



HAL
open science

Identification des sources de pressions ressenties par les médecins de l'association SOS médecins Bordeaux entraînant la pratique de la médecine défensive

Guillaume Arnauld de Sartre

► To cite this version:

Guillaume Arnauld de Sartre. Identification des sources de pressions ressenties par les médecins de l'association SOS médecins Bordeaux entraînant la pratique de la médecine défensive. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03613814

HAL Id: dumas-03613814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03613814v1>

Submitted on 18 Mar 2022

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.



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2022

Thèse n°28

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Guillaume ARNAULD de SARTRE**

Né le 03/10/1989 à Poitiers (86)

Le 10 mars 2022

Identification des sources de pressions ressenties par les médecins de
l'association SOS médecins Bordeaux entraînant la pratique de la
médecine défensive

Directrice de thèse : Docteur Camille LEVEQUE

Membres du Jury

| | |
|---------------------------------|------------|
| Professeur Jean-Philippe JOSEPH | Président |
| Professeur Christophe ADAM | Rapporteur |
| Docteur Emmanuel PROTHON | Membre |
| Docteur Aurore VIDOUTA | Membre |
| Docteur Camille LEVEQUE | Membre |

Remerciements

Merci aux membres du jury qui ont accepté de juger ce travail,

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph,

Je suis honoré de l'intérêt que vous avez porté à mon travail en acceptant de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Christophe Adam,

Je vous remercie d'avoir accepté la fonction de rapporteur et d'avoir pris de votre temps pour évaluer et enrichir ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Prothon,

Veuillez recevoir toute ma reconnaissance pour avoir accepté de participer à ce jury et d'évaluer mon travail.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Camille Lévêque, merci d'avoir été là depuis maintenant très longtemps. De nos sous colles et jusqu'à aujourd'hui, je ne sais pas comment je m'en serais sorti sans toi, et je ne dois pas être le seul à le penser.

A Madame le Docteur Aurore Vidouta, merci pour ton implication dans cette thèse et pour m'avoir aidé à mieux connaître et intégrer SOS médecins, ce travail n'aurait pas été possible sans ton soutien.

Merci également à tous les médecins et maîtres de stage qui ont participé à ma formation tout au long de mes études.

A ma famille,

Merci à mes parents qui ont toujours cru en moi malgré quelques difficultés. Merci également de n'avoir pas trop insisté voyant mon retard s'accumuler pour rendre ce travail.

A François, Tanguy, Côme et Bérénice, vous avez voulu suivre la même voie que moi, vous savez ce qu'il vous reste à faire. Je suis très fier que vous ayez fait ce choix, le chemin est encore plus ou moins long (hein Béré ?) mais le jeu en vaut la chandelle !

Merci à mes grands-parents qui m'ont toujours soutenu et que je suis très fiers. A mes très nombreux cousins, cousines, oncles et tantes qui ont suivi de près ou de loin mes péripéties.

A mes amis,

Mathieu, on s'est rencontré le premier jour du reste de notre vie à MMPP. C'était il y a 15 ans, on ne s'est jamais lâché depuis. Je pourrais te rentrer dans chacune des listes ci-dessous puisqu'on on a à peu près tout fait ensemble, mais sans toi rien n'aurait été pareil, donc je te réserve la première place. Tu n'es pas là aujourd'hui car tu mènes une carrière de sportif pro dans des contrées lointaines mais je sais que le cœur y est !

Arthur et le ski, Pitou et notre voyage en stop, et toute la communauté des méridionais, vous êtes ma caution « j'ai des très bons copains pas médecins ». A cause de Mathieu ça fait 15 ans que je vous connais et que vous me rejetez sans vergogne mais je vous aime quand même. Spéciale dédicace à Benoit, tu m'as gratté la prio. Sans rancune ! Et un ricard pour la Noukette !

Beber, Toto, Adri et Alex, nos chemins se sont un peu plus séparés que prévu initialement mais on est toujours là et j'ai l'impression que ça va aller dans le bon sens. Au 6 Bis, au Mush, à Mario Kart, aux cas*etas, aux bezoules, à la saison des galas, aux WEI, aux voyages que j'ai pu faire avec vous et à la suite. J'en profite pour embrasser vos femmes, en tout bien tout honneur, Mathilde, Juliette, Chloé et Sarah !

Fabien, mon Peter, t'étais le gars qui me rendait trop de monnaie quand je t'achetais des places pour des soirées. On s'est finalement vraiment rencontré quand t'as squatté notre voyage. 2

mois plus tard on était inséparable, et heureusement puisqu'on s'est retrouvé séparé des autres. A nos longues pauses devant la BU, on aura bien galéré tous les deux mais finalement on y est arrivé ! Camille, ça fait déjà un certain temps mais à nouveau bienvenue dans notre monde.

Nico, si t'avais pas pris à gauche ce soir-là, serais-tu en si bonne position ici ? Pour les meilleurs pancakes et double-brioqués au four hollandais, à déguster sous un parapluie égyptien. Champion du monde d'ironie absurde, et ça j'adore.

Anto, après quelques années sous le soleil messin, tu es revenu parmi nous pour le meilleur et pour le pire. Bonne chance pour le futur, laisse un peu de place quand même pour patoche. Mélissa, je te souhaite beaucoup de courage.

Baptiste le beatles, Simon le livreur de pizza ramoneur ingé-son espagnol, et tous les marginaux, vous m'avez fait changer ma vision du monde. Merci à vous ainsi qu'à Marie Cottard d'exister.

A tous ceux que j'ai rencontrés pendant l'externat et souvent grâce à la CJ : Felight, la gouje, Gaspard, Ambroise, Cigis, Lucas, Martin et à toutes les marmules de France et de Navarre, bravo et merci à tous d'avoir réussi à rester en contact et de nous permettre toutes ces marmulades. Probablement le seul intérêt du surf.

Oliv' quoi, ma loutre, mon trouple, j'ai raté ce premier semestre à périgieux avec vous mais heureusement on s'est vite rattrapé par la suite. Copains, entre autres, de galère de portfolio, on a réussi à rendre ensemble. Reviens vite, Bordeaux a besoin de toi. Mention spéciale pour la capitale du pneu et à tous les clermontois que tu représentes si bien. Bises aux roues et à chachoune. Biff !

Romain et Marie, les deux colons, merci d'avoir mis à notre disposition l'appart de Mathieu et Juju pour des marathons de tarot et autres poulets rôtis sous le regard bienveillant des mouches et des voisins. Vous aussi revenez vite parce que vous nous manquez.

Petit détour à Montardon pour saluer Lolo, Toto, Peyo et JB ! Sacré semestre ensemble, longue vie à la Datcha.

Jean Jean, Jeanne et maintenant Jacquot, je vous ai rencontrés séparément mais dans les deux cas c'était un bonheur. La ruche ou Périgueux, même combat. Bravo à vous deux d'arriver à avoir autant de projets (réussis !) sans négliger vos potos, mais allez-y mollo parce qu'après j'ai des comptes à rendre. Là aussi, mention spéciale à tous les gars surs du neuf-trois.

Les grenobloises, Juju et Juju, mon krakito et puis aussi Eva, et même à tous les babos en Quechua. Merci à la ruche d'avoir existé pour qu'on se rencontre. Vous aussi, revenez vite.

Quentin, tu t'es exilé à Nantes et t'as probablement eu raison, mais reviens nous voir de temps en temps. Soir !

Charles, après de nombreuses soirées à refaire le monde sans se connaître, on a fini pour mon plus grand bonheur par se rencontrer à Périgueux, afin de continuer à faire exactement la même chose mais en se connaissant. Et c'est tant mieux. Tu vois c'que j'veux dire ?

Romain, mon Buddhy, toi aussi on se sera beaucoup croisé avant de vraiment mieux se connaître à Périgueux, entre vieux. De Berlin à B2B, uuuUUUUuuuuUUUuu.

Joris et Geoffrey et puis aussi Maximil et JP et globalement à tous les périgourdins dont les promos finissent par se confondre, je vous ai connus grand comme ça et finalement vous m'avez mis trois tours. Grace à vous j'ai découvert qu'il existe un truc appelé « sport » et j'ai même essayé. Hate qu'on continue de voyager grâce à ça !

Seïlenn, on s'est rencontré lors d'un WEI puis tu m'auras fait galérer jusqu'à ce que je te donne mon numéro pour occuper ta garde. Depuis on est (presque) inséparable et je n'aurai rien pu faire de tout ça sans toi. Merci d'être toi, je nous souhaite tout le bonheur possible dans un maximum de projets, j'espère que ce n'est que le début !

Table des matières

| | |
|--|----|
| <i>Table des matières</i> | 6 |
| <i>Abréviations</i> | 8 |
| <i>INTRODUCTION</i> | 9 |
| I) Naissance et évolution de la responsabilité médicale..... | 9 |
| a) Naissance de la responsabilité médicale et premières jurisprudences..... | 9 |
| b) Les interventions législatives..... | 12 |
| II) Judiciarisation de la médecine et impacts sur la relation médecin-patient | 14 |
| a) La relation médecin-patient | 14 |
| b) Judiciarisation et modification des pratiques..... | 15 |
| III) État des lieux de la judiciarisation de la médecine..... | 17 |
| a) Définition et voies de réclamation actuelles..... | 17 |
| b) État des lieux de la judiciarisation en France | 18 |
| IV) La médecine défensive | 20 |
| a) Naissance et définitions de la médecine défensive | 20 |
| b) État des lieux de la médecine défensive | 23 |
| c) Conséquences de la médecine défensive..... | 25 |
| d) Critique du concept de médecine défensive..... | 27 |
| V) L'association SOS médecins..... | 28 |
| a) Création et développement de l'association..... | 28 |
| b) Fonctionnement de la structure..... | 29 |
| c) SOS Médecins Bordeaux..... | 30 |
| VI) Justification de l'étude et objectif de recherche..... | 32 |
| <i>MATERIEL ET METHODE</i> | 33 |
| I) Population de l'étude | 33 |
| II) Élaboration et détails du questionnaire | 33 |
| III) Diffusion du questionnaire..... | 34 |
| IV) Analyse des résultats..... | 35 |
| V) Mesures éthiques et réglementaires..... | 36 |
| <i>RESULTATS</i> | 37 |
| I) Caractéristiques démographiques..... | 37 |
| a) Genre de la population..... | 37 |
| b) Age de la population | 38 |
| c) Date d'installation | 38 |
| d) Activité en dehors de l'association..... | 39 |
| e) Antécédent de plainte..... | 39 |
| II) Sources de pressions ressenties amenant à une pratique de la médecine défensive..... | 39 |
| a) Présence d'un tiers..... | 39 |
| b) Insistance du patient..... | 40 |

| | | |
|----------------------------|--|----|
| c) | Incertitude clinique ou diagnostique | 40 |
| d) | Motifs de consultation | 41 |
| e) | Menace de plainte..... | 42 |
| f) | Horaires de consultation | 42 |
| g) | Spécificités des activités de SOS médecins | 43 |
| h) | Suivi des patients au long cours | 44 |
| i) | Source de pression principale | 44 |
| j) | Moyenne des échelles de Likert..... | 45 |
| III) | Impact des pressions ressenties sur la pratique médicale | 46 |
| a) | Modification des pratiques | 46 |
| b) | Éviction de certains actes..... | 47 |
| IV) | Moyens de se prémunir face aux pressions subies | 48 |
| a) | Formations supplémentaires | 48 |
| b) | Majoration des explications données au patient..... | 49 |
| c) | Rappel spontané du patient après une consultation compliquée | 49 |
| V) | Synthèse | 50 |
| <i>DISCUSSION</i> | | 51 |
| I) | Principaux résultats | 51 |
| a) | Sources de pressions | 51 |
| b) | Modifications des pratiques..... | 52 |
| c) | Moyens de se prémunir | 53 |
| II) | Forces de l'étude | 53 |
| III) | Limites de l'étude | 54 |
| IV) | Comparaison aux travaux antérieurs | 56 |
| a) | Causes de la médecine défensive..... | 56 |
| b) | Impacts sur la pratique médicale | 57 |
| c) | Spécificités de SOS médecins | 58 |
| d) | Perspectives | 59 |
| <i>CONCLUSION</i> | | 62 |
| <i>BIBLIOGRAPHIE</i> | | 64 |
| <i>ANNEXES</i> | | 68 |

Abréviations

CCI : Commission de conciliation et d'indemnisations

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CRCI : Commission régionale de conciliation et d'indemnisations

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FHF : Fédération hospitalière de France

InVS : Institut national de la veille sanitaire

MACSF® : Mutuelle d'assurance du corps de santé français

OTA : Office of technology assessment

PIP® : Poly implant prothèse

ROSP : Rémunération sur objectifs de Santé publique

SAMU : Service d'aide médicale urgente

INTRODUCTION

I) Naissance et évolution de la responsabilité médicale

a) Naissance de la responsabilité médicale et premières jurisprudences

La justice et la médecine ont longtemps évolué chacune dans leur domaine respectif en s'ignorant l'une l'autre.

Au moyen-âge, la médecine était exercée par le clergé. Ainsi, la santé et la vie de l'homme étaient dans les mains de Dieu, les maladies étant considérées comme un avertissement ou un châtement. Le médecin avait un rôle d'accompagnement. Que le malade meure ou guérisse, c'était la volonté de Dieu. Le médecin ne pouvait donc en aucun cas être responsable de la mort d'un homme car il l'aurait mal soigné, et demander une réparation auprès d'un tribunal civil après la faute d'un médecin n'était pas envisageable.

Le siècle et la philosophie des Lumières ont permis d'introduire les idées de démonstration rationnelle à l'enchaînement des causes et des faits, prenant en compte les expérimentations et établissant le partage des connaissances avec la création des Sociétés royales de recherche et de médecine. La médecine gagne ainsi en rationalité et en efficacité, les médecins comprenant mieux les maladies et commençant à pouvoir mieux les guérir. Ils deviennent alors responsables de leur activité professionnelle (1).

Avec l'arrivée des Codes pénal et civil de Napoléon, à partir des années 1820, s'est posée la question de leur application au domaine de la médecine. Ainsi l'Académie de médecine déclarait en 1829 que : « *la responsabilité des médecins, dans l'exercice consciencieux de leur profession, ne saurait être justiciable de la loi. Les erreurs involontaires, les fautes hors de prévoyance, les résultats fâcheux hors de calcul, ne doivent relever que de l'opinion publique. Si l'on veut qu'il en soit autrement, c'en est fait de la médecine. Car une fois le principe de responsabilité admis tout deviendrait suspect et dangereux pour le médecin. Il devrait craindre à chaque pas d'encourir la vindicte des lois et il fuirait à l'aspect du danger.* » (2).

Dans ce contexte, au début du XIXème siècle, deux affaires juridiques mettent en exergue différents éléments communs à toute procédure de mise en cause de la responsabilité médicale et les réponses que tente d'apporter la société aux questions soulevées (3) :

- **L'affaire Hélie** : en 1825, le docteur Hélie est appelé pour un accouchement. Après l'échec des tentatives de dégagement, il procède à une amputation des deux bras de l'enfant. Les juges ont consulté l'Académie royale de médecine, qui a écarté toute mise en cause d'Hélie et ont proclamé plus généralement l'irresponsabilité des médecins devant les tribunaux. Les juges n'ont pas suivi cet avis et le Dr Hélie a été condamné à verser des indemnités à l'enfant.
- **L'affaire Thouret-Noroy** : A la suite d'une saignée, Monsieur Guigne a perdu son bras et estime que le docteur Thouret-Noroy est responsable de son amputation. Il s'agit de la première affaire à gravir tous les échelons de la hiérarchie judiciaire jusqu'à la Cour de cassation. Il sera condamné. Les revues et sociétés médicales de l'époque critiquent l'absence de compétence des juges, qui se sont appuyés sur les dires des paysans présents lors de la saignée, sans « *recourir aux hommes de l'art* » (4).

Ces deux affaires marquent ainsi la fin de l'impunité médicale.

Par la suite, au cours du siècle suivant, la notion de responsabilité médicale a continué d'évoluer à travers plusieurs jurisprudences :

- **L'arrêt Mercier (1936)** : Suite à une radiodermite au décours d'une radiothérapie, Mme Mercier attaque son radiologue, le Dr Nicolas, pour obtenir réparation (5). Jusque-là le médecin relevait d'une **responsabilité délictuelle**, basée sur l'article 1382 du code civil (6), qui précise que « *tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.* ». Une faute, un dommage et un lien de causalité clairement établi entre les deux sont donc nécessaires pour une mise en cause. L'arrêt Mercier ajoutera une **responsabilité contractuelle**, qui sera engagée lorsqu'un préjudice causé résultera de l'inexécution du contrat, reposant sur une obligation de moyens et la délivrance de soins « *non pas quelconques, mais*

conscientieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. »

- **L'arrêt Petit (1965)** : Un médecin diagnostique une fracture de l'humérus au lieu d'une luxation du coude chez un enfant de 8 ans avec un handicap au décours. Cette affaire introduira la notion de « *perte de chance de guérison* » alors que la causalité entre la faute et le dommage n'est pas clairement établie selon les experts (7).

- **L'arrêt Bianchi (1993)** : Monsieur X subit une artériographie au décours de laquelle il présente une tétraplégie. L'intervention était nécessaire et rien ne laissait supposer que le patient était particulièrement exposé à cette complication. Aucune faute n'est retenue contre les équipes médicales mais le conseil d'état condamne néanmoins l'Assistance publique à Marseille à verser à Monsieur X une indemnité de 1 500 000 francs. Cette jurisprudence introduit la notion de **responsabilité sans faute**, permettant ainsi l'indemnisation d'aléa thérapeutique. Il s'agit d'une **responsabilité administrative**. Dans une autre jurisprudence, la Cour de cassation, en novembre 2000 (8), rejettera la responsabilité civile du médecin car « *la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient.* » (9).

- **L'arrêt Hédreul (1997)** : Une coloscopie pour ablation de polype se complique d'une perforation intestinale. Le patient porte plainte contre son médecin, faisant valoir un défaut d'information sur le risque de complication, mais ne peut pas en apporter la preuve (10). S'agissant d'un problème fréquent et compte tenu de la nécessité d'information du patient afin qu'il puisse exercer son libre arbitre, la cour d'appel jugera désormais que « *le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation* ». Les juristes ont ainsi inversé la charge de la preuve. La cour de cassation précisera un an plus tard que « *hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et qu'il n'est pas*

dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement. » (11).

Ainsi, en deux siècles, ces affaires ont fait passer le médecin d'une impunité quasi-totale à des possibilités de mises en cause multiples.

Devant la multiplication de ces affaires et jurisprudences, le législateur est intervenu afin d'établir les limites de la responsabilité médicale.

b) Les interventions législatives

- **La Loi Fauchon du 10 Juillet 2000** : Cette loi ne concerne pas exclusivement la responsabilité médicale mais cherche à encadrer la définition des délits non intentionnels (homicide ou blessure) (12). Elle stipule que « *les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer.* »

Ainsi, le médecin est pénalement responsable si sa faute est directement responsable du dommage, ou si sa faute est indirectement responsable mais qualifiée de mise en danger délibérée ou de faute caractérisée.

- **La Loi Kouchner du 4 Mars 2002** : Il s'agit de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (13). Elle vise à définir les droits du malade, mais également les obligations du médecin, qui étaient jusque-là d'ordre déontologique.

Elle précise notamment :

- **Pour les droits des patients** : droit à l'information concernant les actes médicaux proposés, implication du patient dans la prise de décision médicale, droit au refus de soin, à la dignité, au respect de la vie privée, droit d'accès au dossier médical (qui devient désormais sa propriété), possibilité de désigner une personne de confiance.
- **Pour les obligations des médecins** : obligation de formation continue, obligation d'information du patient sur les soins proposés et d'obtention d'un consentement libre et éclairé du patient pour tout acte médical, obligation d'être assuré en responsabilité civile ou administrative.

Par ailleurs, cette loi a également pour objectif une déjudiciarisation avec par exemple l'article L114-5 dit « anti-perruche » (14), affirmant que « *nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance* », ou encore la création des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI), qui favorisent la voie amiable et permettent l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs au titre de la solidarité nationale.

- **La loi du 26 Janvier 2016 « de modernisation de notre système de santé »** : dernière en date, renforçant le sentiment de judiciarisation des médecins, elle les oblige à informer les patients qu'ils ont souscrit une assurance « *destinée à les garantir pour leur responsabilité civile [...] susceptible d'être engagée dans le cadre des activités de soins* » selon l'article L.1111-3-6 (15). De plus, l'article L.1143-1 prévoit pour les patients la possibilité d'actions de groupe, qui permettent l'indemnisation des dommages affectant de nombreux usagers de manière similaire comme par exemple lors de l'affaire du médiateur (16) ou encore les prothèses PIP (17).

II) Judicialisation de la médecine et impacts sur la relation médecin-patient

a) La relation médecin-patient

La relation médecin-patient a longuement évolué depuis Hippocrate jusqu'à nos jours et peut se résumer à travers différents modèles conceptuels (18) :

- **Le modèle paternaliste** : décrit par Parson après des observations sociologiques, il est le modèle prédominant jusque dans les années 1980. Du fait de la forte asymétrie d'information entre le professionnel expert et le patient profane, le médecin était socialement reconnu légitime à décider seul de ce qui lui semblait être le plus approprié pour le patient. Le médecin sait ce qui est le mieux pour le patient, et agit au mieux des intérêts de ce dernier. Le patient a un rôle passif qui se limite au mieux à donner son consentement
- **Le modèle du « médecin décideur »** : suppose qu'il existe un transfert d'information unidirectionnel, du patient vers le médecin, où le patient explicite ses préférences et laisse ensuite le médecin prendre seul la décision, puisque ce dernier détient alors la connaissance et les préférences
- **Le modèle informatif ou du « patient décideur »** : tente également de résoudre l'asymétrie entre médecin et patient. Le transfert d'information est toujours unidirectionnel, du médecin vers le patient, qui prend seul la décision. Le rôle du médecin est un rôle technique d'information et se limite au transfert de ses connaissances vers le patient
- **Le modèle de « décision partagée »** : a été proposé comme modèle intermédiaire. Le flux d'information est bidirectionnel et la décision est prise d'un commun accord au cours d'une délibération consensuelle entre patient et médecin, où chacun participe à des niveaux différents, mais sans position dominante. Il s'agit du modèle préconisé actuellement, notamment depuis la loi Kouchner.

Un article de la *Revue médicale suisse* publié en 2016 (19) résume les avantages et inconvénients des trois principaux modèles dans ce tableau :

Figure 1 : Avantages et inconvénients des modèles relationnels

| | Modèle paternaliste | Modèle informatif | Modèle partenariat |
|----------------------|---|--|---|
| Avantages | <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction du médecin (relation d'aide) • Réassurance du patient • Potentialisation de l'effet placebo | <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité pour le médecin de se protéger d'une implication émotionnelle (rôle de technicien) • Satisfactions de l'autonomie chez le patient | <ul style="list-style-type: none"> • Modèle apparemment idéal qui contourne les désavantages des deux précédents |
| Inconvénients | <ul style="list-style-type: none"> • Risque d'autoritarisme du médecin • Déresponsabilisation et infantilisation du malade (pouvant favoriser la non-compliance cachée) | <ul style="list-style-type: none"> • «technification» accompagnée d'une tendance autodéfensive, mêlée de rivalité et de méfiance autant chez le médecin que chez le patient • Médecin privé des satisfactions d'une relation d'aide • Sentiments de solitude et d'abandon chez le patient | <ul style="list-style-type: none"> • Idéalisé comme seul modèle adéquat • Difficile à atteindre et pas toujours possible • Risque de basculer facilement vers l'un des deux autres modèles avec sentiments injustifiés d'échec chez le médecin |

L'auteur précise cependant que si le modèle de décision partagée est préconisé, dans une société multiculturelle et en rapide changement, la norme devient la coexistence de ces modèles opposés et ni le médecin ni le patient ne peuvent anticiper les attentes implicites de l'autre. En effet, à l'heure actuelle, si le modèle de décision partagée semble le plus adapté pour beaucoup de médecins, ses difficultés d'application peuvent parfois pousser la relation médecin-patient vers l'un des autres modèles.

b) Judiciarisation et modification des pratiques

De nombreuses décisions de justice dans des affaires touchant le domaine de la santé ont, ces dernières années, défrayé la chronique médiatique et influencé la pratique médicale (20).

En effet les progrès de la médecine, par exemple dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, ont apporté en 1930 les sulfamides puis les antibiotiques, faisant ainsi disparaître la fièvre puerpérale. Ensuite, la transfusion sauva bien des femmes de la mort lors des hémorragies de la délivrance. Dans les années 1960, la contraception et le stérilet ont permis

le contrôle des naissances. Ensuite l'échographie a permis à partir de 1970 de voir le fœtus et de dépister d'éventuelles malformations ; la généralisation de l'anesthésie péridurale a permis aux femmes d'accoucher « sans douleur ». Enfin, la fécondation *in vitro* est arrivée dans les années 1980. Ainsi l'espérance de vie des femmes est passée de 45 ans au début du XXème siècle à 81 ans un siècle plus tard, et ce en grande partie grâce aux progrès de la médecine.

Or ces progrès scientifiques ne sont pas dénués de risques. Des scandales sanitaires très médiatisés tels que l'affaire du sang contaminé, le médiateur ou les prothèses PIP®, ont ébranlé la confiance des patients envers les médecins et la science médicale.

On note que ces affaires médiatiques ont eu un impact important (parfois bénéfique) sur le système de soins et les praticiens, avec par exemple :

- **L'affaire du sang contaminé** qui a permis la création des Agences du sang et des médicaments, de l'Établissement français des greffes et de l'agence de biomédecine. Mais elle a aussi entraîné la nécessité de rechercher dans les dons de sang, par une technique très coûteuse et d'intérêt contesté, une contamination virale avant la positivité des sérologies classiques. Ces tests dépistent en France un donneur infecté par le VIH par an et un donneur infecté par le VHC tous les 2,5 ans (1 pour 6,6 millions de dons), et coûtent 150 millions d'euros par contamination évitée.
- **L'arrêt Hédreul** obligeant le médecin à apporter la preuve de l'information du patient, a conduit à la rédaction de véritables contrats entre le médecin et son malade. Il a ainsi été question de recourir, à titre de preuve, à un écrit signé du patient et contenant les informations exigées, prouvant qu'elles ont bien été délivrées. Ce remède pourrait paraître pire que le mal.
- **L'affaire Perruche** a découragé la pratique de l'échographie et a ainsi donné lieu à de nombreuses amniocentèses « de précaution », et donc d'interruptions de grossesses de fœtus sains.

Enfin, la multiplication des affaires dans certaines disciplines a entraîné une augmentation des primes d'assurances telle que les médecins fuient ces disciplines. On peut se demander si cette judiciarisation, censée défendre le malade, ne va pas finalement se retourner contre lui.

Ainsi, avec les progrès de la médecine grâce auxquels tous les espoirs semblent désormais permis, les exigences des patients se sont également accrues. L'acceptation de la fatalité est devenue la suspicion d'une erreur médicale, la recherche d'un responsable au malheur. Le lien médecin-malade est passé d'une relation unique de confiance à une relation multiple contractuelle. Le patient devient un consommateur du système de santé en droit d'attendre des soins, parfois confondu avec un droit à la guérison.

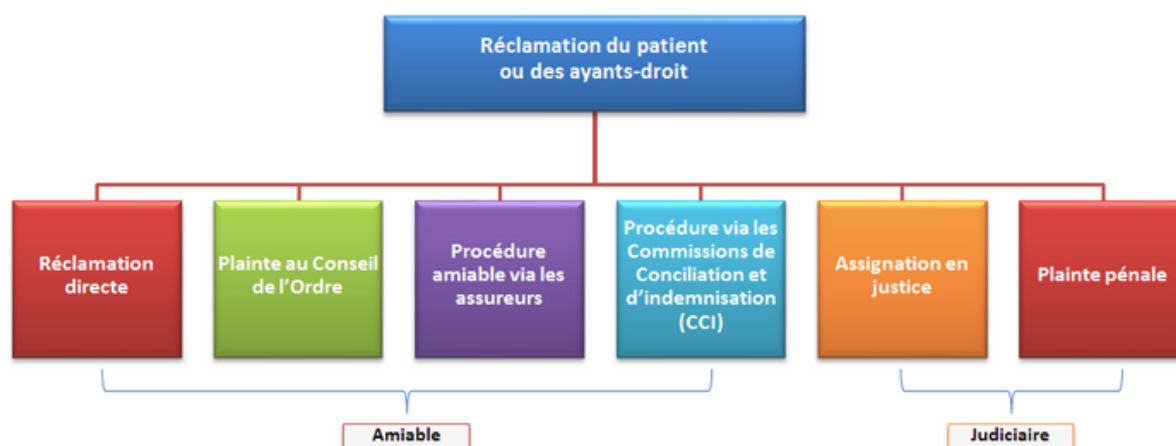
III) État des lieux de la judiciarisation de la médecine

a) Définition et voies de réclamation actuelles

La judiciarisation est définie comme la « *propension à privilégier le recours aux tribunaux pour trancher des litiges qui pourraient être réglés par d'autres voies (médiation, accord amiable).* » (21).

La Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français® (MACSF) a publié en 2016 ce schéma résumant les voies de réclamations actuelles pour les patients ou ayants droit s'estimant lésés (22) :

Figure 2 : schéma des différentes mises en causes possibles



Lorsqu'un patient, ou ses ayants droit, remet en cause la qualité des soins de son médecin, il dispose de plusieurs possibilités :

- Prise de contact direct avec le médecin,
- Prise de contact avec le Conseil de l'Ordre,
- Prise de contact avec l'assureur du médecin,
- Saisine d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI),
- Mise en cause via les tribunaux.

Un médecin peut donc être mis en cause de diverses manières, selon les objectifs poursuivis par le patient, à savoir obtenir une somme d'argent en réparation du préjudice subi ou bien sanctionner le professionnel de santé pour un comportement dangereux ou illicite (23) :

- **Le recours indemnitaire** : soit par la voie amiable, par réclamation directement au praticien, à son assureur, ou par la saisine d'une CCI, soit par la voie judiciaire, c'est-à-dire par la responsabilité civile (pour un médecin libéral ou salarié) ou la responsabilité administrative (pour un praticien hospitalier), qui nécessite trois conditions cumulatives réunies, à savoir une faute du médecin, un préjudice pour le patient et un lien de causalité direct et certain entre la faute et le préjudice.
- **La voie de la sanction** : par mise en cause de la responsabilité pénale, c'est-à-dire d'une infraction aux dispositions du code pénal, par exemple pour blessures ou homicide involontaires, ou encore violation du secret professionnel., ou bien par mise en cause de la responsabilité disciplinaire via le conseil de l'ordre, dont le rôle est de sanctionner les manquements à la déontologie ou aux obligations professionnelles.

b) État des lieux de la judiciarisation en France

D'après la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), la France comptait, en 2019, 225064 médecins, toutes spécialités confondues (24).

La MACSF® quant à elle comptait 152185 médecins sociétaires la même année, soit 67,6% des médecins français. Elle publie chaque année un rapport (25) sur le risque en santé où l'on

découvre notamment le taux de sinistralité (nombre de mises en cause sur 100 sociétaires et sur une année) et la répartition des mises en cause, résumés dans les tableaux suivants :

Figure 3 : Sinistralité des médecins sur 5 ans, toutes spécialités confondues

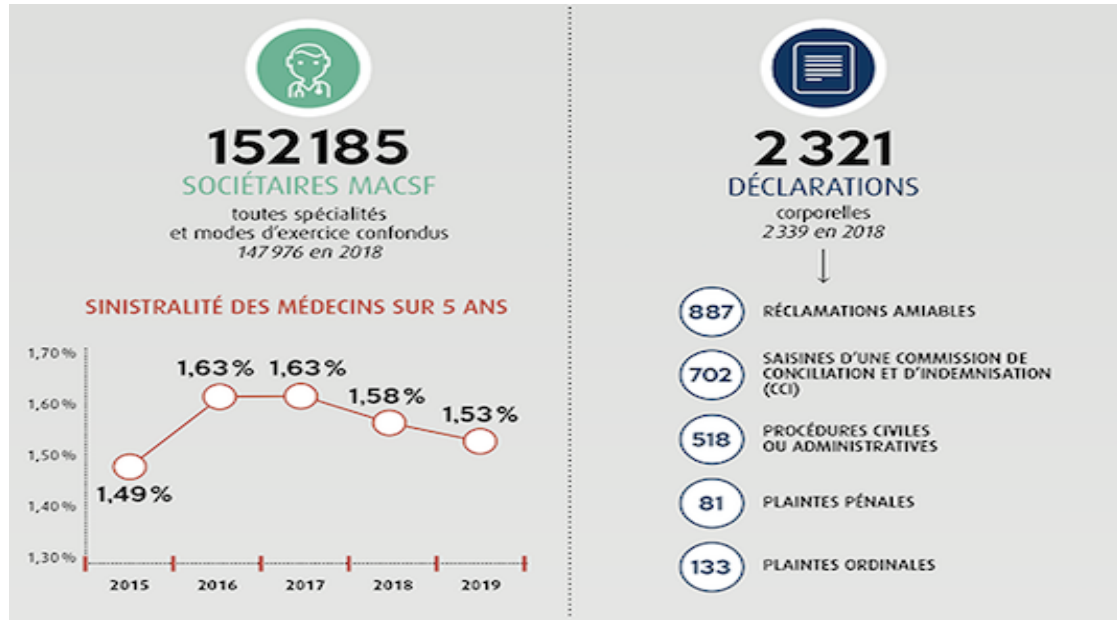
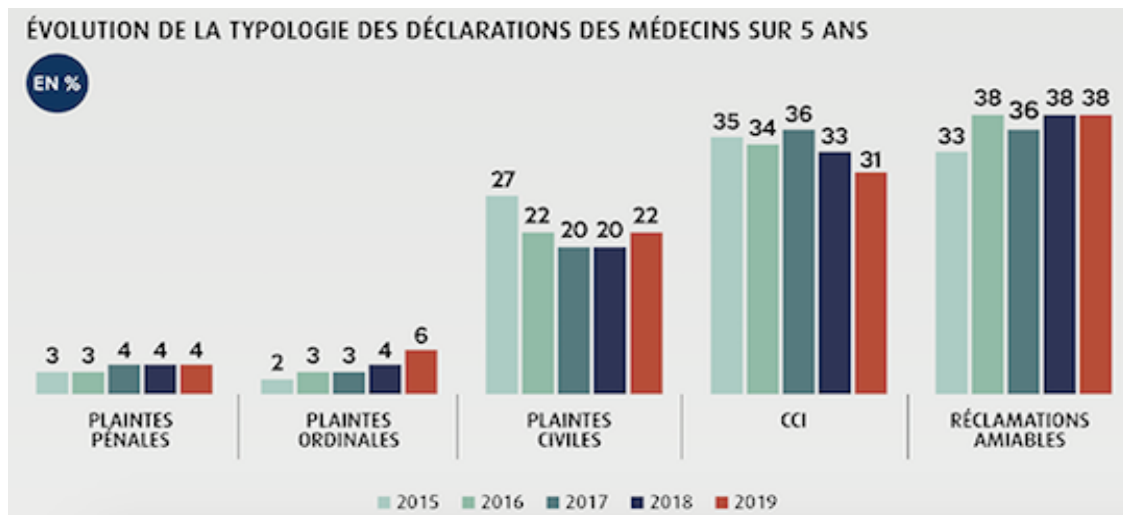


Figure 4 : Répartition des mises en cause de 2015 à 2019



On retrouve dans ce même rapport les chiffres concernant les médecins généralistes (26) : 51799 médecins généralistes sociétaires de la MACSF®, dont 34 714 médecins libéraux, ont adressé 405 déclarations (104 sans suite) dont 405 en exercice libéral, soit une sinistralité de 1,17 % (390 déclarations en 2018 dont 390 en libéral). Ces déclarations se répartissent en

21 plaintes pénales, 83 procédures civiles, 50 plaintes ordinaires, 12 procédures administratives, 133 réclamations amiables et 106 saisines d'une CCI.

On note donc que la sinistralité des médecins généralistes est relativement faible (1,17% vs 1,53% toutes spécialités confondues, mais surtout 13,56% en anesthésie réanimation), et que le nombre de plaintes reste stable.

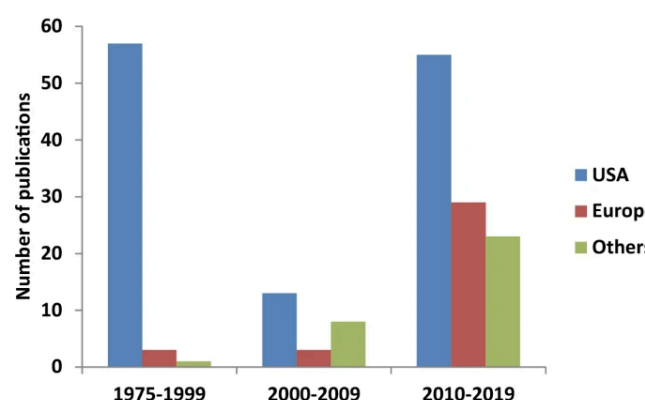
Par ailleurs, la majorité des recours privilégie la voie amiable. Néanmoins, bien que moins stigmatisante, la voie amiable participe au sentiment de judiciarisation des médecins.

IV) La médecine défensive

a) Naissance et définitions de la médecine défensive

A partir des années 1970 aux États-Unis, suite aux modifications de la relation médecin-patient et du cadre juridique, les dépôts de plainte à l'encontre des médecins se sont multipliés. Ces derniers, face à cette judiciarisation croissante, ont alors modifié leurs pratiques en prescrivant plus d'exams, en adressant leurs patients plus souvent à des confrères, ainsi qu'en évitant les situations qu'ils estimaient à risque. Ils ont ainsi donné naissance à ce qui a été appelé par la suite « médecine défensive », nommée ainsi pour la première fois en 1974 par l'*American Medical Association* (27). Ce concept initialement né aux États-Unis s'est alors progressivement répandu en Europe et dans le reste du monde, notamment depuis 2010.

Figure 5 : Répartition des articles scientifiques incluant « médecine défensive » dans leurs titres depuis 1975.



La première définition a été proposée en 1994 par l'*Office of Technology Assessment (OTA)* (28) : « *la médecine défensive 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. Lorsque les médecins effectuent des tests ou des procédures supplémentaires principalement pour réduire la responsabilité professionnelle, ils pratiquent une médecine défensive positive. Lorsqu'ils évitent certains patients ou procédures, ils pratiquent une médecine défensive négative.* ».

Plusieurs conclusions découlent de la première partie de cette définition :

- Une pratique médicale est dite défensive même si elle est guidée par d'autres raisons (croyance en l'efficacité d'une procédure, désir de réduction de l'incertitude, incitation financière) tant que le motif principal est d'éviter la faute professionnelle.
- Ce motif n'est pas nécessairement conscient : au fil du temps, certaines pratiques médicales peuvent devenir tellement ancrées dans la pratique courante que les médecins ne sont plus conscients que leurs préoccupations en matière de responsabilité professionnelle sont à l'origine de leur utilisation.
- La médecine défensive n'est pas nécessairement délétère pour les patients : lorsque les pratiques médicales défensives sont nombreuses, le risque pour les patients diminue si les conséquences médicales d'une erreur sont graves.

L'OTA conclue que la judiciarisation abaisse la tolérance des médecins pour l'incertitude à un niveau très bas et les incite donc à demander plus d'examens et d'avis de confrères. Or si cela permet de réduire le risque à un niveau le plus bas possible, le coût, lui, risque d'être très élevé.

Enfin, la deuxième partie de cette définition détermine deux types de comportements :

- La médecine défensive positive, qui permet au médecin de démontrer qu'il a répondu à l'obligation de moyens et qui se traduit par une augmentation des prescriptions d'examens, d'avis spécialisés, d'hospitalisations, théoriquement inutiles d'un point de vue médical.
- La médecine défensive négative, qui répond à une logique d'esquive de toute forme de risque médico-légal en évitant certains patients ou certaines procédures à risque,

susceptibles de complications. Cela comprend aussi parfois l'acceptation de demandes abusives afin d'éviter les conflits.

Cette classification entre médecines défensives positive et négative est fréquemment reprise par des auteurs, parfois en d'autres termes (*assurance behavior versus avoidance behavior*) (29,30).

Néanmoins, ces définitions venues des États-Unis partent du principe que la médecine défensive est uniquement une réponse à la judiciarisation.

Ainsi, une étude qualitative danoise datant de 2017 menée chez des médecins généralistes (31) concluait que les médecins généralistes considèrent la médecine défensive comme des actions inutiles et dénuées de sens, motivées par des demandes externes au lieu de se concentrer sur le problème du patient. Ils considèrent que des actions défensives sont menées en succombant à diverses sources de pression provenant du système, des patients, d'eux-mêmes et de leurs pairs.

Plus récemment, un article rédigé par des médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine et publié en 2020 (32), basé sur une étude qualitative en focus group menée par le Dr Grocq (33), visant à explorer le vécu et le ressenti de la médecine défensive chez les médecins généralistes français, ainsi qu'une étude quantitative menée par la suite par le Dr Morichon (34), ont rapidement permis de confirmer que les modifications de pratique ne résultaient pas seulement du cadre juridique mais pouvaient également être secondaires à des pressions non judiciaires. On peut citer comme exemple de sources de pressions :

- Les patients (ou leurs entourages) insistants, revendicateurs ou agressifs.
- Les pressions personnelles : mauvaise expérience personnelle, peur du regard des pairs, pression financière.
- Les circonstances de consultation ou visite : week-end, jours fériés, nuits, environnement difficile, désert médical, fatigue.

- L'organisation des soins : Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP), hiérarchisation ressentie vis-à-vis des spécialistes, être médecin remplaçant, lobbying pharmaceutique.

Ces dernières études permettent donc une nouvelle définition de la médecine défensive : « *La médecine défensive est définie comme une modification de la pratique médicale standard en réponse à une source de pression.* ». Il s'agit là de la définition que nous avons utilisée pour notre étude.

b) État des lieux de la médecine défensive

Ce phénomène a été exploré par de très nombreuses études, notamment aux États-Unis et en Europe.

Concernant la judiciarisation, en 2011, une étude américaine (35) constatait que, toutes spécialités confondues, 7,4% des médecins recevaient une plainte chaque année (de 19,1% en neurochirurgie à 2,6% en psychiatrie, et 5,2% en médecine générale). Ils estimaient ainsi qu'à l'âge de 65ans, donc sur une carrière entière, 75% des médecins de spécialité à bas risque et 99% de ceux des spécialités à haut risque seraient victimes d'une plainte d'un patient.

Une autre étude américaine menée en 2010 (36) auprès de 1231 médecins a établi qu'aux yeux d'une écrasante majorité de répondants (91,0%), les médecins prescrivent plus de tests et de procédures que nécessaire pour se protéger contre les poursuites pour faute professionnelle. Ces résultats étaient cohérents pour la plupart des groupes, notamment dans les groupes de spécialités, où 91,2% des généralistes, 88,6% des médecins spécialistes de spécialités médicales, 92,5% des chirurgiens et 93,8% des autres spécialistes étaient d'accord avec l'énoncé.

Dans une étude datant de 2013 au Royaume-Uni (37) chez des médecins hospitaliers, 78% d'entre eux déclaraient pratiquer une forme ou l'autre de médecine défensive. Cinquante-neuf pour cent déclaraient prescrire des tests et 55% adressaient leurs patients à des confrères

inutilement. Enfin, seuls 9% d'entre eux refusaient les patients à haut risque mais 21% refusaient les procédures à haut risque. Les auteurs précisent cependant que ce problème semble diminuer chez les médecins les plus âgés.

Dans un article datant de 2009 (38) et reprenant deux études italiennes, l'une nationale auprès de médecins généralistes et l'autre locale auprès de chirurgiens et anesthésistes, 77,9% des médecins généralistes déclaraient avoir pratiqué au moins une forme de médecine défensive au cours du mois précédent, et 83,3% chez les chirurgiens et anesthésistes.

En France, en 2007, une enquête a été menée auprès de 250 médecins généralistes (39). Soixante-quinze pour cent d'entre eux estimaient qu'il existait une augmentation du nombre de procès contre les médecins. Ils déclaraient avoir modifié leurs pratiques notamment pour la tenue du dossier médical (55%) et le respect du secret professionnel (44%).

Dans une étude réalisée par le Dr Bégué en 2013 en Gironde (40), 65% des médecins généralistes interrogés avouaient modifier leur pratique afin de se prémunir du risque de contentieux, ce qui se traduisait par une nette augmentation des prescriptions d'exams radiologiques et biologiques.

Enfin, en 2012, la Fédération Hospitalière de France (FHF) a rendu publique une étude auprès de 803 médecins français (41). Ces médecins estiment que seuls 72% des actes prescrits sont justifiés (68% pour les médecins généralistes). Or, 85 % d'entre eux (93 % pour les médecins généralistes libéraux), pensaient que les patients et la pression qu'ils exercent sur les médecins sont à l'origine de demandes d'exams non justifiés, contre seulement 58% pour la peur du risque judiciaire. On peut citer également parmi les réponses un problème de formation des médecins (39%), l'absence de référentiel partagé par les professionnels (37%), l'absence de contrôle des pratiques (27%) et les incitations économiques (20%).

c) Conséquences de la médecine défensive

Compte tenu de l'importance du phénomène, plusieurs conséquences délétères doivent être considérées :

• Surcout pour le système de soins

Si la santé n'a pas de prix, elle a bien un coût. Compte tenu de l'ampleur du phénomène, les examens, traitements, consultations spécialisées découlant de comportements défensifs ont également un coût astronomique :

- En 1992 déjà, aux États-Unis, le président Bush déclarait lors d'un discours que « *les personnes ayant commis une erreur médicale sont responsables de ces poursuites frivoles d'avocat qui font grimper le coût des soins médicaux de 25 à 50 milliards de dollars* » (42).
- En 2010, la revue *JAMA Internal Medicine* (36) estimait quant à elle que 60 milliards de dollars étaient dépensés chaque année pour la médecine défensive.
- Il n'y a pas d'étude française visant à évaluer le coût de la médecine défensive en France mais on peut supposer qu'il est très important. On peut rappeler pour le parallèle que les tests du don du sang dépistent en France un donneur infecté par le VIH par an et un donneur infecté par le VHC tous les 2,5 ans (1 pour 6,6 millions de dons), et coûtent 150 millions d'euros par contamination évitée (20).

• Risque iatrogénique

La prescription de tout examen ou traitement en médecine est sous-tendue par le rapport bénéfice/risque. Ainsi l'autoprotection du médecin peut l'amener à déconsidérer la balance bénéfice-risque pour le patient et à prescrire des examens ou des traitements potentiellement délétères. On peut citer par exemple :

- Une étude de 2004 aux États-Unis estime que 0,4% des cancers sont dus à des irradiations consécutives à des examens radiologiques trop nombreux (43).
- Le taux d'amniocentèse en France est de 11% alors qu'il devrait être autour de 5%, ce qui pourrait être une conséquence de la médecine défensive. Or les amniocentèses entraînent, du fait de la iatrogénicité, 1% d'avortements (20).

- Les avis spécialisés demandés parfois à visée défensive sont susceptibles d'engorger les consultations ou les urgences, retardant ainsi la prise en charge des patients nécessitant réellement un avis.
- Les examens complémentaires à visée diagnostique qui ne devraient pas être prescrits sont susceptibles d'entraîner un risque de surdiagnostic, c'est-à-dire un diagnostic qui, s'il n'avait pas été posé, n'aurait jamais entraîné de symptôme clinique. Ces surdiagnostics exposent néanmoins les patients concernés à de sérieux préjudices, notamment psychologiques, mais aussi à des examens invasifs et des traitements agressifs ainsi qu'à leurs effets secondaires, pouvant aller jusqu'au décès (44).

• **Conséquences pour le médecin et la relation médecin-patient**

Les pressions ressenties par le médecin entraînant une médecine défensive dégradent la relation médecin-patient, censée reposer sur une confiance mutuelle. Ainsi derrière chaque patient, la figure du juge se profilerait désormais (45).

L'étude déjà citée réalisée en Aquitaine et publiée en 2020 (32) évoque ainsi de nombreuses conséquences pour les médecins :

- Sur le déroulé de la consultation : interrogatoires, examens cliniques et explications au patient plus minutieux.
- Sur la tenue des dossiers : tendance à noter plus d'éléments dans le dossier médical, y compris sur le déroulement de la consultation.
- Sur le plan émotionnel : participation affective importante lorsque le médecin est sous pression, anxiété, méfiance vis-à-vis du patient et souffrance dans l'exercice professionnel avec risque d'épuisement.

Il est important de noter que toutes les conséquences de la médecine défensive ne sont pas délétères. En effet, l'attention accrue portée aux interrogatoires et examens cliniques ainsi qu'aux prescriptions et la meilleure tenue des dossiers médicaux permettent une meilleure prise en charge du patient.

d) Critique du concept de médecine défensive

Dès 1994, l'OTA précisait dans son rapport (28) la difficulté d'explorer le concept de médecine défensive. En effet, « *si l'on demande aux médecins à quelle fréquence ils ont pratiqué la médecine défensive dans les questionnaires d'enquête, ils peuvent être enclins à répondre avec la réponse la plus susceptible de susciter une réponse politique favorable et d'exagérer ainsi leur véritable niveau de préoccupation au sujet de la faute professionnelle.* ». De plus, si l'on tente d'évaluer les pratiques des médecins face à une situation clinique, ils peuvent sciemment ou non répondre en ce sens. A l'inverse, ils peuvent répondre en justifiant leurs choix sur des bases strictement cliniques, en négligeant d'autres facteurs qui pourraient exister lors d'une situation réelle. Les sondages suscitent donc toujours des réponses biaisées dans un sens ou dans l'autre.

D'autres auteurs ayant enquêté en France notamment au sujet de l'affaire du sang contaminé et auprès des anesthésistes réanimateurs, très exposés au procès (45), font le même constat sur la difficulté d'explorer la médecine défensive.

Ces mêmes auteurs remettent en question le phénomène estimant que « *la médecine défensive paraît procéder d'un raisonnement construit sur la référence implicite à une forme politique bien particulière de la médecine : celle de la tradition clinique, centrée sur l'autorité morale et cognitive d'un clinicien parfaitement autonome, élaborant en son âme et conscience ses jugements médicaux.* ». La médecine défensive procéderait donc souvent d'un regard nostalgique sur une pratique médicale dénuée de toute forme de régulation extraprofessionnelle.

Pour d'autres encore, la médecine défensive se rapporte aux comportements humains et présente des signes particuliers indiquant des failles importantes dans le système. Elle représente le symptôme de la méfiance des patients, de la fatigue des médecins et de l'insécurité (29). Les différentes mesures mises en place pour lutter contre ce phénomène reviendraient alors à traiter une fièvre sans en rechercher la cause.

Enfin, certains auteurs aux États-Unis (46) rattachent la médecine défensive à des manœuvres politiques visant à appuyer des réformes concernant la responsabilité médicale. Pour eux, la

montée des débats sur l'augmentation importante de la judiciarisation viserait à justifier l'augmentation des primes d'assurance et serait donc le fruit d'un lobbying mené par les compagnies d'assurance.

V) L'association SOS médecins

a) Création et développement de l'association

En 1966, le Docteur Marcel Lascar s'installe dans un cabinet de médecine générale à Paris (47). A l'époque, en cas de problème médical survenant de nuit, le week-end, les jours fériés, voire un mois d'août où Paris est déserté, aucun numéro d'appel n'existe, pas même le SAMU ou le numéro 15, créés respectivement en 1970 et 1980.

Un lundi matin, il reçoit la femme d'un de ses patients qui lui apprend le décès de son mari, à la suite d'un infarctus. Le Docteur Lascar étant en week-end, elle n'a réussi à contacter personne. Il s'est alors souvenu avoir récemment appelé SOS Plombier en pleine nuit et avoir été dépanné en une demi-heure. Il s'est alors dit « *Merde alors, pour un médecin, c'est impossible. En 1966, en France, on traite donc mieux les tuyaux de plomb que les coronaires ?* ». Il a donc démarché SOS Plombier pour leur proposer de monter en filiale un service de médecins qui visiteraient les malades à domicile, de nuit et le week-end.

Le 20 juin 1966, soit un mois plus tard, et après avoir ramené 7 autres médecins à sa cause, l'association SOS médecins - sous le nom de *Groupement médical pour les visites à domicile* (48) - effectuait sa première garde, totalisant « *neuf appels pour une vie sauvée* ».

Par la suite, de nombreux médecins de ville se sentent menacés de concurrence déloyale et le conseil de l'ordre traduira l'association en conseil de discipline, tandis que la presse fustige « *un service public qui n'a pas su faire ce que sept médecins courageux mettent en place* ».

La structure fédérative est créée en 1982 par Jean-Baptiste Delmas.

Cinquante-cinq ans après sa création, d'après son site internet (49), SOS Médecins France est le premier réseau d'urgence et de permanence de soins en France. Il réalise 70% de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et semi urbain et 60% des actes sont réalisés la nuit, les week-ends et les jours fériés. Près de 1300 médecins sont regroupés en 63 associations en Métropole et en Outre-mer, en activité 365 jours par an et 24 heures sur 24, gérant chaque année 2,6 millions de visites à domicile, 1,1 million de consultations pour 6,3 millions d'appels.

b) Fonctionnement de la structure

Toujours d'après son site internet (49), SOS Médecins est une fédération d'associations à but non lucratif reconnue d'utilité publique, travaillant en relation étroite avec les services publics d'urgences (pompiers, SAMU, hôpitaux).

Elle répond à un cahier des charges : qualification des médecins, voiture blanche débanalisée, gyrophare, mallette d'urgence, traçabilité sur smartphone. Les structures de SOS Médecins disposent d'un plateau technique multifonctions : standard téléphonique, applicatif informatique à métier spécifique, traçabilité, enregistrements d'appels.

De plus SOS Médecins France publie régulièrement des rapports à visée épidémiologique dans le cadre de sa collaboration d'abord avec l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), avec lequel il a signé une convention de partenariat en 2006, puis avec Santé Publique France depuis la création de cet organisme. Il s'agit d'un maillon essentiel de la surveillance épidémiologique en France (50).

c) SOS Médecins Bordeaux

L'association SOS Médecins Bordeaux réalise chaque année un rapport d'activité. Le dernier en date est celui de 2019 (51) :

• Organisation :

L'association SOS médecins Bordeaux a été créée en 1974. Son président actuel est le Dr Frédéric Chemin.

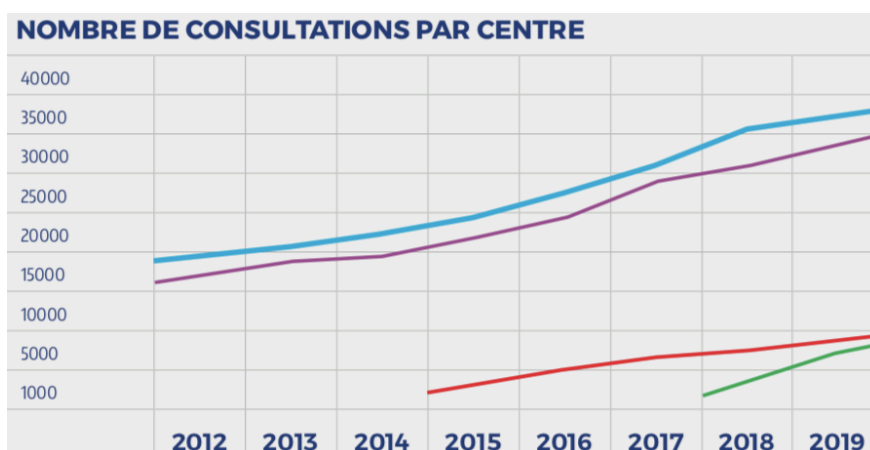
Son centre d'appel, situé à Bordeaux, gère les appels des associations SOS Médecins Bordeaux, SOS Médecins Côte Basque, SOS Médecins Pau et SOS Niort 79. Il comprend une directrice administrative, 37 télésecrétaires, un gestionnaire de plateau technique et deux secrétaires administratives. L'association SOS Médecins Bordeaux regroupe 96 médecins.

Quatre centres de consultation en dépendent : SOS médecins Bordeaux (ouvert en 2008), SOS médecins Cenon (2012), SOS médecins Biganos (2015) et SOS médecins Eysines (2018).

• Chiffres clés :

SOS Médecins Bordeaux dessert 80 communes pour une population couverte d'environ 1 million de personnes, soit deux tiers de la population de la Gironde. En 2019, 449 856 appels ont été décrochés pour 351 934 dossiers régulés, débouchant sur 227 145 visites, 93 670 consultations et 31 119 conseils téléphoniques. Le nombre de consultations ne cesse d'augmenter.

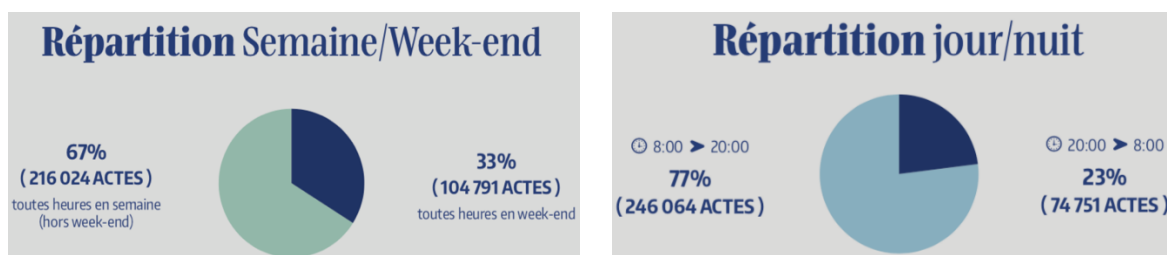
Figure 6 : Nombre de consultations par centre depuis 2012 (en Bleu à Bordeaux, en violet à Cenon, en rouge à Biganos et en vert à Eysines).



• Spécificités de l'activité de SOS médecins :

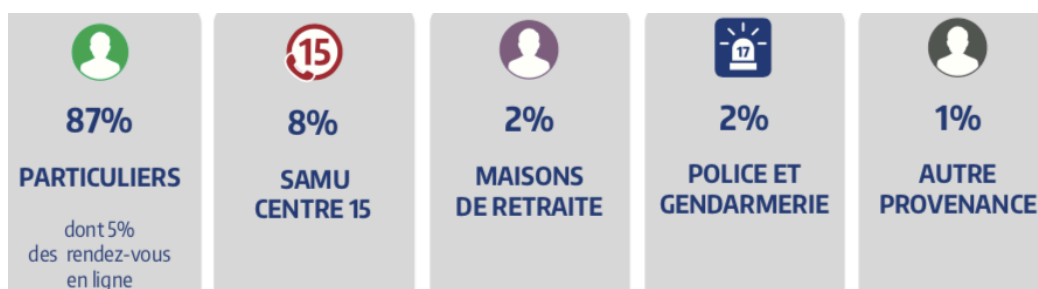
Elles sont nombreuses et inhérentes aux objectifs de l'association. Les premières concernent les jours et horaires de visites et consultations :

Figure 7 : Répartition horaire des actes de SOS Médecins Bordeaux.



Par ailleurs, tous les appels ne proviennent pas directement de particuliers. L'origine des appels est répartie entre de nombreux acteurs :

Figure 8 : Répartition des appels selon leur provenance.



Or, si beaucoup d'appels relèvent de la médecine générale, nombre d'entre eux correspondent à des demandes bien particulières, le plus souvent des urgences médicales mais également des missions de service public. On peut citer notamment, selon la provenance des appels :

- SAMU centre 15 : nécessité d'une prise en charge urgente, par exemple les douleurs thoraciques suspectes ou les détresses respiratoires, mais également problèmes psychiatriques et hospitalisations sous contrainte.
- EHPAD : problèmes médicaux urgents, mais également nombreuses fins de vie et certificats de décès.
- Police et gendarmerie : problématiques médico-administratives avec notamment certificats de garde à vue, certificat de décès, certificat d'ivresse publique manifeste, troubles à l'ordre public et hospitalisations sous contraintes, interventions en prison.

On peut également noter que, si seuls 3% des appels de particuliers se concluent par une hospitalisation, ce chiffre monte à 15% pour ceux provenant du SAMU Centre 15.

Peu d'études permettent de comparer les populations ayant recours à SOS Médecins à la population générale. On peut néanmoins citer une enquête datant de 2006 visant à comparer les actes réalisés par des médecins exerçant au sein d'une association d'urgentistes à ceux des médecins exerçant en cabinet (52). En voici les principaux résultats :

- 35% des patients ont moins de 13 ans, contre 22% des recours urgents auprès des généralistes.
- Les chômeurs et les inactifs recourent plus souvent aux urgentistes de ville qu'aux généralistes exerçant en cabinet
- 60% de l'activité s'effectuent la nuit ou les week-end (contre 11% pour les généralistes)
- 92% des visites concernent une affection aiguë, contre 80% chez les généralistes.
- Les urgentistes voient davantage des patients dont l'état clinique est critique, notamment dans les populations âgées.

Enfin, malgré l'absence de documentation à ce sujet, on peut envisager d'autres spécificités : patients ayant un suivi médical erratique, sans médecin traitant, populations défavorisées, gens du voyage, personnes isolées socialement. Les visites à domicile peuvent parfois se faire dans un environnement difficile voire hostile, notamment la nuit. De plus, l'absence de suivi au décours des visites et consultations peut parfois être source d'inquiétudes.

VI) Justification de l'étude et objectif de recherche

Partant des conclusions des études qualitatives danoises et françaises récentes citées précédemment (31,32), nous avons cherché à définir plus précisément les sources de pression ressenties dans la pratique médicale et susceptibles d'entraîner des pratiques défensives. Il nous semblait légitime d'interroger les médecins de l'association SOS médecins à ce sujet, compte tenu d'un mode d'exercice paraissant particulièrement exposé à des pressions bien spécifiques.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée à Bordeaux auprès des praticiens installés de l'association SOS médecins Bordeaux, entre novembre 2020 et mai 2021.

I) Population de l'étude

- **Critères d'inclusion** :

La population étudiée correspond aux médecins installés titulaires, associés ou contractuels, de l'association SOS médecins Bordeaux, en activité en 2020 et 2021.

- **Critères d'exclusion** :

Sont exclus de l'étude les médecins remplaçants de l'association SOS Médecins Bordeaux, afin d'éviter une possible confusion entre les pressions ressenties dans l'une ou l'autre de leurs activités, mais également pour ne pas mélanger les populations étudiées avec une autre enquête similaire en cours visant spécifiquement les médecins remplaçants de la Gironde.

II) Élaboration et détails du questionnaire

L'intégralité du questionnaire est disponible en annexe 1. Il a été élaboré à partir du travail qualitatif en focus groupes réalisé par le Dr Thomas Grocq (33) et par le questionnaire réalisé initialement par le Dr Charles Morichon (34), repensé pour notre question de recherche. Il porte sur les sources de pression ressenties par les médecins entraînant des pratiques médicales défensives et leurs impacts concrets sur la pratique médicale. Il a été établi via le logiciel Google Forms.

Le questionnaire comporte 20 items, répartis en 5 groupes (disponible en annexe 1) :

- **Démographie (items 1 à 5)** des médecins répondeurs, comprenant l'âge, le sexe, l'année de début d'activité, l'existence d'une autre activité professionnelle et l'antécédent de plainte de la part d'un patient.
- **Sources de pressions ressenties amenant à la pratique d'une médecine défensive (6 à 14)**, comprenant 9 questions explorant les pressions ressenties lors de la présence d'un tiers, face à un patient insistant, à une incertitude clinique, à certains motifs de consultation, aux menaces de plaintes, au suivi de patient au long cours, et lors d'horaires de consultations particuliers.
- **Conséquences sur la pratique (15 et 16)**, comprenant 2 questions portant sur l'impact de ces pressions sur la pratique médicale.
- **Moyens de prévention (17 à 19)**, 3 questions portant sur les moyens de se prémunir des pressions subies.
- **Synthèse (20)**, question unique correspondant à une auto-évaluation du niveau d'impact de la médecine défensive ressenti par le médecin, par une échelle allant de 0 (pas du tout impacté) à 10 (totalement impacté).

Pour la majorité des réponses nous avons utilisé une échelle de Likert type Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Indifférent / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord). Certains items (9 ; 12 ; 15 ; 16) demandaient des précisions en cas de réponse positive.

III) Diffusion du questionnaire

Nous avons tout d'abord contacté le Dr Aurore Vidouta, médecin associé à SOS médecins Bordeaux, afin de diffuser, via une *mailing-list* interne à l'association, un mail (disponible en annexe 2) présentant l'objet du travail de thèse et invitant les médecins à nous contacter afin de répondre au questionnaire au cours d'un entretien téléphonique. Ce dernier avait pour objectif d'augmenter le taux de participation.

Après cinq relances, 21 réponses avaient été collectées. Le nombre de réponses à chaque relance diminuant nous avons finalement décidé d'inviter les médecins à répondre directement au questionnaire sans passer par l'entretien téléphonique. Un nouveau mail (disponible en annexe 3) a été diffusé, à nouveau par le Docteur Vidouta à la même *mailing-list*, contenant un lien permettant d'accéder au questionnaire, associé à une présentation du travail de thèse.

Pour les entretiens téléphoniques comme pour les réponses directes par mail, les données recueillies étaient automatiquement anonymisées. Il n'y a pas eu de collecte des adresses mails des participants.

IV) Analyse des résultats

L'échelle de Likert a permis d'attribuer une valeur numérique aux réponses :

- Pas du tout d'accord = 1 ;
- Plutôt d'accord = 2 ;
- Indifférent = 3 ;
- Plutôt d'accord = 4 ;
- Tout à fait d'accord = 5.

L'attribution de ces valeurs numériques a permis un traitement quantitatif des données et le calcul d'une moyenne pour chaque question. Ainsi, lorsque l'échelle évalue le degré d'accord ou de désaccord, une moyenne à 3 signe la neutralité. Plus la moyenne approche de 5, plus elle démontre un accord important. A l'inverse, proche de 1, elle traduit un profond désaccord.

L'analyse a consisté à décrire l'ensemble des variables de l'échantillon. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes, leurs médianes et leurs écart-types. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages respectifs.

- Formule de la moyenne :

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i,$$

où x est la variable et n la taille de l'échantillon

- Formule de l'écart type :

$$\sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{(n-1)}}$$

où x est la moyenne de l'échantillon et n la taille de l'échantillon.

- Les médianes sont les valeurs qui se trouvent au centre de chaque ensemble de variables.

V) Mesures éthiques et réglementaires

L'accord du CPP n'est pas nécessaire selon l'article R 1121-1 du Code de la santé publique, modifié par le décret du 9 mai 2017, car il s'agit d'une étude rétrospective et anonyme.

RESULTATS

Le recueil des données a été effectué entre le 10 novembre 2020 et le 23 août 2021, après 7 diffusions du questionnaire à une liste interne de médecins titulaires de l'association SOS médecins Bordeaux, par l'intermédiaire du Dr Aurore Vidouta.

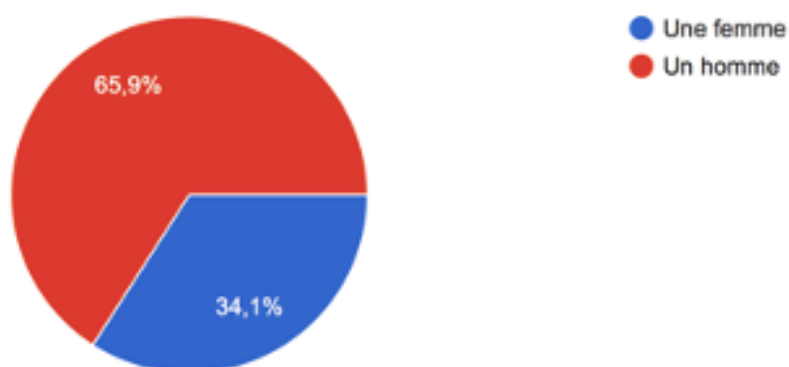
Le questionnaire a ainsi été diffusé auprès de 96 médecins. Quarante-quatre réponses ont été recueillies. Les vingt-et-une premières réponses ont été recueillies au cours d'un entretien téléphonique et les vingt-trois dernières réponses ont été recueillies directement sur Google Forms. Le taux de réponse est de 45,8%.

I) Caractéristiques démographiques

a) Genre de la population

Parmi les 44 médecins ayant répondu, on comptait 15 femmes (34,1%) et 29 hommes (65,9%) :

Figure 9 : répartition de la population en fonction du genre.

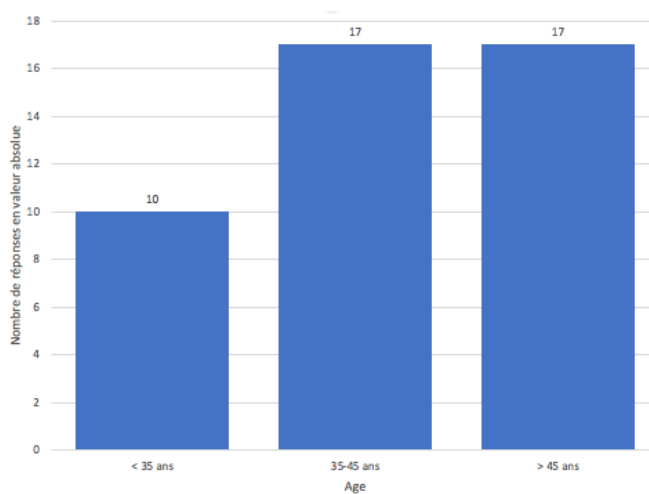


b) Age de la population

La moyenne d'âge était de 42,3 ans avec un écart type de 9,4, un minimum à 28 ans et un maximum à 67 ans. La médiane était de 41,5 ans.

22,7% des participants avaient moins de 35 ans, 38,6% d'entre eux avaient entre 35 et 45 ans et 38,6% avaient plus de 45 ans.

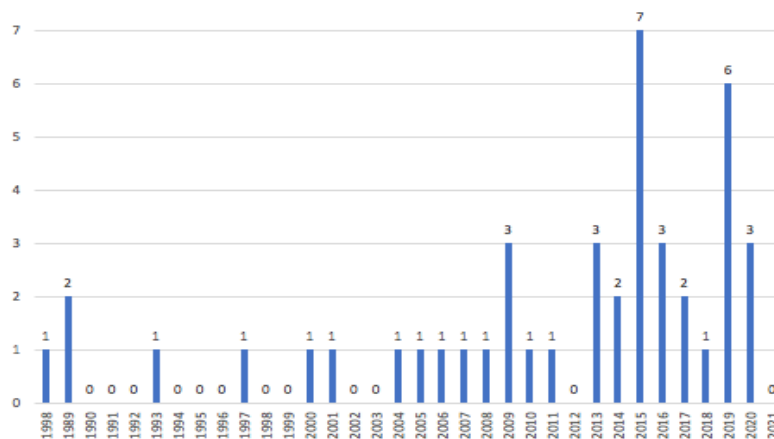
Figure 10 : répartition de la population en fonction de l'âge.



c) Date d'installation

L'année d'installation était en moyenne 2010 mais la médiane était 2014. On note donc que 50% des médecins étaient titulaires chez SOS médecins depuis moins de 7 ans.

Figure 11 : répartition de la population en fonction de l'année d'installation.



d) Activité en dehors de l'association

Sur les 44 médecins interrogés, 9 (20,5%) ont déclaré avoir une activité en dehors de l'association, parmi lesquels on retrouvait : 1 consultant informatique, 1 médecin coordinateur d'EHPAD, 1 médecin pompier volontaire, 2 médecins généralistes en cabinet et 4 régulateurs au SAMU centre 15.

e) Antécédent de plainte

Sur les 44 médecins interrogés, 15 (34,1%) ont déclaré avoir déjà été l'objet d'une plainte de la part d'un patient.

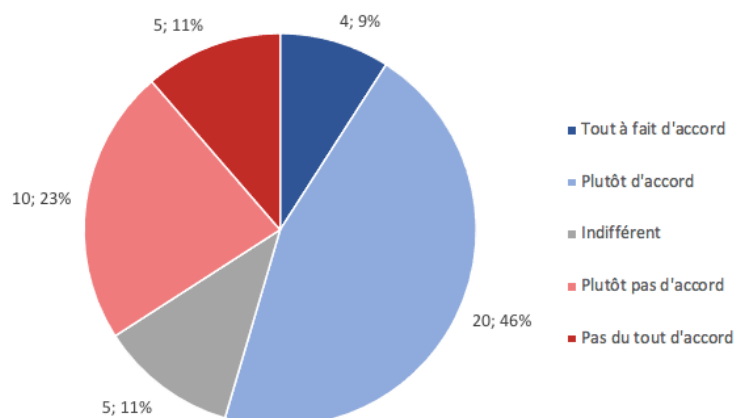
II) Sources de pressions ressenties amenant à une pratique de la médecine défensive

a) Présence d'un tiers

Vingt-quatre médecins (55%) ont déclaré ressentir la présence d'un tiers (parents, enfants, conjoint) comme étant source de pression.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 3,18.

Figure 12 : Présence d'un tiers ressentie comme source de pression.

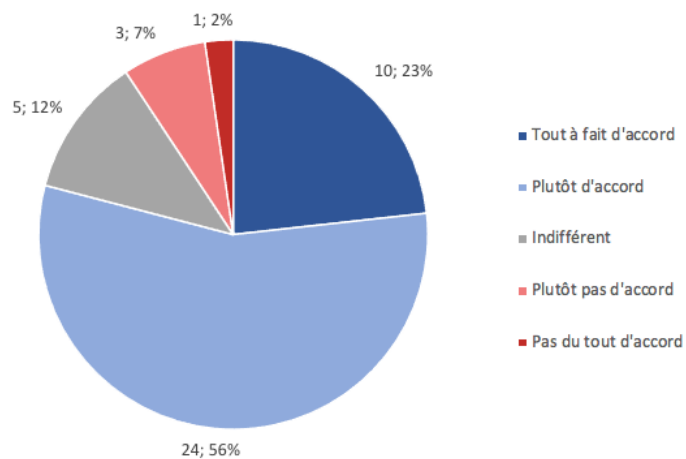


b) Insistance du patient

La grande majorité des médecins (34, soit 78%) déclarait ressentir l'insistance des patients comme une source de pression.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 3,9.

Figure 13 : Insistance du patient ressentie comme source de pression.

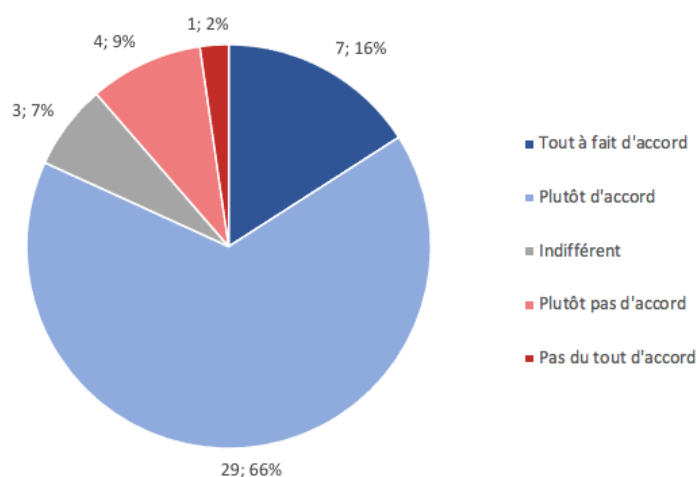


c) Incertitude clinique ou diagnostique

Trente-six médecins (82%) ont déclaré ressentir une incertitude clinique ou diagnostique comme une source de pression.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 3,84.

Figure 14 : Incertitude clinique ressentie comme source de pression.

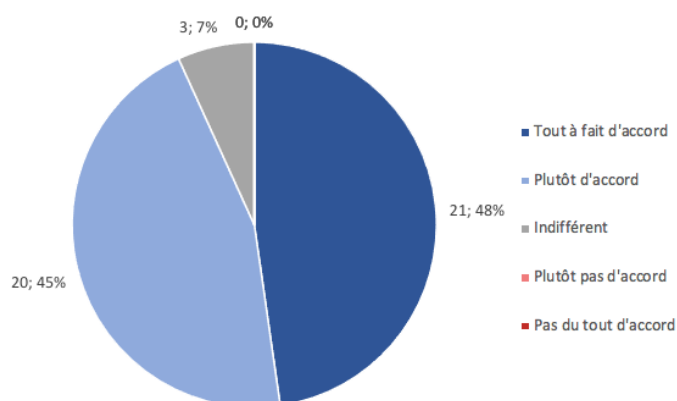


d) Motifs de consultation

La quasi-totalité des médecins (41, soit 93%) déclarait considérer certains motifs de consultation particuliers comme source de pression.

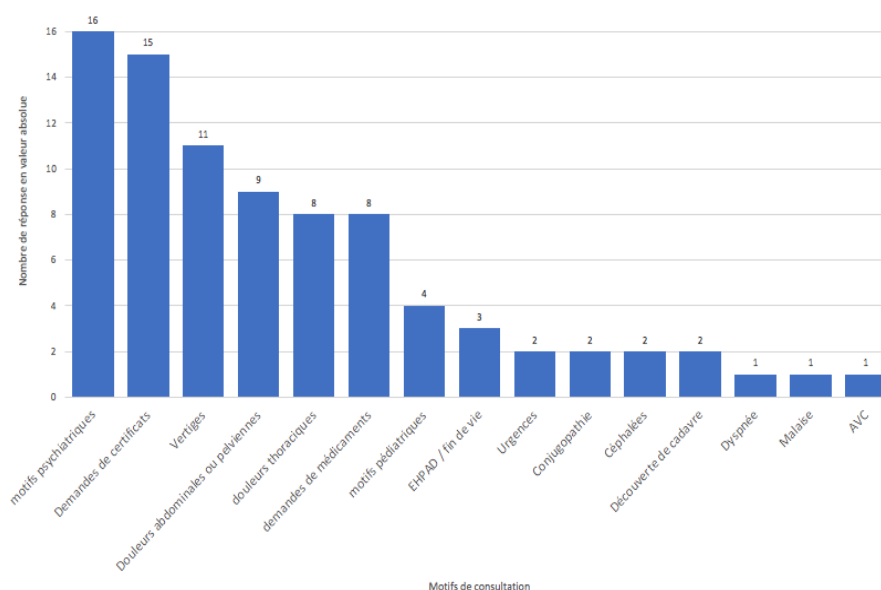
La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 4,4.

Figure 15 : Motifs de consultation particuliers ressentis comme source de pression.



A la question ouverte « quels motifs de consultation particuliers ressentez-vous comme source de pression ? », on retrouve principalement les motifs psychiatriques (avec notamment les hospitalisations sous contrainte, tentatives de suicide, agitation, sevrage) qui ont été cités 16 fois (36% des médecins), les demandes de certificat (arrêt maladie, garde à vue, certificat coups et blessures), cités 15 fois (34%), les vertiges 11 fois (25%), les douleurs abdominales 9 fois (20%), les douleurs thoraciques 8 fois (18%) et les demandes de médicaments 8 fois (18%).

Figure 16 : Détail des motifs de consultation particuliers ressentis comme source de pression.

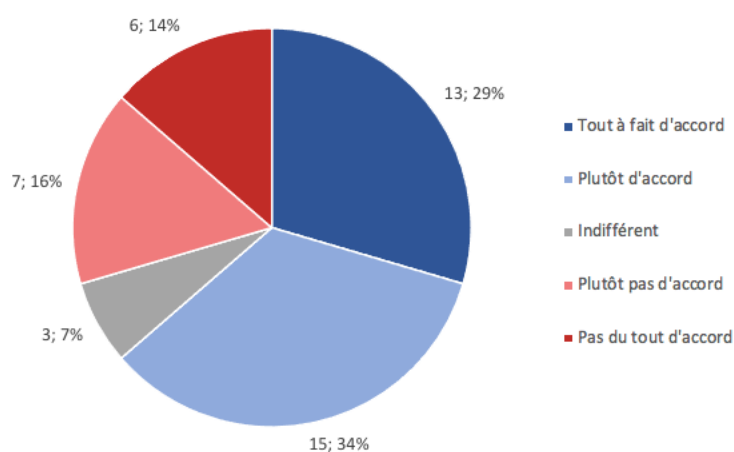


e) Menace de plainte

Vingt-huit médecins (63%) considéraient une menace de plainte de la part d'un patient comme étant source de pression.

La moyenne de l'échelle de Likert était de 3,5.

Figure 17 : Menace de plainte ressentie comme source de pression.

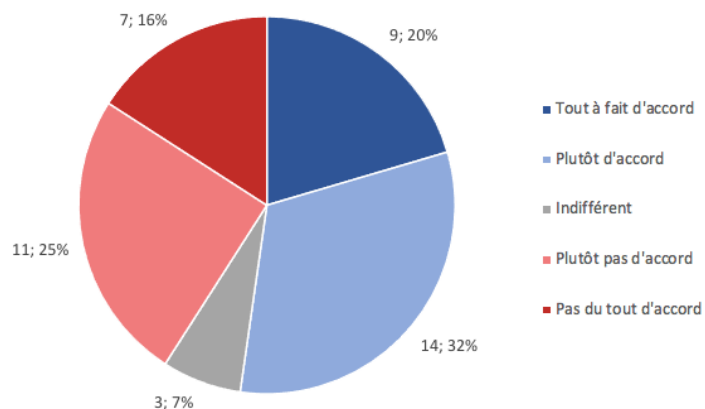


f) Horaires de consultation

Le travail de nuit, le week-end ou le vendredi après-midi étaient donnés en exemple d'horaires de consultation particuliers. 23 médecins (52%) déclaraient considérer ces horaires comme source de pression.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 3,15

Figure 18 : Horaires particuliers ressentis comme source de pression.

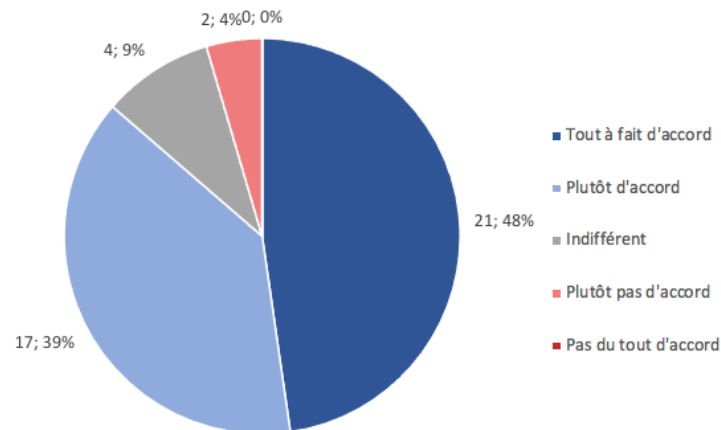


g) Spécificités des activités de SOS médecins

La grande majorité des médecins (38, soit 87%) considérait que les activités spécifiques de SOS médecins sont pourvoyeuses de pressions supplémentaires.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 4,3.

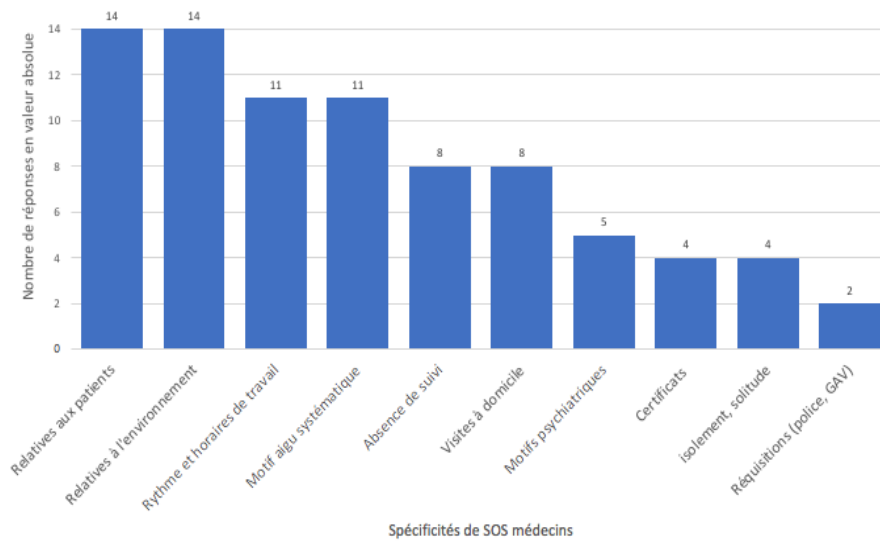
Figure 19 : Activités spécifiques de SOS médecins ressenties comme sources de pression supplémentaires.



Une question ouverte a été ajoutée à la question « les activités spécifiques de SOS médecins sont-elles pourvoyeuses de pressions supplémentaires susceptibles d'entraîner une pratique défensive de la médecine ? » afin de mieux cerner ces spécificités dont voici les principales citées :

- Spécificités relatives aux patients qui ont été citées 14 fois (32% des interrogés) : patients insistants, exigeants, nomades, difficiles, agressifs, inconnus, en rupture de suivi, sentiment d'obligation de résultat.
- Spécificités relatives à l'environnement, citées 14 fois (32% des interrogés) : changement permanent, environnement inconnu, dangereux, quartiers difficiles, insécurité.
- Rythme de travail, fatigue, travail de nuit : 11 fois (25%)
- Motif aigu systématique, urgences : 11 fois (25%)
- Absence de suivi des patients : 8 fois (18%)
- Visites à domicile : 8 fois (18%)

Figure 20 : Détail des activités spécifiques de SOS médecins ressenties comme sources de pression supplémentaires.

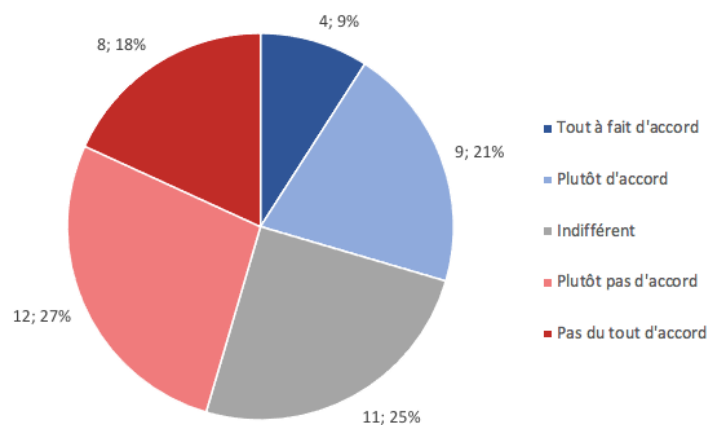


h) Suivi des patients au long cours

Seuls 13 médecins (30%) ressentiaient le suivi des patients au long cours comme une source de pression.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 2,75.

Figure 21 : Suivi des patients au long cours ressenti comme source de pression



i) Source de pression principale

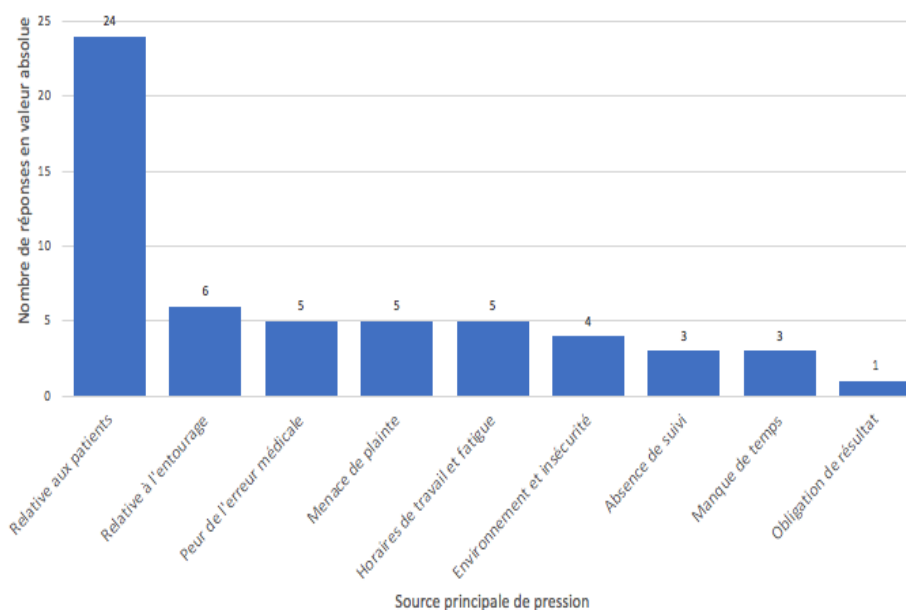
La question suivante était une question ouverte portant sur la source de pression principale ressentie par les médecins entraînant une pratique de la médecine défensive.

Vingt-quatre médecins (55%) ont cité le patient comme source de pression principale, notamment pour les patients « insistants » ou « agressifs », parfois « procéduriers », « stressés », « inquiets », présentant « des difficultés de compréhension » ou encore « de statut social élevé » ou bien pour des raisons de religion.

Viennent ensuite les pressions relatives à l'entourage et à la présence d'un proche, citées 6 fois (14%).

La peur de l'erreur médicale, les menaces de plaintes et les contraintes horaires entraînant une importante fatigue ont été citées 5 fois chacune (11%).

Figure 22 : Détail des principales sources de pression ressenties par les médecins.



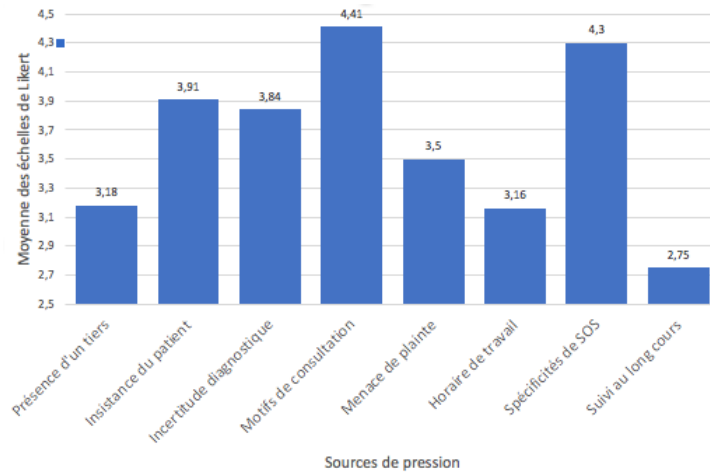
j) Moyenne des échelles de Likert

La moyenne des échelles de Likert fait apparaître les motifs de consultations particuliers comme étant la source de pression la plus importante, suivie par les spécificités de SOS médecins et l'insistance du patient.

Il est important de noter que les spécificités de SOS médecins ont une influence majeure sur la plupart des autres sources de pression notamment la présence de tiers, le profil des patients,

les motifs de consultation, les horaires de travail, et le suivi des patients (en l'occurrence l'absence de suivi).

Figure 23 : Moyenne des échelles de Likert selon les sources de pression ressenties.



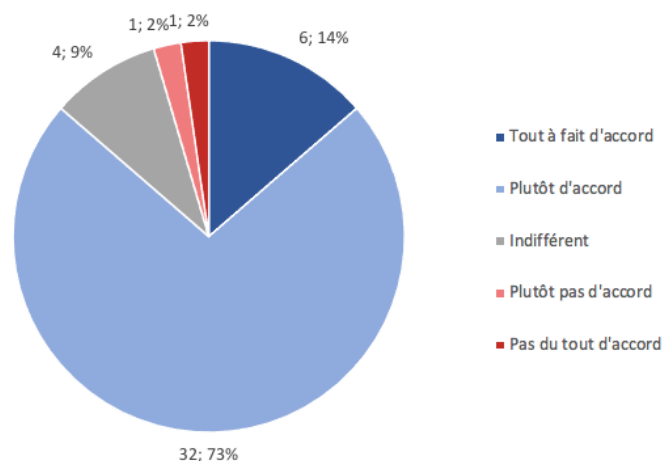
III) Impact des pressions ressenties sur la pratique médicale

a) Modification des pratiques

La grande majorité des médecins interrogés (38, soit 87%) ont déclaré modifier leur pratique en réponse à une source de pression.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 3,93.

Figure 24 : Modification des pratiques en réponse à une source de pression.

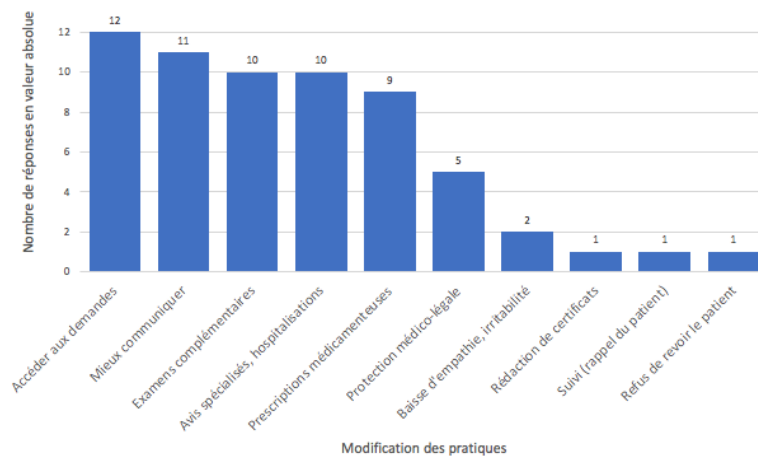


La question suivante était une question ouverte sur le type de modification des pratiques.

Douze médecins (27%) ont déclaré accéder aux demandes abusives des patients pour écourter le temps de consultation et 11 (25%) ont déclaré au contraire prendre plus de temps pour mieux communiquer, expliquer, négocier avec le patient.

Dix médecins (23%) ont déclaré prescrire plus d'examen complémentaires, le même nombre disait demander plus d'avis spécialisés ou d'hospitalisations, 9 (20%) prescrivait plus de médicaments et 5 (11%) déclaraient se protéger sur le plan médico-légal en améliorant la tenue du dossier médical.

Figure 25 : Détail des modifications des pratiques en réponse à une source de pression

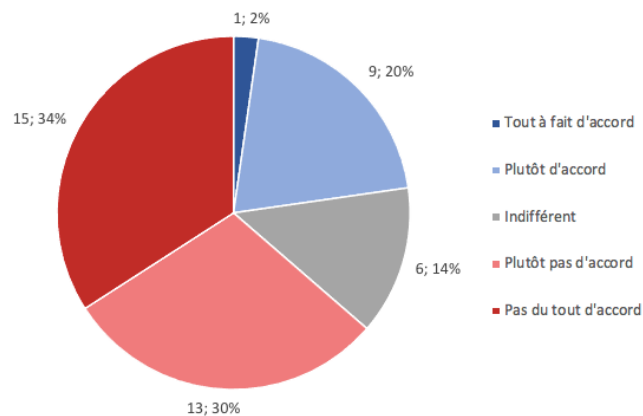


b) Éviction de certains actes

Dix médecins seulement (22%) déclaraient ne plus réaliser certains actes ou gestes techniques en réponse à une source de pression.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 2,27.

Figure 26 : Éviction d'actes réalisés auparavant.



Une question ouverte permettait à nouveau de préciser quels actes les médecins ont arrêté de réaliser dans leur pratique.

Deux médecins (5%) ont dit ne plus pratiquer de touchers rectaux ou vaginaux, 2 médecins (5%) ne pratiquaient plus de suture selon l'environnement de la visite, 2 autres (5%) déclaraient ne plus pratiquer de gestes de réanimation (intubation), 2 (5%) refusaient les sondages urinaires, 1 médecin (2%) refusait certains certificats médicaux et 1 dernier (2%) déclarait ne plus poser de voie veineuse périphérique.

IV) Moyens de se prémunir face aux pressions subies

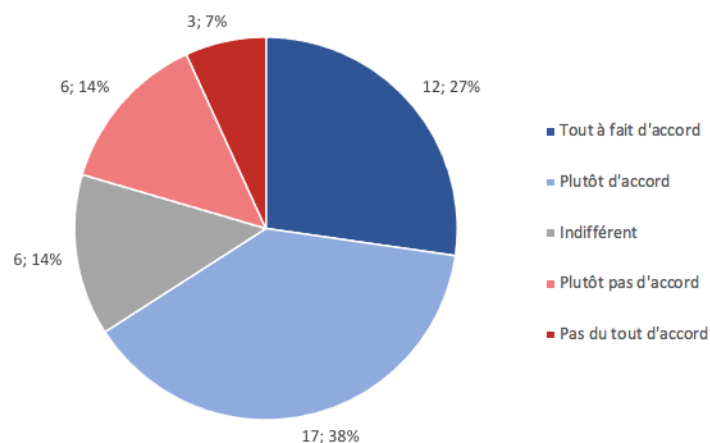
Afin de déterminer comment se prémunir face aux pressions subies, nous nous sommes basés sur le travail du Dr Grocq qui a permis de faire émerger trois pistes de réflexion :

a) Formations supplémentaires

Vingt-neuf médecins (66%) estimaient que davantage de formations permettrait de se prémunir face aux pressions ressenties et ainsi éviter des pratiques de médecine défensive.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 3,66.

Figure 27 : Nécessité de formations supplémentaires

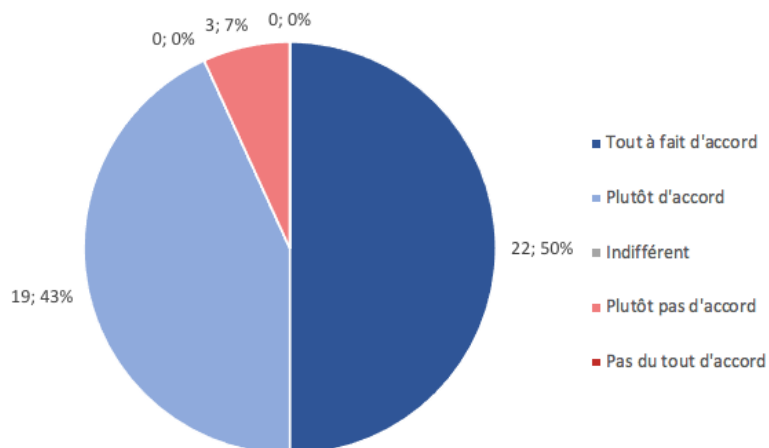


b) Majoration des explications données au patient

Quarante-et-un médecins (93%) estimaient qu'il est nécessaire de donner plus d'explications au patient qu'habituellement lorsqu'ils sont sous pression.

La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 4,36.

Figure 28 : Nécessité de majoration des explications données au patient.

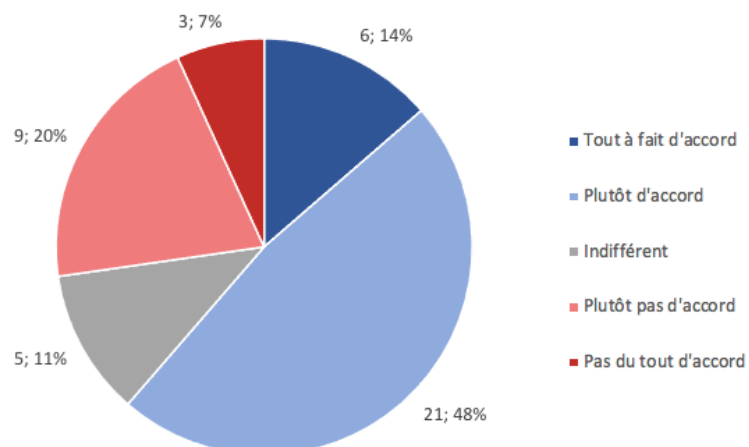


c) Rappel spontané du patient après une consultation compliquée

Vingt-sept médecins (62%) estimaient que rappeler le patient au décours d'une consultation permettrait de se prémunir de la médecine défensive.

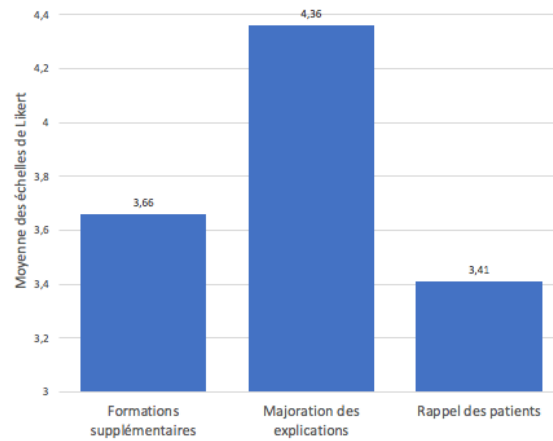
La moyenne de l'échelle de Likert était calculée à 3,41

Figure 29 : Intérêt de recontacter le patient au décours d'une consultation.



La moyenne des échelles de Likert pour les moyens de se prémunir face aux pressions subies montre que la majoration des explications données aux patients était considérée par les médecins comme la meilleure solution.

Figure 30 : Moyenne des échelles de Likert selon les moyens de se prémunir.

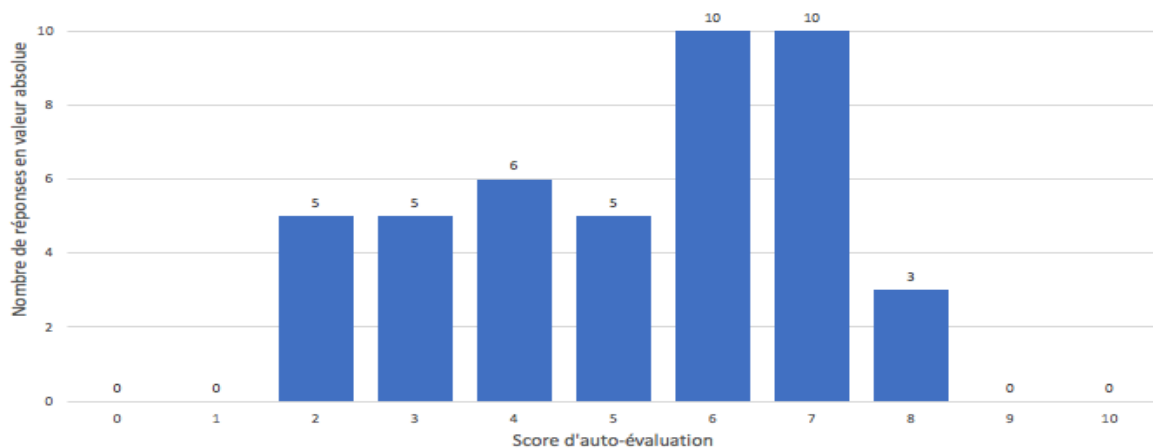


V) Synthèse

La dernière question était une auto-évaluation, via une échelle numérique de 0 à 10, de l'impact des pressions subies et donc de la pratique de la médecine défensive.

La moyenne était de 5,18 avec un écart type de 1,85 et une médiane à 6.

Figure 31 : Score d'impact des pressions ressenties sur la pratique médicale.



DISCUSSION

I) Principaux résultats

a) Sources de pressions

L'objectif principal de notre étude était de déterminer quelles étaient les principales sources de pression ressenties par les médecins de l'association SOS médecins.

Parmi les 44 médecins interrogés, 24 ont cité le patient (décrit comme parfois insistant, agressif, procédurier, difficile...) comme étant la principale source de pression, soit 55% d'entre eux.

La comparaison des moyennes des échelles de Likert retrouvait en sources principales « certains motifs de consultation particuliers », suivi de près par « les activités spécifiques de SOS médecins », avec des moyennes calculées respectivement à 4,4 et 4,3. Le patient comme source de pression arrivait seulement en troisième position avec une moyenne à 3,9, ce qui peut paraître contradictoire.

Par ailleurs, l'ensemble des items évalués, à l'exception du suivi au long cours (qui concerne justement très peu l'activité de SOS médecins), était reconnu comme source de pression, retrouvant des moyennes d'échelles de Likert supérieures à 3, avec par ordre décroissant :

- Certains motifs de consultation particuliers
- L'insistance du patient
- L'incertitude clinique ou diagnostique
- La menace de plainte
- La présence d'un tiers
- Les horaires de travail

Nous n'avons pas inclus dans ce classement « les activités spécifiques de SOS médecins » car toutes les autres sources de pressions évaluées nous semblent participer de ces spécificités. Il s'agit donc d'une source composite. La moyenne élevée de l'échelle de Likert à 4,3 pour cet item nous paraît plutôt témoigner de l'ensemble des difficultés rencontrées par les médecins de l'association, qui considéraient donc être particulièrement exposés aux diverses sources de pression et à la médecine défensive.

Cette question relative aux spécificités de SOS médecins a également permis de faire émerger une source de pression que nous n'avions pas envisagée initialement, à savoir les difficultés relatives à l'environnement des visites, la solitude et le sentiment d'insécurité qui en découle.

b) Modifications des pratiques

Notre étude a permis de confirmer que les pressions subies entraînaient des modifications des pratiques pour les médecins interrogés. En effet, 38 médecins sur 44, soit 87%, ont déclaré modifier leurs pratiques face aux situations considérées comme sources de pressions.

Les réponses libres sur les types de modifications de pratique confirmaient l'existence de deux types de médecine défensive déjà évoqués dans des études antérieures (28–30) :

- La médecine défensive positive, visant à démontrer la réponse à l'obligation de moyens, qui se traduit ici par l'augmentation de prescriptions de médicaments et d'exams complémentaires, des hospitalisations et avis spécialisés, l'amélioration de la communication, la meilleure tenue du dossier médical, le temps de consultation allongé et enfin à la réponse la plus fréquente, citée 12 fois (27%) : « accéder à la demande du patient ».
- La médecine défensive négative, qui répond à une logique d'esquive, avec l'éviction de certains gestes ou actes techniques, l'interruption de la consultation ou encore le refus de revoir certains patients.

On note également que ces deux types de modifications de pratiques sont largement imbriquées, les médecins ayant souvent déclaré « accéder à la demande du patient afin d'écourter la consultation ».

Enfin, seuls 10 médecins (22%) ont déclaré ne plus réaliser certains actes qu'ils réalisaient auparavant. On peut tenter d'expliquer ce résultat par la relative jeunesse des médecins interrogés (moins de 7 ans d'ancienneté à SOS médecins en moyenne) et donc un manque de recul face à cette question.

c) Moyens de se prémunir

Soixante-six pour cent des interrogés estimaient que davantage de formations permettrait de mieux se prémunir face aux sources de pressions subies et 62% déclaraient qu'il serait utile de rappeler le patient au décours d'une consultation difficile.

Par ailleurs, la quasi-totalité des interrogés (93%) estimait que donner davantage d'explications au patient permettrait d'améliorer la communication lors de la consultation et ainsi de désamorcer les situations compliquées.

Une meilleure communication lors des consultations semblerait donc être de loin la meilleure arme pour se prémunir de la médecine défensive.

II) Forces de l'étude

Le sujet de l'étude et son approche sont originaux et explorent un sujet encore peu connu en France, a fortiori en soins primaires, les études précédentes à ce sujet portant principalement sur des spécialités particulièrement à risque, telles que l'anesthésie.

Les études existantes traitaient spécifiquement des conséquences du phénomène de la médecine défensive, ou essayaient de le quantifier. Ces conséquences semblaient déjà bien identifiées, qu'elles soient pour le médecin, pour le patient ou pour le système de santé dans son ensemble.

La cause principale supposée de la médecine défensive était la judiciarisation de la médecine. Notre étude visait à explorer cette hypothèse. Si quelques études qualitatives en focus group (31,32) avaient été menées jusque-là, il existait très peu d'études quantitatives explorant les diverses sources de pressions rencontrées en soins primaires.

Réaliser le questionnaire en se basant sur les travaux précédents et notamment ceux des Dr Grocq et Morichon a permis de renforcer la validité et la pertinence de l'étude.

La population étudiée, compte tenu d'un mode d'exercice bien particulier et de la rareté de sa représentation dans les études à ce sujet, paraît particulièrement intéressante, notamment en raison des très nombreuses visites à domicile, entraînant un changement permanent d'environnement et la présence quasi systématique de proches du patient, mais aussi d'horaires de travail impliquant de nombreux actes réalisés de nuit ou le week-end, des profils de patients particuliers et des motifs de consultation différents de ceux d'un cabinet, notamment les motifs urgents.

Enfin, notons que deux études similaires sont en cours en Nouvelle-Aquitaine, l'une s'intéressant aux médecins généralistes installés et l'autre aux médecins généralistes remplaçants.

III) Limites de l'étude

S'agissant d'une étude descriptive, nous n'avons pas réalisé de calcul du nombre de sujets nécessaires. Le taux de réponse de 46% était relativement élevé mais le nombre de réponses

en valeur absolue reste cependant faible en raison du nombre limité de médecins (96 médecins associés ou contractuels à SOS médecins Bordeaux) auxquels le questionnaire a été diffusé.

Compte tenu de la durée du recrutement et du faible taux de réponse, nous avons dû modifier notre protocole, en passant d'un entretien téléphonique à une simple réponse par mail.

La représentativité de l'échantillon ne peut pas être évaluée car, les données personnelles des médecins de SOS médecins Bordeaux étant confidentielles, nous ne disposons pas des caractéristiques de la population totale.

On peut néanmoins constater, en comparant nos données avec celles de *l'Atlas de la Démographie Médicale en France* de 2020 (53), que :

- La moyenne d'âge de notre échantillon (42,3 ans) est bien inférieure à la moyenne nationale (50,5 ans).
- Notre échantillon comporte moins de femmes (34%) que la moyenne nationale, notamment chez les plus jeunes (51% de femmes pour l'ensemble des médecins en Gironde, 65% de femmes pour les médecins généralistes de moins de 40 ans au niveau national).

Ces différences étaient cependant déjà visibles en 2005 (52) avec une moyenne d'âge de 41 ans chez les urgentistes de ville (soit 6 ans de moins que la moyenne des médecins en cabinet), et seulement 10% de femmes (contre 25% en cabinet).

Ces deux données peuvent sembler contradictoires puisque, au niveau national, les populations de médecins les plus jeunes sont les plus féminisées. On peut supposer que cette caractéristique de notre population d'étude est en partie liée aux problématiques sécuritaires et d'isolement évoquées dans les résultats.

Il peut également exister un biais de sélection quant au recrutement des médecins de notre étude, les médecins répondants étant potentiellement les plus sensibilisés au sujet de la médecine défensive.

De plus, comme cela était déjà constaté par l'OTA en 1994 (28), le concept de médecine défensive est difficile à explorer, car « *si l'on demande aux médecins à quelle fréquence ils ont pratiqué la médecine défensive dans les questionnaires d'enquête, ils peuvent être enclins à répondre avec la réponse la plus susceptible de susciter une réponse politique favorable et d'exagérer ainsi leur véritable niveau de préoccupation au sujet de la faute professionnelle* ».

Il est en effet naturel de prêcher pour sa paroisse. Cela peut également expliquer la réponse très favorable à la question portant sur « les activités spécifiques de SOS médecins ».

Enfin, certaines réponses lors des entretiens téléphoniques ont pu être involontairement orientées par l'interrogateur, celui-ci ayant sa propre expérience et ses *a priori* sur les pressions ressenties et la médecine défensive à SOS médecins.

IV) Comparaison aux travaux antérieurs

a) Causes de la médecine défensive

Parmi la littérature internationale, la plupart des travaux cités ici (29,30,36–40) considéraient que la médecine défensive était la conséquence de la judiciarisation de la médecine engendrant une peur de la plainte. Dans notre étude, la menace de plainte a été plusieurs fois évoquée mais n'était pas en tête des pressions ressenties.

Cependant, la majorité ont été réalisés à l'étranger, dans des pays où les taux de sinistralité sont bien supérieurs à ceux observés en France. De plus, beaucoup s'intéressent aux spécialités particulièrement exposées au risque judiciaire, et ces études semblaient plus s'intéresser aux conséquences de la médecine défensive qu'à explorer ses diverses causes potentielles.

A l'inverse, notre étude confirme les travaux qualitatifs plus récents, danois (31) et français (32), qui évoquaient bien d'autres sources de pression que le risque judiciaire.

En effet, les principales sources de pression retrouvées dans notre étude étaient, par ordre de fréquence, « certains motifs de consultation particuliers » (notamment les motifs psychiatriques, les demandes de certificats, les vertiges, les douleurs abdominales, les douleurs thoraciques et les demandes de médicaments), puis l'insistance du patient, l'incertitude diagnostique, la menace de plainte, la présence d'un tiers et les horaires de travail.

L'étude française retrouvait quant à elle, comme sources de pression supplémentaires, le patient et son entourage, la pression personnelle, les circonstances de consultation et le système de soins.

Notre étude va dans le même sens, à l'exception des pressions liées aux ROSP qui n'existent presque pas à SOS médecins, et des difficultés liées à l'environnement et à l'insécurité qui lui sont spécifiques.

Enfin, l'étude danoise évoquait également « la pression du système de santé » et « la pression des pairs », qu'on pourrait assimiler aux ROSP en France et qui ne sont pas retrouvées dans notre étude.

Ces conclusions vont également dans le sens du travail du Dr Morichon (34), qui ne retrouvait pas de différence significative sur les pratiques défensives entre les médecins ayant un antécédent de plainte et ceux qui en étaient indemnes.

b) Impacts sur la pratique médicale

Les impacts de la médecine défensive sur la pratique médicale ont quant à eux été détaillés dans les études internationales déjà citées précédemment (32–34,36–41).

Nous avons voulu explorer ces impacts à travers une question ouverte afin de ne pas influencer les réponses des participants vers des conséquences déjà bien identifiées.

La plupart des impacts cités dans notre étude sont sensiblement comparables aux résultats des travaux précédents, avec :

- Majoration des prescriptions médicamenteuses
- Majoration des prescriptions d'examen complémentaires

- Majoration des demandes d'avis spécialisés, de transferts au SAMU, aux urgences et aux hospitalisations
- Meilleure tenue des dossiers médicaux
- Amélioration de la communication avec le patient, majoration des explications données
- Évitement des patients considérés comme à risque

Une autre réponse très citée dans notre étude, de manière spontanée, était « d'accéder à la demande du patient ». Cependant, cette réponse semble en recouper deux autres : accéder à la demande du patient revient à majorer ses prescriptions, qui sont justement « la demande du patient », et ce, le plus souvent, dans le but d'écourter la consultation, ce qui rejoint les comportements d'évitement.

c) Spécificités de SOS médecins

Les spécificités citées en introduction étaient déduites du rapport d'activité 2019 de SOS médecins (51) et du rapport de la DRESS de 2005 sur les recours au médecins urgentistes de ville (52).

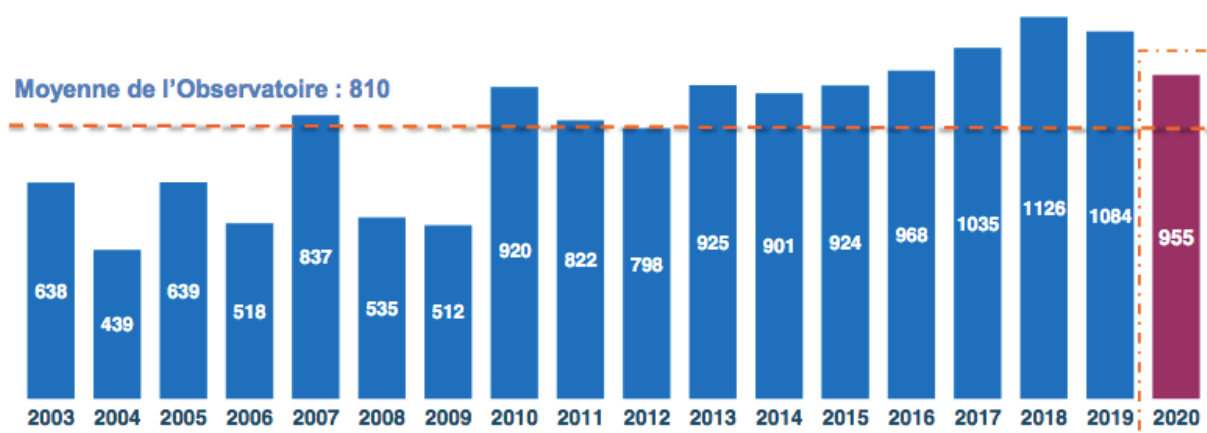
Elles regroupaient donc :

- les particularités inhérentes à l'activité de SOS médecins, notamment le travail de nuit et les week-end et la fatigue associée, les visites à domicile, isolé, parfois dans des quartiers difficiles
- les particularités liées aux motifs de consultation, avec les nombreuses problématiques médico-administratives et les rapports aux institutions (GAV, CMI, hospitalisations sous contrainte), les nombreux appels du SAMU pour prise en charge urgente (douleurs thoraciques, détresse respiratoire, problèmes psychiatriques), les affections aiguës systématiques.
- les particularités liées aux patients : plus d'enfants et adolescents, plus de patients dont l'état clinique est critique, notamment âgés, plus de patients au chômage ou inactifs.

La quasi-totalité de ces spécificités supposées ont effectivement été citées spontanément par les participants de notre étude.

Les agressions de médecins sont recensées chaque année par le CNOM (Conseil national de l'ordre des médecins). On peut constater dans le rapport de 2020 (54) une augmentation franche des agressions depuis 2010 environ. Notons les 955 agressions annuelles représentent une sinistralité de 0,48%.

Figure 32 : Nombre total de déclarations d'agression de médecins depuis 2003



On y apprend également que les agressions concernent des médecins généralistes dans 62% des cas. Le patient était l'agresseur dans 56% des cas. 53% des victimes étaient des femmes mais seuls 4% des agressions ont eu lieu dans la rue ou au domicile du patient. Si ce chiffre reste faible, il est à mettre en rapport avec la faible proportion d'actes réalisés en dehors des structures de soins.

d) Perspectives

La médecine défensive est un concept encore mal exploré et connu en France, *a fortiori* en soins primaires. Une meilleure connaissance de ce phénomène paraît souhaitable afin d'en limiter les effets délétères. Cela pourrait passer par une formation des médecins pendant leurs cursus à ce sujet, mais le phénomène de judiciarisation est déjà connu et nous sommes fréquemment prévenus des risques de poursuite lors de nos études.

Si des formations spécifiques à la prévention de la médecine défensive pourraient paraître utopiques, on note qu'une source de pression parmi les plus citées était « les motifs de consultation particuliers ». Prenons par exemple le motif « douleur abdominale », une auto-formation des médecins sur ce sujet permettrait probablement de lutter contre la pression ressentie face à ce problème. Les formations spécifiques à l'urgence paraissent aussi souhaitables pour SOS médecins. L'association propose déjà des formations variées et orientées vers ses problématiques spécifiques.

Concernant l'insécurité, les ministères de l'intérieur, de la justice et du travail ont proposé en 2010 un protocole en accord avec les présidents des conseils nationaux des ordres des professionnels de santé (55). Il prévoit la mise en place de référents dédiés dans les commissariats et gendarmeries, la facilitation du signalement des agressions, l'amélioration du recensement des agressions contre les médecins.

Le CNOM a également publié en 2011, dans ce contexte, un « guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé » (56) qui prodigue de bons conseils aux médecins pour sécuriser leurs cabinets ou en visite, sur la conduite à tenir en cas d'agression et la marche à suivre pour porter plainte. Enfin, le CNOM recommande l'affichage d'une plaquette à destination des patients (57), qui vise à éduquer le patient sur les difficultés qu'un médecin peut rencontrer face à sa demande.

La plupart de ces recommandations sont cependant difficiles à appliquer dans l'activité de SOS médecins. L'association a quant à elle mis en place des dispositifs automatisés d'alerte sur les téléphones de ses médecins.

En ce qui concerne la problématique des patients ressentis comme sources de pression, il semble important d'éduquer les patients afin d'améliorer la communication avec les médecins et de favoriser la décision médicale partagée.

On peut citer, le programme *Choosing Wisely* créé aux États-Unis dans ce but en 2011 (58), ou en France et au Canada, un programme équivalent appelé « *choisir avec soin* » (59). Ils publient des documents d'informations sur les problèmes de santé, d'éducation thérapeutique, des revues de la littérature, des recommandations de bonne pratique des sociétés savantes, à destination des patients, afin de diminuer les prescriptions d'exams et traitements inutiles.

Les médecins, de leur côté, peuvent également améliorer la gestion des patients de personnalité difficile. Un document d'aide face à ces situations a été publié en 2021 (60). On y retrouve d'ailleurs les problématiques déjà décrites de la médecine défensive, avec des conséquences négatives pour le médecin et pour le patient, mais aussi une augmentation de la consommation de soins et un risque accru de plaintes et d'agressions. Ce rapport préconise une bonne relation médecin-patient, de l'empathie, une amélioration de la communication et des explications données aux patients, mais aussi un apprentissage du « dire non ».

Enfin, il recommande également pour les médecins le recours aux groupes Balint. Il s'agit de groupes d'une dizaine de soignants se réunissant, accompagnés d'un « formateur Balintien » et exposant à partir de cas concrets les difficultés qu'ils rencontrent à propos de relations avec des patients.

Ces groupes d'autoformation, à l'instar des « *significant event analysis* », où des groupes de pairs analysent des situations réelles compliquées et variées, ont prouvé leur efficacité pour améliorer notamment la sécurité des patients (61). Cependant une étude montre que si les médecins ont une opinion favorable sur ces groupes, des doutes subsistent sur leur capacité à détecter les événements importants à discuter lors de ces réunions ainsi qu'à les mener de manière efficace (62).

Un guide de bonne pratique pour ces « *significant event analysis* » a été publié par exemple en Ecosse en 2011 afin de mieux détecter ces événements significatifs et de mieux les analyser lors des groupes de pairs (63).

On peut également citer la création d'outils thérapeutiques disponibles sur internet, basés sur des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes, par exemple le site Antibioclic® (64) qui est une aide précieuse et facile d'accès pour les prescriptions antibiotiques en soins primaires, ou encore le site « ebmfrance.net » qui propose des guides de pratique clinique faciles d'accès et régulièrement mis à jour (65).

CONCLUSION

La médecine défensive est la modification des pratiques médicales en réponse à une source de pression. La peur de poursuites judiciaires a longtemps été considérée comme la source de pression unique engendrant ces modifications de pratiques, notamment aux États-Unis, où le concept est né. Mais il semblerait que d'autres sources de pression soient à l'œuvre. Les médecins de l'association SOS médecins semblent particulièrement exposés à des pressions inhérentes à leur activité, en raison notamment des horaires de travail et des nombreuses visites à domicile, mais aussi des motifs de consultation et des profils des patients.

Cette étude qualitative réalisée auprès des médecins de l'association SOS médecins Bordeaux confirme les travaux exploratoires danois et français en considérant que de nombreuses sources de pressions existent, avec en tête les motifs de consultation particuliers, telles que les certificats, les motifs psychiatriques, ou les douleurs abdominales ou thoraciques. Les pressions liées aux comportements du patient étaient également très fréquentes, qu'il soit insistant, agressif ou procédurier.

Pour les médecins interrogés, les spécificités de SOS médecins, sont particulièrement sources de pression, notamment les problématiques liées à l'environnement des visites et au rythme de travail.

Les conséquences de ces pressions ressenties sont sensiblement comparables à celles retrouvées dans les nombreuses études déjà menées dans la littérature. Elles sont souvent délétères pour le patient et le système de soin, avec notamment une majoration des prescriptions d'examens complémentaires, de médicaments, d'avis spécialisés et hospitalisations, ainsi que des comportements d'évitement des patients ou de certains actes. Certaines cependant sont plutôt bénéfiques, par exemple l'amélioration de la tenue des dossiers ou de la communication entre le médecin et son patient.

Notons que les médecins généralistes, comme les médecins de SOS médecins, étant en première ligne, ont souvent le rôle de celui qui doit dire non : non aux examens, non aux

antibiotiques, non aux arrêts de travail. Ceci pourrait expliquer l'importance de la part des pressions ressenties relevant du patient dans ces disciplines.

Afin de prévenir ces dérives, plusieurs axes de travail semblent se dégager :

- Améliorer la communication entre le médecin et son patient, apprendre à détecter et gérer les patients difficiles, favoriser et guider l'autoformation des médecins face à ces problématiques lors de groupes de pairs.
- Sécuriser et rassurer les médecins quant aux risques liés à l'environnement des visites et à l'isolement, éduquer les patients aux contraintes et difficultés rencontrées par les médecins.
- Favoriser la formation continue des médecins aux motifs de consultations avec lesquels ils ne sont pas à l'aise, mettre en place des outils pratiques et faciles d'accès.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bertella-Geffroy M-O. L'évolution des rapports justice-santé. Trib Sante. 2004;no 5(4):21–9.
2. Trebuchet Adolphe. Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France. J. B. Baillière; 1834. 784 p.
3. Peton P. Historique de la responsabilité médicale [Internet]. Available from: https://www.univ-reims.fr/gallery_files/site/1/90/1129/1384/1536/1577/1578.pdf
4. Barbot J. Aux frontières de l'irresponsabilité médicale. Les médecins en procès au début du xixe siècle. Sci Soc Sante. 2018 Dec 24;Vol. 36(4):65–92.
5. Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier - Revue générale du droit [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cour-de-cassation-civ-20-mai-1936-mercier/>
6. Article 1382 - Code civil - Légifrance [Internet]. 1804 [cited 2021 Mar 25]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006438819/1804-02-19
7. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 décembre 1965 [Internet]. 1965 [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000006970162>
8. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 8 novembre 2000, 99-11.735, [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007042233/>
9. Conseil d'Etat, Assemblée, du 9 avril 1993 [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000007834775/>
10. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685 [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007037245/>
11. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 7 octobre 1998, 97-10.267 [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007038718/>
12. LOI no 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels. 2000-647 Jul 10, 2000.
13. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.
14. Article L114-5 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796464/
15. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 Jan 26, 2016.
16. Troude-Chastenot P. Santé publique et démocratie : l'affaire du Médiateur. Etudes. 2011 Aug 30;415(9):185–96.
17. Jourdain-Fortier C. L'affaire PIP ou la difficile réparation en Europe des dommages corporels de masse causés par un dispositif médical défectueux. Rev Int Droit Econ. 2015 Jun 4;(1):5–35.
18. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé:décider ensemble. 2013;76.

19. Abella A. Fantômes inconscients dans la relation médecin-malade. *Rev Médicale Suisse*. 2016;12:518–21.
20. Lansac J, Sabouraud M. Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. *Les tribunes de la santé*. 2004 Apr;(5):47–56.
21. Larousse É. Définitions : judiciarisation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2021 Apr 28]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/judiciarisation/45098>
22. MACSF.fr. Plainte de patient : que faire en tant que professionnel de santé ? [Internet]. MACSF.fr. [cited 2021 Apr 28]. Available from: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/conduite-a-tenir-assignation-en-justice>
23. Dima M. Les différents types de mise en cause d'un médecin [Internet]. MACSF.fr. 2021 [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/medecin-responsabilite-patient-procedure>
24. DREES. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. 2019 [cited 2021 May 4]. Available from: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
25. MACSF. Rapport annuel sur le risque médical - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.macsf.fr/rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante>
26. MACSF.fr. Rapport annuel sur le risque médical - MACSF - Médecine générale [Internet]. MACSF.fr. 2020 [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.macsf.fr/rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/risque-des-professions-de-sante/m/medecine-generale-ra>
27. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? *Eur J Health Econ*. 2020 Mar 1;21(2):165–70.
28. Office of Technology Assessment. Defensive Medicine and Medical Malpractice. 1994 Jul;186.
29. Tabriz A. Defensive medicine is a Symptom, Not a Disease. *Medium* [Internet]. 2020 Jun 17 [cited 2021 May 11]; Available from: <https://medium.datadriveninvestor.com/defensive-medicine-is-a-symptom-not-a-disease-a845e8e0faee>
30. Sekhar MS, Vyas N. Defensive Medicine: A Bane to Healthcare. *Ann Med Health Sci Res*. 2013;3(2):295–6.
31. 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*. 2017 Dec 21;7(12):e019851.
32. Lévêque C, Grocq T, Morichon C, Vincent Y-M. La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français. 2020 Jun;16(6):280–5.
33. Grocq T. La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français, une étude qualitative en focus group. 2020 Jan 16;38.
34. Morichon C. Impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale. 2021.
35. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice Risk According to Physician Specialty. *N Engl J Med*. 2011 Aug 18;365(7):629–36.
36. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey. *Arch Intern Med*. 2010 Jun 28;170(12):1081.

37. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics*. 2013 Oct 29;14(1):42.
38. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform*. 2009;148:206–21.
39. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-Francois I, Blettery B, Moutel G. Le médecin et la peur du procès : Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d’Or. *undefined*. 2007;
40. Begue A. Les plaintes en responsabilité professionnelle en Médecine Générale: état des lieux et étude de l’impact sur la pratique médicale [Thèse d’exercice]. Université Bordeaux-II; 2013.
41. Fédération Hospitalière de France. Les médecins face aux pratiques d’actes injustifiés [Internet]. 2012. Available from: <https://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies>
42. Freudenheim M. Business and Health; Dealing in Myths On Malpractice. *The New York Times* [Internet]. 1992 Oct 13 [cited 2021 May 13]; Available from: <https://www.nytimes.com/1992/10/13/business/business-and-health-dealing-in-myths-on-malpractice.html>
43. Amalberti R. Médecine défensive et pertinence des soins [Internet]. 2020 [cited 2021 May 13]. Available from: <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/medecin/medecine-defensive-et-pertinence-des-soins>, <http://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/medecin/medecine-defensive-et-pertinence-des-soins>
44. Singh H, Dickinson JA, Thériault G, Grad R, Groulx S, Wilson BJ, et al. Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires. *Can Fam Physician*. 2018 Sep;64(9):e373–9.
45. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d’un concept à succès. *Sci Soc Sante*. 2006;Vol. 24(2):5–33.
46. Kysar DA, McGarity TO, Sokol K. Mythes et réalités des erreurs médicales : pourquoi la crise des assurances n’est pas une crise de la judiciarisation. *Trib Sante*. 2008 Jul 4;n° 19(2):59–81.
47. Proust C. Il y a 50 ans, il inventait SOS Médecins [Internet]. *leparisien.fr*. 2016. Available from: <https://www.leparisien.fr/archives/il-y-a-50-ans-il-inventait-sos-medecins-01-06-2016-5846091.php>
48. SOS Médecins. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cited 2021 May 17]. Available from: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=SOS_M%C3%A9decins&oldid=179748526
49. SOS Médecins France [Internet]. SOS MÉDECINS. [cited 2021 May 17]. Available from: <https://sosmedecins-france.fr/>
50. Meurice L, Chapon T, Chemin F, Gourinchas L, Sauvagnac S, Uijtewaal S, et al. General Practitioner House Call Network (SOS Médecins): An Essential Tool for Syndromic Surveillance - Bordeaux, France. *Prehospital Disaster Med*. 2020 Jun;35(3):326–30.
51. SOS Médecins Bordeaux. Rapport d’activité 2019. 2020 p. 20.
52. Gouyon M. Les recours aux médecins urgentistes de ville. *DREES*. 2006;(480):8.

53. Bouet P, Gérard-Varet J-F. Atlas de la Démographie Médicale en France [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 7]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
54. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Observatoire de la sécurité des médecins en 2020 [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 6] p. 48. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/17i6xps/cnom_obervatoire_de_la_securite_2020.pdf
55. Ministère de l'intérieur, Ministère du travail, Ministère de la justice. Protocole d'accord [Internet]. 2010 [cited 2021 Oct 6] p. 4. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf
56. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé [Internet]. 2011 [cited 2021 Oct 6]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012_0.pdf
57. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pour une relation patient - médecin en toute confiance [Internet]. [cited 2021 Oct 6]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche_confiance.pdf
58. Choosing Wisely [Internet]. 2014 [cited 2021 Sep 11]. Available from: <https://www.choosingwisely.org/>
59. Choisir avec soin [Internet]. Choosing Wisely Canada. [cited 2021 Sep 11]. Available from: <https://choisiravecsoin.org/>
60. Cossert E, Ganry C. Gestion des patients de personnalité difficile [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 6]. Available from: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2020/12/gestion-des-patients-de-personnalite%CC%81-difficile.pdf>
61. McKay J, Bradley N, Lough M, Bowie P. A review of significant events analysed in general practice: implications for the quality and safety of patient care. BMC Family Practice. 2009 Sep;10(61):1–11.
62. McKay J, Bowie P, Murray L, Lough M. Barriers to significant event analysis: an attitudinal survey of principals in general practice. Qual Prim Care. 2003;11:189–98.
63. Bowie P, de Wet C, Pringle M. Significant Event Analysis : Guidance for primary care teams. NHS Education for Scotland; 2011.
64. Antibioclic : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://antibioclic.com/>
65. EBM France [Internet]. [cited 2021 Oct 6]. Available from: <https://www.ebmfrance.net/fr>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire soumis à notre population d'étude

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 de l'association SOS médecins Bordeaux.

Responsables du projet :

ARNAULD DE SARTRE Guillaume

Sous la responsabilité du Dr LEVEQUE Camille et VINCENT Yves-Marie, chefs de clinique du département de médecine générale du CHU de Bordeaux.

Objectif :

Évaluer de façon quantitative les causes et l'impact de la médecine défensive tels que ressentis par les médecins de l'association SOS médecins sur leur pratique médicale.

Inclusion et protocole :

Vous avez été sélectionnés en raison de votre appartenance à la liste des médecins associés ou contractuels de l'association SOS médecins Bordeaux 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 5 minutes.

Notre conversation n'est pas enregistrée, seules vos réponses seront reportées 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 participant :

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 : Guillaume Arnauld de Sartre

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.

I) Démographie

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Êtes-vous un homme ou une femme ?
- 3) En quelle année vous êtes-vous associé à SOS médecins ?
- 4) Avez-vous une activité en plus de votre travail pour SOS médecins ?
Si oui, laquelle ?
- 5) Avez-vous déjà été victime d'une plainte de la part d'un patient ?

II) Sources de pressions ressenties amenant à la pratique d'une médecine défensive :

6) Ressentez-vous la présence d'un tiers (parents, enfants, conjoints etc) comme une source de pression ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

7) Ressentez-vous l'insistance d'un patient comme une source de pression ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

8) Ressentez-vous une incertitude clinique ou diagnostique comme une source de pression ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

9) Ressentez-vous certains motifs de consultation particuliers comme sources de pression ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

9 Bis) Si oui lesquels ?

10) Ressentez-vous une menace de plainte de la part d'un patient comme une source de pression ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

11) Ressentez-vous certains horaires de consultation comme sources de pression ? (par exemple le soir, la nuit, le week-end...)

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

12) D'après vous, les activités spécifiques de SOS médecins sont-elles pourvoyeuses de pressions supplémentaires susceptibles d'entraîner une pratique défensive de la médecine ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

12 Bis) Si oui, lesquelles ?

13) Ressentez-vous le suivi de patients au long cours comme une pression supplémentaire ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

14) Selon vous, quelle est la principale source de pression vous conduisant à la pratique de la médecine défensive ?

III) Conséquences sur la pratique :

15) Lors d'une situation que vous identifiez comme étant source de pression, modifiez-vous votre pratique médicale ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

15 Bis) Si oui, comment ?

16) Refusez-vous de réaliser certains actes que vous réalisiez auparavant ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

16 Bis) Si oui, lesquels ?

IV) Afin d'éviter les situations menant à la pratique d'une médecine défensive, ressentez-vous le besoin :

17) De vous former davantage ?

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

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

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

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

Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – indifférent – plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord

VI) Synthèse :

20) Au vu des éléments précédents et de la définition de la médecine défensive, à quel point, selon vous, votre pratique médicale est-elle impactée par les sources de pression que vous ressentez ?

Sur une échelle type ENA de 0 = pas du tout de pratique défensive à 10 = pratique totalement impactée, où vous situez vous ?

Annexe 2 : Premier e-mail diffusé à l'association SOS médecins

Bonjour à tous, je démarre ma thèse visant à évaluer l'impact de la médecine défensive chez les praticiens de SOS médecins Bordeaux.

La médecine défensive se définit 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.

Cette modification des pratiques entraînerait diverses répercussions pour le patient (iatrogénie, perte de chance, surdiagnostic), pour le médecin (poursuites judiciaires, stress, burn-out) et pour le système de soin (surcoût).

J'ai choisi l'association SOS médecins Bordeaux comme population d'étude tout d'abord car il s'agit de mon activité principale depuis 2 ans mais également parce que les conditions d'exercice me semblent particulièrement « sources de pression » en comparaison à une activité libérale en cabinet de médecine générale (très nombreuses visites à domicile, absence ou difficulté de suivi des patients, relation médecin-malade particulière, exercice de nuit ou sur les jours fériés et week-end).

L'objectif de l'étude est d'identifier les causes et les conséquences d'une médecine défensive et de déterminer si les médecins de SOS médecins y sont plus exposés en raison de leurs conditions d'exercice.

Je réalise cette thèse en parallèle avec un ami qui étudie la même problématique mais chez les médecins remplaçants. Une étude similaire à également déjà été menée chez les médecins généralistes installés en cabinet.

Il s'agit d'un questionnaire comprenant 20 questions rapides que je souhaite mener par entretien téléphonique. Les réponses seront bien évidemment anonymisées.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, merci de me transmettre votre numéro de téléphone afin que je vous recontacte pour réaliser l'entretien.

Par avance merci pour vos réponses.

Cordialement

Guillaume Arnaud de Sartre

Annexe 3 : Second e-mail diffusé à SOS médecins

Bonjour à tous et merci pour les réponses que j'ai déjà reçues pour mon questionnaire de thèse. Je suis cependant encore assez loin du nombre de réponses nécessaires et je dois donc vous solliciter à nouveau . Je vous propose donc de remplir directement le questionnaire (lien ci dessous)

La médecine défensive se définit 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.

Cette modification des pratiques entraînerait diverses répercussions pour le patient (iatrogénie, perte de chance, surdiagnostic), pour le médecin (poursuites judiciaires, stress, burn-out) et pour le système de soin (surcoût).

L'objectif de l'étude est d'identifier les causes et les conséquences d'une médecine défensive et de déterminer si les médecins de SOS médecins y sont plus exposés en raison de leurs conditions d'exercice.

Il s'agit d'un questionnaire comprenant 20 questions rapides. Les réponses seront bien évidemment anonymisées.

Vous pouvez répondre au questionnaire en cliquant directement sur ce lien :

<https://forms.gle/aQ8tojwz2ViLufut5>

Si vous préférez répondre lors d'un entretien téléphonique, vous pouvez m'envoyer un mail à l'adresse guillaume.arnaulddesartre@gmail.com afin que je vous contacte.

Par avance merci pour vos réponses.

Cordialement

Guillaume Arnauld de Sartre

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 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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. »

Résumé : Identification des sources de pressions ressenties par les médecins de l'association SOS médecins Bordeaux entraînant la pratique de la médecine défensive.

Introduction : La médecine défensive est la modification des pratiques médicales en réponse à une source de pression. Les praticiens de l'association SOS médecins Bordeaux semblent particulièrement exposés à des sources de pression bien spécifiques, liées aux horaires de travail, à de nombreuses visites à domicile ainsi qu'aux motifs des consultations et aux profils des patients.

Objectif : Identifier les sources de pression ressenties par les médecins de SOS médecins Bordeaux amenant une pratique défensive de la médecine. Un objectif secondaire est d'évaluer l'impact de ces pressions sur la pratique médicale.

Méthode : Enquête descriptive transversale monocentrique par questionnaire téléphonique et par mail, réalisée entre le 10 novembre 2020 et le 23 août 2021.

Résultats : 44 médecins ont répondu au questionnaire. 55% d'entre eux ont cité le patient comme source principale de pression. La moyenne des échelles de Likert retrouvait en sources principales « certains motifs de consultation particulier » et « les activités spécifiques de SOS médecins ». La quasi-totalité des sources de pressions citées dans des travaux antérieurs ont été retrouvées dans notre étude.

Conclusion : Les médecins de l'association SOS médecins semblent particulièrement exposés à des pressions inhérentes à leur activité, en raison notamment des horaires de travail et des nombreuses visites à domicile, mais aussi des motifs de consultation et des profils des patients.

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : médecine générale, médecine défensive, SOS médecins

Abstract: Identification of the sources of pressure felt for the doctors of the SOS Médecins Bordeaux association entering the practice of medical defense.

Introduction: Defense medicine is the modification of medical practices in response to a source of pressure. Practitioners from the SOS Médecins de Bordeaux association seem particularly exposed to very specific sources of pressure, linked to working hours, to many home visits, to the reasons for consultations and to patient profiles.

Objective: Identifying the sources of pressure felt for the doctors of SOS doctors Bordeaux leading a defensive practice of medicine. A secondary objective is to assess the impact of these pressures on medical practice.

Method: Single-center cross-sectional descriptive survey by telephone and email questionnaire, carried out between November 10th, 2020 and August 23rd, 2021.

Results: 44 physicians responded to the questionnaire. 55% of them cited the patient as the main source of pressure. The average of the Likert scales found in the main sources "certain particular reasons for consultation" and "the specific activities of SOS Médecins". Almost all of the sources of pressure cited in previous works were found in our study.

Conclusion: The doctors of the SOS Médecins association seem particularly exposed to the pressures inherent in their activity, in particular because of the working hours and the numerous home visits, as well as the reasons for consultation and the profiles of the patients.

Keywords : general practice, defensive medicine, SOS medecins

UFR des sciences médicales de l'Université de Bordeaux – 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux CEDEX