



HAL
open science

Caractéristiques des pratiques de médecine défensive des médecins généralistes en Île-de-France et dans les Pays de la Loire

Martin Hubert

► **To cite this version:**

Martin Hubert. Caractéristiques des pratiques de médecine défensive des médecins généralistes en Île-de-France et dans les Pays de la Loire. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04160320

HAL Id: dumas-04160320

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04160320>

Submitted on 12 Jul 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Martin HUBERT

Présentée et soutenue publiquement le *9 mai 2023*

**Caractéristiques des pratiques de médecine défensive des médecins
généralistes en Ile de France et dans les Pays de la Loire**

Président : Madame le Professeur Leila MORET
Membre du jury : Monsieur le Professeur Éric BATARD
Membre du jury : Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN
Membre du jury : Monsieur le Docteur Renaud CLEMENT
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Lionel CHEVET

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Martin HUBERT

Présentée et soutenue publiquement le *9 mai 2023*

**Caractéristiques des pratiques de médecine défensive des médecins
généralistes en Ile de France et dans les Pays de la Loire**

Président : Madame le Professeur Leila MORET
Membre du jury : Monsieur le Professeur Éric BATARD
Membre du jury : Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN
Membre du jury : Monsieur le Docteur Renaud CLEMENT
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Lionel CHEVET

Serment médical

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.

Remerciements

À notre Maître et juge, Président du jury,

Madame le Professeur Leila Moret,

Docteur en médecine, spécialiste en santé publique. Praticien Hospitalier et Professeur des Universités, chef du pôle santé publique, pharmacie et prévention du CHU de Nantes.

En acceptant de présider cette thèse, vous nous faites un très grand honneur. Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissants. Nous espérons que ce travail saura vous intéresser autant qu'il se doit.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À notre Maître et juge, membre du jury,

Monsieur le Professeur Eric Batard,

Docteur en médecine, spécialiste en médecine d'urgence. Praticien Hospitalier et Professeur des Universités, chef de services des urgences du CHU de Nantes.

Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de nous offrir l'honneur de votre présence.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissants. Nous espérons que ce travail saura vous intéresser autant qu'il se doit.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À notre Maître et juge, membre du jury,

Monsieur le Professeur Cyrille Vartanian,

Docteur en médecine, spécialiste en médecine générale. Praticien Hospitalier et Professeur des Universités.

Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de nous offrir l'honneur de votre présence.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissants. Nous espérons que ce travail saura vous intéresser autant qu'il se doit.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À notre Maître et juge, membre du jury,

Monsieur le Docteur Renaud Clément,

Docteur en médecine, spécialiste en médecine légale. Praticien Hospitalier et Maître de conférence des universités, chef de service de médecine légale du CHU de Nantes.

Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de nous offrir l'honneur de votre présence.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissants. Nous espérons que ce travail saura vous intéresser autant qu'il se doit.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À notre juge, membre du jury et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Lionel Chevet,

Docteur en médecine, spécialiste en médecine générale.

Merci de m'avoir accordé votre confiance et d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour vos précieux conseils et votre bienveillance.

J'ai été véritablement honoré de réaliser ce travail avec vous.

Puisse ce travail être à la hauteur de nos espérances.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

A mes proches :

Tout d'abord à ma famille :

A mon père pour son soutien précieux et sa patience, merci de m'avoir permis d'aller jusqu'au bout.

A ma mère, qui sera certainement déçue de n'être qu'en deuxième place de la partie remerciement mais que cette phrase va faire rire.

A mon petit frère qui a eu le temps d'avoir 2 diplômes le temps que les miennes se terminent.

A Léa (et Zazou), pour avoir été à mes côtés, pour ton amour, pour ta bienveillance, pour avoir été mon pilier dans mes phases de doutes

A mes amis :

Par ordre d'apparition dans ce grand film qu'ont été mes études en médecine. Je suis désolé d'avance, je ne sais pas trop comment faire des remerciements c'est peut-être finalement la partie la plus compliquée de la rédaction de la thèse, on ne m'avait pas prévenu :

A Olivier : pas merci pour avoir passé ta thèse avant moi. Merci pour ton soutien, je ne parle pas de médecine, non, on est un peu nul tous les deux. Je parle surtout du nombre de fois où tu m'as remis sur le droit chemin quand je végétais sur ton canapé en train de vouloir tout plaquer.

A Céline : 8 ans après notre colocation, sache que je commence à ranger le beurre dans le frigo.

A mon petit Juju, l'enfant terrible, mon partenaire de concert et de discussion à refaire le monde

A Cédric : je m'inspire chaque jour de ton absence d'excès, de rigueur et de calme

A Clarisse et Clément, nos vacances en catamaran vers la Corse à jamais dans mon cœur

A mon grand groupe Nantais des « chialeuses » et je vais commencer par remercier Othman sinon il sera vexé de pas être en premier (comme ma mère cf. au début).; Alice et Clément, pas merci de m'avoir fait aimer Jul ; Axel, prépare-moi une place à La Réunion (et non je ne me mettrai pas au trail); Baptiste, prépare-toi à encore perdre nos débats avinés estivaux ; Momo, Raveleau, Annaëlle et Thibaut, rendez-vous au karaoke du Cavo ;Chach2o, merci d'être Chach2o ; Gwen, hâte que tu adoptes un petit chien ;Cyril et Caro qui me donneraient presque envie de m'installer à Marseille ; Mathieu Augustin, nos fêtes d'antan et tes playlists rap <3 ; Quentin et Constance dont le mariage s'annonce légendaire ; Droneau qui ne m'a toujours pas invité à prendre l'avion, Léa et Antoine, mes modèles d'aventuriers, Fara, mon modèle de force tranquille ; Rémi, promis la prochaine fois je t'accompagne voir les Stones.

Aux copains d'Angers, Quentin, Robin, Alizée, Diane, Laura, Louise, Stacy Stace, Marine, Alexis, Julien et les 200 autres pour m'avoir permis de vivre une 4^e adolescence

A Tic et Tac, Léa & Woodstock, à qui j'ai repris tant de gardes sans rien demander en retour <3, merci d'avoir été là pendant toutes ces années

A mes copains des Sables d'Olonne, Nico, Lucie et Lifou que je vais m'empresse de rejoindre en Nouvelle Calédonie

A Nathalie, Emelyne, Léa, l'équipe IDE et AS de la MPU du CH des Sables d'Olonne pour m'avoir fait progresser et, finalement, aimer la médecine

Table des matières

1	Choix du sujet	12
2	Le point sur la médecine défensive	13
2.1	Naissance du concept aux États-Unis	13
2.1.1	Contexte historique	13
2.1.2	Définition nord-américaine	14
2.1.3	Conséquences de la médecine défensive	14
2.2	Diffusion en Europe et en France	15
2.2.1	Une définition plus large	15
2.2.2	La judiciarisation de la médecine générale en France	16
2.3	Les problématiques en médecine générale	18
3	Caractéristiques des pratiques de médecine défensive des médecins généralistes en Île-de-France et dans les Pays de la Loire	21
3.1	Introduction	21
3.2	Matériel et méthode	21
3.2.1	Type d'étude et population de l'étude	21
3.2.2	Définition et questionnaire	22
3.2.3	Collecte des données	22
3.2.4	Méthode d'analyse statistique	23
3.2.5	Aspect éthique et réglementaire	23
3.3	Résultats	24
3.3.1	Caractéristiques de l'échantillon de médecins (Q1 à Q7)	24
3.3.2	Fréquence de pratique d'une médecine défensive au cours du dernier mois d'exercice (Q8)	26
3.3.3	Modalités de pratique défensive (Q9 à Q17)	27
3.3.4	Les pressions conduisant à une médecine défensive (Q18 à Q25)	30
3.3.5	Situations contribuant à ressentir un enjeu médico-légal important (Q26)	31
3.3.6	Remarques libres textuelles (Q17 et Q27)	32
4	Discussion	34
4.1	Principaux résultats	34
4.2	Forces et limites	35
4.3	Conséquences des pratiques de médecine défensive	36
4.4	Des pressions et des ébauches de solutions	37
4.4.1	Des influences externes sur le prescripteur	37
4.4.2	Une pression auto-administrée	38
5	Conclusion	38
6	Références bibliographiques	39
7	Annexe	43

1 Choix du sujet

Le troisième cycle des études médicales offre aux internes l'occasion de se former par compagnonnage.

Si mes chefs m'ont appris à soigner les patients, ils m'ont également appris à m'en méfier : « *Quand tu écris dans ton dossier, tu n'écris pas pour toi ni pour le patient, tu écris au juge en cas de saisie du dossier* », m'avait averti un maître de stage.

Plus tard, à l'occasion d'un remplacement, j'ai conseillé à un patient, par téléphone, de se rendre aux urgences ophtalmologiques pour une suspicion d'endophtalmie. Un médecin présent dans le bureau m'a alors déclaré : « *En cas de problème, je pourrais témoigner que tu lui as bien donné toutes les informations. Les patients peuvent facilement mentir : s'il perd son œil parce qu'il a décidé de rester chez lui, il te fera porter le chapeau.* »

Ce confrère a affirmé ne plus réaliser d'examen gynécologiques par crainte de plaintes pour viol.

Ces propos ont fait écho à des comportements que j'avais déjà observés dans certains services hospitaliers : on y multipliait, « au cas où », des examens complémentaires pourtant non indiqués.

Ces comportements m'ont motivé à rechercher des données sur la judiciarisation de la médecine en France, afin de savoir si la pression médico-légale avancée par de nombreux confrères, est réelle ou surestimée.

À l'occasion de ces recherches sur le risque judiciaire, j'ai découvert le principe de « médecine défensive », qui désigne les modifications de pratique des médecins en réponse à une pression.

En explorant la littérature, j'ai remarqué qu'aucune étude n'a cherché à quantifier ce phénomène en France, chez les médecins généralistes.

Partant de ce constat, j'ai trouvé intéressant et légitime d'essayer d'apporter un élément de réponse en y dédiant mon travail de thèse.

2 Le point sur la médecine défensive

2.1 Naissance du concept aux États-Unis

2.1.1 Contexte historique

Pour mieux appréhender le concept de médecine défensive, il est utile d'en connaître l'histoire.

Du début des années 70 à la fin des années 80, aux États-Unis, le nombre d'actions en justice opposant médecins et patients augmentent de façon considérable. Pendant cette période, treize médecins sur cent, font face chaque année à un procès en rapport avec leur exercice médical. En conséquence, les primes d'assurances en responsabilité pour les médecins augmentent jusqu'à 750 % dans certains États (1). Le coût est alors répercuté sur le tarif des actes médicaux, ce qui conduit les populations précaires à renoncer aux soins et amène la question de la judiciarisation de la médecine dans le débat public (2).

Cette augmentation des litiges est contemporaine de l'évolution de la responsabilité médicale dans le droit américain, les *Torts Reforms* (3). Elle est également concomitante d'importantes avancées thérapeutiques, qui exposent le patient à des risques nouveaux (4). Le système d'indemnisation joue également un rôle dans l'augmentation des procédures ; en effet, les avocats sont payés au prorata de l'indemnité versée aux patients (5).

Dans ce contexte d'explosion de la judiciarisation, certains auteurs commencent à évoquer une *pratique défensive de la médecine*.

Une étude en 1971 de l'université de Washington a été la première en la matière. Les auteurs ont constaté une forte augmentation de la fréquence des radios du crâne, pourtant non indiquées, dans les cas de traumatismes crâniens. Les médecins prescripteurs ont avancé la raison de la nécessité de preuves en cas de mise en cause. L'impact de cette pratique sur le système de santé a été estimé à 15 millions de dollars par an (6).

La même année, une étude du *Duke Law Journal* s'est intéressée aux actes de médecine défensive pratiqués dans dix spécialités médicales et chirurgicales (interniste, ORL, plasticien, psychiatre, pédiatre, anesthésiste, dermatologue, orthopédiste et urologue) et a exploré le risque judiciaire comme élément participant à la décision médicale (7).

2.1.2 Définition nord-américaine

La première définition officielle de la médecine défensive a été proposée en 1994 par l'Office of Technology Assessment, aux États-Unis :

La médecine défensive survient quand le médecin demande des examens ou des avis, évite les patients ou opérations à haut risque principalement (mais pas seulement) pour se protéger contre les poursuites en responsabilité médicale. Lorsque les médecins demandent des tests ou des examens complémentaires dans le but de se protéger contre les poursuites, ils pratiquent une médecine défensive positive. Lorsqu'ils évitent certains patients ou interventions, ils pratiquent une médecine défensive négative (8).

Comme nous le verrons ci-dessous, ces pratiques ne sont pas limitées aux États-Unis et commencent à faire l'objet d'études dans de nombreux pays.

2.1.3 Conséquences de la médecine défensive

D'après certaines estimations, la pratique de la médecine défensive coûterait au système de santé américain plus de 55 milliards de dollars par an, ce qui représenterait environ 3 % de l'ensemble des dépenses de santé (9).

Les conséquences pour les patients sont également nombreuses. On peut citer, à titre d'exemple, le risque de gradation excessive de la malignité d'un mélanome (10) ou d'un recours inadapté aux césariennes (11).

Une revue de littérature récente résume les conséquences de la médecine défensive et ses solutions potentielles (résumé en encadré) (12).

Résumé d'une revue internationale de littérature portant sur la médecine défensive

Les sources de la revue de littérature étaient des publications en anglais issues de bases de données médicales, juridiques et multidisciplinaires.

Soixante-dix-neuf articles remplissaient les critères d'inclusion. La médecine défensive a surtout été étudiée aux États-Unis et dans les pays européens par des études utilisant une méthodologie quantitative. La chirurgie et l'obstétrique sont les spécialités ayant le plus de publications sur le sujet.

Parmi les actions de médecine défensive, il était plus fréquemment rapporté :

- des prescriptions d'examens complémentaires, des traitements ou des recours à des avis spécialisés inutiles ainsi que la réalisation de procédures invasives hors recommandation ;
- des hospitalisations évitables ou des sorties d'hospitalisations retardées ;
- une documentation excessive dans les dossiers médicaux.

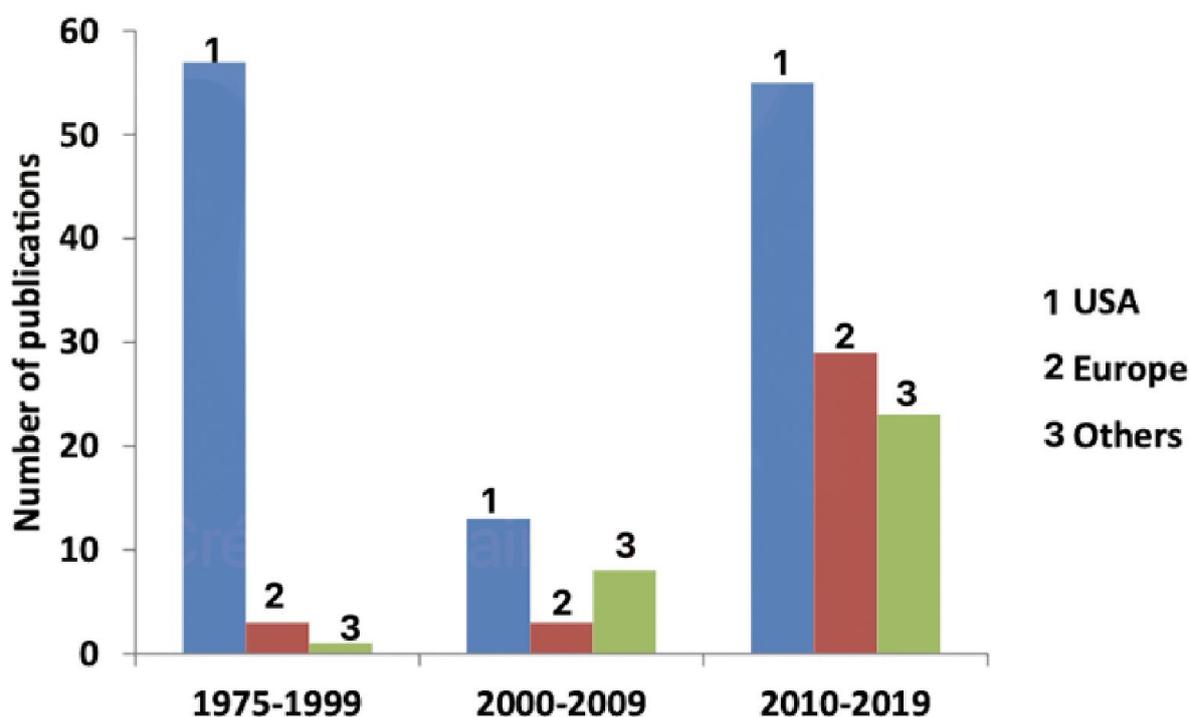
Les pratiques défensives étaient souvent consécutives à la crainte de poursuites pour négligence ou faute, mais des études ont identifié d'autres types de pressions notamment la crainte d'une agression ou d'une mauvaise réputation.

2.2 Diffusion en Europe et en France

2.2.1 Une définition plus large

L'intérêt pour la médecine défensive a émergé plus tardivement en Europe. La majorité (75 %) des 49 publications scientifiques sur le sujet est parue entre 2010 et 2020 (Figure 1).

Figure 1. Nombre de publications concernant la médecine défensive en fonction de l'année et du continent de publication (13)



L'augmentation des procédures contre les médecins remarquée dans plusieurs pays européens n'est pas comparable à celle connue aux États-Unis en 1970. Les modalités d'indemnisation en cas de faute, la possibilité de règlement à l'amiable et l'existence d'une sécurité sociale publique peuvent expliquer cette différence (5).

Cependant, l'Italie fait figure d'exception avec une pression judiciaire importante sur son corps médical (14). Le coût total des pratiques de médecine défensive représenterait 10 % du budget de la sécurité sociale italienne (15).

Du fait d'un risque de contentieux globalement moins important qu'aux États-Unis, la définition de la médecine défensive est souvent plus large dans les publications européennes. Elle inclut également d'autres types de pression, notamment la crainte d'une insatisfaction du patient ou la peur de méconnaître une maladie grave (16).

En 2020, une étude danoise a proposé de définir la médecine défensive comme « une déviation de la pratique médicale standard en réponse à différentes sources de pression » (17).

Cette définition nous semble plus pertinente : nous la retiendrons pour notre étude.

2.2.2 La judiciarisation de la médecine générale en France

En France, le spectre de l'américanisation du droit de la responsabilité et de ses conséquences a été évoqué à la fin des années 1990 (18).

La législation concernant la responsabilité médicale et l'indemnisation a été profondément modifiée, notamment par l'arrêt Bianchi en 1993, la jurisprudence Hedreul en 2000 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Ces avancées sur le plan juridique ont signé le recul du paternalisme médical et l'affirmation d'une relation médecin-malade plus équilibrée. Le médecin est devenu plus facilement justiciable, doit apporter la preuve de l'information et se soumettre à une régulation extraprofessionnelle.

Ces modifications majeures du paysage législatif sont intervenues peu après l'affaire du sang contaminé en 1991. Ce scandale à fort impact médiatique a contribué à détériorer la confiance des Français envers les autorités sanitaires et le corps médical (19).

Le terme « médecine défensive » est alors apparu dans la presse généraliste lors de la médiatisation d'affaires judiciaires opposant médecins et patients et évoquant le risque américain (20,21).

Trouver des informations concernant la judiciarisation de la médecine en France s'avère complexe. Les principales données concernant les réclamations et la mise en cause des médecins proviennent des assureurs, représentés majoritairement par la MACSF – Sou Médical.

Un rapport du centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) fait état d'une sinistralité des médecins généralistes oscillant entre 0,5 et 1 % entre 1980 et 1990, avec une diminution du nombre de plaintes pénales et une augmentation des recours amiables (22). Aucune donnée concernant la période 1990-2005 n'a été trouvée.

Depuis 2005, la MACSF publie annuellement des rapports concernant les déclarations de sinistre de ses sociétaires. Les données disponibles ont été reproduites ci-dessous (Tableau 1).

Nous observons une stabilité du nombre de réclamations, qui s'établit en moyenne à 414 déclarations de sinistre pour 45 000 médecins généralistes libéraux sociétaires de la MACSF. Cela correspond à une sinistralité de 0,92 %, qui est comparable à celle de la période 1980-1990. Nous constatons également la proportion majoritaire du règlement à l'amiable des litiges, encouragé par la création des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) après la loi du 4 mars 2002.

Tableau 1. Nombre de réclamations par année pour les médecins généralistes libéraux sociétaires de la MACSF (données des *panoramas annuels* de la MACSF, disponibles sur le site macsf.fr)

	2005	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2018	2021
Nombre de sociétaires	42 694	45 754	43 270	44 141	44 822	45 787	47 409	48 489	56 483
Nombre de sinistres déclarés	453	440	418	370	387	505	472	390	356
- dont plaintes pénales	65	48	23	15	6	40	NC	NC	19
- dont plaintes ordinaires	105	82	97	73	81	69	NC	NC	35
- dont plaintes auprès des CRCI	57	79	102	92	87	116	NC	NC	132
- dont plaintes Civ/adm	109	106	93	90	74	75	NC	NC	62
- dont réclamations amiables	112	118	115	110	129	205	NC	NC	108

NC = donnée manquante

Civ/adm = civiles ou administratives

CRCI = commission régionale de conciliation et indemnisation

D'après Helmlinger et Martin (23), cette impression de judiciarisation malgré un nombre stable de litiges résulte, en partie, d'une augmentation importante du prix de la responsabilité civile professionnelle au début des années 2000. Cette augmentation découlait majoritairement d'une crise boursière du secteur assurantiel.

Laude (24) et Boughriet (25) présentent également la pression générée par la médiatisation des fautes médicales comme étant vectrice d'inquiétude, ce qui amène les professionnels de santé à surestimer le risque judiciaire.

2.3 Les problématiques en médecine générale

Depuis 1995, sept travaux européens concernant la médecine défensive en médecine générale ont été publiés, dont deux en France (Tableau 2). Les thèses non publiées réalisées sur le même sujet sont résumées en annexe (Annexe 1).

Le terme « médecine défensive » est apparu récemment dans la littérature française ; cependant, l'idée d'une modification des pratiques médicales en réponse à une contrainte est connue depuis plusieurs années. L'influence des patients sur la prescription pourrait même se deviner derrière le slogan « les antibiotiques, ce n'est pas automatique » : la CNAM, en 2001, adressait ce slogan non pas aux prescripteurs mais aux usagers du système de santé. Identifiée sous le terme « pression de prescription », l'interférence des patients dans la décision thérapeutique du médecin généraliste concernait une consultation sur quatre en 2003 (26).

Une étude qualitative récente menée en *focus group* nous indique que le concept de médecine défensive est spontanément bien compris par les médecins généralistes et que les sources de pression sont nombreuses. Les participants évoquent, entre autres, la peur de l'erreur médicale et du procès, la pression exercée par le patient et son entourage, ainsi qu'une pression personnelle et contextuelle (27).

Une étude quantitative, publiée durant la rédaction de notre travail, objective des conséquences importantes sur la pratique courante, notamment sur la prescription, l'adressage et l'abstention à réaliser certains gestes comme l'ECG ou la suture (28).

La médecine générale étant la spécialité comportant le plus de médecin, il est légitime de postuler que des modifications de pratiques individuelles répétées aient des conséquences importantes en matière de santé publique.

Cette hypothèse nous a motivé à réaliser un travail cherchant à déterminer la fréquence des pratiques de médecine défensive et à identifier les sources de pression qui en sont responsables.

Tableau 2. Résumés d'articles européens portant sur la médecine défensive en médecine générale

Auteur, Année	Pays	Méthode/ TR = taux de réponse	Participants	Revue
Morichon, 2022	France	Quantitative (TR : 74,5 %)	N = 132	Exercer
Titre	« Impact ressenti de la pratique de médecine défensive sur la pratique médicale »			
Objectif	Étudier l'impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique des médecins généralistes français			
Résultats	<p>Presque tous les participants (98,5 %) déclaraient modifier au moins un aspect de leur pratique lorsqu'ils étaient sous pression, 80,3 % modifiaient leur prise de notes, 60,6 % prescrivaient plus d'examens d'imagerie, 57,8 % prescrivaient plus d'analyses biologiques et 34,9 % changeaient leurs prescriptions médicamenteuses.</p> <p>Les principaux comportements d'évitement consistaient à adresser le patient plus facilement à un confrère spécialiste ou aux urgences (respectivement 73,5 % et 27,3 % des répondants) et, pour 54,4 % d'entre eux, à renoncer à la pratique d'actes techniques jugés à risque.</p> <p>Le ressenti, autoévalué par les médecins, de l'impact de la médecine défensive sur leur pratique était, en moyenne, de 4,58 sur 10. Un antécédent de plainte n'était pas significativement associé à une modification des comportements défensifs.</p>			
Solutions	Débriefing entre collègues concernant les situations difficiles ; faciliter la relation médecin-malade			
Grocq, 2021	France	Qualitative, focus group	N = 21	Revue Médecine
Titre	« La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français, une étude qualitative en <i>focus group</i> »			
Objectif	Explorer le ressenti et le vécu de la médecine défensive chez les médecins généralistes français			
Résultats	<p>Les principales causes d'une modification des pratiques qui ont été identifiées étaient : la peur de l'erreur médicale et du procès, le patient et son entourage, une pression personnelle et l'organisation des soins (objectif ROSP, remplacement).</p> <p>Les modifications de pratique correspondaient à un examen clinique plus minutieux, à une meilleure tenue des dossiers et à une surprescription, notamment d'antibiotiques. Sur le plan émotionnel, les médecins ressentaient de l'anxiété, de la méfiance vis-à-vis des patients et une souffrance dans l'exercice professionnel.</p>			
Solutions	Éducation de la population ; renforcement des capacités communicationnelles ; groupe d'analyse de pratiques			
Andersen MK, 2021	Danemark	Quantitative prospective	N = 26	Scandinavian Journal of Primary Healthcare
Titre	"Defensive medicine in Danish general practice. Types of defensive actions and reasons for practicing defensively"			
Objectif	Évaluer la fréquence et les types de médecine défensive, ainsi que les raisons de la pratiquer en médecine générale			
Résultats	<p>Des actions défensives ont été identifiées dans 12 % (210/1749) des consultations. Un cinquième (46/210) des actions défensives ont été qualifiées par les généralistes de « modérément » à « hautement » défensives.</p> <p>Les actions défensives fréquentes étaient les bilans biologiques et l'adressage aux spécialistes. Les raisons courantes des actions défensives étaient les suivantes : l'influence des patients (37 %), la crainte de négliger une maladie grave (32 %) et l'influence des proches des patients (12 %).</p>			
Solutions	Collaboration entre spécialistes ; renforcement du lien de confiance médecin-patient			
Hvidt, 2017	Danemark	Qualitative, focus group	N = 28	British Medical Journal Open
Titre	"How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners"			
Objectif	Explorer le ressenti et le vécu de la médecine défensive chez les MG danois			

Résultats	Les médecins généralistes considèrent la médecine défensive comme des actions inutiles sur la santé. Plusieurs sources de pression amenant à agir de manière défensive ont été identifiées par les médecins généralistes : la pression du système pour se conformer aux réglementations externes, les exigences des patients consuméristes, et une culture, chez les médecins généralistes et les pairs, de l'infaillibilité et d'une faible tolérance au risque.			
Solutions	Changements dans la culture médicale, y compris des campagnes comme <i>Choosing Wisely</i> ; actions pour augmenter le temps de consultation, permettant de discuter des avantages et des inconvénients des interventions ; encouragement à la réflexivité dans la culture de la médecine par rapport aux valeurs fondamentales et à l'identité professionnelle			
Catino, 2009	Italie	Quantitative transversale (TR : 37 %)	N = 307	<i>Cognition, Technology & Work</i>
Titre	"The problem of defensive medicine: two Italian surveys"			
Objectif	Déterminer la fréquence et les raisons de pratiquer la médecine défensive			
Résultats	Soixante-dix-huit pour cent des répondants ont déclaré pratiquer une médecine défensive, dont 92 % parmi les 32-42 ans. Les pratiques défensives les plus courantes étaient : les notes superflues dans le dossier du patient (83 %), l'examen de l'hospitalisation (69 %), les tests diagnostiques inutiles (61 %), l'orientation inutile vers un spécialiste (59 %) et la prescription inutile (51,5 %). Les médecins généralistes redoutaient les risques juridiques (par exemple, 80 % craignaient un litige et 60 % craignaient une demande d'indemnisation), de voir un collègue impliqué dans un litige (66 %) et une mauvaise réputation (43,5 %)			
Solutions	Changement culturel de la sanction individuelle pour se concentrer sur les facteurs organisationnels et systémiques			
Summerton, 2000	Royaume-Uni	Quantitative transversale (TR : 69 %)	N = 339	<i>Journal of General Practice</i>
Titre	"Trends in Negative Defensive Medicine within General Practice". <i>British Journal of General Practice</i>			
Objectif	Suivre les évolutions des pratiques de médecine défensive en les comparant avec les données précédemment collectées (voir Summerton, 1995) pour identifier tout changement significatif sur une période de cinq ans			
Résultats	En comparaison avec les rapports précédents, les médecins généralistes sont plus susceptibles d'entreprendre des tests de diagnostic (de 60 % à 70 %) et d'orienter les patients (de 64 % à 73 %) pour des raisons défensives.			
Solutions	Améliorer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques aux médecins généralistes, y compris des lignes directrices pour la prise en charge des éventuels symptômes précoces du cancer.			
Summerton, 1995	Royaume-Uni	Quantitative transversale (TR 60 %)	N = 300	<i>British Medical Journal</i>
Titre	"Positive And Negative Factors In Defensive Medicine: A Questionnaire Study Of General Practitioner"			
Objectif	Enquêter sur la médecine défensive parmi les médecins généralistes et sur l'impact de la compréhension des médecins généralistes de la négligence médicale et de leurs préoccupations concernant le risque de poursuites ou de plaintes			
Résultats	Quatre-vingt-dix-huit pour cent ont signalé des changements de pratique en raison de préoccupations juridiques. Les pratiques défensives les plus courantes étaient : l'augmentation des tests de diagnostic, l'augmentation des avis spécialisés, l'augmentation du suivi, des explications plus détaillées aux patients et la prise de notes.			
Solutions	Pas de solution évoquée			

3 Caractéristiques des pratiques de médecine défensive des médecins généralistes en Île-de-France et dans les Pays de la Loire

3.1 Introduction

La médecine moderne, en raison de ses avancées technologiques et de l'évolution de la relation médecin-malade et du droit, a soumis le médecin à des pressions nouvelles.

À cause de ces pressions, le médecin modifie ses pratiques, dans le but d'éviter un litige judiciaire ou un conflit avec le patient. Ces modifications de pratiques sont regroupées sous le terme de « médecine défensive », prenant la forme de comportements d'évitement de certains actes ou de certains patients, ou de prescription par excès.

L'objectif principal était d'estimer la fréquence des pratiques de médecine défensive lors du dernier mois de consultation dans un échantillon de médecin généraliste.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les modalités de ces pratiques et d'identifier les pressions pouvant en être responsable.

3.2 Matériel et méthode

3.2.1 Type d'étude et population de l'étude

Ce travail présente une étude descriptive rétrospective. La collecte des données s'est étendue sur quatre semaines, du 23 juin 2022 au 21 juillet 2022.

Les médecins ciblés par l'étude devaient répondre aux critères suivants :

- être spécialistes de médecine générale ;
- avoir soutenu leur thèse ou être titulaire d'une licence de remplacement ;
- avoir une activité de soins primaires ;
- exercer en Île-de-France ou dans les Pays de la Loire.

Les médecins généralistes travaillant exclusivement dans les services hospitaliers et les internes ont été exclus.

3.2.2 Définition et questionnaire

Afin de faciliter la compréhension, il a été proposé une définition large de la médecine défensive en préambule. Cette dernière a été définie comme telle :

« La médecine défensive est une déviation de la pratique médicale standard en conséquence à diverses sources de pression ».

Le terme de "pression" peut s'entendre de différentes manières, pouvant aller du manque de temps lors d'une consultation, à la menace de plainte en passant par l'agressivité d'un patient.

La "déviation de la pratique médicale standard" peut être une prescription inadaptée d'imagerie, d'antibiotique, etc., mais également un remplissage "trop" soigneux d'un dossier médical. »

Les items concernant les modifications de pratiques et les sources de pression ont été conçus en fonction des éléments rapportés dans une étude qualitative récente explorant la médecine défensive en médecine générale (27).

Le questionnaire (cf. annexe 2) a été organisé en trois parties et contenait vingt items :

- la première partie décrivait la situation sociodémographique des médecins ;
- la deuxième partie explorait la fréquence et les types de pratique de médecine défensive ;
- la troisième partie interrogeait les répondants sur les sources de pression qu'ils estimaient importantes.

Les réponses proposées aux différentes questions étaient de nature ordinale en cinq classes de fréquence (« jamais » à « très souvent ») ou d'accord à une proposition (« pas d'accord » à « tout à fait d'accord »).

Le questionnaire a été validé après avoir été testé sur sept médecins généralistes répondants aux critères d'inclusion. Cette vérification avait pour but de nous assurer que les questions étaient comprises et pertinentes.

3.2.3 Collecte des données

Le questionnaire a été diffusé à l'aide d'un lien électronique dirigeant vers un questionnaire Google Forms. Le questionnaire a été paramétré de façon à empêcher les doublons ou les réponses incomplètes.

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour garantir une diffusion large du questionnaire :

- diffusion sur des groupes privés (réseaux sociaux) mettant en relation médecins installés et médecins remplaçants en Île-de-France (3 800 membres) et dans les Pays de la Loire (3 300 membres) ;
- diffusion par courriel auprès des adhérents de l'URML Paris et Pays de la Loire ;
- diffusion auprès de SOS Médecins Pays de la Loire, Nantes et Paris grâce à un fichier d'adresses fourni par l'association.

Les Ordres des médecins départementaux des régions concernées ont cependant tous refusé notre demande de diffusion auprès de leurs adhérents.

3.2.4 Méthode d'analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide d'Excel et tests statistiques simples (comparaisons de données qualitatives par tests du Chi-2 sur biostatTGV).

3.2.5 Aspect éthique et réglementaire

L'étude, portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles, ne relève pas de la loi Jardé. De plus, le questionnaire n'a pas permis de collecter de données personnelles au sens de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Il était strictement anonyme et sans réidentification possible, et n'a donc pas nécessité de déclaration, en conformité avec le règlement général sur la protection des données en vigueur.

3.3 Résultats

3.3.1 Caractéristiques de l'échantillon de médecins (Q1 à Q7)

Nous avons recueilli 474 réponses aux questionnaires dont 454 répondaient aux critères d'inclusion.

Une majorité relative des praticiens étaient titulaires (46 %, n = 209) ; les praticiens de SOS Médecins et les remplaçants représentaient respectivement 17 % (n = 78) et 37 % (n = 167) du reste de l'échantillon. Les effectifs de médecins inclus par région étaient similaires en Île-de-France (48 % [n = 217]) et dans les Pays de la Loire (52 % [n = 237]).

Nous avons comparé les données démographiques de l'échantillon avec la répartition observée de l'ensemble des médecins enregistrés dans chaque région. Nous constatons qu'il existe des disparités, avec un échantillon de population plus jeune, plus féminine et avec une proportion plus importante de remplaçant par rapport à la population source (Tableau 3).

Tableau 3. Comparaison des caractéristiques des participants entre les régions Île-de-France et Pays de la Loire

	<i>Île-de-France</i>		<i>Pays de la Loire</i>	
	Étude	Total	Étude	Total
Nombre	217	8 600	237	3 700
Modalité d'exercice				
<i>MG</i>	35 %	85 %	56 %	80 %
<i>SOS Médecins</i>	24 %	3 %	11 %	2 %
<i>Remplaçants</i>	41 %	12 %	33 %	18 %
% de femmes	73 %	45 %	72 %	47 %
Âge moyen	37	53	37	48
<i>Hommes</i>	48	58	40	53
<i>Femmes</i>	33	50	36	43
Milieu rural/urbain				
<i>Rural</i>	2 %	9 %	23 %	NC
<i>Semi-urbain</i>	11 %	9 %	40 %	NC
<i>Urbain</i>	88 %	82 %	37 %	NC

NC : donnée manquante

MG : médecins généralistes

Un antécédent de poursuites (auprès de l'Ordre, d'une juridiction pénale ou civile, ou d'une CCI) est lié à la durée d'exercice et donc à l'âge du médecin, et s'avère plus fréquent chez les hommes et chez les médecins de SOS Médecins (Tableau 4).

Tableau 4. Antécédent de poursuites judiciaires des participants stratifié en fonction des données sociodémographiques

	Nombre total	Antécédent de poursuites	%	P
Âge				
25-34 ans	263	8	3 %	< 0,001
35-44 ans	106	16	15 %	
≥ 45 ans	85	23	27 %	
Genre				
Homme	106	19	15 %	0,02
Femme	301	28	9 %	
Durée d'exercice				
< 10 ans	336	17	5 %	< 0,001
10-19 ans	61	18	30 %	
≥ 20 ans	57	12	21 %	
Modalité d'exercice				
Remplaçant	168	5	3 %	< 0,001
SOS médecins	77	16	21 %	
Médecin généraliste	209	26	12 %	
Région				
Île-de-France	217	21	10 %	NS
Pays de la Loire	237	26	11 %	
Ensemble	407	47	10 %	

3.3.2 Fréquence de pratique d'une médecine défensive au cours du dernier mois d'exercice (Q8)

Parmi les 454 participants, deux médecins sur trois ont déclaré avoir pratiqué une médecine défensive au moins une fois par semaine au cours du dernier mois et un médecin sur quatre au moins une fois par jour (Tableau 5).

Tableau 5. Fréquence de pratique d'une médecine défensive au cours du dernier mois d'exercice

<i>Fréquence de pratique défensive</i>	<i>N</i>	<i>Pourcentage de l'échantillon</i>
Jamais	15	3 %
Rarement (une fois par mois)	141	31 %
Occasionnellement (une fois par semaine)	185	41 %
Souvent (une fois par jour)	87	19 %
Très souvent (plusieurs fois par jour)	26	6 %
Total	454	100 %

La fréquence des pratiques défensives diminue avec l'âge, mais augmente chez les médecins remplaçants et en Île-de-France (où prédominent les médecins remplaçants). Il existe peu de différences selon le genre (Tableau 6).

Tableau 6. Analyse stratifiée des médecins pratiquant une médecine défensive au moins une fois par jour au cours du dernier mois selon l'âge, le genre, la modalité d'exercice et la région (Q8)

	<i>Nombre total de médecins</i>	<i>Pourcentage de médecin pratiquant une médecine défensive au moins une fois par jour</i>
<i>Effectif</i>	454 (100 %)	113 (25 %)
Âge		
25-34 ans	263	27 %
35-44 ans	106	23 %
≥ 45 ans	85	20 %
Genre		
Homme	125	27 %
Femme	329	24 %
Modalité d'exercice		
Médecin remplaçant	209	29 %
SOS Médecins	77	23 %
Médecin installé	168	22 %
Région		
Île-de-France	217	33 %
Pays de la Loire	237	17 %
Antécédent de poursuite par un patient		
Oui	47	32 %
Non	407	24 %

3.3.3 Modalités de pratique défensive (Q9 à Q17)

Parmi les modalités de pratique, les pratiques de surprescription et celles d'évitement ont été dissociées.

3.3.3.1 Pratiques de surprescription (Q9 à Q13)

Les pratiques de surprescription se manifestent chez plus de la moitié des médecins (« occasionnellement » à « très souvent ») par un recours excessif à un spécialiste, par une prescription d'imagerie ou par la prescription d'un traitement à la suite d'une demande insistante (Tableau 7).

Le recours aux urgences et la prescription d'un bilan biologique constituent plus rarement une modalité de médecine défensive.

Tableau 7. Pratiques de surprescriptions, de recours aux spécialistes ou aux urgences motivés par la crainte d'un contentieux – 454 médecins (Q9 à Q12)

<i>Fréquence</i>	<i>Imagerie</i>	<i>Bilan biologique</i>	<i>Recours aux spécialistes</i>	<i>Recours aux urgences</i>	<i>Traitement</i>
<i>Jamais</i>	8 %	20 %	13 %	25 %	12 %
<i>Rarement</i>	38 %	36 %	30 %	43 %	38 %
<i>Occasionnellement</i>	39 %	31 %	42 %	26 %	41 %
<i>Souvent</i>	13 %	12 %	14 %	5 %	8 %
<i>Très souvent</i>	3 %	1 %	2 %	2 %	2 %

3.3.3.2 Pratiques d'évitement (Q14-Q15)

Au total, 36 % (n=160) des médecins ont déclaré éviter de réaliser (« occasionnellement » à « très souvent ») certains actes par crainte de litiges (Tableau 8).

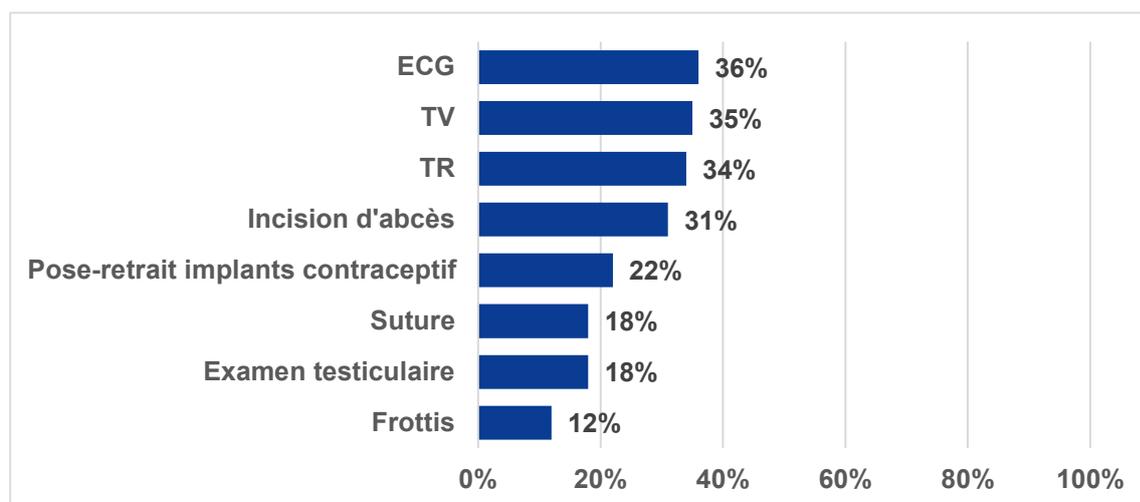
Tableau 8. Abstention à la réalisation d'actes par crainte d'un contentieux (Q14)

<i>Fréquence</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Jamais</i>	208	46 %
<i>Rarement</i>	86	19 %
<i>Occasionnellement</i>	122	27 %
<i>Souvent</i>	31	7 %
<i>Très souvent</i>	7	2 %
<i>Total</i>	454	100 %

Nous avons ensuite demandé aux médecins ayant répondu de « rarement » à « très souvent » le ou les actes évités par crainte d'un litige (n = 246).

Parmi ces 246 médecins, environ un sur trois a déclaré éviter les examens pelviens et les ECG par crainte d'un litige (Tableau 9).

Tableau 9. Type d'actes évités par crainte d'un contentieux (n = 246 médecins) (Q15)



Cette abstention à la réalisation de gestes diffère en fonction du sexe : principalement, les médecins femmes sont moins enclines à réaliser un ECG, alors que les médecins hommes évitent de réaliser des frottis ou des touchers vaginaux (Tableau 10).

Tableau 10. Fréquence d'évitement d'actes en fonction du genre du médecin (Q15)

	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>
Effectif ayant déclaré avoir évité des actes	163	83
Actes évités		
<i>Toucher vaginal</i>	20 %	60 %
<i>Toucher rectal</i>	30 %	37 %
<i>Frottis</i>	6 %	23 %
<i>ECG</i>	43 %	17 %

Une partie « commentaire libre » était proposée dans cette question et rapporte également l'abstention à la réalisation d'infiltrations (n = 3) et à la pose de stérilets (n = 4).

3.3.3.3 Pratiques consistant à noter plus d'éléments dans le dossier médical (Q16)

Un remplissage plus important du dossier médical constitue l'une des actions les plus fréquentes de médecine défensive : plus de 67 % des médecins interrogés déclarent le réaliser fréquemment (Tableau 11).

Tableau 11. Fréquence des médecins déclarant noter plus d'éléments dans le dossier médical par crainte d'un contentieux

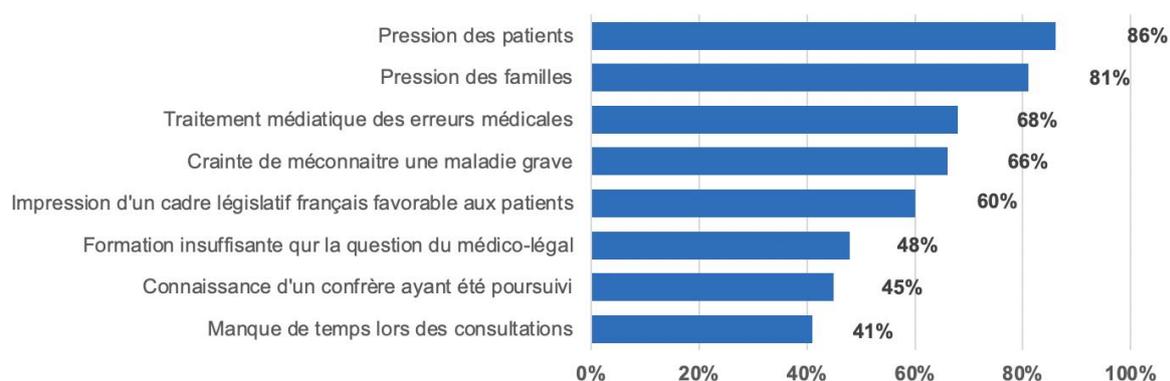
Fréquence	Plus d'éléments dans le dossier médical
<i>Jamais</i>	1 %
<i>Rarement</i>	18 %
<i>Occasionnellement</i>	14 %
<i>Souvent</i>	36 %
<i>Très souvent</i>	31 %

3.3.4 Les pressions conduisant à une médecine défensive (Q18 à Q25)

Une majorité des médecins répondants identifie le patient et sa famille comme source principale de pression pouvant conduire à des actes de médecine défensive.

La pression liée à l'erreur médicale, notamment la peur de méconnaître une maladie grave et le traitement médiatique des erreurs, est rapportée par environ deux médecins sur trois. La pression liée au manque de temps lors des consultations est la moins souvent citée (Figure 2).

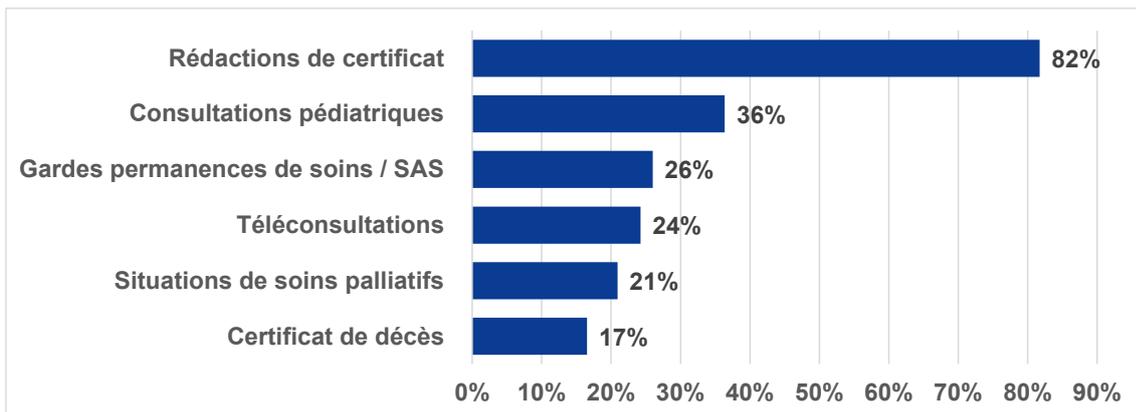
Figure 2. Fréquence des réponses « d'accord – tout à fait d'accord » pour l'ensemble des participants



3.3.5 Situations contribuant à ressentir un enjeu médico-légal important (Q26)

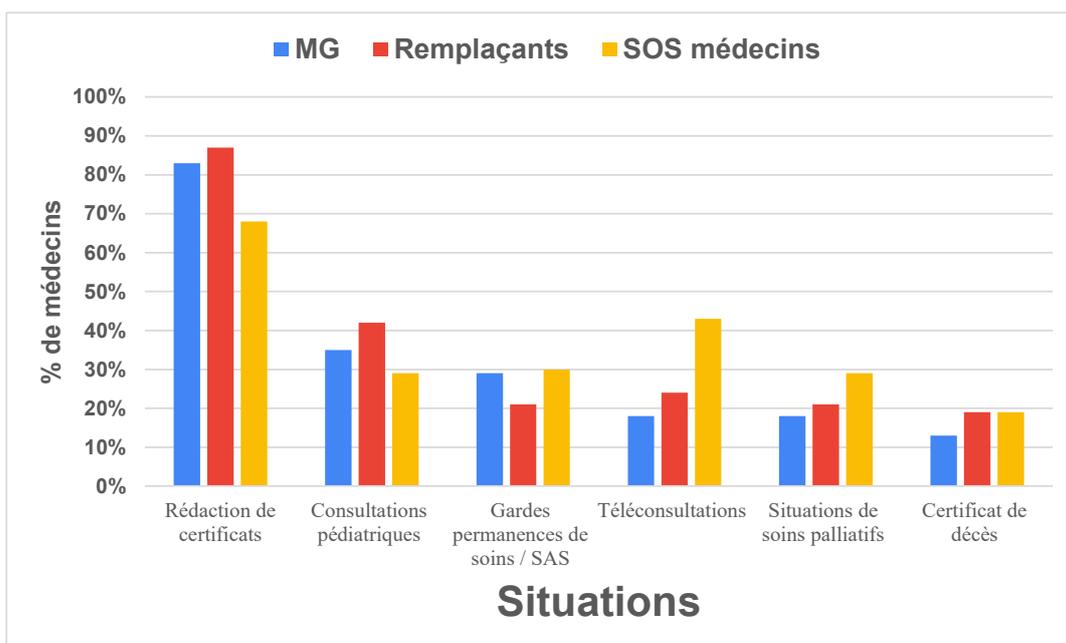
Parmi les situations entraînant un ressenti d'enjeu médico-légal, la rédaction de certificats prédomine (82 %), suivie des consultations pédiatriques (36 %) et des gardes de permanences de soins (26 %) (Figure 3).

Figure 3. Situation faisant ressentir un enjeu médico-légal important, réponses « d'accord – tout à fait d'accord »



Ce ressenti d'un enjeu médical diffère selon le type de pratique. Ainsi, les praticiens de SOS Médecins appréhendent plus les téléconsultations et les situations de soins palliatifs que leurs confrères installés. Les médecins remplaçants ressentent un risque de litige lors des consultations pédiatriques et lors de la rédaction d'un certificat (Figure 4).

Figure 4. Fréquence des situations avec des enjeux médico-légaux selon le mode d'exercice



3.3.6 Remarques libres textuelles (Q17 et Q27)

Parmi les 454 médecins ayant répondu au questionnaire, 124 ont rédigé des remarques libres. Par souci de lisibilité, nous allons présenter celles qui ne sont pas redondantes par rapport au questionnaire.

Notion d'agressivité et de violence physique :

- « Par notre activité, la crainte est plutôt physique parfois. »
- « Peur plus de l'altercation physique que du procès. »
- « Exigence et agressivité des patients consommateurs de soin en ville. »
- « Ce n'est pas tant la crainte d'un contentieux que l'agressivité/la demande insistante des patients qui change mes prescriptions. »
- « Lorsque j'étais interne, j'ai déjà reçu deux plaintes (classées heureusement), mais les patients sont de plus en plus procéduriers et agressifs aussi. »

Notion de souffrance liée aux risques de procès :

- « J'ai fait une erreur en 2008 (sans en avoir conscience) qui a eu des conséquences en 2012, plainte au civil en 2014, expertise six mois plus tard. Reconnue responsable. On ne peut pas faire 20 ans de médecine sans se tromper. Parfois l'erreur se rattrape, parfois pas... peu importe le nombre de patients bien pris en charge, la responsabilité est jugée sur le cas précis, au civil en tout cas. J'ai fait une dépression. J'ai toujours travaillé. Je plains en silence les jeunes naïfs qui choisissent la médecine comme voie. Heureusement, mes enfants ont compris. Je me serai suicidée sans ma famille. »
- « L'omniprésence de la crainte d'un procès. Personnellement, je me suis toujours dit qu'au premier procès, je changerais de travail. On donne vraiment bcp pour notre métier avec un impact sur notre vie perso, pas pour se récupérer ça par la suite ! »
- « Je passe beaucoup de temps à TOUT expliquer aux patientes dans le détail pour éviter les problèmes. C'est très anxiogène ++++. »
- « La crainte du procès est une angoisse chez moi effectivement, pour avoir entendu plusieurs retours, et m'inciterait (entre autres) à changer de choix de carrière. »
- « Je me retiens de dire aux externes que, sans doute dans leur carrière, ils seront mis en cause, avec nuits blanches, ventre noué, impact sur toute la vie professionnelle et personnelle, honte, dépréciation de soi, colère, sensation d'avoir été trompé sur les vraies difficultés du métier. »

Le rapport médecin-malade comme cause et solution :

- « Rarement, mais quand le ou la patiente m'est hostile, je précise bien l'absence des différents signes de gravité au moment de l'examen au cas où la clinique s'aggraverait dans les jours à venir mais je précise cependant tjrs au parti et de me rappeler en cas de non-amélioration de la clinique de façon à le réévaluer. Ce qui rassure le patient et détend souvent l'atmosphère quand celle-ci est un peu limite. Souvent en lien avec l'anxiété de ce dernier. Donc il faut surtout apaiser et rassurer la personne. »
- « J'imagine que ma jeunesse dans le métier joue beaucoup, avec l'expérience je pense que l'incertitude diagnostique et ou thérapeutique doit être un peu moins fréquente, mais surtout j'ai remarqué qu'avoir un état d'esprit en me disant je fais de mon mieux de bout en bout pour mon patient en pensant juste à bien m'occuper de lui me permettait de diminuer cette ombre médico-légale. »
- « À pondérer en fonction du temps d'exercice : on s'éloigne + d'une médecine défensive avec l'expérience et la confiance en soi. »
- « Et ce qui est sûr aussi c'est sur la communication fait tout... et pour le coup, pas toujours évident d'être optimal dans l'accueil, l'écoute et la démonstration d'empathie qu'on nous exige surtout avec le temps qui manque de plus en plus. »
- « Je ne la pratique pas, je pense qu'en médecine générale, une bonne communication, y compris de ses erreurs, permet d'éviter toute procédure. Évidemment, le risque zéro n'existe pas. Mais je me refuse de modifier toute ma pratique pour un risque faible. Tant pis, je prends des risques. »
- « Le poids de la relation qui s'est instituée entre le médecin et son patient, le transfert/contre-transfert, pèse parfois bien plus lourd comme "pression" que le manque de temps ou l'agressivité. La sacrosainte neutralité bienveillante est une tâche ardue dans la relation de soins en médecine générale, qui par définition se construit dans la durée. Plus qu'un hypothétique risque exogène, c'est de lui même que le médecin généraliste doit se méfier. Je pense que ce facteur joue plus dans la prescription de complaisance que la crainte de la judiciarisation. »
- « Le temps de communication entre le médecin et le patient/parent est pour moi la clé pour éviter de pratiquer une médecine défensive, cela implique de limiter ses actes médicaux journaliers et d'en assumer les conséquences. »
- « Pour le reste je pense qu'un médecin à l'écoute et présent pour son patient a relativement peu de risques de se retrouver avec un procès. Plus celui-ci adopte une attitude distanciée et une absence d'écoute et plus il a de risques que ça finisse mal. »

4 Discussion

4.1 Principaux résultats

L'objectif principal de notre étude était d'estimer une fréquence des pratiques de médecine défensive. Notre étude suggère qu'une large majorité (66%) des médecins généralistes pratiquent une médecine défensive de manière hebdomadaire et un sur quatre de manière quotidienne.

Un des objectifs secondaires était de déterminer les modalités de ces pratiques. Cette médecine défensive se traduit d'abord par un remplissage trop soigneux du dossier médical, par crainte d'un litige. Les médecins interrogés ont rapporté, ensuite, des pratiques de surprescription, dans des proportions quasi équivalentes, de bilans biologiques, d'examen d'imagerie et de prescriptions de médicaments.

Des pratiques, que l'on pourrait qualifier de délégations de responsabilité par peur d'un litige, consistaient principalement en un recours à un avis spécialisé et, dans une moindre mesure, en un recours excessif aux urgences. Un évitement d'actes, principalement d'ECG et d'examen pelviens, a été rapporté par 36 % des médecins interrogés.

En l'absence de méthodologie standardisée pour évaluer les pratiques de médecine défensive, il s'avère compliqué de comparer précisément nos résultats à ceux des précédentes études réalisées sur le sujet.

Le deuxième objectif secondaire était d'identifier les sources de pression menant à une pratique défensive de la médecine. Les patients et leurs familles ont été majoritairement désignés comme une source de pression responsable d'une médecine défensive, devant la crainte de méconnaître une maladie grave.

Le contexte de la consultation joue également un rôle important : 80 % des médecins interrogés ont déclaré être sous pression lors de la rédaction d'un certificat, 36 % lors de consultations pédiatriques et 26 % lors d'une garde.

4.2 Forces et limites

Cette étude visait à estimer la fréquence des pratiques de médecine défensive en France, ce qu'aucune autre étude n'avait réalisé jusqu'à présent. Cette fréquence a été estimée sur le dernier mois de consultation, afin de limiter le biais de mémorisation.

Les données sociodémographiques ont permis de constater que les jeunes médecins étaient surreprésentés dans cette étude. Cette différence peut s'expliquer par le mode de sondage (par Internet) : l'informatisation du questionnaire a pu être une source de non-réponse de médecins peu habitués à ce mode de collecte. De plus, nous nous sommes heurté au refus de diffusion de l'enquête par des instances intermédiaires (CDOM), ce qui nous a empêché d'atteindre un public non inscrit sur les groupes de remplacements. Ce défaut de représentativité ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population cible.

Il existe certainement un autre biais de sélection, puisque les médecins les plus concernés par le sujet ont pu être plus enclins à répondre.

Un biais lié aux modalités de recueil de l'information est aussi à prendre en compte. Il a cependant été limité par la méthodologie de l'étude : des échelles de réponses et des questions à choix multiples avec champ de texte libre ont été préférées aux questions à réponse binaire. Le questionnaire a été testé à plusieurs reprises auprès de différents médecins, avant sa diffusion afin de s'assurer de sa compréhension.

Il n'existe pas d'échelle standardisée validée permettant d'évaluer les pratiques de médecine défensive. Les questions proposées ont été construites à partir d'études qualitatives et quantitatives sur le sujet. Certains intitulés ont pu manquer de précisions ou de définitions de certains termes.

Par ailleurs, le thème constitue un sujet sensible, car lié à un jugement. Les médecins de l'échantillon ont dû se livrer à l'exercice complexe d'auto-évaluer leur pratique. Bien que le questionnaire ait été auto-administré et anonymisé, cela a pu induire un biais de désirabilité.

4.3 Conséquences des pratiques de médecine défensive

La France recense, en 2022, un peu plus de 100 000 médecins généralistes. Il est légitime de postuler que des modifications des pratiques médicales dans cette discipline peuvent exercer un effet important sur le système de santé.

Des risques liés à la surprescription

Dans notre étude, environ un médecin sur deux a admis prescrire des bilans biologiques, des actes de radiologie ou des médicaments par crainte d'un litige ou à la suite d'une demande qu'il estimait abusive. Ces résultats sont comparables, en ordre de grandeur, au travail de Morichon (28).

Cette tendance à la surprescription peut entraîner des effets délétères pour les patients. L'exemple le plus connu est l'antibiorésistance. Avec, chaque année, 700 prescriptions pour 1 000 habitants, la France est le quatrième pays d'Europe le plus prescripteur d'antibiotiques, malgré les effets positifs des campagnes de santé publique visant à limiter leur usage. Plusieurs travaux soulignent le rôle de la pression des patients dans les prescriptions inadaptées d'antibiothérapies (26).

La multiplication des actes de biologie ou de radiologie non indiqués expose le patient au risque de surdiagnostic ou de découverte d'incidentalomes pouvant entraîner d'autres investigations inutiles (29).

Certaines études suggèrent même des majorations de douleurs et une augmentation du stress induites par des résultats anormaux de radiologie lombaire (30).

Il serait intéressant d'explorer plus amplement l'effet iatrogène des examens dits « de routine », afin de sensibiliser médecins et patients à la problématique.

Implication des comportements d'évitement

- La délégation de responsabilité

Respectivement 33 % et 58 % des médecins de notre échantillon déclarent adresser « occasionnellement » à « très souvent » des patients à un service d'urgence ou à un spécialiste d'organe dans un but défensif. Malgré une structure de questionnaire différente de la nôtre, les résultats de Morichon (28) vont dans le même sens que les nôtres.

Au moment de la rédaction de ce travail, le système de santé français connaît des difficultés : un allongement des délais pour consulter un spécialiste entraînant un renoncement aux soins d'une partie de la population (31) ainsi qu'une saturation des services des urgences.

Cette situation ne saurait s'expliquer par la seule existence d'un excès d'adressage par les médecins généralistes. En revanche, des stratégies de collaboration entre médecins, afin de discuter du « juste soin » de manière collégiale, pourraient permettre de diminuer cette pression supplémentaire sur le système de santé (32).

- L'abstention à la réalisation d'actes et d'examen pelviens

La non-réalisation d'actes médicaux par crainte d'un litige en cas d'erreur a déjà été évoquée dans la littérature. La peur de la poursuite constituerait le frein majoritaire à l'équipement en ECG des futurs médecins généralistes (33), une des causes de non-réalisation des sutures (34) et, plus rarement, un frein à l'examen sénologique (35).

Dans notre étude, un peu plus d'un tiers des médecins interrogés déclarent s'abstenir d'effectuer certains actes par crainte d'un litige, principalement des ECG chez les femmes et des actes gynécologiques.

Ces comportements pourraient, dans certains cas, entraîner une perte de chance pour le patient, en raison d'un retard de diagnostic et donc de prise en charge (cancer, trouble du rythme et infarctus notamment).

4.4 Des pressions et des ébauches de solutions

4.4.1 Des influences externes sur le prescripteur

Nos résultats renforcent la notion suivante, retrouvée dans les études précédemment citées : les patients et leurs familles représentent les principales sources de pressions auxquelles est confronté le médecin généraliste.

L'influence du patient, peu étudiée en France, est connue outre-Atlantique pour modifier les prescriptions du médecin (36,37).

Pour limiter cet impact, une campagne de santé publique, intitulée « *Choosing Wisely* », est diffusée principalement aux États-Unis, au Canada et en Angleterre. Elle sensibilise médecins et patients aux problématiques liées à la surprescription et à l'usage inutile du système de santé, et produit des résultats encourageants (38). Ces initiatives d'éducation à la santé doivent être encouragées et reproduites en France, afin de limiter la pression de prescription.

On notera également que plusieurs médecins ont évoqué, en commentaire libre, une crainte liée à l'agressivité verbale et physique de la part des patients. Ce paramètre aurait dû être intégré plus spécifiquement dans l'étude.

Le traitement des erreurs médicales est également souvent cité dans les médias. Cette pression, déjà présente avant l'avènement d'Internet (19), nous semble difficilement maîtrisable par le seul corps médical. Elle s'intègre plus largement dans la relation de confiance entre les médecins et les patients, qui a été entachée de plusieurs scandales sanitaires lors des 20 dernières années.

4.4.2 Une pression auto-administrée

La peur du risque médico-légal se développe tôt dans la carrière des médecins : des pratiques de médecine défensive sont déjà présentes lors de l'internat (39). Nous avons préféré l'évaluer comme une « peur de méconnaître une maladie grave », en estimant que derrière la peur du procès se cachait la peur de l'erreur.

Cette crainte a déjà été largement étudiée dans des travaux universitaires qui ont abouti à des pistes de réflexion sur sa gestion (groupes de pairs notamment).

Dans un essai sur l'accès du médecin à la connaissance juridique, Boughriet estime que le droit peut être un « *élément inhibiteur de la pratique médicale* », principalement du fait de la méconnaissance du droit par le médecin et d'une impression inexacte de judiciarisation de la médecine. Elle souligne la nécessité « *d'intégrer des enseignements juridiques adaptés à l'exercice médical, dans le cadre de la formation initiale et continue* » et recommande « *la création d'un Pôle médecine et droit permettant de proposer aux médecins des outils pédagogiques comme autant d'aides à la décision, dans l'exercice quotidien* » (25).

L'émergence de tels pôles permettrait d'améliorer la formation liée à certaines situations à haut risque de litige, notamment la rédaction de certificats médicaux, élément identifié comme principale situation litigieuse par notre échantillon.

5 Conclusion

Notre étude suggère qu'une majorité de médecins généralistes pratiquent à divers degrés une médecine défensive en réaction à des pressions, principalement celles exercées par les patients et leurs familles.

Ces modifications de pratique, lorsqu'elles tendent vers une surprescription de médicaments ou d'exams complémentaires, exposent le patient à des risques iatrogènes et d'antibiorésistance, et contribuent à saturer un système de santé déjà en difficulté.

Dans une moindre mesure, afin d'éviter des litiges, les médecins généralistes s'abstiennent de réaliser des actes techniques. Ces pratiques d'évitement peuvent engendrer des retards de prise en charge dommageables pour le patient.

Les pistes de solutions visant à enrayer cette tendance, qualifiée par certains auteurs d'effet secondaire de la médecine moderne, sont aussi nombreuses qu'il existe de sources de pression.

Il existe indéniablement une pression culturelle liée à la perception d'une médecine où il est toujours préférable d'agir plutôt que de s'abstenir. L'État, grâce à des initiatives d'éducation à la santé, peut agir sur cette pression médiée par les demandes des patients.

De son côté, le corps médical doit s'interroger sur le rapport qu'il entretient avec les risques d'erreur et de confrontation avec la justice.

6 Références bibliographiques

1. Danzon PM. Tort reform: the case of medical malpractice. *Oxf Rev Econ Policy*. 1994 Spring;10(1):84-98.
2. The American Presidency Project [En ligne]. Santa Barbara (CA): UC Santa Barbara; [date inconnue]. Special message to the Congress proposing a national health strategy [cité le 18 oct 2022]; [environ 32 écrans]. Disponible sur: <https://www.presidency.ucsb.edu/documents/special-message-the-congress-proposing-national-health-strategy>
3. Linburn GE. The specter of malpractice. *Calif Med*. 1969 Jul;111(1):50-4.
4. Sage WM. Understanding the first malpractice crisis of the 21st century. 2003 Dec *Health law handbook* [En ligne]. Texas A and M 2003 [cité le 3 août 2022]. Disponible sur: <http://www.ssrn.com/abstract=477100>
5. Salem G. Contribution à l'étude de la responsabilité médicale pour faute en droits français et américain [Thèse en ligne]. Saint-Denis (FR): Université Paris VIII Vincennes – Saint-Denis; mars 2015 [cité le 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://octaviana.fr/document/2015PA080006>
6. Bell RS, Loop JW. The utility and futility of radiographic skull examination for trauma. *N Engl J Med*. 1971 Feb 4;284(5):236-9. doi: 10.1056/NEJM197102042840504
7. The medical malpractice threat: a study of defensive medicine. *Duke Law J*. 1971 Dec;1971(5):939-93. doi: 10.2307/1371772
8. US. Congress, Office of Technology Assessment, Defensive Medicine and Medical Malpractice, OTA-H--602 (Washington, DC: US Government Printing Office, July 1994).
9. Katz ED. Defensive medicine: a case and review of its status and possible solutions. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2019 Nov;3(4):329-32. doi: 10.5811/cpcem.2019.9.43975
10. Titus LJ, Reisch LM, Tosteson ANA, Nelson HD, Frederick PD, Carney PA, et al. Malpractice concerns, defensive medicine, and the histopathology diagnosis of melanocytic skin lesions. *Am J Clin Pathol*. 2018 Oct;150(4):338-45. doi: 10.1093/ajcp/aqy057
11. Asher E, Dvir S, Seidman DS, Greenberg-Dotan S, Kedem A, Sheizaf B, et al. Defensive medicine among obstetricians and gynecologists in tertiary hospitals. *PLoS One*. 2013;8(3):e57108. doi: 10.1371/journal.pone.0057108
12. Ries NM, Jansen J. Physicians' views and experiences of defensive medicine: an international review of empirical research. *Health Policy*. 2021 May;125(5):634-42. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.02.005
13. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? *Eur J Health Econ*. 2020 Mar;21(2):165-70. doi: 10.1007/s10198-019-01144-0

14. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the “media” in Italy. *Multidiscip Respir Med*. 2015;10:12. doi: 10.1186/s40248-015-0006-3
15. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Knesse S, Donnarumma C, Kul S, et al. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. *J Health Serv Res Policy*. 2017 Oct;22(4):211-7. doi: 10.1177/1355819617707224
16. Baungaard N, Skovvang PL, Assing Hvidt E, Gerbild H, Kirstine Andersen M, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review. *BMJ Open*. 2022 Jan;12(1):e057169. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057169
17. Andersen MK, Assing Hvidt E, Pedersen KM, Lykkegaard J, Waldorff FB, Munck AP, et al. Defensive medicine in Danish general practice. Types of defensive actions and reasons for practicing defensively. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(4):413-8. doi: 10.1080/02813432.2021.1970945
18. Schiller S. Hypothèse de l’américanisation du droit de la responsabilité. *Archives de philosophie du droit [En ligne]*. 2001 ;45:177-98. Disponible sur: <http://www.philosophie-droit.asso.fr/APDpourweb/222.pdf>
19. Ipsos [En ligne]. Paris (FR): Ipsos; 1992. L’impact de la pression médiatique sur l’opinion des patients sur leur médecin [cité le 17 jan 2023]; [environ 4 écrans]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/limpact-de-la-pression-mediatique-sur-lopinion-des-patients-sur-leur-medecin>
20. Le Conseil d’État pour l’indemnisation des victimes de l’hépatite C. 5 mars 1998 [cité le 3 août 2022]. Dans: *Le Monde [En ligne]*. Paris: Le Monde. 1998. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1998/03/05/le-conseil-d-etat-pour-l-indemnisation-des-victimes-de-l-hepatite-c_3657558_1819218.html
21. « Les carences des politiques vont pousser les parents à porter plainte ». 10 jan 2002 [cité le 3 août 2022]. Dans: *Le Monde [En ligne]*. Paris: Le Monde. 2002. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/2002/01/10/les-carences-des-politiques-vont-pousser-les-parents-a-porter-plainte_4221702_1819218.html
22. Le Clainche C, Poquet G. La responsabilité médicale et l’indemnisation du risque thérapeutique: état des lieux [En ligne]. Paris: Centre de recherche pour l’étude et l’observation des conditions de vie; déc 1992 Rapport n°: 128. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/la-responsabilite-medicale-et-lindemnisation-du-risque-therapeutique>
23. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. *Les tribunes de la santé*. 2004;(5):39-46. doi: 10.3917/seve.005.46
24. Laude A. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ? *Les tribunes de la santé*. 2010;(26):49-59. doi: 10.3917/seve.026.0049

25. Boughriet N. Essai sur un paradigme d'alliance constructive entre droit et médecine : l'accès du médecin à la connaissance juridique [Thèse en ligne]. Lille (FR): Université Lille 2; 2013 [citée le 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-00844513/document>
26. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez JP, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. *Therapies*. nov-déc 2003;58(6):513-7. doi: 10.2515/therapie:2003083
27. Grocq T. La médecine défensive : perceptions et vécus par les médecins généralistes français, une étude qualitative en focus group [Thèse en ligne]. Bordeaux (FR): Université de Bordeaux; 2020 [citée le 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531693>
28. Vincent Y, Morichon C, Grocq T, Leveque C. Impact ressenti de la médecine défensive sur la pratique médicale. *Exercer*. oct 2022;(186):340-6. doi: 10.56746/EXERCER.2022.186.340
29. Singh H, Dickinson JA, Thériault G, Grad R, Groulx S, Wilson BJ, et al. Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires. *Can Fam Physician* [En ligne]. sep 2018 [cité le 20 mai 2022];64(9):e373-e379. Disponible sur: <https://www.cfp.ca/content/64/9/e373.long>
30. Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008 Jun;29(6):1098-103. doi: 10.3174/ajnr.A0999
31. Ifop [En ligne]. Paris: Ifop; 2012. L'observatoire de l'accès aux soins - volet grand public - vague 2 [cité le 17 jan 2023]; [environ 6 écrans]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/lobservatoire-de-lacces-aux-soins-volet-grand-public-vague-2/>
32. Chawla A, Gunderman RB. Defensive medicine: prevalence, implications, and recommendations. *Acad Radiol*. 2008 Jul;15(7):948-9. doi: 10.1016/j.acra.2007.12.025
33. Pupin E, Laurent F. Que pensent les internes de médecine générale concernant la pratique de l'électrocardiogramme en cabinet de médecine générale ? [Thèse en ligne]. Angers (FR): Université d'Angers; 2019 [citée le 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/15007853/2019MCEM10867/fichier/10867F.pdf>
34. Daviau S. La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes [Thèse en ligne]. Créteil (FR): Université Paris Val-de-Marne; 2008 [citée le 13 oct 2022]. Disponible sur: https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/1273070590004611

35. Bourgoin A. Quels sont les facteurs motivant ou limitant l'examen clinique des seins par les médecins généralistes bas-normands ? [Thèse en ligne]. Caen (FR): Université de Caen Normandie; 2018 [citée le 12 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02114183>
36. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 2004;328(7437):444. doi: 10.1136/bmj.38013.644086.7C
37. Lewis PJ, Tully MP. The discomfort caused by patient pressure on the prescribing decisions of hospital prescribers. *Res Social Adm Pharm*. 2011 Mar;7(1):4-15. doi: 10.1016/j.sapharm.2010.02.002
38. Cliff BQ, Avanceña ALV, Hirth RA, Lee SYD. The impact of choosing wisely interventions on low-value medical services: a systematic review. *Milbank Q*. 2021 Dec;99(4):1024-58. doi: 10.1111/1468-0009.12531
39. Lorphelin Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ? [Thèse en ligne]. Rouen (FR): Université de Rouen; 2014 [citée le 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079659/document>

7 Annexe

Annexe 1. Travaux de thèse français concernant la médecine défensive en médecine générale

Arnauld de Satre, 2022	France	Quantitatif transversal (TR : 45,8%)	N = 44	Thèse de doctorat
Titre	Identification des sources de pressions ressenties par les médecins de l'association SOS médecins Bordeaux entraînant la pratique de la médecine défensive			
Objectif	Identifier les sources de pressions entraînant des modifications de pratique à SOS médecins Bordeaux			
Résultats	Le motif de consultation (93%), le patient (78%) et l'incertitude diagnostique (82%) étaient les principales sources de pression. Ils étaient 55% à identifier le patient comme principale source de pression. 87% des médecins admettaient modifier leur pratique en conséquence. 27% accédaient aux demandes abusives, 23% prescrivaient plus d'examen complémentaires, demandaient plus d'avis ou hospitalisation. 11% amélioraient la tenue du dossier médical. 20% prescrivaient plus de médicaments. 22% ne réalisaient plus d'acte (suture, sondage, toucher rectal).			
Solutions	Formations supplémentaires, majoration des explications données, rappel spontané.			
Carrez, 2016	France	Quantitatif transversal (TR : 58.7%)	N = 176	Thèse de doctorat
Titre	Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive			
Objectif	Évaluer si la souffrance générée par la judiciarisation est corrélée à la pratique d'une médecine défensive.			
Résultat	Une pression médico-légale est ressentie par 72% des médecins, générant une souffrance pour 82,1% d'entre eux. Le ressenti d'une pression médico-légale est corrélée à des changements de pratiques : il multiplie le risque par 1,9 de pratiquer une médecine défensive, par 3,5 en moyenne, de cesser d'exercer en libéral ou en tant que médecin et par 2,9 d'avoir une relation médecin-malade altérée. La souffrance générée par la pression médico-légale est corrélée positivement ($p < 0,001$) à chacun de ces éléments			
Solutions	Renforcement du lien médecins-malade, relativisation du médico-légale			
Lorphelin, 2014	France	Quantitatif transversal	N = 166	Thèse de doctorat en médecine
Titre	Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ?			
Objectif	Déterminer dans quelle mesure le risque judiciaire influence la pratique des internes en médecine générale			
Résultat	Pour 51,2% des internes, la plainte est une crainte dans leur pratique quotidienne. 48% des internes affirment pratiquer une médecine défensive. Pour 79,5% des internes, la peur de la plainte influence leur meilleure tenue des dossiers médicaux. 50% des internes donnent une information plus exhaustive aux patients dans un but défensif. 54.9% des internes demandent plus facilement des avis spécialisés ou auprès des séniors. 19.3% des internes sont influencés par la peur de la plainte dans leurs prescriptions d'examen complémentaires.			
Solutions	Gestion du risque de l'erreur médicale, renforcement de communication, relativiser la judiciarisation			

Annexe 2. Questionnaire

Préambule :

Je suis en post-internat, mon sujet de thèse porte sur la "médecine défensive".

Il s'agit plus concrètement d'étudier la modification de nos pratiques (prescription, avis spécialisés etc....) suite à la crainte d'un contentieux avec le patient.

Il s'agit d'un formulaire de thèse entièrement anonyme (les e-mails ne sont pas collectés). Le temps moyen de remplissage est d'environ 5 minutes.

Je vous encourage à remplir le questionnaire même si vous ne vous sentez pas concerné par le sujet à des fins statistiques.

Merci d'avance Martin HUBERT

Description de la population participant au questionnaire :

1. Quel âge avez-vous ?

2. Vous êtes :

Un homme Une femme

3. Dans quelle région exercez-vous ?

Ile de France Pays de la Loire

4. Depuis combien de temps exercez-vous ?

Moins de 10 ans Entre 10 et 20 ans Plus de 20 ans

5. Lieu d'exercice :

Rural Semi rural Urbain

6. Type de pratique :

Médecin généraliste installé (patientèle fixe)
Médecin généraliste en soin de premier recours (MMG/ sos-médecins etc...)
Médecin remplaçant

7. Avez-vous déjà été poursuivi par un patient (CNOM ou pénal ou civil ou CRCI) ?

Oui Non

Définition de la médecine défensive :

La médecine défensive est :

"une déviation de la pratique médicale standard en conséquence à diverses sources de pression"

Le terme de "pression" peut s'entendre de différente manière, pouvant aller du manque de temps lors d'une consultation, à la menace de plainte en passant par l'agressivité d'un patient.

La "déviation de la pratique médicale standard" peut être une prescription inadaptée d'imagerie, d'antibiotique etc.... mais également un remplissage "trop" soigneux d'un dossier médical

8. Après avoir lu cette définition et en vous remémorant votre dernier mois de consultation, avez-vous l'impression d'avoir pratiqué une médecine défensive ?

Jamais
Rarement (une fois par mois)
Occasionnellement (une fois par semaine)
Souvent (une fois par jour)
Très souvent (plusieurs fois par jour)

Type d'action défensive :

Cette partie comporte 8 questions et une question ouverte. Temps moyen de réponse = 3 minutes.

9. La crainte d'un contentieux entre en compte dans mes prescriptions de bilans biologiques

Jamais Rarement Occasionnellement Souvent Très souvent

10. La crainte d'un contentieux entre en compte dans mes prescriptions d'imagerie biologiques

Jamais Rarement Occasionnellement Souvent Très souvent

11. Il m'arrive d'adresser aux urgences par excès, par crainte d'un contentieux

Jamais Rarement Occasionnellement Souvent Très souvent

12. Il m'arrive d'adresser aux urgences par excès, par crainte d'un contentieux

Jamais Rarement Occasionnellement Souvent Très souvent

13. Afin d'éviter tout litige/contentieux, il m'arrive de prescrire un traitement à la suite d'une demande insistante du patient

Jamais Rarement Occasionnellement Souvent Très souvent

14. La crainte d'un litige me fait éviter la réalisation de certains gestes ou actes

Jamais Rarement Occasionnellement Souvent Très souvent

15. Si vous avez répondu entre « rarement » et « très souvent », quel type de geste ou acte est concerné ?

ECG Suture Incision d'abcès Frottis Examen gynécologique / TV Examen testiculaire
Toucher rectal Pose et retrait d'implant contraceptif Autre _____

16. Une situation me faisant craindre un contentieux me fait noter plus d'éléments dans le dossier médical

Jamais Rarement Occasionnellement Souvent Très souvent

17. Remarque libre :

Les raisons d'une pratique défensive de la médecine :

Il s'agit de la dernière partie du questionnaire (temps moyen de réponse = 3 minutes)

Elle a pour but de rechercher les facteurs de risque d'une pratique de médecine défensive.

Parmi les raisons suivantes, indiquez celle(s) qui vous semblent favoriser les pratiques de médecine défensive

18. La pression des patients favorisent les pratiques de médecine défensive

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni désaccord D'accord Tout à fait d'accord

19. La pression des familles favorisent les pratiques de médecine défensive

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni désaccord D'accord Tout à fait d'accord

20. Le traitement médiatique des procès et des erreurs médicales favorise les pratiques de médecine défensive

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni désaccord D'accord Tout à fait d'accord

21. L'impression d'un cadre législatif favorable aux patients m'incite à pratiquer une médecine défensive

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, Ni désaccord D'accord Tout à fait d'accord

22. Le manque de temps lors des consultations m'incite à pratiquer une médecine défensive

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, Ni désaccord D'accord Tout à fait d'accord

23. La crainte de méconnaître une maladie grave m'incite à pratiquer une médecine défensive

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, Ni désaccord D'accord Tout à fait d'accord

24. La connaissance d'un confrère ayant été poursuivi m'inciter à pratiquer une médecine défensive

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, Ni désaccord D'accord Tout à fait d'accord

25. La formation insuffisante sur la question du médico-légal pendant les études favorise une pratique de médecine défensive

Pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, Ni désaccord D'accord Tout à fait d'accord

26. Y'a-t-il une ou plusieurs situations vous faisant ressentir un enjeu médico-légal plus important ?

Les consultations pédiatriques Les gardes des permanence de soins / SAS Téléconsultation
Les rédactions de certificat Certificat de décès Les situations de soins palliatifs

27. Remarque libre sur les raisons de votre pratique de la médecine défensive

Thesis Title: Characteristics of defensive medicine practices among general practitioners in Île-de-France and Pays de la Loire

SUMMARY

Objectives: Defensive medicine is defined in Europe as a deviation from standard medical practice in response to various sources of pressure. Our study aims, firstly, to estimate the frequency of defensive medical practices. Secondly, it aims to describe the modalities of defensive medical practice and to identify the different pressures that may be responsible for it.

Method: We conducted a survey using a 27-item online questionnaire. To be included, participants had to be general practitioners practicing in Île-de-France or Pays de la Loire regions and have a primary activity in primary care. In order to be nationally representative, the questionnaire was repeatedly distributed on online forums for doctors and on distribution lists of union or association structures (SOS Médecins).

Results: We counted 474 respondents between June 23, 2022 and July 21, 2022. Twenty respondents were excluded. We could not estimate a completion rate due to the data collection method. Among the respondents, 25% reported practicing a form of defensive medicine on a daily basis. More meticulous record-keeping was the most frequently reported modification in practice. Referral to specialists and excessive prescribing of medications or imaging were also frequently reported. 36% of general practitioners reported not performing certain procedures or acts out of fear of litigation. Respondents mainly identified the patient and their family as responsible for pressure that may lead them to modify their practices.

Discussion: Our study revealed that defensive medicine practices were frequent in general practice and took several forms. The consequences could be significant for patients, with a loss of opportunity when general practitioners refrain from performing certain acts or an iatrogenic risk when prescribing inappropriately. Defensive medicine can also have a systemic effect when it takes the form of excessive requests for specialist opinions or referral to emergency departments. It would be interesting to develop a standardized scale to monitor the evolution of defensive medicine practices and try to evaluate the cost to society.

KEYWORDS: general practice; defensive medicine; litigation; pressure; iatrogenesis.

NOM : HUBERT

PRÉNOM : Martin

Titre de la thèse : Caractéristiques des pratiques de médecine défensive des médecins généralistes en Île-de-France et dans les Pays de la Loire

RÉSUMÉ

Objectifs : La médecine défensive est définie, en Europe, comme une déviation de la pratique médicale standard en réponse à différentes sources de pression. Notre étude vise, premièrement, à estimer la fréquence des pratiques de médecine défensive. Elle vise, deuxièmement, à décrire les modalités de pratique de médecine défensive et d'identifier les différentes pressions pouvant en être responsables.

Méthode : Nous avons conduit une enquête à l'aide d'un questionnaire en ligne comportant 27 items. Pour être inclus, il fallait être un médecin généraliste exerçant en Île-de-France ou dans les Pays de la Loire et avoir une activité principale de soins primaires. Afin d'être représentatif au niveau national, le questionnaire a été diffusé à plusieurs reprises sur des forums en ligne de médecins et sur des listes de diffusion de structures syndicales ou associatives (SOS Médecins).

Résultats : Nous avons comptabilisé 474 répondants entre le 23 juin 2022 et le 21 juillet 2022. Vingt répondants ont été exclus. Nous n'avons pas pu estimer un taux de complétion au vu du mode de collecte des données. Parmi les répondants, 25 % ont estimé pratiquer quotidiennement une forme de médecine défensive. Une tenue plus méticuleuse du dossier était la modification de pratique la plus souvent déclarée. L'adressage vers des spécialistes et une prescription excessive de médicaments ou d'imagerie ont également été fréquemment rapportés. 36 % des médecins généralistes ont déclaré ne pas réaliser certains gestes ou actes par crainte d'un litige. Les répondants ont principalement identifié le patient et sa famille comme étant les responsables d'une pression pouvant les amener à modifier leurs pratiques.

Discussion : Notre étude a révélé que les pratiques de médecine défensive étaient fréquentes en médecine générale et prenaient plusieurs aspects. Les conséquences pourraient s'avérer importantes pour les patients, avec notamment une perte de chance lorsque les médecins généralistes s'abstiennent de réaliser certains actes ou un risque iatrogène lors de prescriptions inadaptées. La médecine défensive peut également avoir un effet systémique lorsqu'elle prend la forme d'une sollicitation excessive d'avis spécialisés ou d'un adressage aux urgences. Il serait intéressant de développer une échelle standardisée pour suivre l'évolution des pratiques de médecine défensive et essayer d'en évaluer le coût pour la société.

MOTS-CLÉS : médecine générale ; médecine défensive ; judiciarisation ; pression ; iatrogénie