18 Nov 2021

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

Thèse numéro 99

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2021
Par
Charles MORICHON
Né le 23/06/1989 à Compiègne

**IMPACT RESENTI DE LA MEDECINE
DEFENSIVE SUR LA PRATIQUE MEDICALE:**

Sous la direction de Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT

Rapport de thèse: Dr Larbi Benali

COMPOSITION DU JURY :

Professeur Didier Gruson :	Président du jury
Professeur William Durieux :	Membre du jury
Docteur Yves-Marie Vincent:	Directeur de thèse
Docteur Camille Lévêque:	Co-Directrice de thèse
Docteur Fabrice Broucas :	Membre du jury
Docteur Larbi Benali :	Rapporteur de thèse

REMERCIEMENTS:

J'exprime premièrement toute ma reconnaissance et adresse mes remerciements les plus sincères aux membres du jury de cette thèse.

Au président du jury:

Monsieur le Professeur Didier GRUSON, votre engagement dans la recherche et l'enseignement apporte une grande importance à votre jugement.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider au jury de cette thèse.

Aux membres du jury:

Monsieur le Dr Benali, je vous remercie pour votre expertise et le temps que vous avez consacré au rapport de ce travail. Vos remarques auront contribué à son amélioration. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Madame le docteur Camille LEVEQUE, merci d'avoir fait passer ce travail dans une dimension tout à fait scientifique et rigoureuse. Merci pour l'accompagnement à chaque étape du travail.

Monsieur Broucas, merci pour votre participation et pour l'honneur que vous me faites en acceptant d'être membre de ce jury.

Monsieur le Professeur William Durieux, je vous remercie pour votre participation à ce jury de thèse ainsi que pour vos enseignements et votre implication auprès des étudiants en médecine générale.

À mon Directeur de thèse:

Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT, pour m'avoir accompagné à chaque étape avec bienveillance et sagesse, pour avoir su canaliser tout en restant à l'écoute. Merci pour la confiance et les conseils, pour la quête de l'excellence et le dévouement à la recherche, pour la patience et la sympathie, j'espère en avoir été digne.

Cette thèse est l'aboutissement d'un processus éducatif dont je remercie chaleureusement chaque acteur :

A ma famille élargie pour l'éducation quotidienne, l'ouverture d'esprit, l'aide à la construction de mon libre arbitre et le soutien à tous les âges de ma vie. Un modèle de pédagogie et d'encouragement bienveillant et toujours présent:

- Ma mère Agnès, particulièrement pour la ténacité et le courage dont elle a su m'inspirer, pour le rejet du renoncement et la détermination nécessaire dans chaque action.
- Mon père Daniel, particulièrement pour avoir transformé certaines heures d'oisiveté en éducation, pour avoir fait de chaque voyage un prétexte à l'apprentissage. Pour la culture éternelle et permanente.
- A Olivier, pour la preuve qu'à « cœur vaillant rien d'impossible », pour avoir élargi mon champ de vision et contribué à mon Humanité.
- A Anne, pour sa tolérance et les valeurs de justice qu'elle incarne. Pour sa gentillesse et son affection.

A mes frères:

- Valentin, alter ego et partenaire de jeux. La saine compétition qui nous a animé nous aura poussé à donner le meilleur de nous tout en gardant l'estime et l'amour de l'autre.
- Keziah, pour ta joie de vivre, tes blagues et la fidélité dont tu fais preuve envers les personnes que tu aimes et qui comptent.
- Edgar, qui conjugue parfaitement pratique sportive, performances académiques et esprit créatif et qui montre que « la valeur n'attend point le nombre des années ».
- Tanel, pour croire en nos rêves et les réaliser malgré les obstacles. Parce que devenir frères est au moins aussi important que de naître frères. Pour nous avoir apporté Tam et Tahoma.

A mes sœurs:

- Lucy, pour l'importance du pouvoir de l'esprit sur le corps et le bonheur retrouvé.
- Marine, pour la bonne étoile et la chance qui ont guidé ma vie.

A mes grands parents maternels : Gatie et Pépère, pour leur soutien et leur foi sans faille en mes capacités de réussite. Pour leur bienveillance et leurs encouragements, pour chacun des merveilleux mercredis passés ensemble en ce temps béni de l'enfance heureuse.

A mes grands parents paternels : Papi et Mami, pour l'exemple qu'ils ont été et pour l'importance de la famille à leurs yeux. Pour l'adaptation et la résilience en toute circonstance.

A mes oncles François et Laurent, à Géraldine, pour vos encouragements votre soutien, le goût des voyages et des activités aquatiques.

A Tante Ginette et Jean-Pierre pour la rencontre de la Musique, pour nos discussions politiques et l'affection dont vous m'avez toujours témoignée.

A ma belle famille : Camille, Alexandre et Maxime pour l'accueil, le champagne et m'avoir

confié Pauline. Merci particulier à Isabelle pour la correction orthographique.

Aux enseignants de l'école Hersan, du Collège Ferdinand Bac et du lycée Pierre d'Ailly de Compiègne pour l'instruction que j'ai eu la chance de recevoir par des enseignants passionnés qui m'ont, pour beaucoup individuellement marqué, et dont je retiens pour tous la passion et la rigueur dont j'espère avoir été digne.

Aux professeurs de la faculté de médecine d'Amiens, ceux de Bordeaux pour leur dévotion à la formation des jeunes générations et leur patience.

A mon co-thésard Thomas pour le chemin effectué ensemble.

Aux personnels des hôpitaux où j'ai effectué mon internat :

- Sarlat aux urgences avec le Dr Blanchet et la très sympathique équipe de nuit ainsi que mes co-internes : Lucie, Louise, Pauline, Florence et Marion
- Marmande en gériatrie avec les Dr Seldjemaci, Forest et Lee, au personnel paramédical de ce merveilleux service. A Camille et Adeline mes co-internes et nos « staffs/pause gouter » A Elodie, David, Philippe, Camille P, Carole et Maxime pour nos soirées et votre amitié. A Constance, Marlène, Chacha, Caro, Carmen pour votre bonne humeur.
- Pellegrin en post urgences : Aux Dr Lambert et Ribereau-Gayon pour votre gentillesse, à Marie-Bérénice, Margaux, Virginie, Lucille et Benoit pour les fous rires et les blagues. A Damien mon co-interne et partenaire.
- Aux médecins de la maison médical d'Hagetmau : Annie, Florence, Cécilia, Raphaël, Chloé, Elodie, et Marie, à Martine toujours de bonne humeur.
- Au service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital de Marmande : Aux Dr Sassin, Garcia, Callaud et Folly particulièrement. Aux IDE du service de pédiatrie. Aux médecins des urgences : Dr Bernou, Bombard, Sztil et Raza pour nos nombreuses gardes ensemble. A Florence une mère pour tous les internes. A mes co-internes et amis Emma, Virginie, Alex, Déborah, Anne Lorraine, Valentin, Marie Charlotte et Marion.
- A l'hôpital Robert Piqué et ses médecins militaires ou civile. Au Dr Cerda-Brazé et aux IDE/AS du service en particulier.

A mes amis :

- De Compiègne: Hugo, Roméo, Lisa, Amandine, Justine, Eva, Florence, Raphaël, Amélie, Céline, Quentin, Antoine et Caroline pour cette amitié indefectible, irremplaçable et éternelle.
- D'Amiens: Charles-Henri et Adèle, Alexis et Pauline, François et Cyrielle, Anne-Laure et Pierre, Arnaud et Aleksandra pour ces belles années d'études, nos vacances au ski, nos barathons, les Thanksgivings, les soirées foot et series... et le reste depuis.
- De Bordeaux : Greg, Paul, Antoine, Sophie, Camille S, Alexis, Cyrielle, Jean, Piwel, Marc, Anthony, Aurélie, Jesse, Charlotte, François, JM, Maxence, Mei, Suzie, Sylvain, Johann et Thibaud pour la folie que vous mettez dans nos vies, pour avoir fait de Bordeaux une ville

familière le jour et de nos nuits une fête sans fin.

A Alexandra pour son accueil à notre arrivée, à Antony pour ses accueils depuis.

A Barbara et Cyrielle pour nos remplas communs.

A Florine pour avoir fait la route depuis Amiens et la recontre d'Adrien.

A Alexia, Marie, Laila, Arnaud et Edouard et la super ambiance qu'ils ont mis pour leur semestre de glaireux.

A tous les autres que j'oublie ici mais qui me le pardonneront.

Merci surtout à Pauline pour ces premières minutes au cinéma il y a si longtemps, pour ton amitié depuis, pour ton amour ensuite. Mes projets professionnels et ma réussite te sont dus, car tu as su accompagner mes longues heures de révisions, m'a soutenu lors des examens, m'a aidé à relativiser mes échecs, et a rendu mes réussites plus belles. Ton travail dans cette thèse a été, comme souvent, essentiel. Merci pour les massages innombrables et les bons petits plats en lendemain de garde, pour ton amitié si précieuse, ton amour unique et ta gentillesse infinie. J'espère en rester digne.

TABLE DES MATIERES

Remerciements:	2
Table des matières :	6
Liste des tableaux et figures :	7
Liste des abréviations :	8
Introduction générale :	9
Bibliographie :	16
Article : impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale :	19
Introduction :	19
Matériel et méthode :	20
Résultats :	21
Discussion :	26
Conclusion :	28
Bibliographie :	30
Annexes :	33
Annexe 1 : fiche d'information et recueil du consentement :	33
Annexe 2 : Questionnaire :	34
Résumé :	37
Abstract :	38
Serment médical :	39

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES :

Figure 1 : Diagramme des flux	p : 21
Figure 2 : Nombre de modifications déclarées par médecin.....	p : 23
Figure 3 : Répartition des notes sur 10 auto-attribuées.....	p : 24
Tableau 1 : Analyse bivariée des principaux déterminants de la médecine défensive sur le critère plainte.....	p : 25

LISTE DES ABREVIATIONS :

CCI: Comité de Conciliation et d'Indemnisation

CRCI : Commissions Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

J-C : Jésus Christ

MACSF : Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français

SHAM : Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle

INTRODUCTION :

Le 20^{ème} siècle a connu plus d'avancées médicales que les deux millénaires précédents. L'arrivée des antibiotiques, les traitements anti-cancéreux, la transfusion, la première greffe, les immuno-suppresseurs, le vaccin contre la tuberculose et l'éradication de la variole sont autant d'innovations qui ont contribué au prestige et à l'essor de la médecine moderne. Les progrès technologiques ont transformé la médecine en une science, qui peut sembler exacte devant la précision grandissante des tests biologiques et d'imagerie ainsi que des moyens thérapeutiques, mais qui ne l'est cependant pas. Il existe donc concernant le médecin une attente d'exactitude, si ce n'est de perfection, qui n'est pas en accord avec la pratique médicale qui relève toujours, au moins en partie, de l'art.

A mesure que notre science progressait, le rôle et l'importance du médecin changeait. La relation paternaliste, dans laquelle le médecin était le sachant prenant les décisions au nom du patient profane, s'est effacée au profit d'une relation plus équilibrée, bien qu'encore parfois imparfaite, qualifiée d'informatrice ou délibérative et dans laquelle le savoir est désormais partagé tout comme la décision. Ce changement accompagne l'accès aux connaissances médicales du grand public via l'éducation ou des plateformes d'information ce qui, faisant défaut jadis, rendait de fait la relation asymétrique.

Ce changement intervient également dans une société aux tendances plus consumériste et individualiste.

En conséquence, le médecin généraliste, bien que continuant à occuper une place importante dans l'esprit de ses patients (1), et toujours aimé de ces derniers (2), a perdu son statut de notable qui pouvait, autrefois, lui conférer une forme de protection. S'il continue à être apprécié et respecté, il n'est plus craint ou redouté et peut donc, comme ses confrères d'autres professions libérales, faire l'objet de critiques et même de plaintes (3). Ce changement découle d'une judiciarisation de la médecine de plus en plus importante. La judiciarisation se définit par la tendance à privilégier le recours aux tribunaux pour régler un litige qui pourrait l'être par d'autres méthodes telle que la médiation ou l'accord à l'amiable (4).

Cette judiciarisation n'est cependant pas nouvelle. Elle trouve son origine dès l'Antiquité avec les prémices d'un contrat entre médecin et patient. Le plus ancien exemple connu de ce type est le code d'Hammourabi en Mésopotamie qui prévoyait rémunération pour les médecins efficaces et sanctions pour les incompetents ou maladroits (5). Ensuite, c'est en Egypte vers 500 avant J-C que les médecins se sont vu imposer un code médical qui déchargeait de toute responsabilité ceux qui l'avaient suivi, même en cas d'issue défavorable pour le patient. En revanche, le non-respect du code était bien souvent puni de mort.

En Grèce antique et à Rome, la faute médicale est moins souvent punie sauf si elle est lourde mais la négligence ou l'absence de soin peuvent l'être.

Au Moyen Âge, en Occident, nombreux médecins sont condamnés lorsque leurs seigneurs n'en sont pas satisfaits. En Orient, la notion de consentement avant les soins apparaît dans le monde arabe (traité prophétique du 14^{ème} siècle).

Molière se plaît ensuite à évoquer dans ses comédies la relative irresponsabilité au sens juridique, des médecins de son temps : il fait dire à Sganarelle dans "le médecin malgré lui", à propos du métier de médecin: *" Je trouve que c'est le métier le meilleur de tous ; car, soit qu'on fasse bien ou soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de la même sorte : 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 saurait gâter un morceau de cuir qu'il n'en paye les pots cassés ; mais ici l'on peut gâter un homme sans qu'il en coûte rien. Les bévues ne sont point pour nous ; et c'est toujours de la faute de celui qui meurt. Enfin le bon de cette profession est qu'il y a parmi les morts une honnêteté, une discrétion la plus grande du monde ; et jamais on n'en voit se plaindre du médecin qui l'a tué."*

Après la Révolution française, la loi se détache de la religion qui exonérait le médecin, puisque la guérison ou l'absence de guérison étaient supposées de décision divine et les rares condamnations sont alors essentiellement pécuniaires et non pénales (6). Sous l'Empire, l'Académie de médecine indiquait par la voie de son rapporteur le Dr Double en 1829 *"la responsabilité des médecins dans l'exercice consciencieux de leur profession ne saurait être justiciable de la loi. Les erreurs involontaires, les fautes de prévoyances, (...) ne doivent relever que de l'opinion publique (...) si on veut qu'il en soit autrement, c'en est fait de la médecine"*. Cependant, la condamnation du Dr Hélie en 1832 suite à un accouchement particulièrement difficile aboutissant à la naissance d'un enfant mutilé marquait la fin de l'impunité du corps médical de l'époque.

C'est à la fin du 19^{ème} siècle puis lors du 20^{ème} que le changement s'accélère. En 1898, Brouardel écrivait *« Autrefois, le malade mécontent à tort ou à raison se plaignait à sa famille, à ses voisins ; au contraire aujourd'hui, le moindre petit fait de ce genre est aussitôt enregistré par la gazette locale, reproduit par d'autres journaux et le parquet est mis en demeure de poursuivre l'affaire qui lui est indiquée, par les malades, les familles, ou parfois même par un compétiteur peu scrupuleux »*(7).

Dans le même esprit, d'autres comme Camerman, affirmaient déjà en début de siècle dernier (1932) que *« la responsabilité médicale est entrée dans une nouvelle voie, c'est la multiplicité actuelle des procès entre malades et médecins et qui à eux seuls forment une abondante matière de la jurisprudence"*.

En effet, la jurisprudence va à plusieurs reprises, à travers des affaires retentissantes devenues aujourd'hui célèbres, créer des précédents qui aboutiront à une modification des

lois existantes.

C'est le cas en 1936 avec l'arrêt Mercier qui établit que la relation médecin malade est de nature contractuelle. La nature du contrat est précisée : il s'agit d'un contrat de soin et non d'un contrat de guérison introduisant une obligation de moyen et non de résultat.

L'arrêt Petit en 1965, confirmé en 1974 par l'arrêt Faivre introduira ensuite la notion de perte de chance en matière médicale par cette phrase: « *un préjudice peut être invoqué du seul fait qu'une chance existait et qu'elle a été perdue* ». C'est donc une porte ouverte à l'indemnisation, non pas du préjudice lui-même, mais bien de la disparition de la probabilité de survenue d'un événement favorable. Cet arrêt, peu précis à l'origine, a ouvert la porte à un nouveau registre de plaintes, plus aléatoires que les relations de causalité classiques, mais grandement soutenu par une jurisprudence abondante. Un article pertinent sur le sujet publié dans le magazine Les Echos a conclu sur le sujet « *En attendant, la perte de chance, (...), ne peut qu'inciter bien des professionnels à la prudence dans l'exécution de leurs pratiques quotidiennes* » (8).

L'arrêt Bianchi consacre l'indemnisation sans faute en 1993 qui sera le préalable à la reconnaissance de l'aléa thérapeutique. Cette loi, très favorable aux patients a ensuite été prolongée par la création des commissions de conciliation et d'indemnisation en 2002.

En 1997 au terme d'une affaire retentissante, c'est l'inversion de la charge de la preuve en matière d'information qui marque un tournant dans la responsabilité médicale avec l'arrêt Hédreuil (9). Il implique que le professionnel fasse preuve qu'il a bien délivré l'information au patient afin que celui-ci puisse exercer son libre arbitre.

C'est ensuite une autre affaire qui défrayera la chronique : l'arrêt Perruche rendu le 17 novembre 2000 par la Cour de cassation. A travers cet arrêt, il est admis que les fautes commises par un médecin à l'occasion d'un diagnostic prénatal, qui avait empêché une mère d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, engageait la responsabilité civile du médecin à l'égard de cet enfant et non pas uniquement envers ses parents.

C'était la première fois que la jurisprudence consacrait en termes aussi clairs le droit pour l'enfant né handicapé d'être indemnisé de son propre préjudice. Ce qui fit polémique, ce fut la formulation de l'arrêt qui, par extrapolation, pouvait induire implicitement que le seul préjudice était celui de naître handicapé. Cela pouvait être traduit, pour les associations de lutte contre le handicap, par l'idée que la vie des handicapés ne valait pas la peine d'être vécue (10). Cependant, devant la confusion provoquée par cet arrêt, des précisions ont été apportées par l'arrêt dit « anti-Perruche » ou loi du 10 janvier 2002. A partir de cette date, nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du fait de sa naissance. L'indemnisation est toutefois possible si le handicap est aggravé ou causé par une erreur mais pas sur le seul préjudice d'être né handicapé. La raison est la crainte d'une pression eugéniste se traduisant par un conseil d'avortement « par précaution » au moindre doute dont pourrait être tenté d'abuser

les praticiens par peur du procès. C'est donc la reconnaissance implicite par le droit français d'une forme de médecine réactionnelle à la peur des procès qui serait néfaste (10).

A l'évidence, les médecins ne sont pas systématiquement au courant de ces arrêts rendus par les chambres d'appel ou les cours de cassation. En effet, si la jurisprudence s'enrichit chaque année de nombreuses décisions visant à aider les magistrats à trancher dans des affaires toujours plus complexes, la loi n'a que peu changée avant 2002 et la promulgation de la loi Kouchner.

Cette loi du 4 mars 2002 fait la synthèse de plusieurs décisions ayant fait jurisprudence dans le passé avec pour but de renforcer le droit des personnes en matière de santé. Il a été ainsi admis la présomption de faute pour les infections nosocomiales, l'existence d'une responsabilité sans faute pour les aléas médicaux. La charge de la preuve a également été inversée en matière d'information conformément à la jurisprudence Hédreuil.

D'autres parties de cette loi vont cependant à l'encontre de la jurisprudence, c'est la loi anti-Perruche qui est promulguée via la loi Kouchner et des nuances apportées sur l'arrêt Bianchi afin que les aléas thérapeutiques ne relèvent plus uniquement que des chambres de conciliation et soient indemnisés par un fonds de garantie et non par l'hôpital. Enfin, la reconnaissance des droits des usagers du système de santé a été effective via l'accès au dossier médical, le droit à l'information et l'affirmation du principe de co-décision entre médecin et malade.

Bien que n'étant pas experts en droit de la santé, les médecins sont formés depuis leurs études à la médecine légale et ce dès le tronc commun du deuxième cycle. On trouve par exemple plusieurs objectifs du Bulletin officiel N°20 du 16 mai 2013 relatif au « Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle » imposant d'acquérir les bases légales de certains aspects de notre profession.

Il s'agit d'ailleurs d'un objectif général que d'acquérir lors des études de médecine des « connaissances légales qui fondent la représentation des professionnels dans l'exercice de leur pratique et leur signifient les limites au-delà desquelles leurs responsabilités, de toutes natures, sont engagées ». On retrouve plus précisément dans les objectifs n°9, 137 et 197 des directives visant à acquérir un savoir spécifique. Par exemple l'objectif 323 vise à « Connaître le rôle des professionnels impliqués dans l'exécution d'une prescription, et leurs responsabilités légales et économiques ».

Mais nombreux sont ceux pour qui cette formation semble insuffisante si l'on en croit les travaux de Lorphelin Martel puisque 81,3% des internes interrogés dans ce travail de thèse ne s'estiment pas suffisamment ou pas du tout formés au risque judiciaire (11).

Seules les affaires médiatisées et les scandales sanitaires trouvent leur chemin jusqu'aux médecins comme la tristement célèbre affaire du sang contaminé ou plus récemment, l'indemnisation record de plus 10 millions d'euros infligée à un généraliste

reconnu coupable de manque de vigilance.

Ces affaires sont parfois tellement retentissantes qu'elles contribuent à donner le sentiment d'une augmentation importante du nombre de procès. On le retrouve là encore dans la thèse de Lorphelin Martel où 94,6% des internes interrogés répondaient « oui » à la question « pensez-vous que le nombre de procédures contre les médecins augmente ? » (11). De même, cette idée était présente chez 61% des médecins généralistes des Deux-Sèvres interrogés dans le cadre du travail de thèse d'Eychenne (12).

Pourtant, la sinistralité, définie par le taux de déclaration pour 100 assurés, semble stable depuis cinq ans avec même un léger recul sur les deux dernières années, passant de 1,63% en 2017 à 1,58% en 2018 chez les sociétaires de la MACSF. L'absence de regroupement des données de l'ensemble des assureurs rend cependant ces chiffres parcellaires.

Pour les 35 206 médecins généralistes libéraux sociétaires en particulier, ont été recensées en 2018, 390 déclarations de sinistre soit une sinistralité de 1,11% pour cette année. Pour 2019 les chiffres sont de 405 déclarations de sinistre pour 34 714 généralistes libéraux soit 1,16% de sinistralité. Parmi ces déclarations sont comptabilisées 21 plaintes pénales, 83 procédures civiles, 50 plaintes ordinaires, 12 procédures administratives, 133 réclamations amiables et 106 saisines d'une CCI.

Ces chiffres sont donc en contradiction avec le sentiment d'augmentation du nombre des procès traduit par l'expression « dérive à l'américaine » qu'on retrouve dans plusieurs études.

Cette stabilité confirme les résultats d'un rapport de l'institut Droit et Santé réalisé sous la direction de Mme Laude et Mr Tabuteau compilant la sinistralité de 1999 à 2009 (soit plus de 50 000 décisions de justice) et retrouvant en moyenne 5 plaintes pour 1 million d'actes médicaux. Les condamnations pénales, souvent les plus médiatisées et mal vécues, sont même passées de 2 pour 1000 médecins en 1999 à moins de 1 pour 1000 en 2009 (13).

Ce qui a changé en revanche, c'est une augmentation du pourcentage de condamnations passant d'une affaire sur deux à environ deux sur trois et surtout des indemnités versées (+24% en un an) ainsi que le nombre de conciliations (14). On imagine qu'il s'agit d'une conséquence directe de la loi Kouchner.

Il existe donc un décalage entre d'une part les représentations des médecins concernant la menace judiciaire, et d'autre part la réalité des chiffres plutôt stables et rassurants. S'il n'existait qu'une simple anxiété latente sans conséquences cliniques le tout serait anecdotique. Cependant, cette peur du procès est supposée être responsable d'une modification des pratiques.

Là encore, cet aspect n'est pas nouveau et cette hypothèse avait déjà été soulevée au début

du siècle dernier : certains comme Guénot en 1904 avaient même reconnu que « *si le médecin est déclaré souvent responsable, il hésitera à employer les nouvelles méthodes de traitement* », ne soignant finalement pas le malade comme il le souhaiterait.

Ce sont donc les prémices de ce qui sera appelé dans les années 1960 la médecine défensive. Ce terme ne dispose pas d'une définition officielle aux Etats-Unis avant 1994 où il est alors défini par l'Office of Technology Assessment : « *la médecine défensive survient lorsque les médecins prescrivent des examens, actes ou visites avec pour but premier (mais pas uniquement) de réduire le risque de procès pour faute professionnelle. Lorsque le praticien ordonne des examens ou effectue des actes pour réduire son risque de faute professionnelle, il pratique la médecine défensive positive. Lorsqu'il évite certains patients ou certains actes, il pratique la médecine défensive négative* ». (15)

En France, il n'existe pas de définition officielle équivalente. Le terme médecine défensive est en effet absent du dictionnaire de l'Académie de Médecine (16). La définition américaine semble problématique en ce qu'elle ne se concentre que sur les comportements d'évitement ou de surprescription. D'autres sources de pression conduisent pourtant à la pratique d'une médecine défensive (17). En continuité avec notre première étude nous retiendrons donc qu'il s'agit de la modification de la pratique médicale standard en réaction à diverses sources de pressions.

De nombreuses études ont été réalisées pour quantifier les conséquences de la médecine défensive ; la plupart dans des pays anglo-saxons et principalement aux Etats-Unis. Ce concept transcende cependant les frontières de ces pays : des études italiennes (18)(19), israéliennes (20), mexicaines (21), danoises (22), suisses (23), japonaises (24) ou turques (25) par exemple ont montré l'intérêt naissant pour le concept dans ces pays. D'autres études relativisent la portée de la médecine défensive, arguant qu'elle n'est souvent étudiée qu'à travers ses aspects néfastes sur le plan clinique tels que le risque de surdiagnostic, le risque iatrogène ou économique. Elle ne serait pour certains auteurs que la traduction d'un changement de pratiques à l'heure du progrès technologique et de la médecine fondée sur la preuve (26)(27).

En France, le concept a été peu étudié et faute de définition claire et de méthode objective d'évaluation, il divise encore. Plusieurs travaux ont permis cependant d'établir que la médecine défensive est pratiquée en France.

Dans une étude préliminaire que nous avons menée en focus group, nous avons identifié la perception et le vécu de la médecine défensive à travers l'interrogatoire de 20 médecins (17). Afin de ne pas emprisonner nos participants dans le carcan trop souvent retenu de la seule modification des pratiques par peur des procès, c'était au travers du concept plus large de la pression ressentie lors de la consultation que nous avons abordé le sujet. C'était cette approche, différente des schémas anglo-saxons traditionnels, qui à notre sens permettait une évaluation objective et dénuée des préjugés négatifs dont sont empreintes les études

réalisées habituellement.

Nous avons déterminé, par ce travail préliminaire, ce que les médecins généralistes interrogés considéraient comme des sources de pression susceptibles de modifier leurs pratiques et comment ces dernières pouvaient l'être. C'est cet aspect de modification des pratiques qui à notre sens demande à être précisé.

Deux aspects nous y incitent :

- Des études précédentes ont montré que les conséquences émotionnelles d'un procès dans la carrière des médecins généralistes sont violentes. Il semble donc logique d'imaginer que les conséquences ne soient pas uniquement émotionnelles mais qu'un retentissement sur la pratique puisse exister.
- Puisque la médecine défensive se pratique par peur des procès comme le suggèrent de nombreuses études, la question se pose donc de savoir si le fait d'avoir eu ou non un procès peut induire des modifications pratiques supplémentaires.

Nous avons donc mené une étude ayant pour objectif principal d'évaluer l'impact de la médecine défensive dans la pratique de la médecine générale sur des indicateurs mis en évidence par les données de la littérature et les résultats de notre première étude. Secondairement il nous paraissait intéressant de comparer la survenue des comportements défensifs que nous avons identifiés dans la première partie de l'étude entre les médecins ayant eu à faire face à une plainte et ceux n'ayant pas été confronté à ce problème. Les médecins ont également été interrogés sur les moyens mis en oeuvre pour lutter contre la pratique d'une médecine défensive.

Bibliographie:

1. Bouvier R, Sawaya Z. Les médecins et la réforme du système de santé - Rapport d'étude - Partie 2 [Internet]. FHF, éditeur. TNS Sofres; 2012 [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.tns-sofres.com/sites/default/files/2012.07.05-fhf.pdf>
2. Les Français aiment leur généraliste mais les trouvent cupides [Internet]. What's Up Doc. 2020 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/les-francais-aiment-leur-generaliste-mais-les-trouvent-cupides>
3. Les Français plébiscitent les médecins mais aimeraient bien qu'ils soient moins conservateurs et fermés aux réformes [Internet]. Odoxa. [cité 30 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/francais-plebiscitent-medecins-aimeraient-bien-qu'ils-soient-conservateurs-fermes-aux-reformes/>
4. Larousse É. Définitions : judiciarisation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/judiciarisation/45098>
5. Scheil V. La loi de Hammourabi: (vers 2000 av J-C). Paris:Ernest Leroux;1904.
6. Demont L. 4 000 ans de responsabilité pénale médicale. Revue Juridique de l'Ouest. 1999;12(3):361-76.
7. Brouardel P (1837-1906) A du texte. La responsabilité médicale : secret médical, déclarations de naissance, inhumations, expertises médico-légales [Internet]. 1898 [cité 30 nov 2019]. 44 p. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76983v>
8. Echos L. Perte de chance : notion clef et évolutive [Internet]. lesechos.fr. 2014 [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2014/08/29/cercle_107964.htm
9. Jourdain P. Renversement de la charge de la preuve de l'exécution de l'obligation d'information : application à l'obligation du médecin. RTD civ. 1997;434.
10. Amann J-P. L'arrêt Perruche et nos contradictions face à la situation des personnes handicapées. Revue française des affaires sociales. 2002;(3):125-38.
11. L'orphelin Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale de Haute Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale? [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Rouen; 2014.

12. Eychenne P. La judiciarisation de la médecine modifie-t-elle les pratiques des médecins généralistes dans le département des Deux-Sèvres ? [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Poitiers; 2016.
13. Une étude bat en brèche le sentiment de judiciarisation de la santé [Internet]. [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/12/une-etude-bat-en-breche-le-sentiment-de-judiciarisation-de-la-sante_1804960_1651302.html
14. MACSF. Responsabilité civile professionnelle Rapport sur le risque des professionnels de santé (chiffres 2016) Une sinistralité en hausse [Internet]. 2017 oct [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/assets/rapport-sur-le-risque-des-professionnels-de-sante-une-sinistralite-en-hausse-067d-ddf57.html?lang=fr>
15. Office of Technology Assessment. Defensive Medicine and Medical Malpractice [Internet]. Washington D.C.: US Congress; 1994. 186 p. Disponible sur: <https://ota.fas.org/reports/9405.pdf>
16. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=%22m%C3%A9decine+d%C3%A9fensive%22>
17. Grocq T. La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français. Une étude qualitative en focus group. Bordeaux; 2020.
18. Catino M. Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side Effects of Medical litigation. *Safety Sci Monit.* 1 janv 2011;15.
19. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: Two Italian surveys. *Studies in health technology and informatics.* 1 févr 2009;148:206- 21.
20. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H. Defensive Medicine in Israel – A Nationwide Survey. *PLoS One* [Internet]. 16 août 2012;7(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3420907/>
21. Alcántara YLR, Melgar LAP, Rincón LEB. Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. In 2017.
22. Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen LB, Pedersen KM, Munck A, Andersen MK. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open.* déc 2017;7(12):1-8.

23. Johann S, Gächter Thomas. La médecine défensive est-elle une médecine inutile? Forum médical Suisse. 2015;15(37):814-6.
24. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, et al. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. World J Gastroenterol. 21 déc 2006;12(47):7671-5.
25. Göcen O, Yilmaz A, Aslahan H, Celepkolu T, Tunkay S, Dirincan E. Assistant Physicians Knowledge and Attitudes about Defensive Medical Practices, Work-Related Stress and Burnout Levels. Safety Sci Monit. Issue 1. 2011;
26. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » critique d'un concept à succès. Sciences sociales et santé. 2006;24(2):5-33.
27. Hermer LD, Brody H. Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform. J Gen Intern Med. mai 2010;25(5):470-3.

PRATIQUE MEDICALE

INTRODUCTION

La façon dont un médecin fait face aux conséquences de ses soins est un sujet débattu depuis l'Antiquité et dont les premières traces écrites remontent à -1750 ans avant Jésus-Christ avec la stèle d'Hammourabi¹. Les modalités de recours contre les praticiens ont évolué selon les époques et les sociétés ².

Jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle en France il n'existait pas de cadre réglementaire précis concernant la responsabilité médicale. Plusieurs arrêts se succédèrent de 1965, avec l'arrêt Petit, à 2000 avec l'arrêt Perruche. Ils cherchaient à préciser certaines notions comme celle du préjudice et à fournir des références aux magistrats³. Mais, sans lois existantes, l'essentiel des plaintes étaient alors jugées en s'appuyant sur la jurisprudence. A la fin des années 1990, on assistait à une « judiciarisation » de la médecine dans le sens où les litiges étaient portés plus souvent qu'avant devant les différentes juridictions ⁴.

En 2002 la France se dotait d'un cadre législatif à travers la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi Kouchner ». Celle-ci définissait les droits des usagers concernant leurs données de santé, leur droit à l'information et la nécessité du consentement éclairé pour tous. Elle développait le concept de responsabilité sans faute pour les événements liés à l'aléa thérapeutique et inversait la charge de la preuve en matière d'information.

Malgré leur formation à ces éléments réglementaires, les étudiants et les médecins s'estimaient cependant mal préparés face à cette judiciarisation. La majorité d'entre eux considérait ce risque comme étant de plus en plus important avec le sentiment que le nombre de plaintes à l'encontre des médecins augmentait^{5,6}.

Pourtant, un rapport de l'Institut Droit et santé analysant les décisions de justice de 1999 à 2009 retrouvait une stabilité du nombre de plaintes avec une moyenne de 5 plaintes pour 1 million d'actes médicaux⁷. Les condamnations pénales avaient marqué un recul passant de 2 condamnations pour 1000 médecins en 1999 à 1 pour 1000 en 2009. En revanche, au civil, le risque de condamnation avait progressé de 7 % sur l'année 2016 atteignant 66 % contre 33% il y a 30 ans. S'y associait une augmentation des indemnités versées de +24 % en 2016 accompagnant un doublement des sommes allouées entre 2002 et 2017 selon le Sou Médical⁸.

Il semble qu'il existe donc un décalage entre la perception des médecins du risque de procès qui leur semble en constante augmentation et la réalité des condamnations civiles et pénales dont les chiffres demeurent stables, bien que les données soient parcellaires⁹. Ce sentiment de sur-risque de la part des professionnels médicaux est vraisemblablement favorisé par des affaires largement médiatisées et par l'augmentation des primes d'assurances dans certaines spécialités dites « à risque »¹⁰. Il en résulte une modification des pratiques appelée « médecine défensive » aux Etats-Unis, qui survient « *lorsque les médecins prescrivent des examens, actes ou visites avec pour but premier (mais pas uniquement) de réduire le risque de procès pour faute professionnelle* » et dont il n'existe pas de définition officielle en France¹¹.

En France, les plaintes et recours sont possibles devant les juridictions classiques (civiles, pénales, administratives) mais également devant les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) ou auprès de l'Ordre des médecins. Pour s'adapter à ce contexte culturel nous étendrons la définition de la pression induite par le risque de plainte d'une façon plus large en incluant les recours ordinaux. L'effet de cette médecine défensive existe et a déjà été étudié de façon qualitative en France mais il n'existe que peu de données chiffrées permettant de le quantifier et l'impact réel divise encore^{12,13}.

L'objectif de cette étude était de décrire l'impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique de la médecine générale. En objectif secondaire, nous avons voulu rechercher si un antécédent de plainte avait un effet sur cet impact.

METHODE

Une étude descriptive transversale a été menée de janvier à mars 2020. Un questionnaire de 20 items a été élaboré à partir d'un travail qualitatif en focus group portant sur l'impact ressenti de la médecine défensive sur les pratiques¹⁴. Les 6 premières questions portaient sur le profil des médecins répondants : âge, sexe, année d'installation, exercice rural ou urbain, seul ou en groupe et antécédent de plainte de la part d'un patient. Les questions 7 à 12 concernaient le dossier médical, les prescriptions et l'orientation à un spécialiste d'organe dans les situations où le médecin ressentait une pression judiciaire. Les 13 et 14 interrogeaient les comportements d'évitement et les 15 à 19 les méthodes de gestion de la pression. Les réponses à ces questions étaient « oui », « non », « ne se prononce pas » et pouvaient contenir des demandes de précision selon la réponse. La question 20 était une auto-évaluation du niveau d'impact de la médecine défensive que le médecin ressentait sur sa pratique avec une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (totalement impacté).

Les médecins interrogés devaient exercer la médecine générale et être inscrits comme installés à l'Ordre des Médecins de la Gironde. Ils ont été contactés en suivant un protocole de randomisation à partir de la liste des médecins généralistes installés fournie par l'Ordre

des Médecins de Gironde. Après tirage au sort d'une lettre de l'alphabet, l'un des investigateurs remontait la liste pendant que l'autre la descendait en contactant systématiquement un médecin sur 3. Un protocole spécifique de rappel a été mis en place en cas d'absence de réponse initiale. Après accord oral des médecins suite à la lecture d'une fiche de consentement par téléphone, les données étaient recueillies pendant l'appel par l'investigateur puis anonymisées avant d'être compilées sur un fichier Excel. L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et liberté.

L'analyse statistique a ensuite été réalisée avec le logiciel R Version 1.1.383 – © 2009-2017 RStudio, Inc. Une analyse bivariée sur le caractère « antécédent de plainte » a été effectuée par comparaison des variances via le test des rangs de Wilcoxon, avec un degré de significativité <0,05. Les variables qualitatives ont été analysées à l'aide du test de Khi-Deux de Pearson sauf pour les petits effectifs où un test de Fischer a été nécessaire.

RESULTATS

Entre le 5 janvier et le 5 mars, 185 médecins ont été contactés par téléphone, 8 ont été exclus car ne pratiquant pas la médecine générale. Sur les 177 inclus, 132 ont répondu (taux de réponse de 74,5 %).

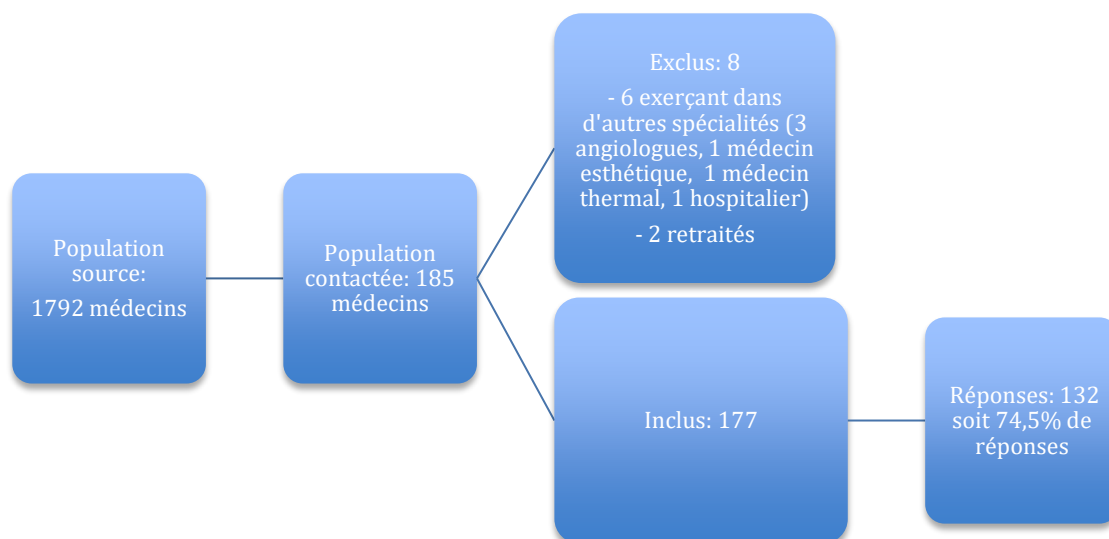


Figure 1 : Diagramme des flux :

Éléments démographiques

Les répondants étaient à 52 % des hommes, et à 48 % des femmes. L'âge moyen était de 49,3 ans et la durée d'installation moyenne de 16,6 ans. Parmi les répondants, 15,9 % exerçaient en milieu rural, 40,2 % en semi-rural et 43,9 % en urbain. Parmi les répondants, 26,5 % déclaraient travailler seuls. Les caractéristiques de l'échantillon, étaient globalement similaires à celle de la population cible en terme d'âge, de sexe et de milieu d'installation après randomisation¹⁵.

Parmi les médecins interrogés, 45 (34,8 %) avaient déjà été la cible d'au moins une plainte dont la majorité était ordinale (n = 41), les autres poursuites relevant du civil (n = 8) et pénal (n = 2). Certains médecins pouvaient avoir été l'objet d'une plainte dans plusieurs juridictions.

Impact sur la pratique

Conséquence sur le remplissage du dossier patient, les prescriptions et les adressages

La majorité des médecins (80,3 %) déclaraient modifier leur prise de note lors des consultations durant lesquelles ils se sentaient sous pression. Certains rapportaient écrire plus qu'habituellement (69,7 %), noter des signes négatifs (50,5 %) et/ou ajouter des commentaires (53,8 %). La pression exercée par les patients était source de sur-prescription, les médecins déclaraient prescrire plus d'imagerie (60,6 %), plus de biologie (57,8 %) et/ou plus de médicaments (34,9 %). Ils adressaient aussi plus facilement leur patient : pour 73,5 % d'entre eux à un spécialiste d'organe et pour 27,3 % aux urgences.

Effet sur la rédaction des certificats et la réalisation d'actes techniques

La rédaction des certificats était impactée chez 43 % des médecins. Les commentaires évoquaient essentiellement les refus de réaliser les certificats ou une réflexion plus importante qu'habituellement pour le choix des termes employés. La majorité des médecins (n = 71, 54,2 %) déclaraient renoncer à réaliser des gestes techniques, qu'ils estimaient pourtant maîtriser, par peur des conséquences médico-légales potentielles. Ils étaient 43 à refuser de faire des sutures (32,5 %), 36 à ne pas réaliser d'électrocardiogrammes (27,3 %), 25 à ne pas réaliser d'actes de gynécologie (18,9 %) et 16 renonçaient à d'autres types de gestes comme les infiltrations ou la petite chirurgie (12,1 %).

Stratégie de réduction de la pression

Pour 74,2 % des médecins interrogés, le débriefing avec des confrères permettait de se libérer de la pression ressentie lors d'une consultation. Donner plus d'explications au patient permettait pour 72,7 % des répondants de lutter contre les comportements défensifs facilitant ainsi l'adhésion du patient à la prise en charge.

L'intérêt d'une formation à la gestion de la pression permettrait enfin, pour 60,6 % d'entre eux, de mieux gérer les comportements défensifs.

Certains praticiens (35,6 %) pouvaient également recontacter spontanément un patient qu'ils n'auraient par ailleurs pas rappelé : les deux raisons principales invoquées en commentaires étaient alors de dissiper le malentendu et de se couvrir. Se sentir sous pression avait aussi un impact sur la relation patient-médecin : 53 % de nos répondants essayaient d'instaurer ou de restaurer la confiance avec le patient tandis que 44 % d'entre eux avaient tendance à vouloir l'éviter, voire espéraient son départ de leur file active.

Impact de façon indifférenciée

La proportion de médecins qui modifiaient leurs pratiques sur au moins un des 8 aspects du questionnaire identifié comme appartenant au champ de la médecine défensive (modification dans la prise de note, dans la prescription d'examens biologiques, d'examens radiologiques, de médicaments, dans l'orientation aux urgences, ou vers un spécialiste, dans le renoncement à des actes techniques ou dans la rédaction de certificats) lors d'une consultation vécue comme « à risque » était de 98,5 %. Le nombre de modifications de pratique induit par la médecine défensive était néanmoins variable selon les médecins (Figure 2). La quasi-totalité de ces consultations débouchait donc sur une ou plusieurs réactions défensives du médecin.

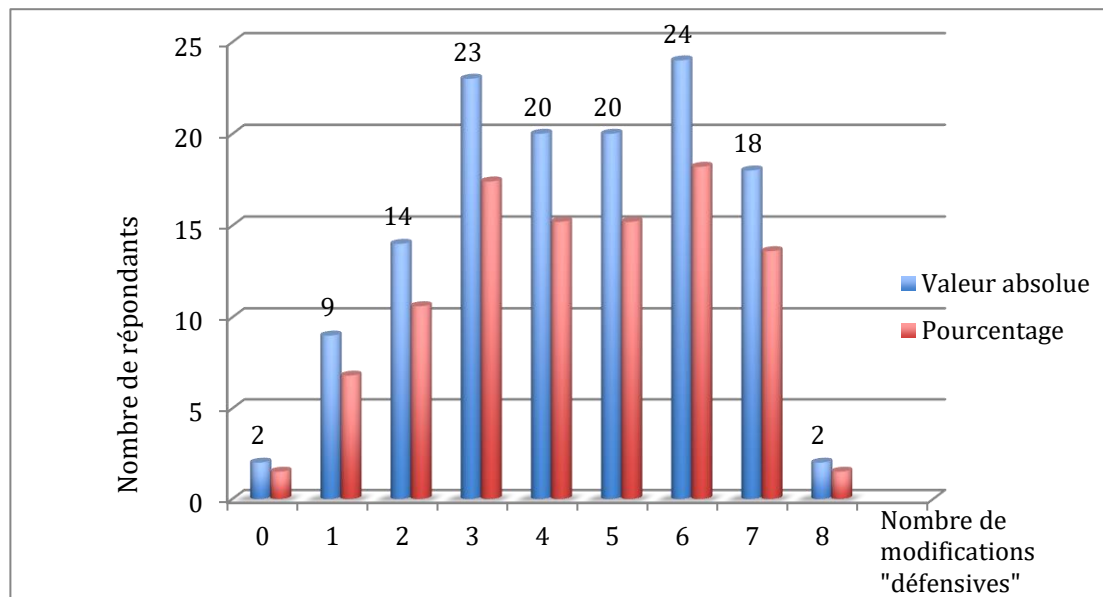


Figure 2 : Nombre de modifications « défensives » déclarées par médecin

Impact de la médecine défensive dans la pratique quotidienne :

La répartition des notes par auto-évaluation retrouvait une note moyenne à 4,6/10 avec une médiane à 5. Les différentes notes des médecins étaient réparties d'une façon gaussienne avec une majorité de notes comprises entre 3 et 7 (figure 3). Les comportements défensifs influençaient la pratique, à des degrés divers, pour tous les répondant sans qu'aucun ne l'évalue à 0.

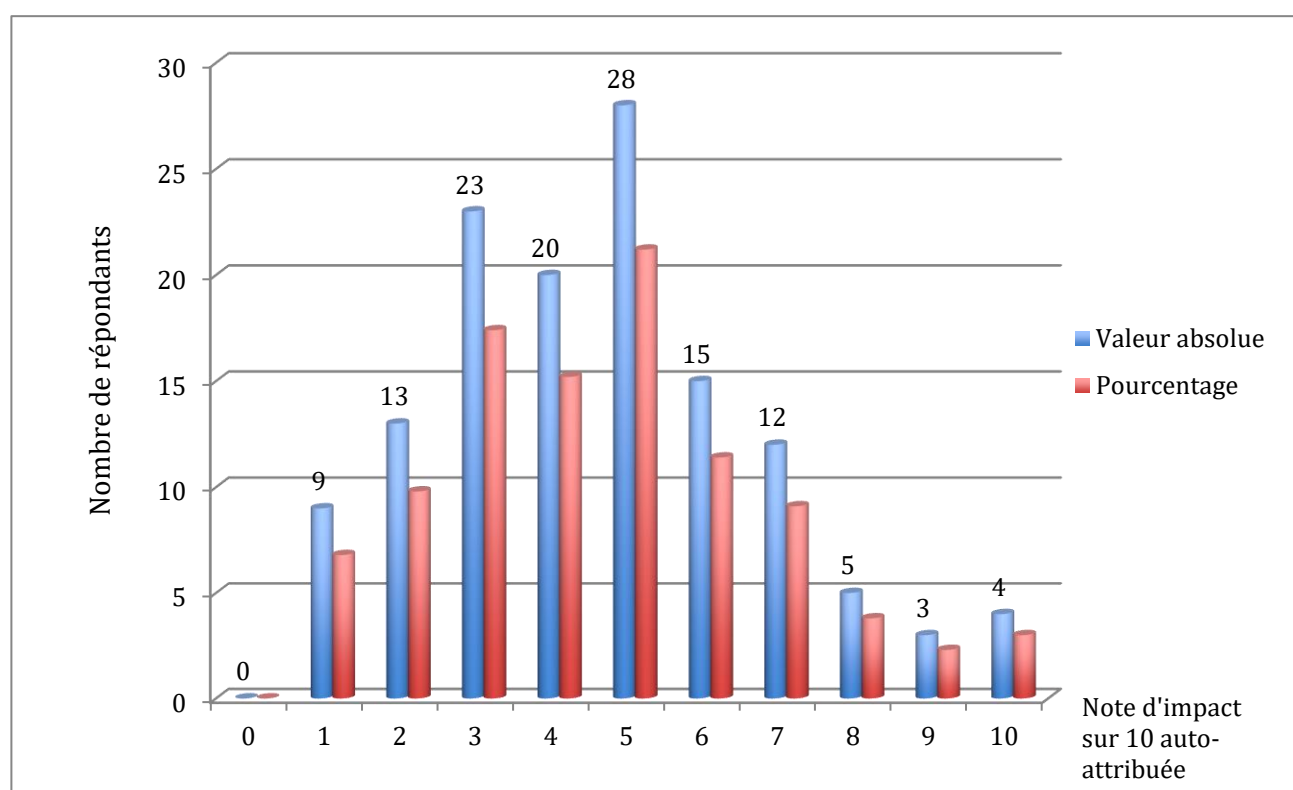


Figure 3 : Ressenti auto-évalué de la pratique de la médecine défensive

Impact des plaintes

Une analyse bivariée a également été réalisée afin de déterminer si l'antécédent de plainte était un des facteurs entraînant significativement un impact sur la pratique d'une médecine défensive (tableau 1) Il n'y avait pas dans notre étude de différence significative sur les indicateurs de la médecine défensive entre le groupe ayant subi une plainte et celui indemne à l'exception de l'ajout de commentaires qui était significativement plus élevé dans le groupe indemne de plainte ($p = 0,012$). La pratique d'une médecine défensive n'était donc pas corrélée aux antécédents de plainte dans notre étude en dehors de cette exception.

		Groupe sans plainte N=77	Groupe avec plainte N=45	<i>p</i>
Impact sur la tenue des dossiers médicaux	Ecrit plus dans les dossiers	65	27	0,081
	Ajoute les signes négatifs	46	19	0,298
	Ajoute des commentaires	47	14	0,012
Impact sur les prescriptions médicales	D'examens de biologie	51	25	0,735
	D'examens d'imagerie	54	26	0,632
	De médicaments	32	14	0,516
Impact sur l'adressage des patients	A un confrère spécialiste	62	35	0,421
	Aux urgences	14	12	0,147
Impact sur les comportements d'évitement	Evite certains gestes techniques	49	22	0,416
	Evite la rédaction de certificats	39	23	0,530
	Evite certains patients	35	23	0,273

Tableau 1 : Analyse bivariée des principaux déterminants de la médecine défensive sur le critère plainte

DISCUSSION

Les effets de la médecine défensive

Le principal résultat était celui des 98,5 % de médecins qui reconnaissaient au moins une modification de pratique liée aux pressions : cet impact concernait donc la quasi-totalité des médecins. Si l'effet de la médecine défensive était hétérogène selon les médecins, sa présence généralisée encourage à étudier plus en détail les différents profils et les conséquences qui peuvent en découler.

Le remplissage du dossier médical était impacté chez 80 % des médecins en cas de pression ce qui était cohérent avec la littérature¹⁶⁻¹⁸. Si cette modification dans la prise de notes semblait parfois être motivée par le fait de « se couvrir », elle pourrait néanmoins constituer un avantage dans le suivi des patients.

On trouvait également une augmentation des différentes prescriptions pour environ un médecin sur deux, ce qui reste proche des taux d'autres travaux^{16,19}. Exercer de manière défensive pourrait donc mener à des conduites de sur-prescriptions ayant un impact humain, économique et environnemental^{20,21}. L'augmentation du nombre de césariennes pour des raisons défensive en est l'un des exemple les plus connus^{22,23}.

Le fait qu'un médecin généraliste ait fait le choix de ne plus faire de gestes techniques pour des raisons médico-légales pose la question d'une conséquence sur l'accès aux soins. Dans un contexte de difficultés à obtenir des rendez-vous chez les spécialistes d'organe et une fréquentation des urgences en augmentation, la réalisation de gestes techniques au cabinet pourrait permettre d'augmenter l'offre de soin. Cet effet a déjà été souligné dans différentes études, mais à des taux différents^{6,16,24}.

Le taux important d'adressage aux spécialistes d'organe ici et le taux inférieur de l'adressage aux urgences comparativement aux autres études sur le sujet s'expliquaient probablement par la démographie médicale girondine. La Gironde faisait en effet partie des zones les mieux dotées sur territoire en terme de répartition des spécialistes d'organe ce qui en facilite l'accès rapide²⁵.

Un travail sur la relation médecin/patient pourrait également apporter des éléments de réponse, notamment à travers l'approche centrée-patient et en particulier la décision partagée. Cette dernière a en effet prouvé, entre autres, une amélioration de la satisfaction du patient au sujet des décisions prises et des informations apportées²⁶. Le développement de cette relation est d'ailleurs recommandée dans le rapport du Comité Permanent des Médecins Européen comme moyen visant à réduire la pratique d'une médecine défensive²⁷.

Plus récemment, la pandémie due au SARS-CoV-2 a souligné la difficulté à décider dans le domaine de la santé tout en cherchant à se prémunir contre le risque de plainte²⁸.

C'est par exemple le cas pour la vaccination anti COVID : le caractère nouveau de certains vaccins n'offre pas un recul suffisant, notamment concernant d'éventuels effets indésirables à long terme. Afin de se prémunir contre le risque judiciaire théorique, des décisions ont été prises, notamment sur les aspects légaux qui pouvaient déboucher sur l'engagement des responsabilités civiles, pénales ou ordinales. Ces décisions ont parfois été accusées de ralentir la campagne vaccinale, comme avec le recueil du consentement écrit par exemple. Si la société hospitalière d'assurance mutuelle (SHAM) s'attend à une forte hausse de la sinistralité au niveau hospitalier²⁹, la mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) semble plus mesurée au niveau libéral³⁰.

Impact de la plainte

La plupart des études abordant la médecine défensive la définissent comme des modifications de pratique en lien avec un passif de plaintes. Cependant aucun lien significatif ne ressortait entre le fait d'avoir eu une plainte antérieure et une quelconque modification des pratiques défensives. Ce résultat, pourrait être expliqué par la définition même de la médecine défensive qui vise à adopter des comportements protecteurs susceptibles d'éviter une plainte, ou, à défaut, une condamnation en cas de plainte. La médecine défensive n'est donc pas supposée réactionnelle à une plainte déjà advenue. Ce résultat était concordant avec les quelques données disponibles, comme dans les travaux de Boursier, où l'antécédent de plainte ne débouchait pas sur une pratique plus défensive et où la modification principale était l'altération de la relation médecin malade par une perte globale de confiance^{19,31}.

On retrouvait également des résultats intéressants dans la partie locale de l'étude de Catino où seulement 41,2 % des répondants indiquaient qu'un antécédent personnel de procès pouvait apparaître comme un facteur favorisant la pratique d'une médecine défensive. Ce chiffre était plus élevé dans l'étude nationale qui a suivi où il atteignait 51,8 %¹⁸.

Le fait de discuter davantage avec les collègues lorsqu'on a été victime d'une plainte est peut-être le témoin d'une remise en question voire d'une perte de confiance du médecin. L'impact psychologique des plaintes a d'ailleurs été étudié dans plusieurs études^{13,16,32,33}. Il semblerait également qu'une plainte subie par un proche collègue soit plus facilement génératrice de comportements défensifs pour soi-même que pour l'inculpé³⁴.

Forces et limites

Une des principales forces de cette étude réside dans la façon d'aborder un sujet original et encore peu exploré. La réalisation d'une thèse qualitative préalable réalisée dans le but de construire le questionnaire a permis de renforcer sa pertinence¹⁴. Cela d'autant plus que les éléments recherchés étaient cohérents avec ceux existants dans la littérature^{6,16}. Son originalité reposait aussi sur la recherche d'une corrélation entre la plainte et l'impact déclaré

sur la pratique de la médecine défensive. La proportion des médecins ayant été l'objet d'une plainte (34,8 %) était légèrement supérieure à celles retrouvées chez Carrez (23,9 %)¹⁶ et Goedert (26 %)³⁵. Cela permet d'alimenter les données sur le sujet tout en permettant une comparaison.

Le taux de réponse de 74,5 % à cette étude était plus important que les autres études portant sur la médecine défensive (18 à 60,7 %), potentiellement grâce à la méthode de recrutement et la concision du questionnaire, ce qui réduit les biais induits par les faibles taux de réponse ^{16,17,31,36,37}.

Cette étude présentait aussi des limites, inhérentes au biais de déclaration mais aussi au biais de compréhension de la définition non-consensuelle de la médecine défensive en France. Malgré une phase pré-test du questionnaire, certaines reformulations auraient peut-être pu augmenter la pertinence des résultats. Nous avons également fait le choix de réponses fermées en oui/non pour des raisons pratiques, mais cela induit un biais pour les médecins qui auraient pu souhaiter des réponses plus nuancées.

Le questionnaire avait également parfois permis de mettre en évidence un décalage entre le ressenti du praticien concernant l'impact de la médecine défensive dans sa pratique, évalué par la note auto-attribuée, et le nombre de modifications qu'il déclarait. Cet aspect, en partie subjectif, demande à être précisé.

CONCLUSION

La médecine défensive est un concept qui intéresse les médecins. Elle peut influencer leur pratique : les prescriptions, la tenue des dossiers, les gestes techniques et le recours à un pair, à un avis spécialisé ou aux urgences. Si notre étude retrouve son impact décisionnel chez presque tous les médecins, il serait intéressant de rechercher l'importance de cet impact comparativement à d'autres facteurs pour déterminer précisément la place que la médecine défensive prend dans le processus décisionnel.

Par ailleurs, l'impact de la médecine défensive sur la relation thérapeutique amène aussi à s'interroger sur son effet dans les parcours de soins. Si une partie des médecins généralistes, sous pression, faisait l'effort nécessaire pour restaurer une relation de confiance avec leur patient, l'autre partie avait tendance à adopter des comportements d'évitement, voire même envisageait d'arrêter le suivi du patient : la médecine défensive pourrait-elle induire des ruptures de soin ou du nomadisme médical ?

Compte tenu de l'impact sociétal des décisions que prennent les médecins généralistes, il serait utile de poser la question de l'influence plus globale de la médecine défensive sur le

systeme de sante, notamment financier. Notre etude ayant permis de determiner quels etaient les points les plus impactes par la medecine defensive, cela ouvre des perspectives concretes pour chercher a en etudier le retentissement economique.

Bibliographie :

1. André-Salvini B. Le code de Hammurabi. Paris: Réunion des musées nationaux : Musée du Louvre Editions; 2008.
2. Demont L. 4 000 ans de responsabilité pénale médicale. Rev Jurid Ouest. 1999;12(3):361- 76.
3. Amann J-P. L'arrêt Perruche et nos contradictions face à la situation des personnes handicapées. Rev Francaise Aff Soc. 2002;(3):125- 38.
4. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. Trib Sante. 2004;no 5(4):39- 46.
5. L'orphelin Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale de Haute Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale? [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Rouen; 2014.
6. Eychenne P. La judiciarisation de la médecine modifie-t-elle les pratiques des médecins généralistes dans le département des Deux-Sèvres ? [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Poitiers; 2016.
7. Laude A, Pariente J, Tabuteau D, Quidu F. La judiciarisation de la santé. Institut Droit et santé, Université Paris Descartes, éditeurs. Paris, France: Éd. de Santé, DL 2012; 2012. 367 p.
8. Professionnel ME. Médecine générale [Internet]. macsf-exerciceprofessionnel.fr. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical/Risque-des-professions-de-sante/Medecine-generale>
9. Martin L. Judiciarisation - Cette peur qui nourrit la médecine défensive. Panorama du médecin. 2013;5297:10- 2.
10. Atlas Magazine. Faute et assurance responsabilité civile médicale [Internet]. Atlas Magazine. 2018 [cité 14 août 2020]. Disponible sur: <https://www.atlas-mag.net/article/faute-et-assurance-responsabilite-civile-medicale>
11. Office of Technology Assessment. Defensive Medicine and Medical Malpractice [Internet]. Washington D.C.: US Congress; 1994. 186 p. Disponible sur: <https://ota.fas.org/reports/9405.pdf>
12. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » critique d'un concept à succès. Sci Soc Santé. 2006;24(2):5- 33.
13. Constance Robert de Saint Vincent-de Metz. Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Paris V; 2013.
14. Lévêque C, Grocq T, Morichon C, Vincent Y-M. La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français. Médecine. 1 juin 2020;16(6):280- 5.
15. Bouet DP. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 p. 323.

16. Carrez C. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive Etude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Lille 2; 2016.
17. MOUTEL G, PURSSELL-FRANCOIS I, PLU I, BERTAUT S, BLETTERY B. Le médecin et la peur du procès Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. *Rev Prat En Médecine Générale*. 13 mars 2007;21(762/763):295- 7.
18. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: Two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform*. 1 févr 2009;148:206- 21.
19. Reymond J. La perception du cadre légal des droits des malades, du risque judiciaire et l'impact dans la pratique quotidienne chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Faculté de médecine d'Aix Marseille; 2017.
20. Hermer LD, Brody H. Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform. *J Gen Intern Med*. mai 2010;25(5):470- 3.
21. Kessler D, McClellan M. Do Doctors Practice Defensive Medicine? *Q J Econ*. 1 mai 1996;111(2):353- 90.
22. Asher E, Dvir S, Seidman DS, Greenberg-Dotan S, Kedem A, Sheizaf B, et al. Defensive medicine among obstetricians and gynecologists in tertiary hospitals. *PLoS One*. 2013;8(3):e57108.
23. Rudey EL, Leal M do C, Rego G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. *Medicine (Baltimore)*. 8 janv 2021;100(1):e24176.
24. 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*. 1 juin 2005;293(21):2609- 17.
25. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2020. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2020 p. 141.
26. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 avr 2017;4:CD001431.
27. Defensive Medicine « CPME [Internet]. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cpme.eu/policy-cluster/defensive-medicine/>
28. Coronavirus : nos dirigeants ont-ils trouvé la bonne planque pour ne pas se faire condamner ? [Internet]. Planet. 2021 [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.planet.fr/politique-coronavirus-nos-dirigeants-ont-ils-trouve-la-bonne-planque-pour-ne-pas-se-faire-condamner.2128388.29334.html>
29. Covid-19, Sham inquiet pour l'année 2020 [Internet]. *Décision & Stratégie Santé*. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.decision-sante.com/politique-de-sante/covid-19-sham-inquiet-pour-lannee-2020>
30. Covid-19 : la ristourne d'une mutuelle d'assurance à ses sociétaires. 30 sept 2020 [cité 21 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.argusdelassurance.com/les-assureurs/covid-19-la-ristourne-d-une-mutuelle-d-assurance-a-ses-societaires.171044>
31. Boursier J-E. La judiciarisation et l'exercice de la médecine générale en 2005: réflexions à propos d'une enquête auprès de 136 médecins généralistes de la région Midi- Pyrénées. [Toulouse]: Paul Sabatiers; 2004.

32. Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Paris Descartes; 2015.
33. Perrin S, Vangui J-L. La plainte ordinale, de son annonce à ses conséquences: Recueil et analyse du ressenti, de l'impact personnel et professionnel de la procédure auprès de 55 médecins concernés par une plainte ordinale en 2018. Département de l'Isère et de la Savoie [Mémoire]. Paris VII Diderot; 2019.
34. Catino M. Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side Effects of Medical litigation. *Saf Sci Monit.* 1 janv 2011;15.
35. Goedert M, Py B. L'image du procès dans les yeux du médecin [Mémoire de DEA]. Nancy; 2004.
36. Schmitt C. Le risque de plainte en médecine générale : état des lieux et répercussions sur les pratiques médicales [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1147/>
37. Begue A. Les plaintes en responsabilité professionnelle en Médecine Générale: état des lieux et étude de l'impact sur la pratique médicale. [S.l. (France)]: sn; 2013.

ANNEXE 1: Fiche d'information et recueil du consentement :

Titre du projet :

Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine portant sur le thème de l'impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique des médecins généralistes.

Reponsables du projet : MORICHON Charles et GROCCQ Thomas sous la responsabilité du Dr LEVEQUE Camille et VINCENT Yves-Marie, chefs de clinique du département de médecine générale du CHU de Bordeaux.

Objectif:

Evaluer de façon quantitative l'impact de la médecine défensive telle que ressentie par les médecins généraliste sur leur pratique médicale.

Inclusion et protocole:

Vous avez été sélectionnés en raison de votre appartenance à la liste des médecins généralistes installés du département de la Gironde dans laquelle se déroule notre étude. Nous allons, avec votre accord vous poser une vingtaine de questions portant sur la médecine défensive. Ce terme désigne toute modification de votre pratique médicale standard en réponse à une pression. Le questionnaire dure environ 4 minutes et la plupart des questions nécessitent une réponse par oui ou non. Notre conversation n'est pas enregistrée, seules vos réponses seront reportés sur une grille d'analyse.

Avantages et inconvénients:

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Il se pourrait, lors de l'entrevue, que le fait de parler de votre expérience vous amène à vivre une situation difficile.

Droits du partipant:

Il est évidemment possible de se retirer à tout moment de l'étude dont les données sont anonymisées au cours de l'entretien téléphonique. Cependant, une fois les données collectées, il n'est plus possible de les détruire car nous ne collectons aucune donnée permettant de renverser l'anonymisation.

Protection des données:

Vos réponses seront recueillies sur un questionnaire anonymisé informatique que je remplirai au fur et à mesure de vos réponses. Les questionnaires seront conservés jusqu'à publication de notre article et soutenance de notre thèse puis ils seront détruits. Les données seront protégées par mot de passe sur un ordinateur à accès contrôlé.

Consentez vous à cette étude ?

Consentement recueilli par téléphone le :

par :

Annexe 2: QUESTIONNAIRE :

Définition : La médecine défensive est définie comme une modification de la pratique médicale standard en réponse à une source de pression. Les sources de pression sont diverses : la peur des procès ou de l'erreur médicale, le manque de temps, l'agressivité des patients ou la fatigue en sont des exemples fréquemment évoqués. Nous nous focaliserons sur la pression médico-légale dans cette étude.

I) Démographie

- 1) Quel âge avez vous?
- 2) Etes vous un homme ou une femme?
- 3) En quelle année vous êtes vous installé?
- 4) Exercez vous en milieu urbain ou rural?
Seul ou à plusieurs?
- 5) Avez vous une activité en plus de votre travail en cabinet?
Si oui, laquelle ?
- 6) Avez vous déjà été victime d'une plainte de la part d'un patient?
Si oui devant quelle(s) juridiction (s)?

II) Conséquences sur la pratique: "On se met dans une situation ou vous vous sentez sous pression au cabinet"

7) Cela modifie t-il votre façon de remplir le dossier patient?

Oui

Non

Ne se prononce pas

Si oui comment?

- Vous écrivez davantage
- Vous inscrivez des signes négatifs
- Vous notez des commentaires?

8) Lorsque vous êtes sous pression: prescrivez-vous plus facilement des examens biologiques?

Oui

Non

Ne se prononce pas

9) Et des examens radiologiques?

Oui

Non

Ne se prononce pas

10) Cela modifie t-il votre prescription de médicaments?

Oui

Non

Ne se prononce pas

11) Lorsque vous êtes sous pression adressez-vous plus facilement vos patients à un spécialiste?

Oui

Non

Ne se prononce pas

12) Lorsque vous êtes sous pression et à gravité égale, pour s'affranchir du raisonnement médical pur, adressez-vous plus souvent vos patients aux urgences?

Oui

Non

Ne se prononce pas

III) Comportement d'évitement

13) Lorsque vous êtes sous pression est-ce que cela change la façon de faire les certificats?

Oui

Non

Ne se prononce pas

Si oui dans quel sens?

14) Refusez-vous de réaliser certains actes techniques avec lesquels vous vous sentez par ailleurs à l'aise lorsque vous êtes sous pression ou de façon générale par peur des conséquences médico légales?

Oui

Non

Ne se prononce pas

Si oui: lesquels parmi

Sutures?

Examens gynécologiques (frottis, implants..)

ECG?

Autres:?

IV) Afin d'éviter les situations menant à la pratique d'une médecine défensive et pour évacuer la pression, ressentez vous le besoin de :

15) Pensez vous qu'une formation spécifique à la gestion de la pression pourrait éviter ces comportements défensif?

Oui

Non

Ne se prononce pas

16) Parler des consultations délicates avec des confrères pour évacuer la pression vous paraît-il être utile?

Oui

Non

Ne se prononce pas

17) Avec ces patients qui vous mettent la pression, avez vous plus tendance à faire des efforts pour retrouver une relation de confiance, ou à éviter ce type de patient en les laissant s'éloigner/changer de médecin ?

- Relation de confiance : oui non

- Evitement : oui non

18) De donner plus d'explications aux patients qu'habituellement ?

Oui

Non

Ne se prononce pas

19) De recontacter spontanément un patient que vous n'auriez sinon pas forcément rappelé?

Oui

Non

Ne se prononce pas

V) Synthèse

20) Au vu des éléments précédents qui vous ont, j'imagine, fait cerner le concept de médecine défensive à savoir des choses qu'on est amené à faire en plus et d'autres en moins lorsqu'on est sous pression ; et de la définition que je vous rappelle à savoir la modification de votre pratique lorsque vous êtes sous pression. J'aimerais que vous me donniez un chiffre entier de l'impact de cette médecine dite « défensive » dans votre pratique.
0 = pas du tout d'impact à 10 : pratique totalement impactée, ou vous situez vous ?

RESUME :

Introduction : La médecine défensive peut se définir comme la modification de la pratique en réponse à une pression médico-légale.

Objectif : Etudier l'impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique des médecins généralistes français.

Matériel et méthode : Etude quantitative descriptive transversale réalisée entre janvier et mars 2020 par deux investigateurs auprès de 185 médecins généralistes tirés au sort sur la liste des médecins installés dans le département de la Gironde. Cette étude fait suite à une première étude en focus group ayant permis l'élaboration d'un questionnaire de 20 items diffusé par téléphone et anonymisé secondairement.

Résultats : Le taux de réponse était de 74,5 % soit 132 répondants. 34,8 % des répondants déclaraient un antécédent judiciaire lié à leur activité professionnelle. Presque tous les participants (98,5 %) déclaraient modifier au moins un aspect de leur pratique lorsque sous pression: 80,3 % modifiaient leur prise de note, 60,6 % prescrivaient plus d'exams d'imagerie, 57,8 % de biologie, 34,9 % changeaient leurs prescriptions médicamenteuses. Les principaux comportements d'évitement consistaient à adresser le patient plus facilement à un confrère spécialiste ou aux urgences (respectivement 73,5 et 27,3 % des répondants) et pour 54,4 % d'entre eux à renoncer à la pratique d'actes techniques jugés à risque. Le ressenti auto-évalué par les médecins de l'impact de la médecine défensive dans leur pratique était en moyenne de 4,58 sur 10. Un antécédent de plainte n'était pas significativement associé à une modification des comportements défensifs. Des comportements protecteurs étaient spontanément mis en œuvre pour lutter contre la pression ressentie : 74,2 % débriéfaient avec un confrère la consultation difficile, 72,7 % donnaient plus d'explications au patient.

Conclusion : Le concept de médecine défensive intéresse les médecins généralistes. Tous semblaient touchés dans leur pratique mais à des degrés divers. Un travail sur la relation médecin-malade pourrait éviter le développement de ces comportements.

Abstract:

Introduction: Defensive medicine can be defined as the modification of practice in response to fear of litigation.

Aim: Study the felt impact of defensive medicine on the practice of French general practitioners.

Design: Cross-sectional descriptive quantitative study carried out between January and March 2020 by two investigators with 185 general practitioners (GPs) randomly drawn from listed GPs of Gironde. This study follows a first focus group study that enabled the development of a 20-item survey distributed by telephone and secondarily anonymized.

Results: A total of 132 GPs completed the survey (74,5 % response rate). 34.8 % of respondents declared a previous malpractice liability. When under forensic pressure, nearly all of respondents (98,5 %) said they had changed at least one aspect of their practice: 80.3 % changed their note-taking, 60.6 % ordered more imaging exams, 57.8 % more biology, 34.9 % changed their drug prescriptions. The main avoidance behaviors consisted in referring the patient more easily to a specialist colleague or to the emergency department (73.5 % and 27.3 % of respondents respectively) and for 54.4 % of them to give up the practice of technical acts deemed to be at risk. Physicians' self-rated feelings regarding the impact of defensive medicine in their practice averaged 4.58 out of 10. A history of litigation was not significantly associated with a change in defensive behavior. Protective behaviors were spontaneously implemented to fight against the pressure: 74.2 % debriefed the difficult consultation with a colleague, 72.7 % gave more explanations to the patient.

Conclusion: The concept of defensive medicine interests general practitioners. All of them seemed to be affected in their practice, but to varying degrees. Work on the patient/doctor relationship could prevent the development of these behavior

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis 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 leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque."