



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive

Etude quantitative menée auprès des médecins généralistes
installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais

Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2016 à 18h
au Pôle Formation
Par Céline Carrez

JURY

Président :

Monsieur le Professeur HEDOUIN Valery

Assesseurs :

Monsieur le Professeur WIEL Eric

Monsieur le Docteur BAYEN Marc

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu

Avertissement

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Liste des abréviations

CSP	Code de la Santé Publique
AIPP	Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique ou Psychique
CRCI (ou CCI)	Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation
MACSF	Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français
USA	United States of America
ODM	Ordre Des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
NA	No Answer : Donnée manquante car non renseignée
RR	Risque Relatif
FHF	Fédération Hospitalière de France
HAS	Haute Autorité de Santé

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. De la juridicisation à la judiciarisation de la pratique médicale	2
A. Naissance de la responsabilité médicale	2
1. Les jurisprudences :	3
2. Les interventions législatives :	5
B. Evolution sociétale et modification des mentalités	7
C. La judiciarisation	9
II. Souffrance du médecin face à la judiciarisation	14
III. Médecine défensive	17
A. Définition	17
B. Conséquences délétères de la médecine défensive	18
IV. Objectif de la thèse	20
Matériels et méthodes	21
I. Matériels	21
1. Critères d'inclusion	21
2. Critères d'exclusion	21
II. Méthodes	23
A. Recrutement de la population	23
1. Calcul du nombre de sujets nécessaires	23
2. Echantillonnage	23
3. Recrutement	23
B. Diffusion du questionnaire	24
C. Recueil des données et analyse statistique	24
1. Phase descriptive	24
2. Phase analytique	25
Résultats	26
I. Phase descriptive	26
A. Description de la population	27
B. Impact psychologique de la judiciarisation	29
1. Impression générale de judiciarisation de la médecine	29
2. Ressenti personnel d'une pression médico-légale	29
3. Menace de poursuite et poursuite	32
C. Impact professionnel de la judiciarisation	36
1. Arrêt du libéral ou de la médecine en raison de la judiciarisation	36
2. Médecine défensive	36
3. Difficultés face aux demandes abusives	41
4. Altération de la relation médecin-malade	42
5. Remarques libres	43
II. Analyses stratifiées	46
A. Description de la population	46
<i>Remarques concernant l'âge</i>	47
<i>Remarques sur le lieu et le mode d'exercice</i> :	48
B. Impact psychologique de la judiciarisation	49

1.	Stratification de l'impression générale de la judiciarisation	49
a)	En fonction du genre et du type d'exercice.....	49
b)	En fonction de la pression et des antécédents	49
2.	Stratification du ressenti personnel d'une pression médico-légale	50
↵	En fonction du genre et du type d'exercice.....	50
↵	En fonction de l'antécédent de menace et/ou de poursuite	50
a)	Stratification de l'origine de la pression médico-légale	51
b)	Souffrance induite par la pression médico-légale	52
3.	Stratification des menaces de poursuite et poursuites	52
a)	En fonction du genre	52
b)	En fonction du type d'exercice.....	54
C.	Impact professionnel de la judiciarisation	55
1.	Stratification de l'arrêt du libéral et de la médecine	55
2.	Stratification de la médecine défensive	58
	<i>Sous-stratification de la souffrance induite par la pression</i>	59
	<i>Sous-stratification de la souffrance induite par les antécédents de menace ou de poursuite</i>	60
a)	Stratification de la médecine défensive par catégorie	61
↵	<i>En fonction du genre</i>	61
↵	<i>En fonction du type d'exercice</i>	62
↵	<i>En fonction de la pression ressentie</i>	63
↵	<i>En fonction des antécédents</i>	64
	<i>Précision pour la médecine défensive négative</i>	65
b)	Stratification de la médecine défensive globale.....	66
3.	Stratification des difficultés face aux demandes abusives.....	67
4.	Stratification de l'altération de la relation médecin-malade	68
	Discussion	70
I.	Discussion de la méthode.....	70
A.	Choix de la méthode	70
1.	Étude quantitative.....	70
2.	Transversale étiologique	70
3.	Calcul du nombre de sujet nécessaire	71
B.	Validité externe.....	72
1.	Représentativité de l'échantillon.....	72
2.	Recrutement.....	72
3.	Le taux de réponse.....	73
II.	Discussion des résultats	74
A.	Impact psychologique de la judiciarisation	74
1.	Ressenti d'une pression médico-légale.....	74
2.	Antécédents de mise en cause de la responsabilité médicale	75
a)	Menace de poursuite	75
b)	Poursuite	76
c)	Impact de la voie de recours sur la souffrance :	77
B.	Impact professionnel de la judiciarisation	78
1.	Modification ou cessation de l'exercice médical.....	78
2.	Médecine défensive	79
a)	Médecine défensive « positive » :	80
	<i>Remarque concernant les urgences</i> :	81
b)	Médecine défensive « négative » :	82
c)	Points positifs de la médecine défensive:.....	82
C.	Lien entre l'impact psychologique et professionnel de la judiciarisation....	84
1.	Influence des caractéristiques personnelles.....	84

a) L'âge.....	84
b) Le genre et le type d'exercice.....	84
c) Le lieu d'exercice.....	84
2. Influence de l'exposition à la judiciarisation.....	85
a) Pression médico-légale	85
b) Antécédents de mise en cause	86
c) Altération de la relation médecin-malade	86
D. Proposition d'amélioration	88
1. Renforcer la relation médecin-malade.....	88
2. Aider le médecin à relativiser la pression médico-légale.....	89
a) Prévention du contentieux:	89
b) Gestion de l'erreur:.....	90
c) En cas de mise en cause :	91
Conclusion.....	92
Références bibliographiques	93
Annexes	97
Annexe 1 : Lettre expliquant le projet de l'étude	97
Annexe 2 : Remarques libres (question n°15).....	100
Annexe 3 : Stratification des Questions n°10 et n°14.....	104
Annexe 4 : Question n°12 stratifiées sur le genre et le type d'exercice.....	105
Annexe 5 : Schéma du guide « Annonce d'un dommage associé aux soins » ..	107

RESUME

Contexte : La judiciarisation peut provoquer un sentiment d'insécurité voire de souffrance pour le soignant qui craint d'être mis en cause. Pour se protéger, certains médecins ont développé des pratiques dites défensives. Non centrées sur le patient, elles sont coûteuses et parfois iatrogènes. L'objectif de ce travail est d'évaluer si la souffrance générée par la judiciarisation est corrélée à la pratique d'une médecine défensive.

Méthode : Une étude quantitative observationnelle transversale a été réalisée auprès de 300 médecins généralistes installés et remplaçants tirés au sort dans la région Nord-Pas-de-Calais. Un formulaire anonyme a permis le recueil des caractéristiques sociodémographiques et de l'impact psychologique et professionnel de la judiciarisation sur les soignants. L'avis des médecins a été mesuré par des échelles de Likert.

Résultats : Le taux de réponse exploitable est de 58,7%. 50% des interrogés ont eu un « antécédent de judiciarisation » : une menace pour 47,2% et une ou des poursuites pour 23,9%. Une pression médico-légale est ressentie par 72% des médecins. Cela génère une souffrance pour 82,1% d'entre eux. Face à la judiciarisation, 29,3% des médecins se disent prêts à cesser leur exercice libéral, 22,1% à arrêter la médecine et 73,4% déclarent mettre en place des pratiques défensives. Les stratifications sur le genre (homme/femme), le type d'exercice (installé/remplaçant) et les antécédents de judiciarisation ne mettent pas en évidence de différences significatives. En revanche, 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.

Conclusion : Quels que soient le genre et le type d'exercice, de nombreux médecins ressentent une pression médico-légale. La souffrance plus ou moins intense liée à ce ressenti, est corrélée à la pratique d'une médecine défensive. La relation médecin malade est significativement altérée par la pression médico-légale et la médecine défensive. Or, une relation altérée favorise la judiciarisation. Renforcer la relation médecin malade par une meilleure communication et rassurer le soignant quant aux risques médico-légaux par une meilleure information sur le droit médical, pourraient enrayer ce cercle vicieux.

INTRODUCTION

I. De la juridicisation à la judiciarisation de la pratique médicale

A. Naissance de la responsabilité médicale

La justice et la médecine se sont longtemps ignorées, évoluant chacune dans leurs domaines respectifs.

Au moyen âge, la médecine est exercée par le clergé. De fait, la religion place le médecin au-dessus des Lois. Les maladies sont des châtements divins, la mort ou la guérison sont la volonté de Dieu. Le médecin avait au mieux un rôle de soulagement ou d'accompagnement. Comme l'a humblement déclaré Ambroise Paré, un siècle plus tard « Je le pensai, Dieu le guérit » (1,2).

La Renaissance notamment au siècle des Lumières, mit fin à cet obscurantisme. Les connaissances, les expérimentations, le partage du savoir permettent petit à petit de mieux appréhender les maladies et d'ainsi mieux les guérir. La médecine n'est plus un mystère ou une fatalité. L'art médical est désacralisé et relève désormais de la responsabilité du médecin.

Les promulgations en 1804 du « Code Civil » et en 1810 du « Code Pénal » par Napoléon Bonaparte, soulevèrent un débat doctrinal. Ces Codes doivent-ils s'appliquer aux médecins ? En 1829 l'Académie de médecine déclarait « *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* ».

Malgré ces mises en garde, les condamnations du Dr Hélie puis du Dr Thouret-Noroy en 1832 vinrent clore le débat. Le tribunal déclara *«que si la justice doit protéger les professions libérales contre le caprice et la mauvaise humeur, ou même contre les plaintes légitimes, mais légères, cette protection toutefois ne peut s'étendre aux abus graves, aux fautes dans lesquelles il n'est permis à personne de tomber »*.

Ce tournant majeur marque la fin de l'impunité médicale.

1. Les jurisprudences :

Au cours du siècle suivant, les juristes ont continué à façonner la responsabilité médicale, majorant toujours plus les droits des patients et les devoirs des médecins. Voici quelques-unes des affaires ayant fait jurisprudence :

- ↳ **L'arrêt Mercier** (1936) provoque un changement fondamental de la responsabilité médicale. Il qualifie la relation médecin-patient de « contrat ». Jusqu'alors le médecin relevait d'une responsabilité dite « délictuelle » fondée sur l'article 1382 du Code Civil toujours en vigueur de nos jours. Il stipule 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»*. Pour être mis en cause il faut donc une faute, un dommage et un lien de causalité clairement établit entre les deux. A cette responsabilité délictuelle s'ajoute désormais une responsabilité dite « contractuelle ». Celle-ci est engagée lorsque le préjudice causé résulte de l'inexécution du contrat qui repose sur une « obligation de moyen » et sur la délivrance de soins « non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ». (Cour de cassation, 20 mai 1936, arrêt Mercier).

- ↳ **L'Arrêt Petit** (1965) introduit la notion de « Perte de chance de guérison » en indemnisant une victime alors que la relation de causalité entre faute et dommage était incertaine. (Cour de cassation, chambre civil. 1ère, 14 décembre 1965).

- ↳ **L'Arrêt Bianchi** (1993) instaure en droit administratif la notion de responsabilité sans faute permettant dans certaines conditions l'indemnisation d'aléa thérapeutique (Conseil d'Etat, 9 avril 1993). La jurisprudence civile a, quant à elle, refusé ce principe 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.* » (Cour de cassation, ch. civil, 8 novembre 2000).
- ↳ **L'Arrêt Hédreul** (1997) inverse la charge de la preuve concernant la délivrance de l'information. Le défaut d'information est une faute car elle implique pour le patient une «perte de chance» de pouvoir exercer son libre arbitre en pleine connaissance de cause. Jusqu'alors, la preuve du défaut d'information devait être apportée par le patient. Or, cela était difficile voire impossible dans de très nombreux cas. Pour y remédier, les juristes ont inversé la charge de la preuve en stipulant qu'«*il incombe au médecin, tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, de prouver qu'il a exécuté cette obligation* » (Cour de Cassation, chambre civile, 25 février 1997). En 1998, ce devoir d'information fût précisé et alourdi par un nouvel arrêt. Le médecin doit à son patient « *une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait qu'un tel risque grave ne se réalise qu'exceptionnellement.* » (Cour de cassation, chambre civile, 7 octobre 1998)
- ↳ **Les Arrêts « Staphylocoques dorés »** (1999) introduisent en droit administratif l'obligation de « sécurité de résultat » en ce qui concerne les matériels utilisés pour l'exécution d'un acte médical. Cette jurisprudence sera étendue aux cabinets médicaux par un arrêt de la Cour de cassation du 23 février 2001.
- ↳ **L'Arrêt Perruche** (2000) du nom de l'enfant né avec un handicap suite à l'infection matérno-fœtale de la rubéole qui n'a pas été correctement diagnostiquée. Cet arrêt stipule que l'enfant est en droit de demander réparation du préjudice de son handicap car les fautes commises par le médecin et/ou le laboratoire ont empêché sa mère « d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap » (Cour de cassation, Ass. Plénière, 17 novembre 2000) .

Ainsi, en moins de deux siècles, le médecin est passé d'une impunité presque totale à des possibilités de mises en causes nombreuses et variées.

Cette inflation de normes régissant l'acte de soins s'appelle la juridicisation. Selon Jean-François Burgelin « Elle signifie que les rapports humains sont plus souvent réglés par le droit que par d'autres types de relations telles que la lutte, l'hostilité, la courtoisie ou la prévenance. Une société se juridiciarise quand le droit devient la règle d'or des relations entre les êtres humains. » (3). Cette juridicisation découle à la fois du droit prétorien (décision des juges faisant jurisprudence) et du droit législatif.

2. Les interventions législatives :

Devant la croissance rapide du nombre de jurisprudences, les législateurs sont intervenus afin de clarifier les limites de la responsabilité médicale.

↳ **La Loi Fauchon** (10 juillet 2000) a pour but de préciser la définition des délits (homicide ou blessure) non intentionnels, pour atténuer le risque pénal encouru à la suite d'atteintes involontaires à la vie ou à l'intégrité humaine. Le médecin encourt une sanction pénale si :

- sa faute est directement responsable du dommage,
- sa faute est indirectement responsable du dommage. Il faut pour cela que la faute soit qualifiée, soit de mise en danger délibérée, soit de faute caractérisée.

↳ **La Loi Kouchner** (4 mars 2002) relative " aux droits des malades et à la qualité du système de santé ". En voici quelques grandes lignes :

Renforcement des droits des patients :

- Droit à l'information concernant les actes médicaux proposés. Affirmation du principe de codécision entre le malade et le professionnel de santé. Droit au refus de soin, à la dignité, au respect de la vie privée. Droit d'accès au dossier médical.
- Possibilité de désignation d'une personne de confiance. Renforcement du rôle des associations de malades.

Renforcement des obligations des médecins :

- Obligation de formation médicale continue des médecins.
- Obligation, pour tout acte médical, d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient.
- Obligation d'informer le patient en cas de dommage lié aux soins concernant les circonstances et les causes de ce dommage
- Obligation d'être assuré pour garantir sa responsabilité civile ou administrative en cas de mise en cause (Art. L1142-2. CSP).

Outre d'entériner le principe d'autonomie des patients, cette loi a pour objectif la déjudiciarisation. Elle a pour cela mis en place deux mesures :

- 1- Appelée aussi « Loi anti-Perruche », cette Loi a abrogé la jurisprudence créée par l'affaire Perruche en affirmant que « Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance » (Art. L114-5, CSP)
- 2- Création des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI ou CCI) des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

L'indemnisation se fait par l'assureur du médecin en cas de faute ou d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique ou Psychique (AIPP) inférieure à 25% et par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) en cas d'AIPP supérieure à 25%. Outre favoriser la voie amiable grâce à une procédure rapide et gratuite, elle permet l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs (l'aléa thérapeutique) au titre de la solidarité nationale.

B. Evolution sociétale et modification des mentalités

Durant plusieurs siècles, la relation médecin-malade était fondée sur un modèle paternaliste de bienfaisance. Le médecin détenait le savoir et prenait les décisions pour le patient qui ne pouvait qu'accorder aveuglement sa confiance. Le Professeur Portes décrivait cette situation comme étant « Une confiance qui rejoint une conscience ». Les profondes mutations sociétales d'après-guerre ont progressivement mis fin au paternalisme des soignants pour tendre vers une autonomie des patients.

Progrès médicaux et espoir

Les trente Glorieuses (1945-1976) ont été marquées par de grandes avancées scientifiques. Développement des antibiotiques et vaccins à grande échelle, amélioration des bilans biologiques, apparition des bilans d'imagerie, chirurgie cardiaque, dialyse, greffes de tissus...etc. Ces progrès ont permis une augmentation de l'espérance de vie, une amélioration des pronostics et un recul de certaines maladies. L'opinion publique et le corps médical ont alors développé une « foi » démesurée envers la science (4).

Diminution de l'esprit de résignation

A l'heure où l'homme est capable de marcher sur la Lune, de créer des ordinateurs, de féconder des ovocytes dans des éprouvettes, tout semble possible. Espoirs démesurés, exigences accrues. Face à une évolution défavorable, l'esprit de résignation diminue. L'acceptation hier de la fatalité, de « la faute à pas de chance » est supplantée par la suspicion d'une erreur médicale et par la recherche d'un responsable à son malheur (4).

Contractualisation et suspicion

Grâce aux progrès, le champ de connaissance médicale est devenu tel qu'il a fallu le subdiviser en spécialisations. La médecine devient de plus en plus technique, au risque de perdre de son humanité. Comme ironisait Sacha Guitry, « Tel soigne le cœur, cet autre le rein, cet autre le cerveau, qui soigne le malade ? ».

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, trop souvent confondu avec un droit à la guérison. Et comme dans toute prestation de service, il s'estime « être en droit de ne pas être tué ou blessé par la prestation qu'il a achetée » (5,6).

Or ces nouvelles technologies ne sont pas dénuées de risques. Distilbène, sang contaminé, hormones de croissance, médiateur, prothèses PIP...etc. Ces séries de scandales sanitaires, largement relayés par les médias ont ébranlé la confiance des patients envers les sciences médicales, mais aussi envers le médecin lui-même.

« Lorsque les médecins étaient ignares, ils étaient sacrés ; lorsqu'ils sont devenus savants mais toujours inefficaces, ils étaient respectés ; maintenant qu'ils sont savants et efficaces, ils sont suspectés. » Pr Guiraud-Chaumeil.

Juridicisation, modification des mentalités et altération du lien de confiance médecin-malade sont autant d'éléments responsables du phénomène de judiciarisation.

C. La judiciarisation

Définition de la judiciarisation

La judiciarisation est définie comme étant une propension à privilégier le recours aux tribunaux pour trancher des litiges qui pourraient être réglés par d'autres voies (accord amiable, médiation...) (7).

Plus spécifiquement pour la médecine, le Professeur Anne Laude décrit la judiciarisation, aussi appelée pression médico-légale, comme étant :

- d'une part une « pression juridictionnelle », qui est une tension éprouvée par les professionnels de santé à l'égard des décisions de justice ;
- d'autre part une « pression conflictuelle », qui renvoie à la tension globale qui pèse sur les professionnels de santé, qu'elle soit résolue à l'amiable ou au contentieux (6).

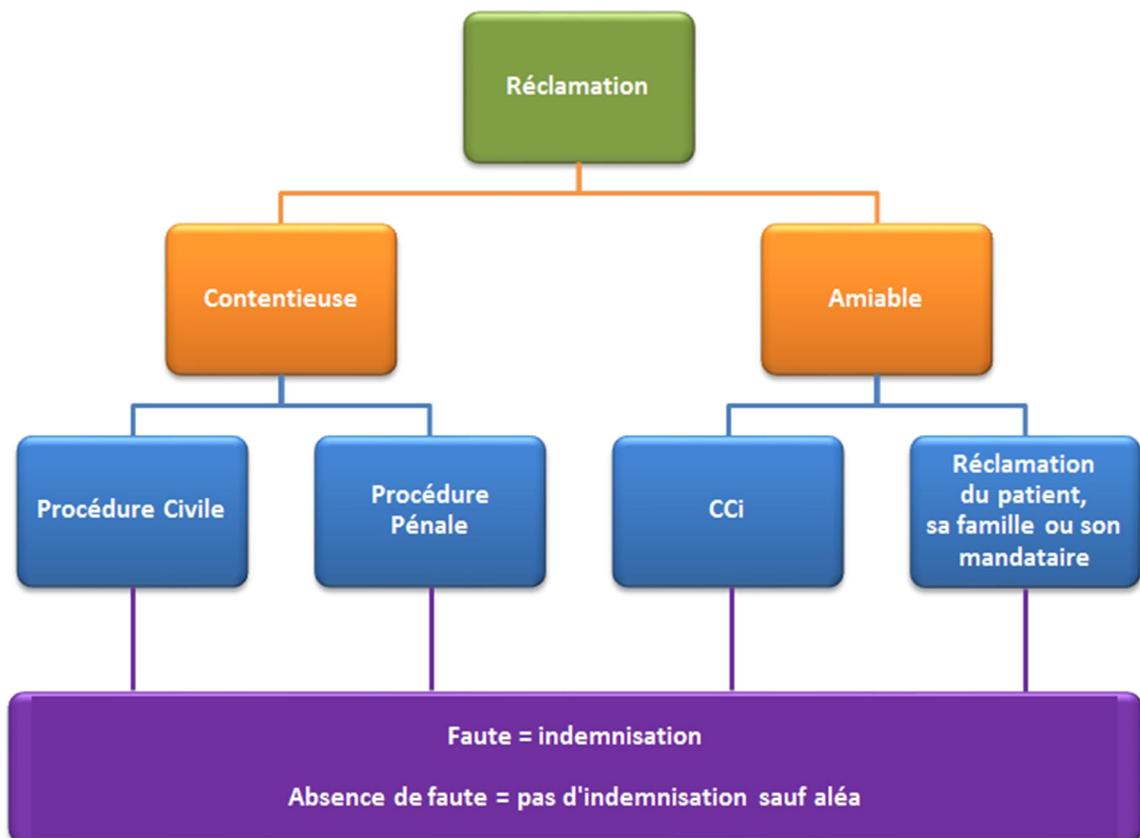


Figure 1: Schéma des différentes mises en causes possibles (8)

Evolution de la judiciarisation

Les voies de mises en cause des médecins sont multiples : Amiable (CCI et réclamation auprès de l'assureur), contentieuse (civil et pénal) mais aussi ordinal. Or il n'existe pas de système permettant d'analyser de manière fiable et exhaustive l'ensemble de ces contentieux.

Afin d'avoir une idée plus précise de l'évolution de la judiciarisation, ce travail s'est basé sur les données de la MACSF-Sou médical. Il s'agit d'une mutuelle d'assurance des professionnels de la santé qui assurait près de 64% des médecins généralistes libéraux en 2015 (37457 sociétaires sur 58104 médecins généralistes libéraux ou mixtes).

Chaque année la MACSF-Sou médical publie un rapport où figurent entre autre, le taux de sinistralité (Nombre de mises en causes pour 100 sociétaires sur une année) et la répartition de ces mises en causes.

↳ Sinistralité

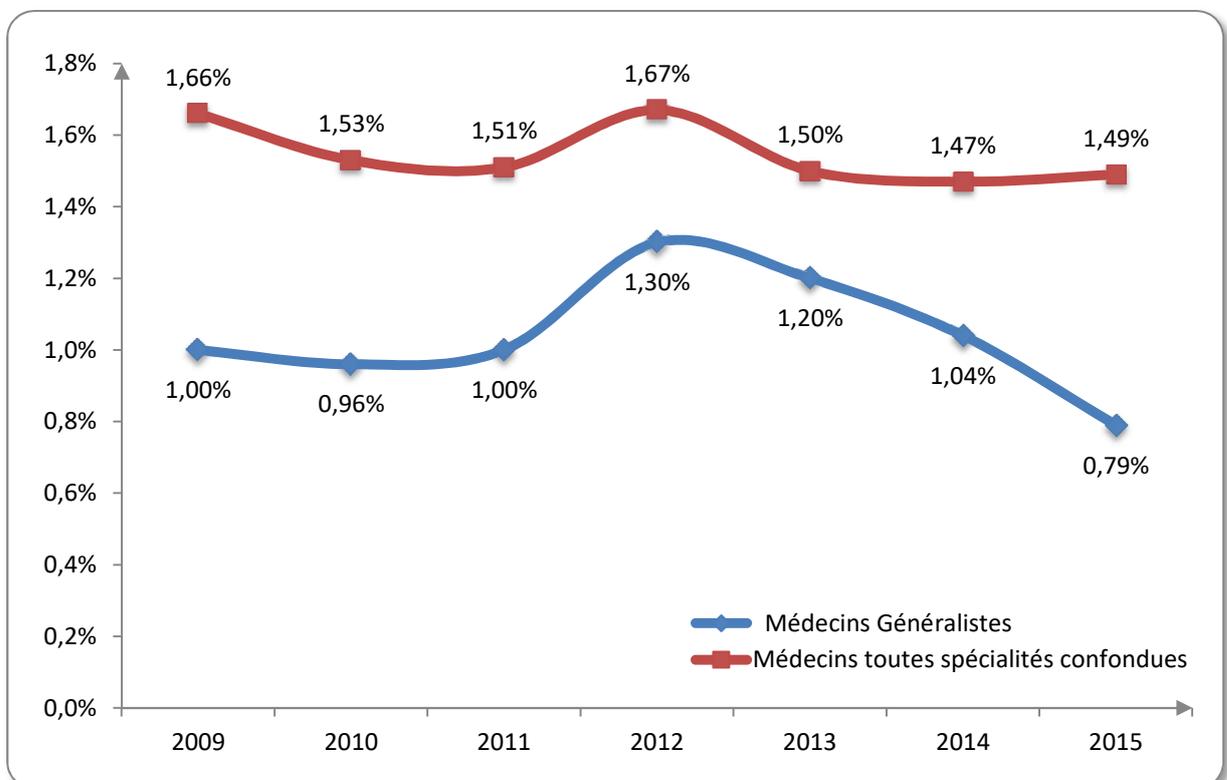


Figure 2: Evolution du taux de sinistralité des médecins généralistes comparée au taux global des médecins toutes spécialités confondues

↳ Répartition des mises en causes entre les différentes instances

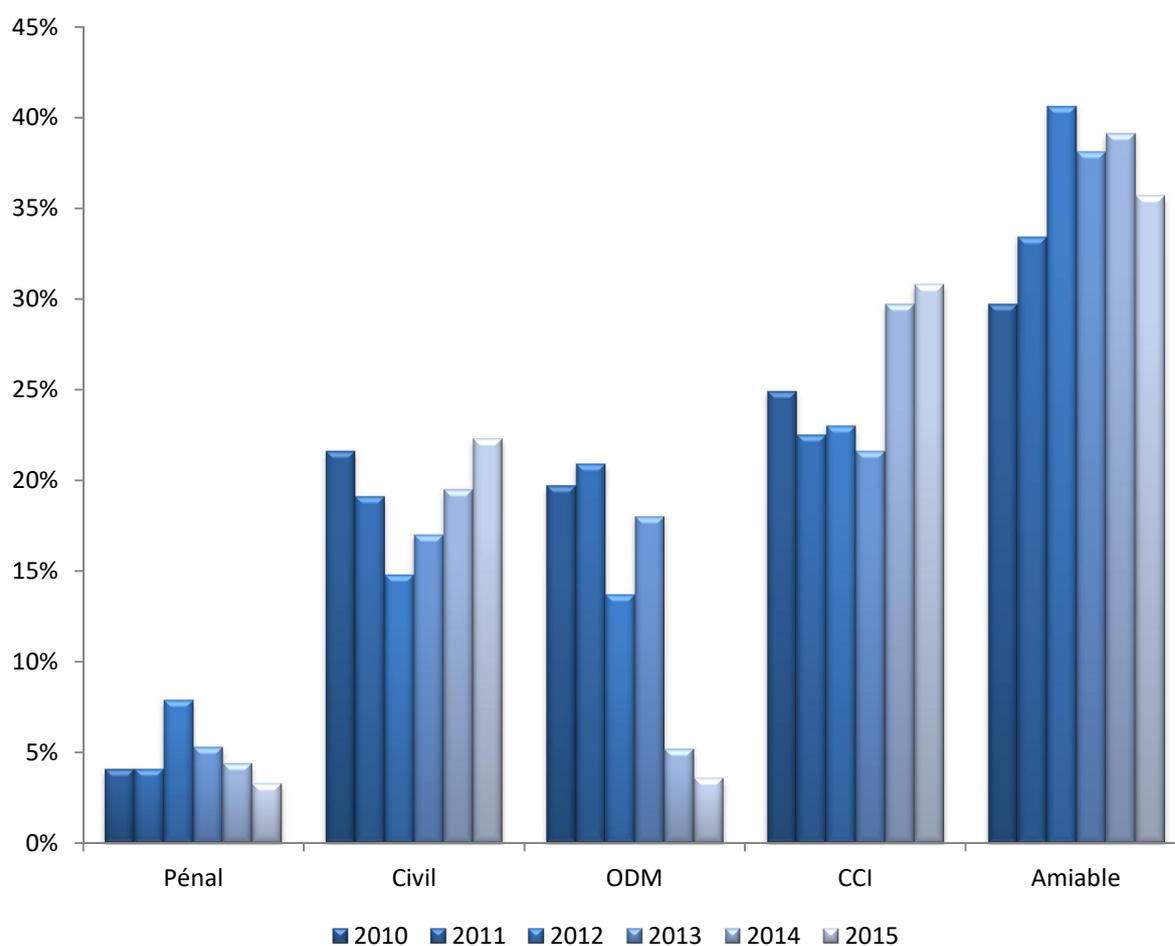


Figure 3: Répartition des mises en causes de 2010 à 2015

La Loi Kouchner avait pour objectif de déjudiciariser l'exercice médical et de favoriser la voie amiable. Elle semble avoir porté ses fruits.

- Depuis 5 ans, la sinistralité globale s'est stabilisée. Elle est même en baisse pour les médecins généralistes avec un taux de 0,79% en 2015, soit 0,79 mises en causes pour 100 médecins sur un an. Il s'agit d'un taux très bas comparé à celui d'autres spécialités (En 2015, pour les sociétaires MACSF, le taux est de 15,5% pour les anesthésistes et 14,09% pour les urgentistes libéraux).
- Les habitudes de recours se sont modifiées et privilégient désormais la voie amiable. Depuis 2014, les mises en causes sont plus nombreuses aux CCI que par voie contentieuse (civile et pénale).

Bien que moins stigmatisantes, les procédures amiables participent au sentiment de judiciarisation.

Sentiment de judiciarisation croissante pour les médecins

Malgré un taux de sinistralité faible et en baisse, le sentiment de judiciarisation croissante semble ancré dans l'esprit des médecins généralistes. Dans une étude menée en 2013, 80% des médecins généralistes interrogés pensaient que le nombre de contentieux augmentait (9).

Cette impression peut s'expliquer par :

- l'absence de données claires, fiables et exhaustives sur le taux de judiciarisation. L'incompréhension et l'inexactitude peuvent entretenir une inquiétude.
- la plus grande exigence des patients dont les droits ne cessent de croître,
- le sentiment de vulnérabilité des médecins face à multiplication et la lourdeur de leurs obligations professionnelles,
- l'impact des médias et réseaux sociaux qui diffusent largement les erreurs et procès médicaux. Cela altère la perception de ces événements en donnant l'impression qu'ils sont fréquents,
- l'augmentation des primes d'assurance.

Remarque concernant les assurances

Les premières assurances professionnelles médicales furent créées en 1897 pour le Sou Médical et en 1953 pour la MACSF. Pour garantir leur capacité à indemniser, elles fixent leurs primes d'assurance en fonction des contraintes de rentabilité et de solvabilité face au risque. Elles prennent donc en compte toutes les jurisprudences ou évolutions législatives susceptibles de majorer la sinistralité de leurs adhérents. C'est pourquoi les modifications apportées par la Loi du 4 mars 2002 (possibilité d'indemnisation des accidents non fautifs, obligation de souscrire à une responsabilité civile professionnelle, obligation d'informer le patient en cas de de dommage lié aux soins...) ont entraîné une hausse des primes d'assurances.

Toutefois, les assurances font leurs profits à la fois grâce aux primes perçues, mais aussi grâce à des actions en bourse. Donc une hausse des primes d'assurances peut signifier une augmentation de la sinistralité ou une baisse des cours de la bourse. Cette ambiguïté aggrave le sentiment de judiciarisation croissante.

Perspectives d'avenir

La nouvelle Loi de santé a été votée le 17 décembre 2015. Elle apporte entre autre deux modifications qui vont probablement provoquer une nouvelle hausse du sentiment de judiciarisation:

- les médecins ont désormais l'obligation d'informer leurs 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 (Art. L. 1111-3-6). Le but de cette loi est de se conformer à une directive européenne de 2011. Elle peut aggraver le sentiment de vulnérabilité face aux risques médico-légaux.
- « les actions de groupes » ou class action sont dorénavant applicables au domaine de la santé. Exclusivement réservées aux associations d'usagers du système de santé agréées, elles permettent l'indemnisation des dommages sériels (Médiateur®, prothèses PIP, etc.), affectant de nombreux usagers de manière similaire (Art. L1143-1).

Avérée ou non, la judiciarisation est de plus en plus prégnante dans l'esprit des médecins et peut être responsable d'un impact psychologique important.

II. Souffrance du médecin face à la judiciarisation

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres ; et on n'est pas non plus obligé d'en crever. »

Martin WINCKLER 1998

Impact de l'erreur médicale sur le soignant

Chaque jour le médecin prend des décisions dans un contexte d'incertitude lié au caractère non-exact de la science médicale. Le risque est donc inhérent à la pratique du soin. D'autant que le médecin est humain, et comme le dit l'adage, « l'erreur est humaine ». Bien qu'irréfutable, cette allégation est difficilement acceptée, tant par le soignant que le soigné.

- Pour le patient, le médecin se doit d'être toujours en forme, à l'écoute, disponible, digne de confiance et tant que possible infaillible.
- Pour le soignant, créer un dommage chez celui qui vient pour être soigné est un paradoxe allant à l'encontre du précepte « Primum non nocere ».

Des études telles que « To err is human » (10) sont annonciatrices d'un changement de mentalité concernant l'erreur médicale ; mais pour le moment, le tabou reste globalement de mise. Seuls face à leurs erreurs, les médecins y réagissent différemment en fonction d'une multitude d'éléments (la relation entretenue avec le patient, la gravité du dommage, la personnalité du soignant notamment vis-à-vis du reproche, ses doutes sur sa propre pratique et ses conceptions de la médecine (11)). Indifférence, perte de confiance, honte, culpabilité, anxiété, humiliation ...etc. (12). La souffrance, parfois extrême, fait du médecin la « seconde victime » de l'erreur (11,13). Le Dr Galam décrit cet événement comme étant un véritable « accident de travail » pour le médecin. Accident qui devrait être accompagné et soigné comme tel. Or trop souvent le médecin n'ose pas demander de l'aide (14) ou ne sait pas où en avoir et reste donc seul face à sa souffrance.

Le Dr Beaulieu, dans un Billet de Blog (15), a récemment relaté l'histoire d'une médecin, qui cherchant de l'aide suite à une erreur, a tapé sur internet « Je suis responsable d'une erreur médicale ». Loin d'être réconfortée, elle a constaté que cette recherche aboutissait à des pages entières de sites de soutien aux victimes d'erreurs médicales expliquant comment porter plainte contre son médecin ou comment être indemnisé au mieux...

Impact d'une mise en cause

Que cela soit dans un but d'indemnisation ou de sanction, la plainte est une souffrance supplémentaire auquel le médecin n'est pas préparé. Cette situation serait plus douloureusement vécue par le médecin de famille que par d'autres spécialistes (14). En effet, passer d'un statut de soignant respecté à celui de coupable méprisé semble plus stigmatisant lorsque le plaignant est connu de longue date.

Cela pourrait expliquer le fait que dans une enquête de 2009 aux USA, malgré un taux de sinistralité relativement faible, les médecins généralistes aient exprimé autant de préoccupations quant à la faute professionnelle que les médecins des spécialités chirurgicales à haut risque (16).

La judiciarisation

L'idée largement répandue d'une judiciarisation croissante crée un sentiment d'insécurité qui exacerbe les craintes du médecin face aux risques d'erreurs médicales, de conflits avec le patient et de mises en causes.

Pour certains, même en l'absence d'antécédents de poursuites ou d'erreurs, la pression médico-légale est vécue comme présente voir omniprésente (14). Cela contribue largement au mal être des soignants. Dans une étude de 2007 sur l'épuisement des professionnels de santé, 83,9% des médecins estimaient que les risques de contentieux étaient une des causes d'épuisement professionnel des médecins libéraux (17) qui menacerait 60% des médecins généralistes (18).

Tentative d'adaptation

Que le médecin soit stressé, anxieux ou épuisé, il se doit de « faire comme s'il ne se passait rien » pour continuer à prendre en charge ses patients (11,14). Or la qualité des soins, qui va de pair avec la sécurité des patients, passe par la sérénité du soignant. Dans l'étude précédemment citée, 82,6% des médecins estimaient que leur mal être était responsable d'une altération de la qualité de soins et 84,4% d'une dégradation de la relation médecin/malade (17).

Ainsi pour retrouver un semblant de sérénité, certains médecins :

- s'entourent de groupes de pairs,
- prennent du recul en partant en vacances ou en s'impliquant dans des activités extra professionnelles,
- développent des addictions (alcool, tabac...),
- s'automédiquent (anxiolytique, hypnotique...)

D'autres, heureusement plus rarement voient « le suicide comme seule issue » (17). Il est à noter que le risque de suicide est 2,4 fois plus élevé chez les médecins que dans la population générale (19). « *Un médecin malade n'est pas un bon thérapeute. Un médecin mort encore moins...* » Léopold Yves.

Judiciarisation, peur de l'erreur, souffrance, altérations des pratiques qui majorent le risque d'erreur... Pour éviter d'entrer dans cette spirale, de plus en plus de médecins mettent en place une médecine dite « défensive ».

III. Médecine défensive

A. Définition

La médecine défensive est définie par l'American Medical Association comme « une altération des modalités de la pratique médicale, induite par la menace de la responsabilité, dont la principale finalité est d'écarter l'éventualité des poursuites par les patients comme de fournir une défense juridique solide dans l'hypothèse où de telles poursuites seraient engagées» (20). Les décisions médicales sont alors davantage guidées par le désir de se prémunir contre le risque médico-légal que celui de dispenser des soins appropriés aux patients. Certaines de ces modifications peuvent être constructives (la mise à jour de ses connaissances, la meilleure tenue du dossier médical...) mais d'autres peuvent aboutir à une pratique inappropriée de la médecine. Elle s'illustre sous deux formes : une forme active de surconsommation de soins (médecine défensive dite positive) et une forme passive d'évitement (médecine défensive dite négative).

Médecine défensive « positive »

Le but pour le médecin est de pouvoir démontrer en cas de mise en cause qu'il a agi selon les règles de bonnes pratiques et répondu à son « obligation de moyens ».

« Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. » (Art R.4127-33 du code de la santé publique). Cela se traduit par une surprescription d'examen complémentaires, d'avis spécialisés, d'hospitalisations, le plus souvent inutiles d'un point de vue strictement médical (21).

Médecine défensive « négative »

Elle consiste en une logique d'esquive de toutes formes de risque médico-légal que cela soit en évitant la réalisation de certains gestes médicaux ou par la non prise en charge de certaines catégories de patients susceptibles d'avoir des complications ou d'être revendicateurs. Cela peut aussi passer par l'acceptation de demandes abusives de certains patients dans le but de fuir les conflits.

B. Conséquences délétères de la médecine défensive

Ce phénomène est loin d'être anecdotique. Les Etats Unis y sont confrontés depuis de nombreuses années. Une enquête nationale réalisée en 2009 révélait que 91,2% des médecins généralistes américains étaient en accord avec le fait de prescrire plus d'examens que nécessaire dans le but de se prémunir d'une poursuite (16).

En France, la médecine défensive, loin d'être « une dérive à l'américaine », est tout de même bien présente. Dans une étude menée en Gironde en 2013, face à la judiciarisation, 65% des médecins généralistes déclaraient adopter des pratiques défensives pour se prémunir d'une poursuite. (9).

Ces pratiques, censées rassurer les médecins, sont loin d'être dénuées de risque.

Surcoût pour le système de santé

Comme le dit l'adage « La santé n'a pas de prix mais elle a un coût ». Le surcoût financier engendré par les pratiques défensives en France est difficile à évaluer mais vraisemblablement très important. Des études réalisées aux USA estiment ce cout supplémentaire entre 50 et 60 milliards de dollars par an (16,22).

Outre aggraver le déficit de la sécurité sociale, ces pratiques vont à l'encontre des règles de bonne pratique, ce qui peut être juridiquement reproché aux médecins. « Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » (Art L. 162-2-1 du CSP)

latrogénie de la pratique défensive

Les décisions médicales doivent toujours prendre en compte le rapport bénéfice/risque. Si le principal bénéfice attendu d'un examen est une protection médico légale pour le médecin, alors le moindre risque encouru par le patient du fait de cet examen devient intolérable. Ainsi, par bien des aspects, les pratiques défensives peuvent nuire aux patients, que cela soit de manière anodine ou dramatique.

En voici quelques exemples :

- Les prises de sang itératives peuvent altérer le capital veineux et majorer le risque infectieux,
- Les bilans radiologiques répétés causent une irradiation pouvant être délétère. Aux USA, une étude menée en 2004 a attribué 0,4% des cancers aux examens d'imagerie trop nombreux (23),
- Les examens complémentaires, quels qu'ils soient, peuvent engendrer des sur-diagnostic (faux positifs, incidentalomes...) responsables de prises en charges inutiles, anxiogènes, coûteuses et parfois agressives,
- Les avis spécialisés injustifiés d'un point de vue strictement médical engorgent les consultations au détriment des patients qui nécessitent réellement un avis,
- Les amniocentèses peuvent se compliquer d'un avortement (1% de risque), les césariennes peuvent être hémorragiques ou responsables d'un placenta praevia ou accreta...etc. (4).

L'effet délétère le plus fréquent de la médecine défensive est l'altération de la relation médecin-malade. « C'est une médecine caractérisée, en définitive, par la fin du rapport de confiance jusqu'alors considéré comme fondement absolu du colloque singulier médecin/malade. Ce colloque ne serait d'ailleurs plus si singulier puisque derrière chaque malade, la figure du juge se profilerait désormais. » (24).

Or selon une enquête du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) menée en 2008, la qualité de la relation soignant-soigné est la priorité des patients en matière de soins (25).

Perte de confiance, risque d'effets indésirables... paradoxalement, la médecine défensive semble générer des situations pourvoyeuses de judiciarisation.

IV. Objectif de la thèse

Comme nous venons de le voir, la littérature a permis d'établir un lien entre la judiciarisation et la souffrance du soignant, ainsi qu'entre la judiciarisation et la médecine défensive. Cependant, pour envisager d'enrayer le cercle vicieux « Judiciarisation-souffrance du soignant-médecine défensive », il est important d'en comprendre plus précisément les mécanismes.

Objectif principal :

On peut supposer que plus un médecin souffre de la pression médico-légale, plus il mettra en place des pratiques défensives.

↳ L'objectif de ce travail de thèse est de déterminer s'il existe un lien de corrélation entre l'intensité de l'impact psychologique de la judiciarisation et la pratique d'une médecine défensive.

Objectif secondaire :

On peut supposer qu'un patient a une plus grande confiance dans la relation de soin qu'il entretient avec son médecin traitant qu'avec les médecins remplaçants. Cette différence peut-elle influencer l'impact psychologique de la judiciarisation ou la pratique d'une médecine défensive ?

↳ L'objectif secondaire est de tenter d'identifier si certaines caractéristiques socio-professionnelles, telles que le genre (homme/femme) et le type d'exercice (installé/remplaçant), sont corrélées à l'impact psychologique de la judiciarisation et la pratique d'une médecine défensive.

MATERIELS ET METHODES

I. Matériels

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle transversale étiologique réalisée auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

A. Population de l'étude

1. Critères d'inclusion

La population étudiée correspond aux médecins généralistes remplaçants et installés, en activité en 2016 dans le Nord Pas de Calais.

2. Critères d'exclusion

Sont exclus les médecins exerçant une activité exclusivement salariée. En effet la responsabilité administrative diffère des autres responsabilités. Hormis en cas de faute dite détachable du service, c'est l'établissement public dont dépend le médecin qui est mis en cause, et non le médecin lui-même.

B. Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en deux phases :

- ↳ Lecture d'ouvrages aidant à l'élaboration d'un questionnaire et d'une enquête (26,27).
- ↳ Analyse des questionnaires de deux précédentes thèses (Alexandre Begue (2013) et Nathalie Fasquelle (2006)) portant sur la judiciarisation et la médecine défensive.

L'intégralité du questionnaire figure en annexe 1. Il a été construit en trois parties :

- ↪ Première partie : définition des caractéristiques de la population,
- ↪ Deuxième partie : évaluation de l'impact psychologique et de la souffrance générés par la judiciarisation.
- ↪ Troisième partie : étude des conséquences de la judiciarisation sur les pratiques médicales avec notamment la mise en place d'une médecine défensive.

La dernière question, facultative, est un espace libre permettant à ceux qui le souhaitent de s'exprimer sur le sujet.

Le questionnaire a été testé par 10 médecins généralistes volontaires ne faisant pas partie de l'étude. Cela a permis de préciser et de modifier le questionnaire pour le rendre plus facilement réalisable. Le temps moyen de réponse était estimé à 3 minutes.

L'étude était anonyme. Aucun élément figurant sur le questionnaire ne permettait d'identifier le répondeur (nom, prénom, adresse).

Aucune déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a été effectuée.

II. Méthodes

A. Recrutement de la population

1. Calcul du nombre de sujets nécessaires

Le calcul du Nombre de Sujets Nécessaires (NSN) a été effectué via le site internet de biostatistiques « BiostaTGV »(28). Pour un risque α à 5% et β à 20%, on obtient un NSN égal à 80. Estimant le taux de réponse entre 25 et 30%, il était nécessaire d'inclure 300 médecins.

2. Echantillonnage

La population étudiée était composée de 4159 médecins répartie en :

- ↳ 3739 médecins installés en libéral ou mixte (90%)
- ↳ 420 médecins remplaçants (10%)

Pour être représentatif, l'échantillonnage aléatoire des 300 médecins inclus a été partitionné en deux groupes constitués de :

- ↳ 270 médecins installés (90%)
- ↳ 30 médecins remplaçants (10%)

3. Recrutement

Pour les médecins installés

Création d'une liste aléatoire générée à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010®. Collecte des données correspondantes sur le site internet des pages jaunes à la rubrique « Médecin généraliste du Nord Pas de Calais ». Vérification des coordonnées recueillies dans l'annuaire santé du site ameli.fr (29) afin de prendre en compte les changements d'adresse et d'éliminer de l'étude les médecins partis en retraite ou décédés.

Pour les médecins remplaçants

Collecte via les annonces de remplacement des sites de l'Ordre des médecins(30) et Remplanor(31) des noms, prénoms et adresse de 160 remplaçants. Puis, grâce au logiciel Microsoft Excel®, sélection aléatoire de 30 d'entre eux.

B. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été adressé par voie postale début mai. Il était accompagné d'une lettre expliquant le sujet de l'étude et d'une enveloppe réponse préaffranchie.

Pour toute demande d'informations complémentaires ou l'obtention des résultats de l'étude, une adresse mail a été créée : these.ccarrez@hotmail.com.

C. Recueil des données et analyse statistique

Le recueil des données a été interrompu 3 mois après l'envoi des courriers. Dès réception des questionnaires, les informations ont été retranscrites dans une base de données réalisée sur Microsoft Excel 2010®.

S'agissant d'un échantillonnage de la population cible, les résultats correspondent à une estimation des vraies valeurs avec un intervalle de confiance à 95%.

1. Phase descriptive.

La première étape de 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 qualitatives et les variables binaires, par leurs effectifs et leurs pourcentages.

Les échelles de Likert ont permis d'attribuer une valeur numérique aux réponses :

- Pas du tout d'accord / Pas du tout = 1 ;
- Pas d'accord / Un peu = 2 ;
- Ni désaccord, ni d'accord / Modérément = 3 ;
- D'accord / Beaucoup = 4 ;
- Tout à fait d'accord / Extrêmement = 5.

Ces valeurs ont permis un traitement quantitatif des données et le calcul de moyenne pour un groupe. Lorsque l'échelle évalue le degré d'accord ou de désaccord, une moyenne à 3 signe la neutralité. Plus la moyenne est proche de 5, plus elle démontre un accord important. A contrario, proche de 1 elle correspond à un profond désaccord.

L'analyse a été ensuite stratifiée sur :

↳ **Le genre** : « *Homme / Femme* »

↳ **Le type d'exercice** : « *Installé / Remplaçant* »

↳ **La pression médico-légale ressentie** : « *Pression / Pas de pression* ».

Cette stratification est déterminée à partir de la question n°6.

↳ **Les antécédents de menace de poursuite ou de poursuite** : « *Antécédent / Pas d'antécédent* ». Cette stratification est basé sur les questions n°7 et 8.

La souffrance, induite par la pression médico-légale et les antécédents de mise en cause, a été sous-stratifiée pour les groupes « *Pression* » et « *Antécédent* » : «*Pas de souffrance / Souffrance modérée / Souffrance importante*».

2. Phase analytique.

L'analyse bivariée a pour objectif de rechercher un lien statistiquement significatif entre deux variables d'intérêt. La comparaison des groupes a été effectuée a priori.

L'analyse entre 2 variables qualitatives a été faite par le test du chi² lorsque les conditions de validité étaient réunies (effectifs théoriques supérieurs à 5), sinon par le test exact de Fisher.

L'analyse entre une variable qualitative et une quantitative a été réalisée grâce au test dit non paramétrique de Mann Withney Wilcoxon.

La recherche de liaison entre deux paramètres quantitatifs a été effectuée via le test de corrélation de Spearman. Si le coefficient de corrélation noté r était différent de zéro avec un test de nullité significatif ($p < 0,05$) on pouvait conclure que les deux paramètres étaient corrélés.

De nombreux tests d'hypothèse ont été réalisés. S'agissant de comparaisons à visée exploratoire, aucune correction du risque alpha n'a été effectuée. Tous les tests ont été interprétés pour un risque alpha égal à 5%. Une significativité p inférieure à 0,05 correspond donc à une association statistiquement significative entre les deux variables.

Les analyses ont été réalisées à partir du logiciel R® (version 3.2.4).

RESULTATS

I. Phase descriptive

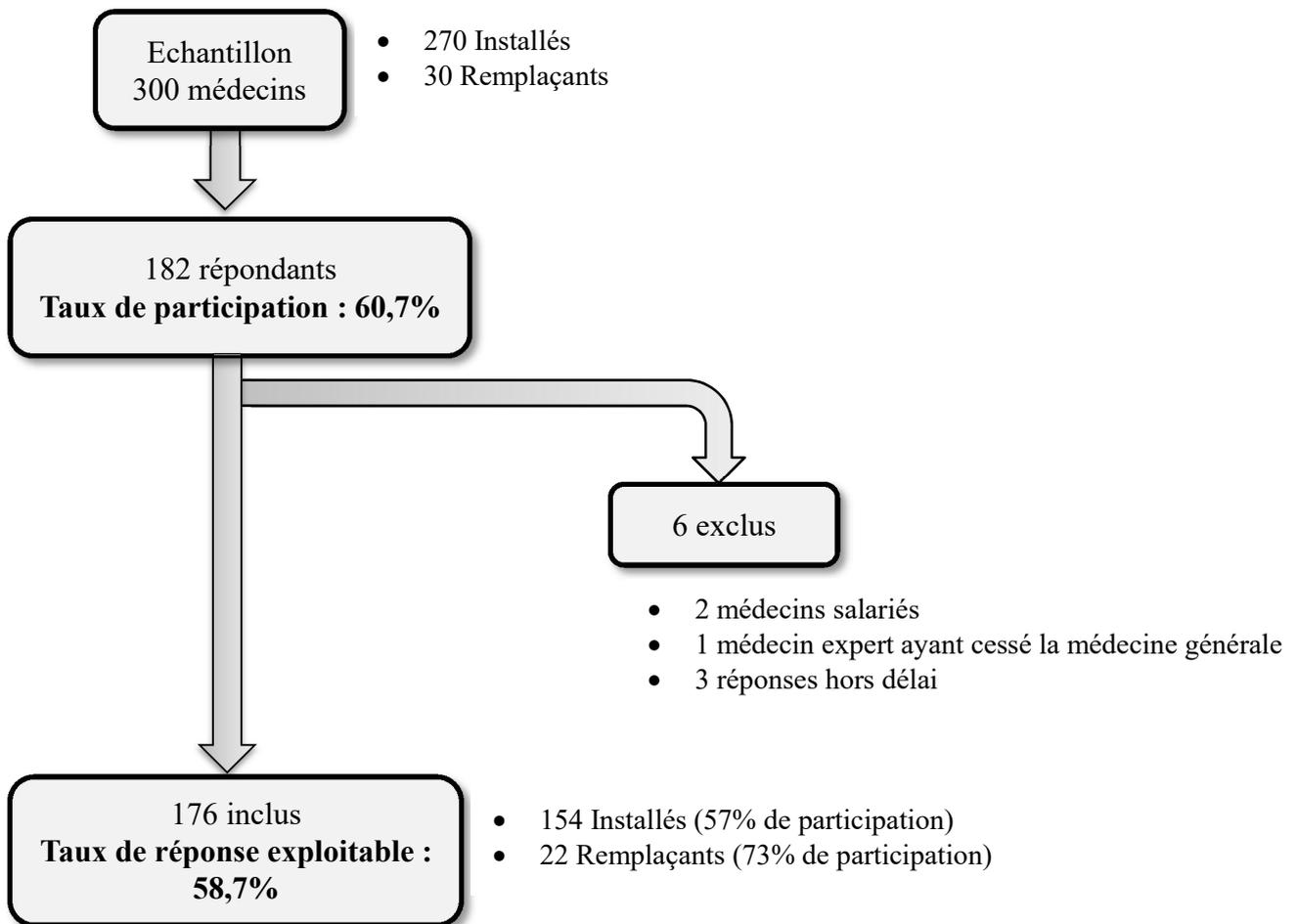


Figure 4 : Diagramme de flux

Le taux de réponse ayant dépassé les 30% à J15, aucune relance téléphonique n'a été effectuée.

A. Description de la population

1. Le genre

Les 176 médecins sont répartis en :

↪ **119 hommes (67,4%)**

↪ **57 femmes (32,6%)**

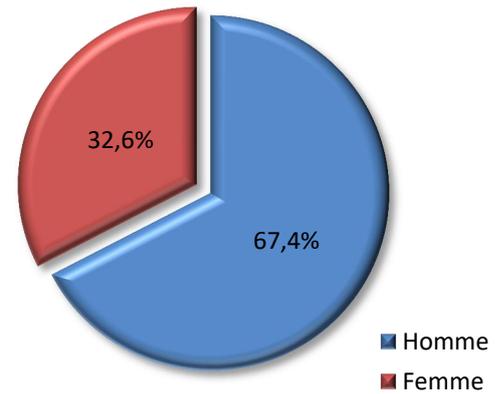


Figure 5 : Répartition de la population en fonction du genre

2. L'âge

La moyenne d'âge est de 50,5 ans (IC 95% [48,6-52,5]) avec un minimum à 27 et un maximum à 71 ans. La médiane est de 55 ans.

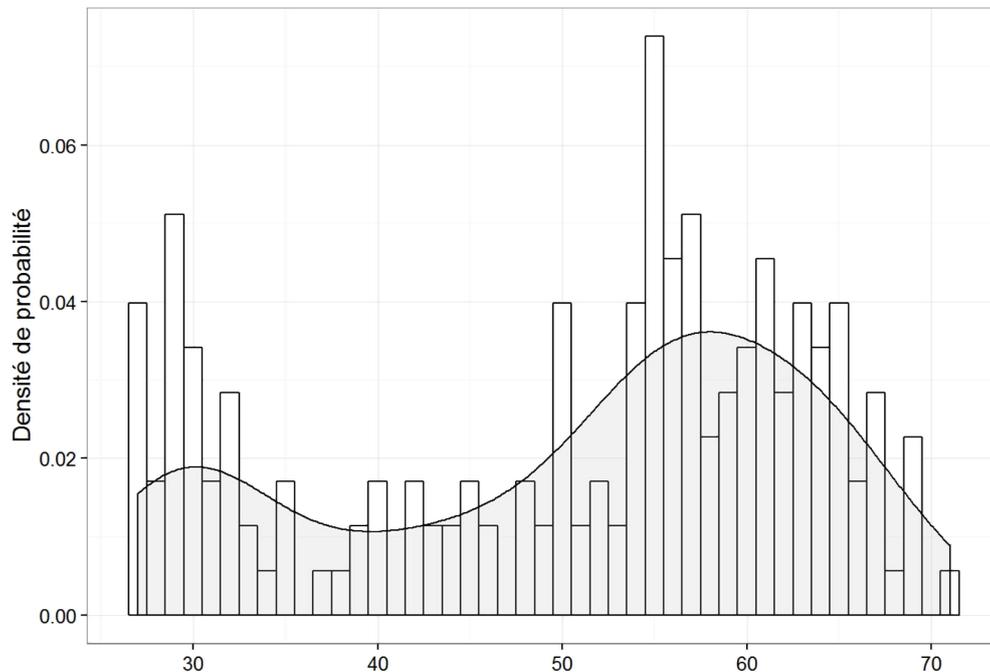


Figure 6: Répartition de la population en fonction de l'âge

Histogramme avec courbe de densité de probabilité. Données manquantes : 0

Soixante pourcent des médecins de l'étude ont plus de 50 ans ; 27% ont plus de 60 ans.

3. La durée d'exercice

La durée d'exercice des médecins va de 0 à 46 ans. La moyenne est de 22 ans [20-23,8] avec une médiane à 25 ans.

4. Le type d'exercice

151 médecins sont installés, 3 sont collaborateurs et 22 sont remplaçants. L'effectif des collaborateurs sera intégré dans le groupe des installés pour les analyses ultérieures.

Les médecins sont donc répartis en :

- ↳ **154 installés (87,5%)**
- ↳ **22 remplaçants (12,5%)**

5. Lieu d'exercice et mode d'exercice

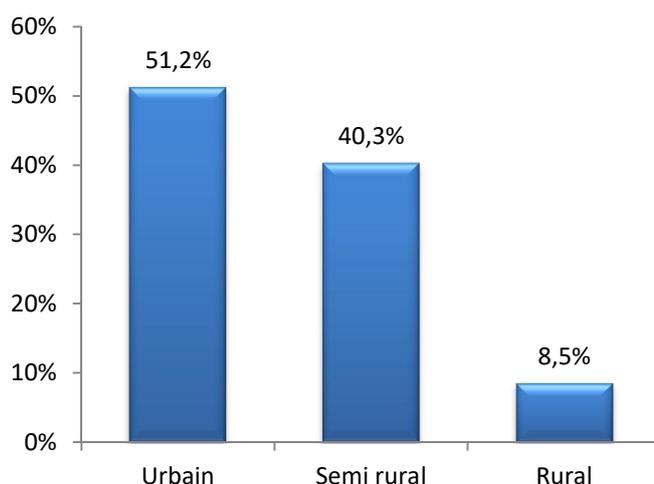


Figure 7: Répartition de la population en fonction du lieu d'exercice

Données manquantes : 12

Tableau 1: Répartition de l'échantillon en fonction du mode d'exercice

Mode d'exercice	n (%)
Libéral	162 (95,3%)
Mixte	8 (4,7%)
Données manquantes : 6	
Seul (e)	77 (49,4%)
En groupe	79 (50,6%)

Données manquantes : 20

B. Impact psychologique de la judiciarisation

1. Impression générale de judiciarisation de la médecine

Deux tiers des médecins interrogés ont l'impression que de manière générale le nombre de contentieux envers les médecins augmente.

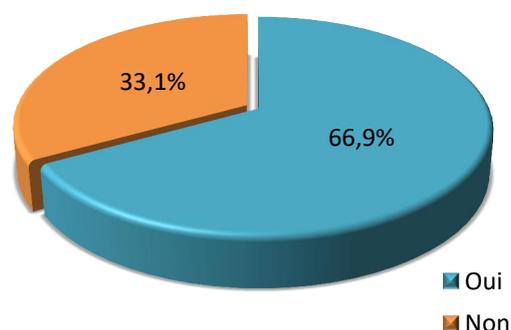


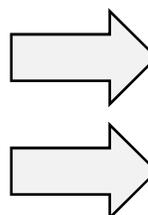
Figure 8 : Impression générale de judiciarisation de la médecine

2. Ressenti personnel d'une pression médico-légale

Tableau 2: Pression médico-légale ressentie dans la pratique quotidienne

Echelle de Likert	n (%)
1. Pas du tout d'accord	9 (5,2%)
2. Pas d'accord	40 (23,1%)
3. D'accord	101 (58,4%)
4. Tout à fait d'accord	23 (13,3%)

Données manquantes : 3



Pas de pression :
49 (28,3%)

Pression :
124 (71,7%)

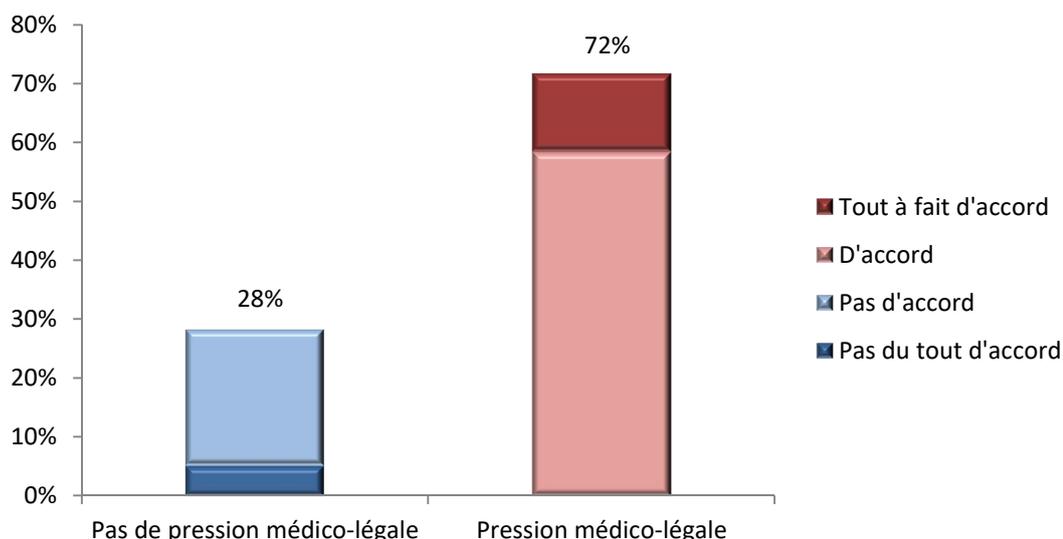


Figure 9 : Gradation de la pression médico-légale ressentie dans la pratique quotidienne

Près de 72% des médecins ressentent une pression médico-légale dans leur pratique quotidienne.

a) Origine de la pression médico-légale

Cette pression émane en grande partie de la famille des patients (59%), de la CPAM (52%) et des médias (48%).

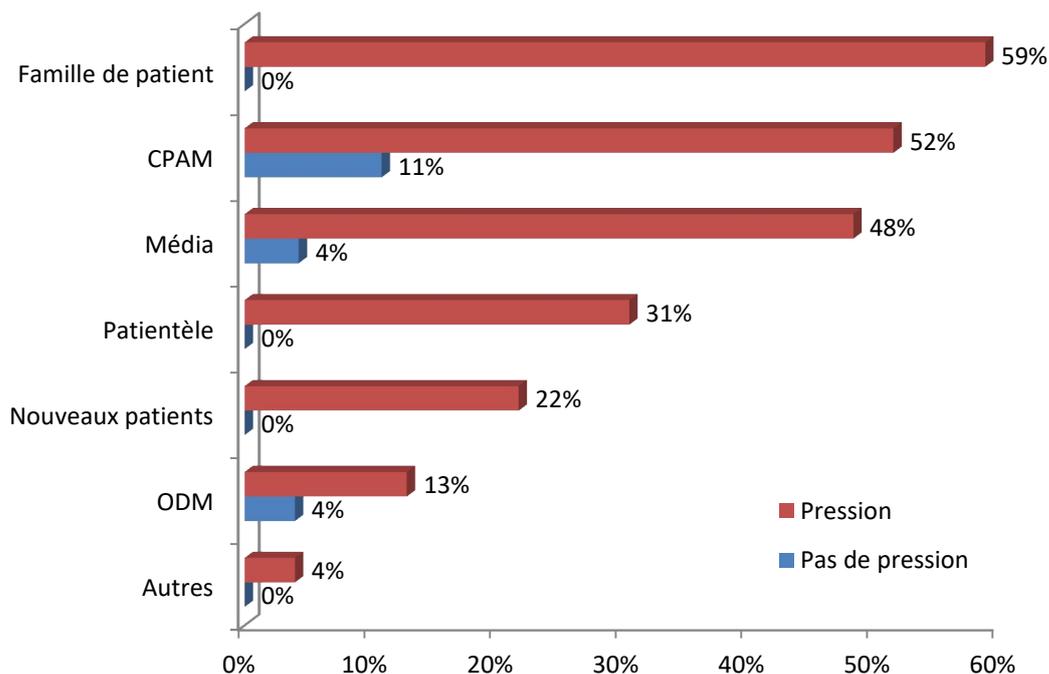


Figure 10: Origine de la pression médico-légale ressentie

Données manquantes : 3

Sur les 49 médecins ne ressentant pas de pression dans leur pratique quotidienne, six ont indiqué ressentir une pression de la part de la CPAM, des médias et de l'Ordre des médecins.

Les réponses à la rubrique « Autres » sont :

« *Moi-même* » ;

« *Certificat assurance* » ;

« *A 1 an de la retraite, on prend du recul* » ;

« *Des patients en garde* » ;

« *Avertissement lors des formations* ».

b) Souffrance induite par cette pression

Tableau 3: Intensité de la souffrance chez les médecins ressentant et ne ressentant pas de pression médico-légale

	Pression (n=124)	Pas de pression (n=49)
1. Pas du tout	22 (17,9%)	11 (22,4%)
2. Un peu	51 (41,5%)	2 (4,1%)
3. Modérément	39 (31,7%)	0
4. Beaucoup	10 (8,1%)	0
5. Extrêmement	1 (0,8%)	0
Non concerné	0	36 (73,5%)
Données manquantes :	1	0

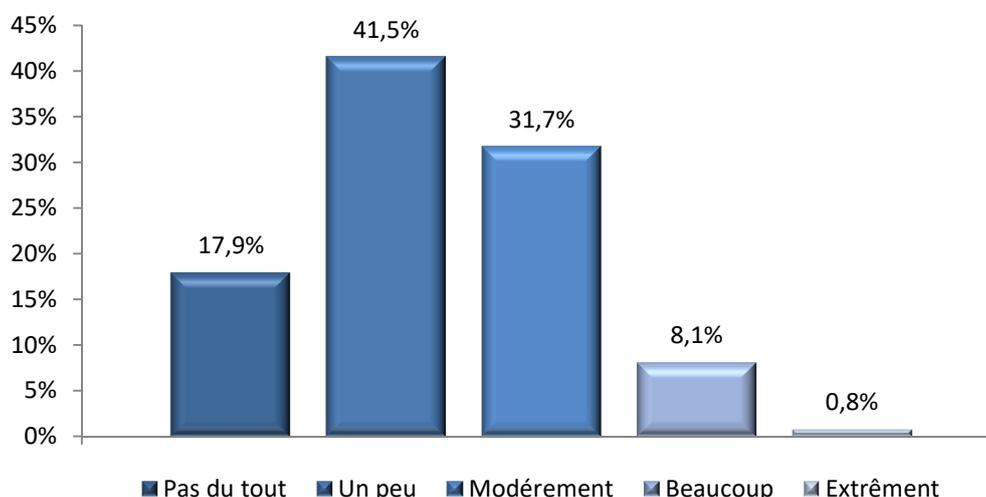


Figure 11: Souffrance induite par la pression médico-légale

Les 4/5^{èmes} des médecins souffrent de la pression ressentie, mais pour 73% d'entre eux, cette souffrance est faible ou modérée.

Stratification de la souffrance liée à la pression médico-légale

Pour l'analyse ultérieure, les médecins sont répartis en trois groupes :

- Pas de souffrance : n=22 (17,9%)
- Souffrance modérée (Un peu et Modérément) : n= 90 (73,2%)
- Souffrance importante (Beaucoup et Extrêmement) : n= 11 (8,9%)

3. Menace de poursuite et poursuite

Un peu moins de la moitié (47,2%) des praticiens ont déjà reçu une menace de poursuite. Quasiment un quart (23,9%) ont fait l'objet d'au moins une poursuite.

Tableau 4: Médecins ayant une menace et/ou une poursuite

	Oui	Non
Menace de poursuite	83 (47,2%)	93 (52,8%)
Poursuite	42 (23,9%)	134 (76,1%)
Menace de poursuite ou poursuite	88 (50%)	88 (50%)

Cinq médecins ont fait l'objet d'une mise en cause sans pour autant avoir eu de menace de poursuite.

La population étudiée est scindée en 2 sous-groupes :

- Groupe ayant eu un antécédent de menace ou de poursuite: **88 (50%)**
- Groupe n'ayant jamais eu de menace ou de poursuite: **88 (50%)**

a) Répartition des poursuites en fonction des instances

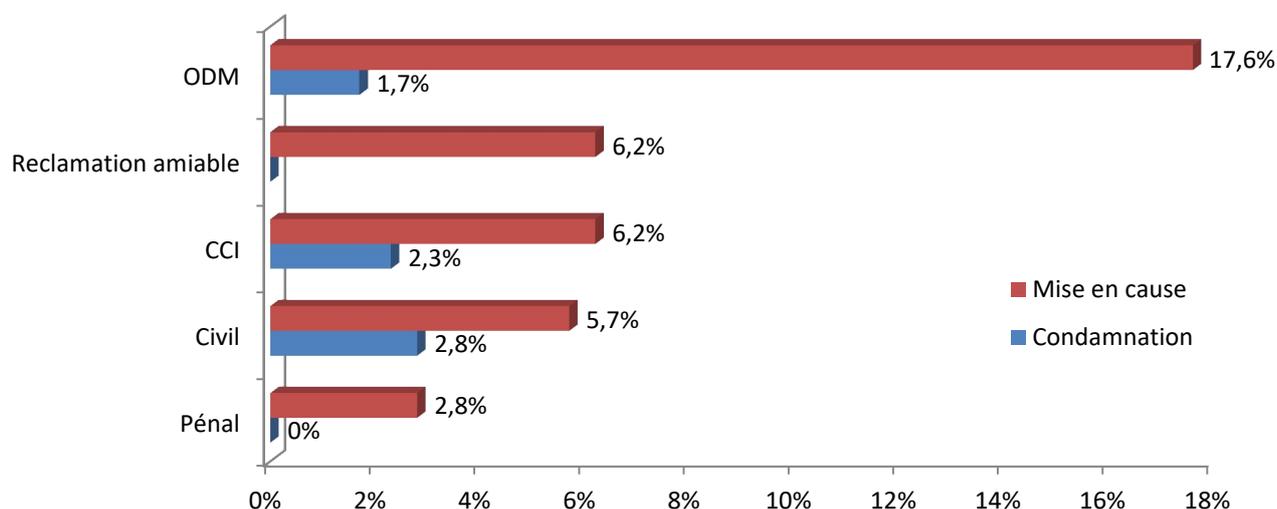


Figure 12: Pourcentage de médecins mis en cause et/ou condamnés par instance

Pour les 42 médecins poursuivis, on dénombre 68 mises en cause et 12 condamnations.

Rapporté à l'ensemble de l'échantillon (n=176) cela fait un taux de :

- ↳ 38,6 mises en cause pour 100 médecins,
- ↳ 6,8 condamnations pour 100 médecins.

Tableau 5: Taux de condamnation en fonction des différentes instances

	Mise en cause	Condamnation	% de condamnation par mise en cause
Réclamation amiable	11	-	-
CCI	11	4	36,4%
Conseil de l'ordre	31	3	9,7%
Tribunal civil	10	5	50%
Tribunal pénal	5	0	0%
Total	68	12	17,6%

Données manquantes : 0

Le nombre de mises en cause auprès de l'Ordre des médecins est important mais moins de 10% aboutissent à une condamnation. Il y a 6 fois moins de poursuites au tribunal civil mais la moitié d'entre elles débouche sur une condamnation.

Les 68 mises en causes sont réparties en :

- 32,4% de voie amiable (réclamation auprès des assureurs et CCI)
- 22% de voie judiciaire (tribunal civil et pénal)
- 45,6% de voie ordinaire.

Les remarques apportées sont les suivantes :

« Pas de condamnation mais un non-lieu après une procédure complexe avec mise en examen » ;

« Visite lors d'une garde » ;

« J'ai eu deux fois des mises en cause par des employeurs » ;

« Réclamation amiable ayant été transformée en action en responsabilité civile (le médecin co-responsable, désigné avec moi dans cette affaire, ayant été particulièrement odieux avec l'assurance de la patiente...) ».

b) Souffrance liée aux menaces et poursuites

Cinq pourcents (n=4) des médecins menacés ou poursuivis ont coché ne pas être concernés, 2% n'en souffrent pas, 44% en souffrent modérément et 49% en souffrent beaucoup.

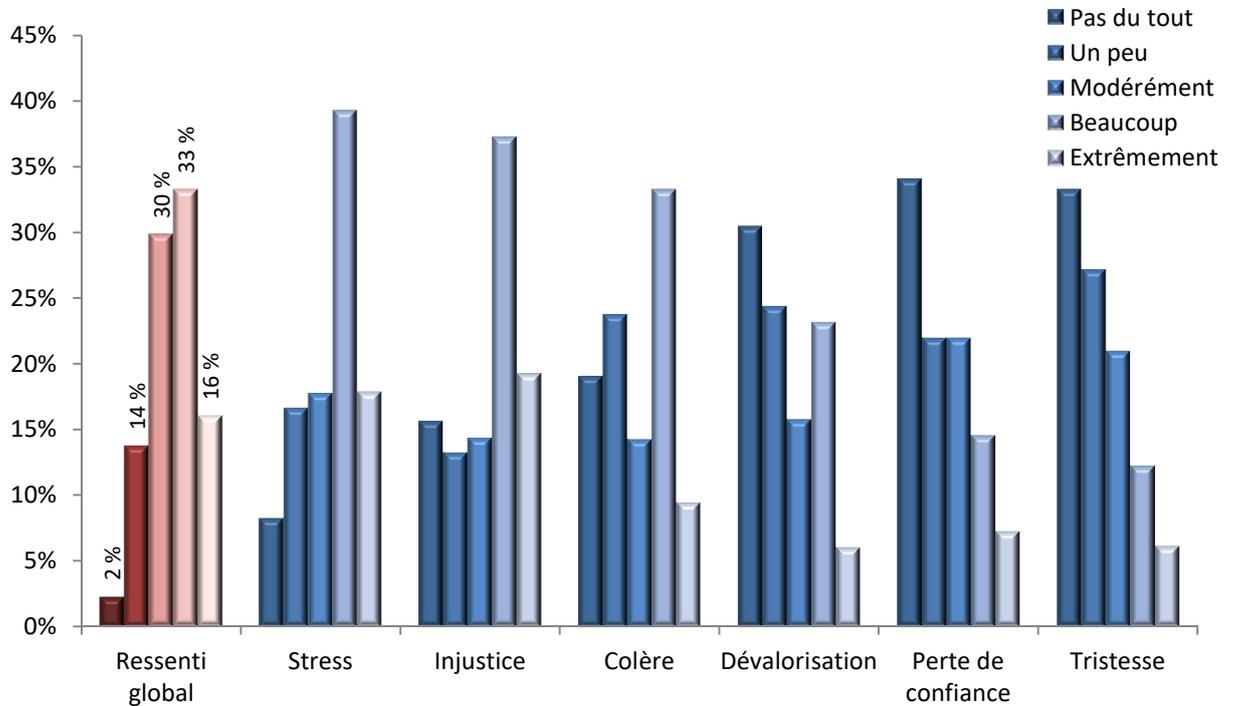


Figure 13: Type de souffrance ressentie par les médecins concernés

n=87, Données manquantes : 1

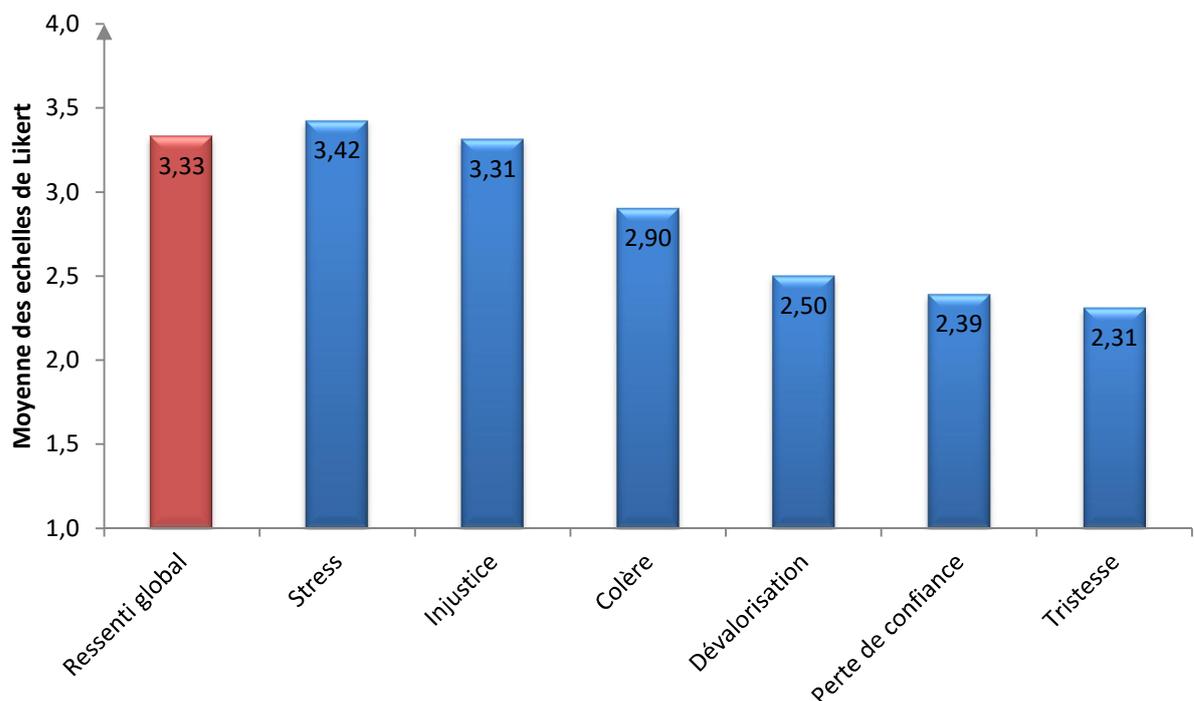
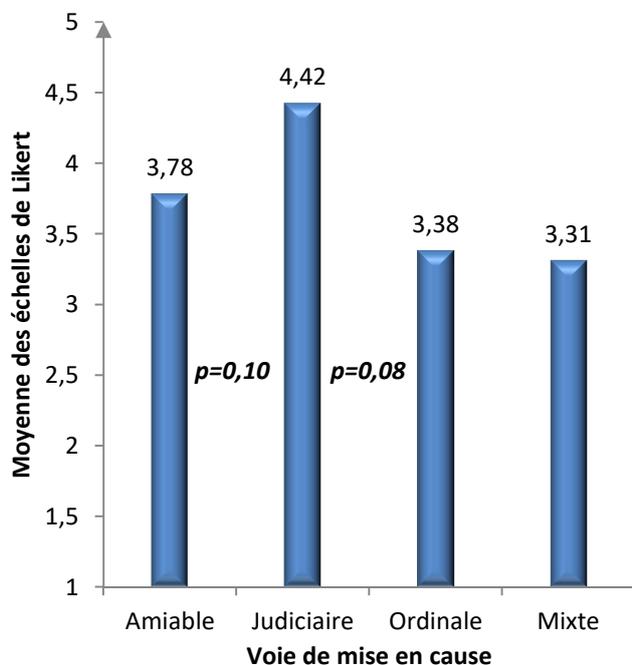


Figure 14: Moyenne de l'intensité des souffrances ressenties

En cas de mise en cause, le sentiment de stress prédomine, suivi de celui d'injustice et de colère.

Intensité de la souffrance en fonction du type de mise en cause



Répartition des 42 médecins poursuivis :

- 9 par la voie amiable (assureur / CCI),
- 7 par la voie judiciaire (tribunal civil / pénal),
- 13 par la voie ordinale,
- 13 mixte, c'est-à-dire poursuivis par 2 ou 3 des instances précédemment citées.

Figure 15 : Moyenne des souffrances liées à la poursuite en fonction de la voie de mise en cause

Les médecins poursuivis par la voie judiciaire ont en moyenne une souffrance liée à cette poursuite plus importante que les autres. Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p > 0,05$)

Les autres sentiments mentionnés sont :

« Tracas administratifs, surcharge de soucis professionnels pour l'instruction des dossiers, rédaction des mémoires pour l'avocat »;

« Résilience »;

« Utilisation afin d'obtenir de l'argent »;

« SUICIDE »;

« L'incompréhension des confrères du conseil de l'ordre ! »;

« Pas compris / incompréhension »;

« Culpabilité »;

« Déception : beaucoup ».

C. Impact professionnel de la judiciarisation

1. Arrêt du libéral ou de la médecine en raison de la judiciarisation

Tableau 6: Arrêt du libéral ou de la médecine face à la judiciarisation

	Arrêt du libéral (n=174)	Arrêt de la médecine (n=172)
1- Pas du tout d'accord	36 (20,7%)	54 (31,4%)
2- Pas d'accord	51 (29,3%)	53 (30,8%)
3- Ni désaccord, ni d'accord	36 (20,7%)	27 (15,7%)
4- D'accord	41 (23,6%)	31 (18%)
5- Tout à fait d'accord	10 (5,7%)	7 (4,1%)
Moyenne	2,64 [2,46-2,82]	2,33 [2,14-2,51]
Données manquantes :	2	4

Face à la judiciarisation, 29,3% des médecins seraient prêt à cesser d'exercer en libéral et 22,1% à stopper toute activité médicale.

2. Médecine défensive

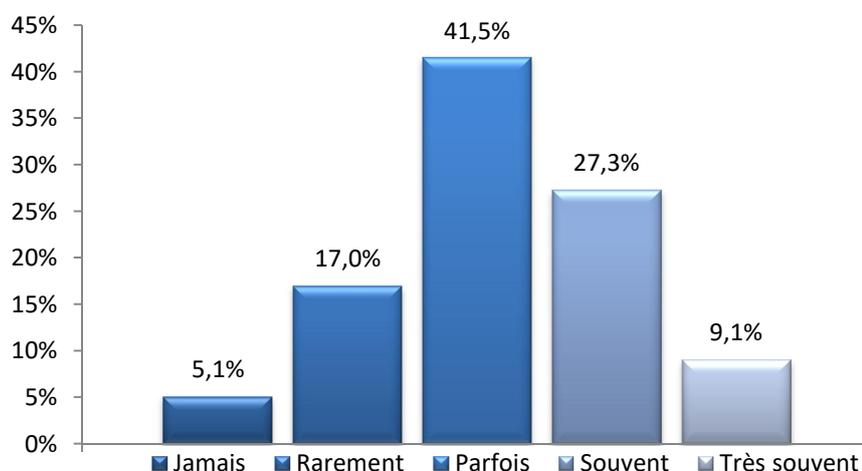


Figure 16: Pensez-vous que la menace médico-légale entre en compte dans votre raisonnement clinique ?

Données manquantes : 0

Plus d'un médecin sur trois (36,4%) estime que la menace médico-légale entre en compte, souvent voir très souvent, dans leur raisonnement clinique.

La moyenne des échelles de Likert est à 3,18 [3,03-3,33].

a) Médecine défensive par catégorie

Tableau 7: Catégories de médecine défensive pour se prémunir d'une poursuite

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	Moyenne
Interrogatoire	15 (8,7%)	37 (21,4%)	57 (32,9%)	57 (32,9%)	7 (4,1%)	3,02
Examen clinique	16 (9,3%)	39 (22,5%)	54 (31,2%)	55 (31,8%)	9 (5,2%)	3,01
Bilan biologique	16 (9,3%)	32 (18,5%)	41 (23,7%)	71 (41%)	13 (7,5%)	3,19
Bilan radiologique	15 (8,7%)	26 (15%)	35 (20,2%)	82 (47,4%)	15 (8,7%)	3,32
Information orale	8 (4,6%)	17 (10%)	33 (19,2%)	94 (54,6%)	20 (11,6%)	3,59
Dossier	8 (4,6%)	13 (7,5%)	15 (8,7%)	67 (38,7%)	70 (40,5%)	4,03
Avis spécialisé	11 (6,4%)	22 (12,7%)	39 (22,5%)	83 (48%)	18 (10,4%)	3,43
Urgences	14 (8,1%)	38 (21,9%)	46 (26,6%)	61 (35,3%)	14 (8,1%)	3,13
Gestes évités	20 (11,4%)	33 (18,9%)	24 (13,7%)	64 (36,6%)	34 (19,4%)	3,34
Situations évitées	16 (9,6%)	38 (22,9%)	29 (17,5%)	78 (47%)	5 (3%)	3,11

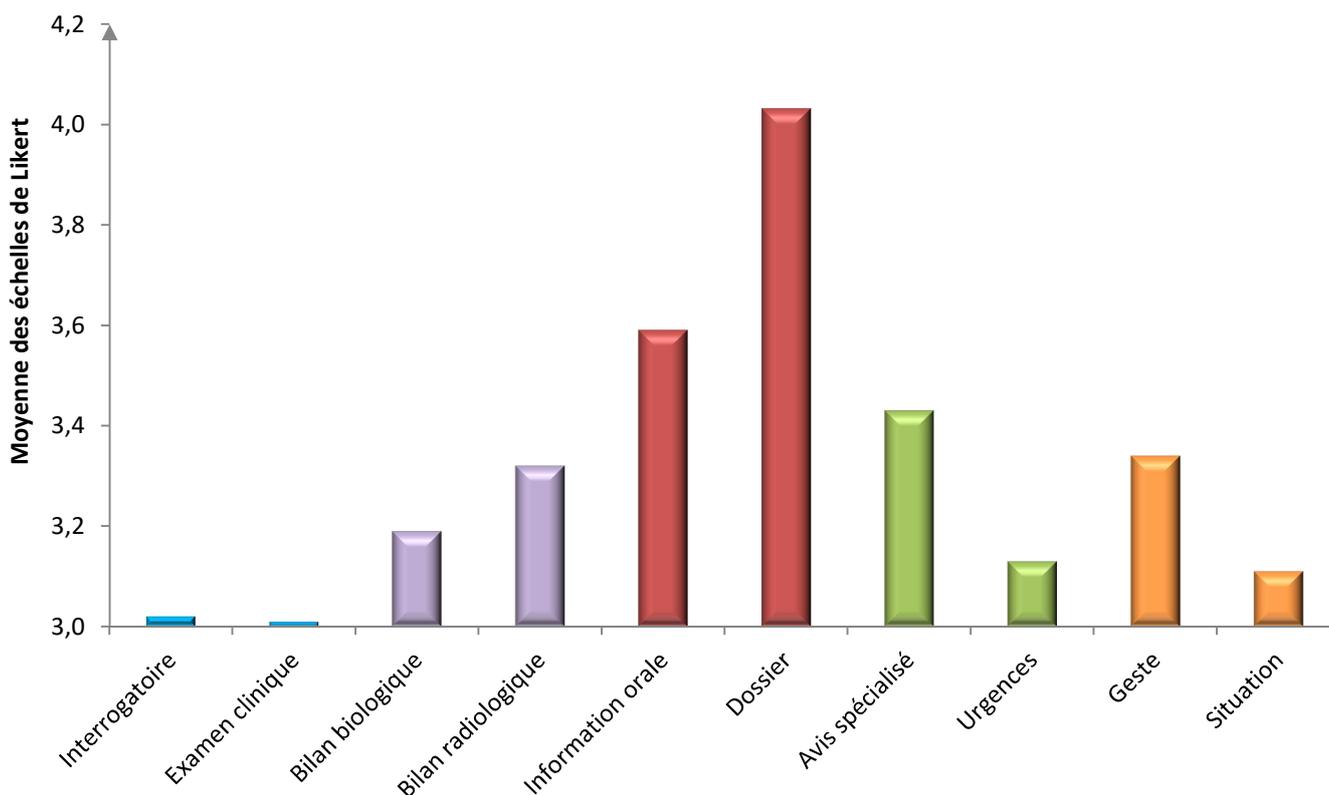


Figure 17: Moyenne des échelles de Likert pour les catégories de médecines défensive (L'axe des abscisses est fixé pour une ordonnée à 3, car une moyenne à 3 représente un avis neutre.)

Dans le but de se prémunir d'une potentielle poursuite, certains médecins mettent en place des stratégies de médecine défensive :

Médecine défensive positive

- ↪ **Phase clinique** : 37% des médecins déclarent modifier leur interrogatoire et examen clinique.
- ↪ **Examen complémentaire** : 48,5% des médecins prescrivent plus de bilan biologique et 56%, plus de bilan radiologique.
- ↪ **Phase d'information** : Les 2/3 des médecins délivrent une information orale plus exhaustive. 80% notent plus d'éléments dans les dossiers médicaux (40% sont tout à fait d'accord avec cette dernière notion).
- ↪ **Second avis** : 58% demandent plus facilement l'avis de confrères d'autres spécialités et 43% adressent plus facilement aux urgences.

Médecine défensive négative

Respectivement 56 et 50% des médecins évitent les gestes ou les situations potentiellement pourvoyeurs de contentieux.

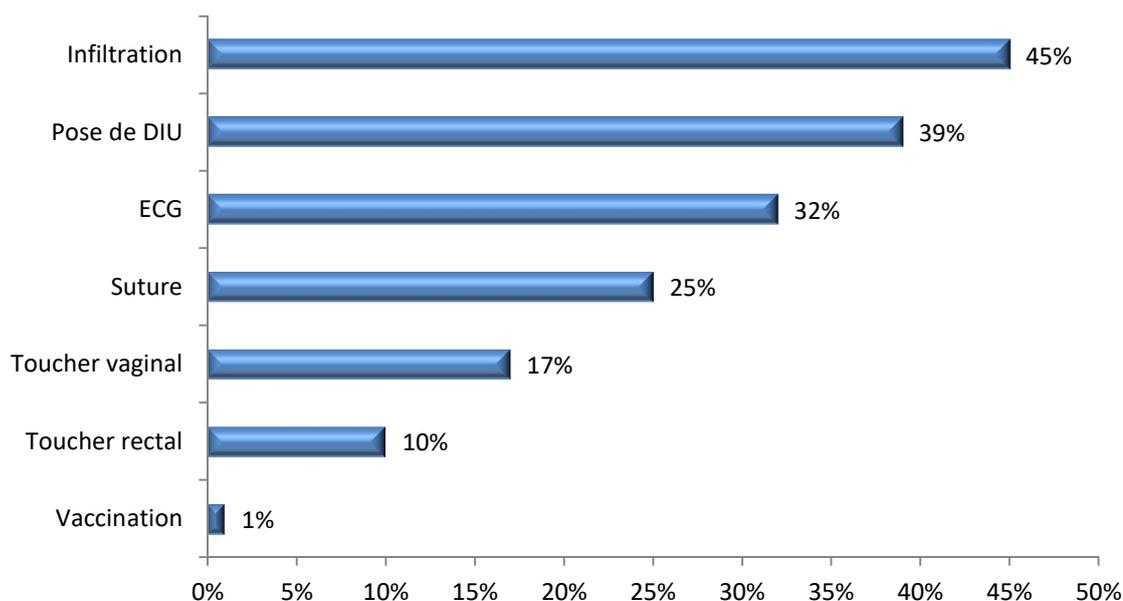


Figure 18: Gestes médicaux évités par les médecins

Les remarques apportées à la question « Autres » sont :

« Pose d'implant contraceptif » ; « Suivi de grossesse au-delà du premier trimestre » ; « Suivi toxicologique » ; « Sclérose ».

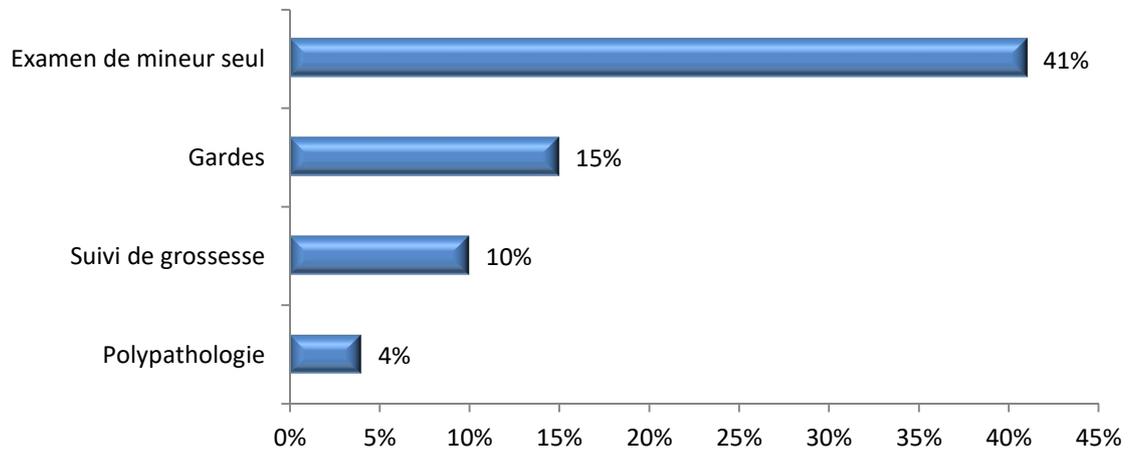


Figure 19: Situations médicales évitées par les médecins

Les autres situations mentionnées sont :

« Certificats pour assurances » ;

« Examens gynécologiques » ;

« Ne pas dépasser ses compétences » ;

« Patient au profil psychologiquement/ psychiatriquement particuliers, addictologie » ;

« Suivi toxicomanes ».

b) Médecine défensive globale

Un score de médecine défensive globale est calculé pour chacun des médecins. En réalisant la moyenne des échelles de Likert des 10 items précédemment décrits.

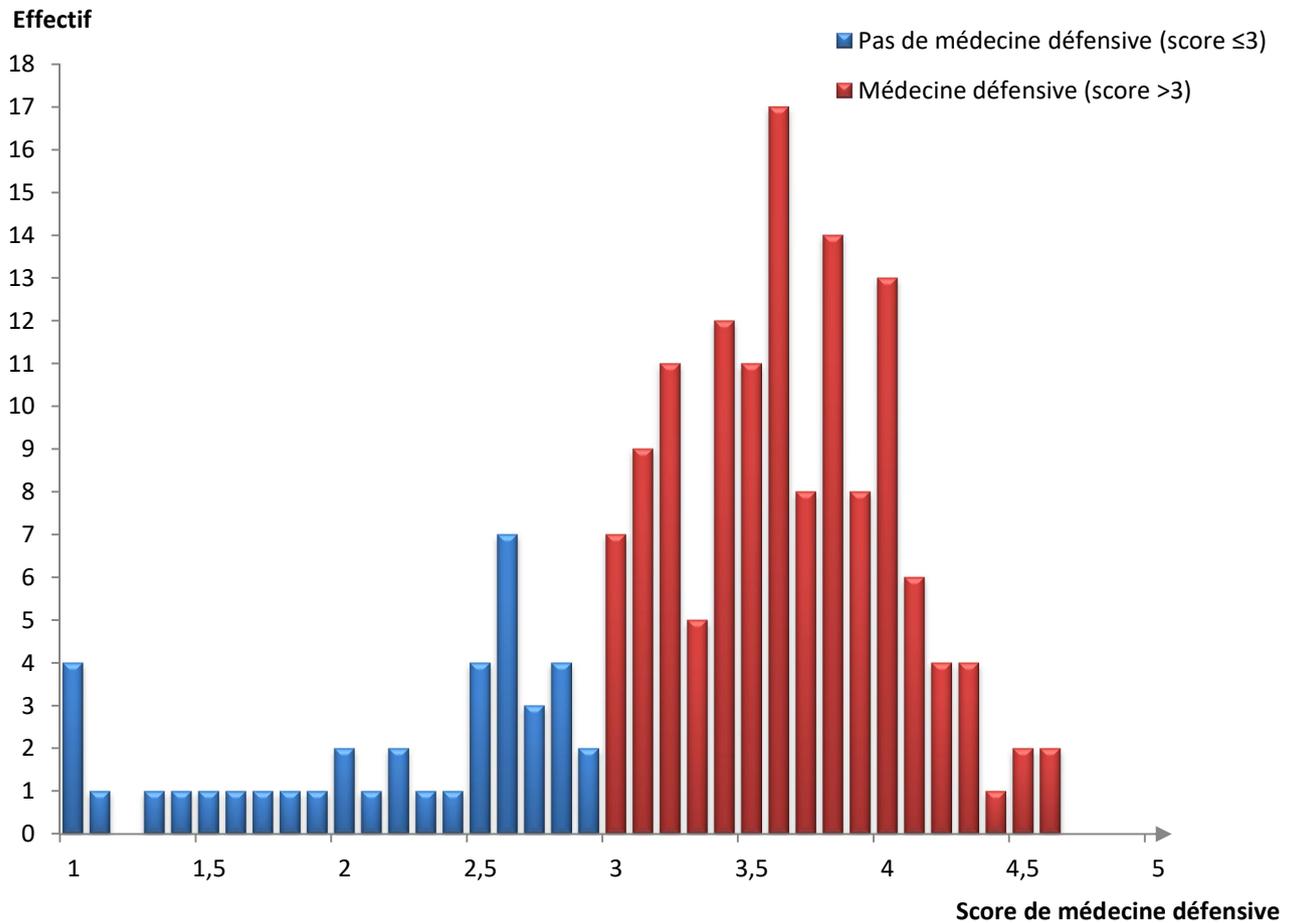


Figure 20: Score de médecine défensive globale pour chaque médecin

Données manquantes : 3

Pour se prémunir d'une poursuite, 73,4% des médecins (n= 127) pratiquent globalement une médecine défensive. 26,6% (n= 46) n'en pratiquent pas.

Il existe une corrélation significative entre la fréquence de pratique d'une médecine défensive (Question n°11) et ce score de médecine défensive global ($r = 0,49$; $p < 0,001$).

3. Difficultés face aux demandes abusives

Par peur d'un litige avec leurs patients, 45% (n=78) des médecins ont des difficultés à refuser certaines demandes abusives non médicalement justifiées. Pour plus de la moitié d'entre eux, il s'agit de la réalisation de certificats médicaux.

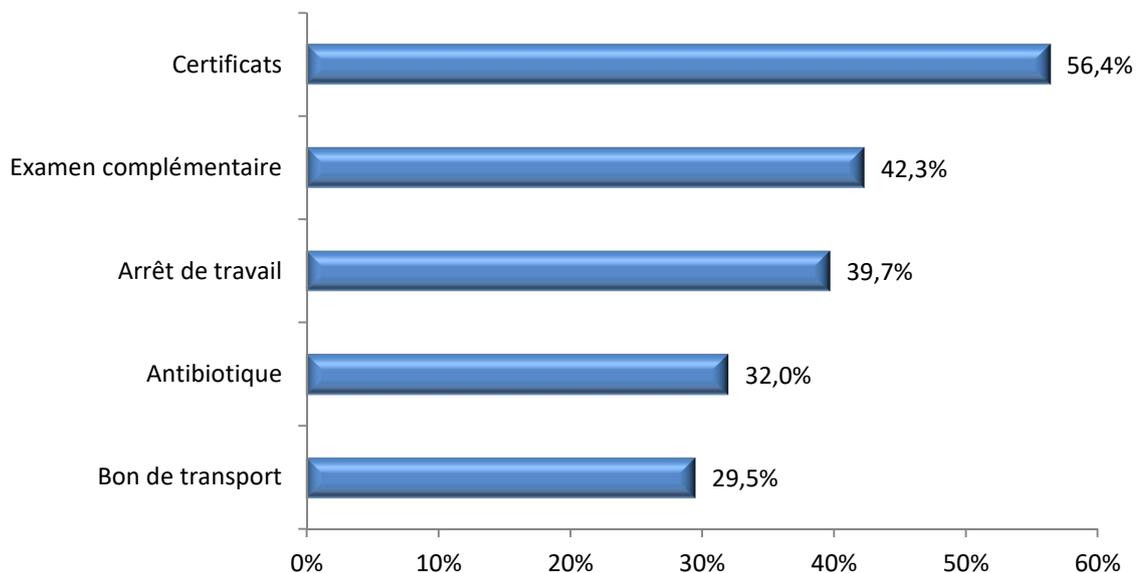


Figure 21: Demandes abusives difficilement refusées par certain médecin

Les remarques sont :

« Demandes particulières (exigences) pour horaires de rendez-vous ou de visites »;

« IRM-Scanner »;

« Si les demandes sont abusives = les refuser » ;

« Le refus n'est pas motivé par la peur du litige mais par l'application stricto sensu de la réglementation pénale ou par ce qui constituerait un indu ou une transformation de la réalité ».

4. Altération de la relation médecin-malade

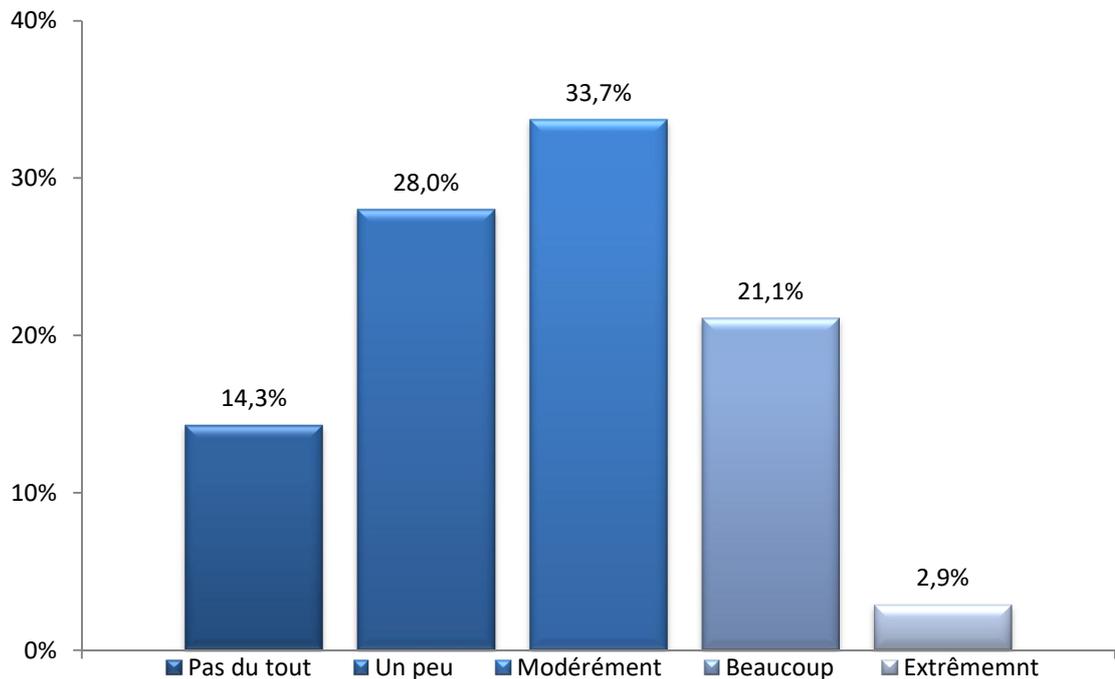


Figure 22: Selon vous, est-ce que la judiciarisation altère la relation médecin-malade ?

Données manquantes : 0

La moyenne des échelles de Likert est à 2,7. Globalement les généralistes pensent que la relation médecin-malade est modérément altérée par la judiciarisation. Toutefois, un quart d'entre eux estiment que cette relation est beaucoup voire extrêmement altérée.

Deux médecins ont ajouté une remarque :

« Modérément : pour le moment ! » ; « Pas encore ».

5. Remarques libres

Trente-huit pourcent des médecins (n= 67) ont apporté un commentaire. L'intégralité des remarques est retranscrite en annexe 2. En catégorisant les idées, il est possible de dégager les notions suivantes.

a) Les causes de la judiciarisation

Le sentiment de judiciarisation croissante est favorisé par :

- ↳ notre formation : « [...] toutes les études sont marquées par ce fameux « médico-légal ». 9 ans d'études pour se voir peut-être un jour interdit d'exercer... » ; « [...] les formations incitent à être prudent et à «blinder » le dossier médical [...] ».
- ↳ la facilité des démarches pour porter plainte « en paroles contre paroles [...] Difficultés pour retourner en diffamation les plaintes abusives » ;
- ↳ l'attrait pécunier «La faute revient surtout aux avocats qui trouvent l'occasion de remplir leurs bourses sur le dos des héritiers... » ;
- ↳ l'influence des médias « Ce sont les médias qui dirigent le « bordel » ambiant !! » ; « Les mass-médias sont INDIGNES de parler de médecine. »
- ↳ la pression de la CPAM « taux de visite, taux d'IJ sur faux critères, actuellement « non substituable » » ; « Ne supportant plus [...] les pressions et attitude du directeur de la CPAM de Lille à mon égard, j'ai donc fermé »

Les situations pourvoyeuses de mise en cause mentionnées sont :

- ↳ la réalisation de certificats médicaux « certificats en matière de divorce » ; « certificats médicaux faxés à la justice ! » ;
- ↳ les gardes et visites à domicile « Je ne prends des gardes que dans des structures sans les visites » ; « Ne fais plus de garde, ce qui limite mes inquiétudes par rapport à la judiciarisation de la médecine ».

b) Impact sur la profession et souffrance induite par la judiciarisation

La judiciarisation semble globalement dégrader l'exercice médical : « Surcoût pour les soins de santé » ; « Perte de spontanéité » ; « pourvoyeurs de stress » ; « L'influence de la judiciarisation contribue à allonger souvent inutilement le temps de consultation (vérification++) » ; « La judiciarisation entraîne effectivement une certaine perte de confiance du médecin en lui-même, et parfois malheureusement, en ses patients »

La pression médico-légale vécue par certains médecins est pourvoyeuse d'une importante souffrance :

« *Bientôt il faudra être fou pour s'installer en médecine générale ou inconscient. Pas d'inquiétude les ordinateurs nous remplaceront* » ;

« *Comme disait un jeune interne prêt à s'expatrier [...] « Je n'ai plus envie d'exercer ce métier, aussi beau soit-il, dans les conditions actuelles et futures* » ;

« *J'évite de trop y penser !! Si cela arrive, je change de métier* » ;

« *[...] Pour moi, il reste une cicatrice (presque une chéloïde !!) de cette période, très douloureuse et qui ne s'effacera pas.* » ;

« *Ma vue sur cette profession a bien changé en ¼ de siècle.... [...]. Nous sommes devenus des « objets » de consommation. La BELLE médecine libérale (suis désolé pour vous...) est morte!...Je n'aurai aucun état d'âme à la quitter !!* ».

Les médecins indemnes estiment avoir de la chance de ne pas avoir encore été confrontés à cette judiciarisation : « *J'ai beaucoup de chance, sans doute !* » ; « *Je n'ai pas encore vécu cette pression [...]* ».

c) Mode d'exercice protecteur de la judiciarisation

Certains modes d'exercice semblent moins exposés à la judiciarisation :

↳ la spécialité de médecine générale : « *Le médecin de famille bénéficie encore beaucoup de la confiance de ses patients* » ;

↳ l'exercice en milieu rural : « *J'ai la chance de travailler en zone semi-rurale voire rurale ce qui fait que la relation soignant/soigné reste très forte* » ; « *Moins exposé que mes confrères de ville donc moins concerné* ».

↳ l'exercice en groupe : « *[...] J'ai aussi la chance de travailler en groupe (6 médecins) et nos échanges en cas de doute [...] sont quotidiens* » ; « *Je ne m'installerai plus seul* »

↳ l'âge et le développement d'une relation de confiance médecin-malade : « *exerçant mon métier au service d'une patientèle constituée au fil des années, dans un climat de respect et de confiance mutuel.* » ; « *Je suis un médecin âgée avec une patientèle que je connais bien* » ; « *excellente relation de confiance (la relation médecin-patient est bien une relation «connaissance-confiance* ») ».

A contrario, les médecins d'expérience pensent que les jeunes praticiens sont plus sensibles à la pression médico-légale qu'eux :

« *Surprise de la « frilosité » des jeunes MG et peut être obstacle à l'installation* » ;

« *Bien sûr que la médecine défensive modifie notre exercice. Surtout pour les jeunes [...]* » ;

« *Accueillant les jeunes professionnels (externes, internes) je crois que cette préoccupation est très présente chez nos jeunes collègues* ».

d) Conseils pratiques pour se prémunir d'une mise en cause

↳ Prendre le temps d'expliquer aux patients :

« Le temps pris pour donner suffisamment d'explications au patient [...] permet d'éviter bien des malentendus » ; « Maître mot: la communication ! Prendre le temps d'expliquer peut faire gagner du temps » ; « Il faut informer, communiquer et faire preuve d'empathie ».

↳ Apporter une bonne traçabilité dans le dossier médical :

« La tenue du dossier médical est la base fondamentale » ; « La judiciarisation améliore la rigueur de la tenue du dossier médical » ; « Il faut donner la plus grande importance à la traçabilité de ce que le médecin fait » ; « Les paroles s'envolent, les écrits restent »

↳ Ne pas modifier sa pratique face à la pression. Exercer selon ces compétences en se basant sur les recommandations :

« Il ne faut jamais changer sa manière de travailler, pression ou pas » ; « Revenir aux fondamentaux : la clinique, la clinique et la clinique ! » ; « on fait selon les RMO, un point c'est tout » ; « J'ai exercé ma profession en faisant ce qui était possible pour moi, si cela ne l'était pas, je ne le faisais pas sans arrière-pensée ».

e) Attitude conseillée face à un risque de poursuite

↳ Rester humble, accepter l'idée que l'on puisse être faillible :

« Rester humble et communiquer » ; « La médecine est un Art. Elle n'est pas une science EXACTE. Le médecin est un homme pas un « SAINT » ».

↳ Reconnaître et apprendre de ces erreurs :

« Ne pas reconnaître une « erreur » provoque la judiciarisation » ; « La « culture de l'erreur » à l'anglo-saxonne n'est pas assez développée en France » ; « Pour m'en remettre j'ai organisé un EPU [...] et puis je suis devenu maître de stage » ; « Nécessite une formation continue de qualité ».

↳ Accepter que le patient soit en droit de demander réparation :

« Cependant, ceux-ci sont en droit d'exiger les meilleurs soins possibles, et la justice garantit cela aussi. A nous de maintenir notre pratique et nos connaissances au meilleur niveau, afin de préserver la relation de confiance mutuelle!!! ».

II. Analyses stratifiées

Les données sont analysées selon :

- ↪ **Le genre** : Homme (n=119)/ Femme (n=57)
- ↪ **Le type d'exercice** : Installé (n=154)/ Remplaçant (n=22)
- ↪ **La pression ressentie (selon la question n°6)** : Oui (n=124)/ Non (n=49)
- ↪ **Antécédent de menace ou de poursuite**: Oui (n=88)/ Non (n=88)

A. Description de la population

Tableau 8: Age de l'échantillon en fonction du genre

	Homme (n=119)	Femme (n=57)	p-value
Moyenne	53,4 ans [51,5-55,6]	44,6 ans [41,4-47,9]	<i>p < 0,001</i>
Minimum- maximum	27-71 ans	27-67 ans	
Médiane	57 ans	46 ans	

Les femmes de l'étude sont significativement plus jeunes que les hommes. Elles ont en moyenne, 9 ans de moins qu'eux.

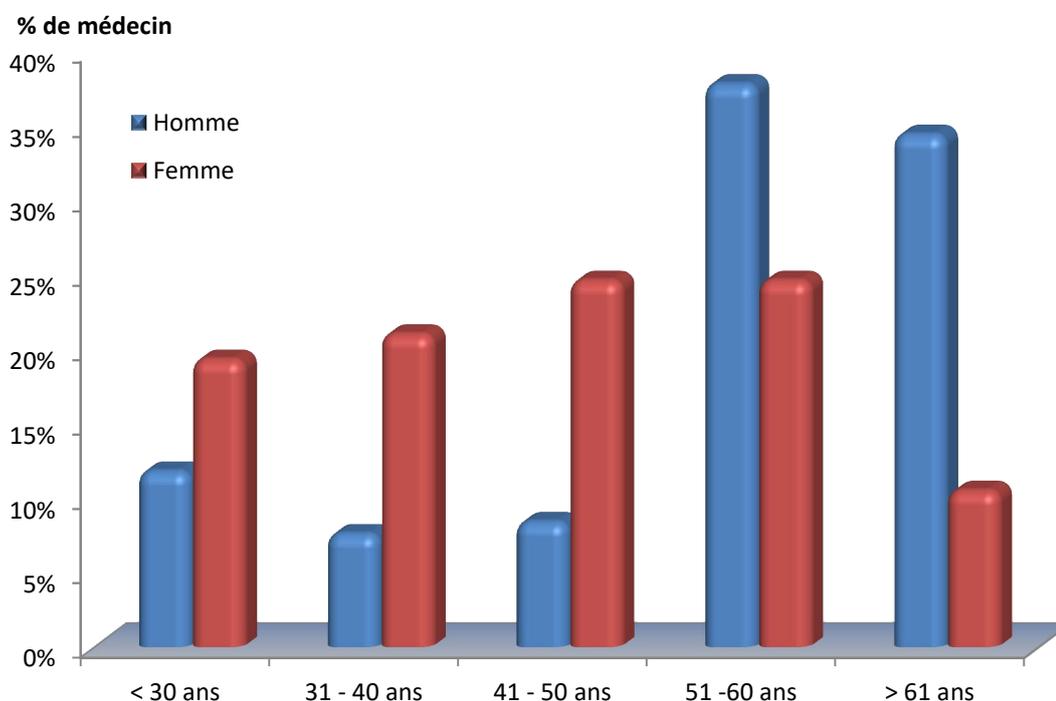


Figure 23: Répartition des hommes et des femmes par tranche d'âge

Un tiers des femmes (35%) a plus de 50 ans. Les hommes sont deux fois plus nombreux (72%) dans ce cas. 34% d'entre eux ont plus de 60 ans.

Tableau 9: Moyenne d'âge en fonction du genre et du type d'exercice

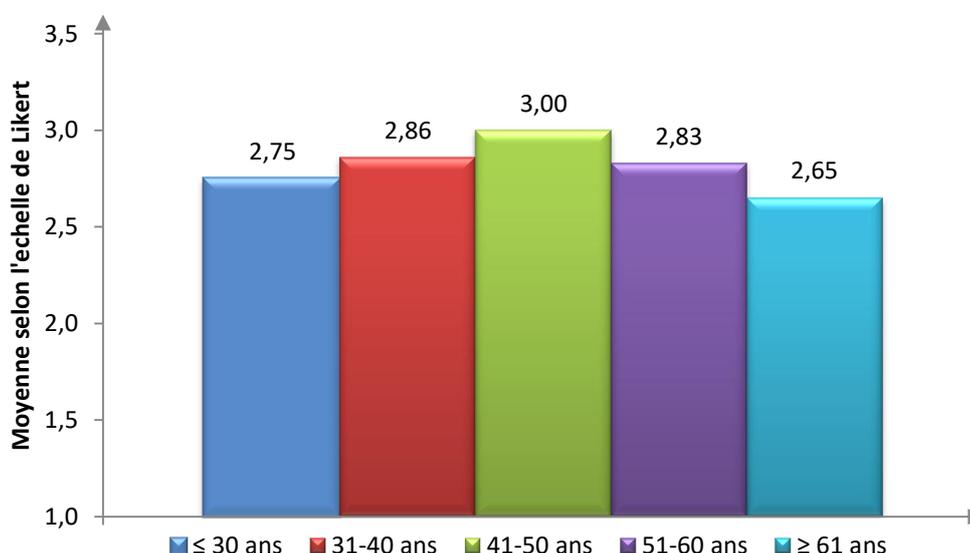
	Globale	Homme	Femme	p-value
Installé (n=154)	53,5 ans [51,8-55,3]	55,8 ans	48,3 ans	$p < 0,001$
Remplaçant (n= 22)	29,4 ans [28,3-30,5]	29,7 ans	29,1 ans	$p > 0,59$

Tableau 10: Comparaison du type d'exercice en fonction du genre

	Homme (n= 119)	Femme (n=57)
Installé (n=154)	108 (70,1%)	46 (29,9%)
Remplaçant (n=22)	11 (50%)	11 (50%)

La différence observée n'est pas significative ($p = 0,059$).

Remarques concernant l'âge

**Figure 24: Pression médico-légale ressentie en fonction de l'âge**

La pression médico-légale a tendance à être maximale entre 41 et 50 ans, mais ces différences ne sont pas significatives.

Tableau 11: Médecine défensive en fonction de l'âge

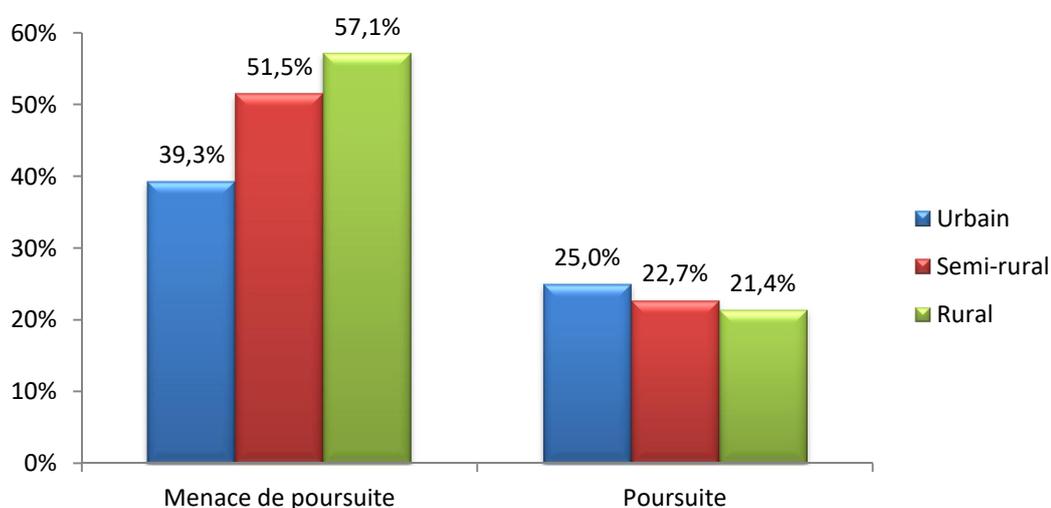
Médecine défensive	Tranches d'âge				
	≤ 30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	≥ 60 ans
Moyenne de Likert	3,36	3,28	3,12	3,13	3,13

Les moins de 40 ans ont des moyennes de médecine défensive supérieures aux autres tranches d'âge. Ces différences ne sont pas significatives.

La pression ressentie et la pratique d'une médecine défensive ne sont pas corrélées à l'âge (le coefficient de corrélation est respectivement égal à -0,11 et -0,12 avec $p > 0,05$).

Remarques sur le lieu et le mode d'exercice :**Tableau 12: Mode et lieu d'exercice en fonction du genre**

Lieu d'exercice ($p > 0,05$)	Homme	Femme
Urbain	53 (48,6%)	31 (56,4%)
Semi-rural	45 (41,3%)	21 (38,2%)
Rural	11 (10,1%)	3 (5,4%)
Données manquantes :	10	2
Mode d'exercice ($p > 0,05$)		
Seul	53 (52,5%)	24 (43,6%)
En groupe	48 (47,5%)	31 (56,4%)
Données manquantes :	18	2

**Figure 25: Menace et poursuite en fonction du lieu d'exercice**

Les médecins ruraux ont 18% de menace en plus que les médecins urbains mais un taux de poursuite moindre. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 13: Pression et médecine défensive en fonction du lieu de travail

Moyenne de Likert	Urbain	Semi rural	Rural
Pression ($p > 0,05$)	2,82	2,85	2,57
Médecine défensive ($p > 0,05$)	3,16	3,21	2,71

En moyenne, les médecins ruraux ressentent moins de pression médico-légale et pratiquent moins souvent une médecine défensive comparé à leurs confrères. Ces différences ne sont pas significatives.

Il en est de même entre les médecins exerçant seuls et en groupe.

B. Impact psychologique de la judiciarisation

1. Stratification de l'impression générale de la judiciarisation

a) En fonction du genre et du type d'exercice

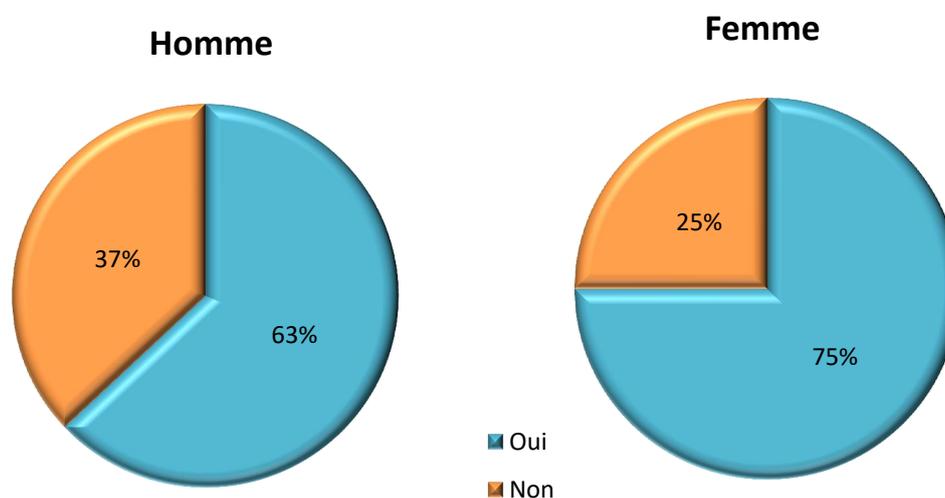


Figure 26: Impression générale de judiciarisation en fonction du genre

Les femmes semblent plus enclines que les hommes à penser que la médecine générale connaît un accroissement du nombre de contentieux sans que cela soit statistiquement significatif.

Il en est de même entre les installés (67,3%) et les remplaçants (63,6%) ($p > 0,05$).

Tableau 14: Impression générale de judiciarisation en fonction de l'âge

	≤ 30 ans	31- 40 ans	41 – 50 ans	51 – 60 ans	≥ 61 ans
Oui	17 (68%)	14 (70%)	17 (71%)	42 (71,2%)	27 (57,4%)
Non	8 (32%)	6 (30%)	7 (29%)	17 (28,8%)	20 (42,6%)

Donnée manquante : 1. Aucune différence significative n'est mise en évidence ($p > 0,05$).

b) En fonction de la pression et des antécédents

Tableau 15: Impression générale de judiciarisation en fonction de la pression et des antécédents

Pression ressentie	Oui	Non	Total	<i>p-value</i>
Pression	97 (78,9%)	26 (21,1%)	123 (+1NA)	<i>p < 0,001</i>
Pas de pression	17 (34,7%)	32 (65,3%)	49	
Antécédent de judiciarisation	Oui	Non	Total	<i>p-value</i>
Antécédent	66 (75%)	22 (25%)	88	<i>p = 0,02</i>
Pas d'antécédents	51 (58,6%)	36 (41,4%)	87 (+1NA)	

2. Stratification du ressenti personnel d'une pression médico-légale

↳ En fonction du genre et du type d'exercice

Dans leur pratique quotidienne, 75% des femmes et 70% des hommes ressentent une pression médico-légale. Cette pression touche plus les médecins installés (73%) que les remplaçants (64%). Les différences observées ne sont pas significatives.

Tableau 16: Ressenti personnel d'une pression médico-légale en fonction du genre et du type d'exercice

Genre ($p=0,43$)	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Total	Moyenne
Homme	8 (6,8%)	27 (23,1%)	67 (57,3%)	15 (12,8%)	117 (+2 NA)	2,76
Femme	1 (1,8%)	13 (23,2%)	34 (60,7%)	8 (14,3%)	56 (+1 NA)	2,87

Type d'exercice ($p= 0,09$)	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Total	Moyenne
Installé	7 (4,6%)	34 (22,5%)	87 (57,6%)	23 (15,3%)	151 (+3 NA)	2,83
Remplaçant	2 (9,1%)	6 (27,3%)	14 (63,6%)	0	22	2,54

↳ En fonction de l'antécédent de menace et/ou de poursuite

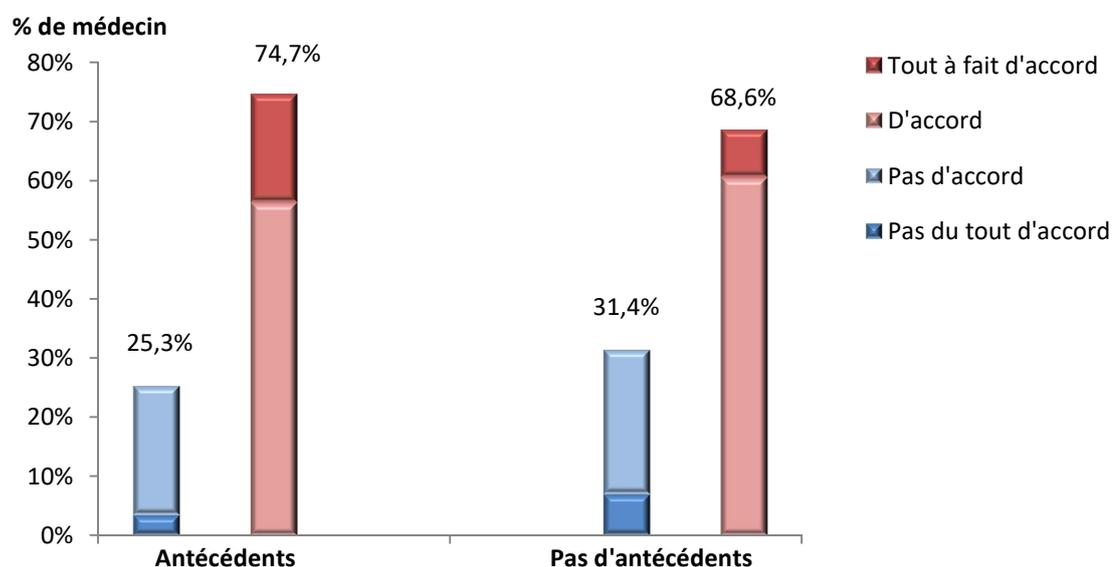
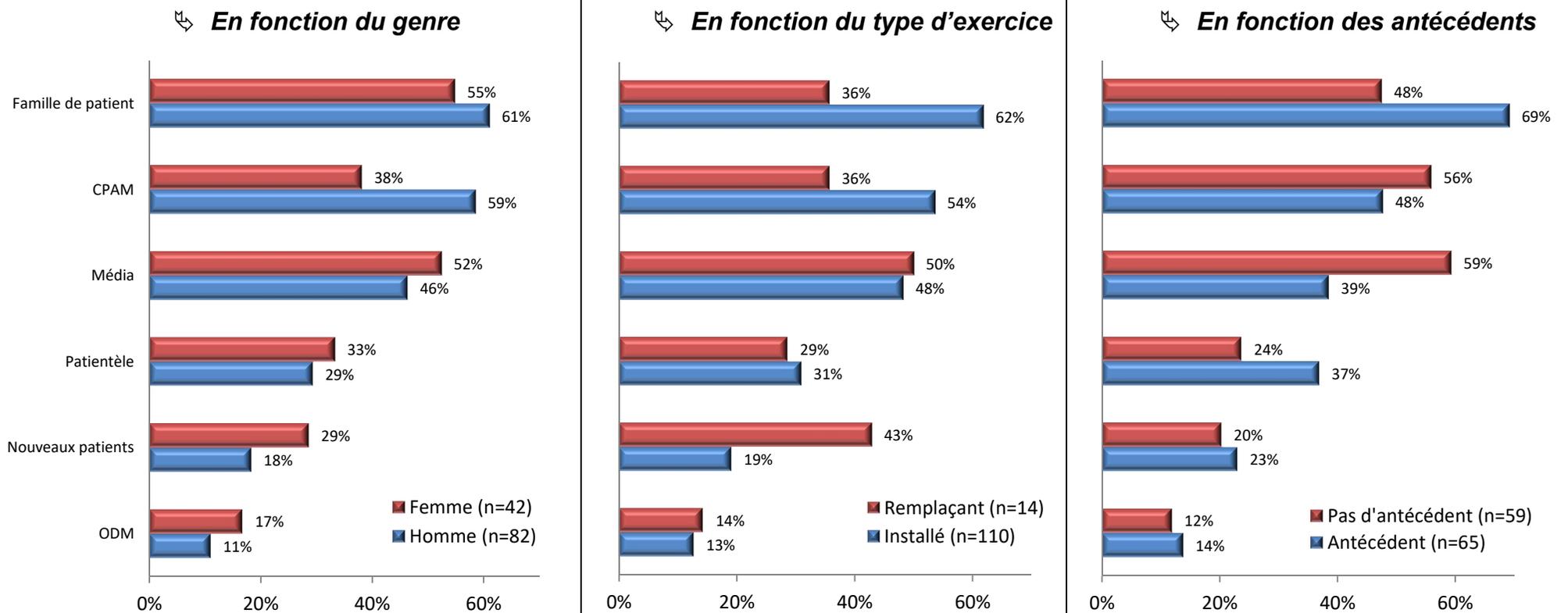


Figure 27: Ressenti personnel d'une pression médico-légale en fonction des antécédents (n=88)

Données manquantes : 3; ($p > 0,05$)

a) Stratification de l'origine de la pression médico-légale



Les hommes ressentent significativement plus de pression de la part de la CPAM comparés aux femmes ($p=0,03$).

Les nouveaux patients sont plus une source de pression pour les remplaçants que les installés ($p=0,04$).

Les médecins avec antécédents, ressentent en priorité une pression de la part des familles de patients ($p=0,01$). Pour ceux sans antécédents, elle émane des médias ($p=0,02$).

Figure 28: Origine de la pression médico-légale ressentie en fonction du genre, du type d'exercice et des antécédents

b) Souffrance induite par la pression médico-légale

Tableau 17: Stratification de la souffrance induite par la pression en fonction du genre, du type d'exercice et des antécédents

Genre ($p=0,76$)	Souffrance induite	
	Moyenne selon l'échelle de Likert	
Homme	2,31	
Femme	2,36	
<hr/>		
Type d'exercice ($p=0,88$)		
Installé	2,32	
Remplaçant	2,36	
<hr/>		
Antécédents de judiciarisation ($p=0,01$)		
Antécédents	2,51	
Pas d'antécédents	2,12	

Les médecins ayant un antécédent de judiciarisation souffrent plus de la pression médico-légale ressentie que leur confrères ($p=0,01$).

3. Stratification des menaces de poursuite et poursuites

a) En fonction du genre

Tableau 18: Menace et poursuite en fonction du genre

Genre	Menace de poursuite		Poursuite	
	Oui	Non	Oui	Non
Homme	58 (48,7%)	61 (51,3%)	31 (26,1%)	88 (73,9%)
Femme	25 (43,9%)	32 (56,1%)	11 (19,3%)	46 (80,7%)
Total	83	93	42	134
<i>p-value</i>	$p = 0,54$		$p = 0,32$	

Données manquantes : 0

↳ Répartition du nombre de poursuite et condamnation par genre :

Pour les 42 médecins poursuivis, 68 mises en cause ont eu lieu :

- ↳ 15 pour les femmes dont 3 condamnations
 - ↳ 53 pour les hommes dont 9 condamnations
- ($p=1$)

↳ Répartition des poursuites selon les différentes instances :

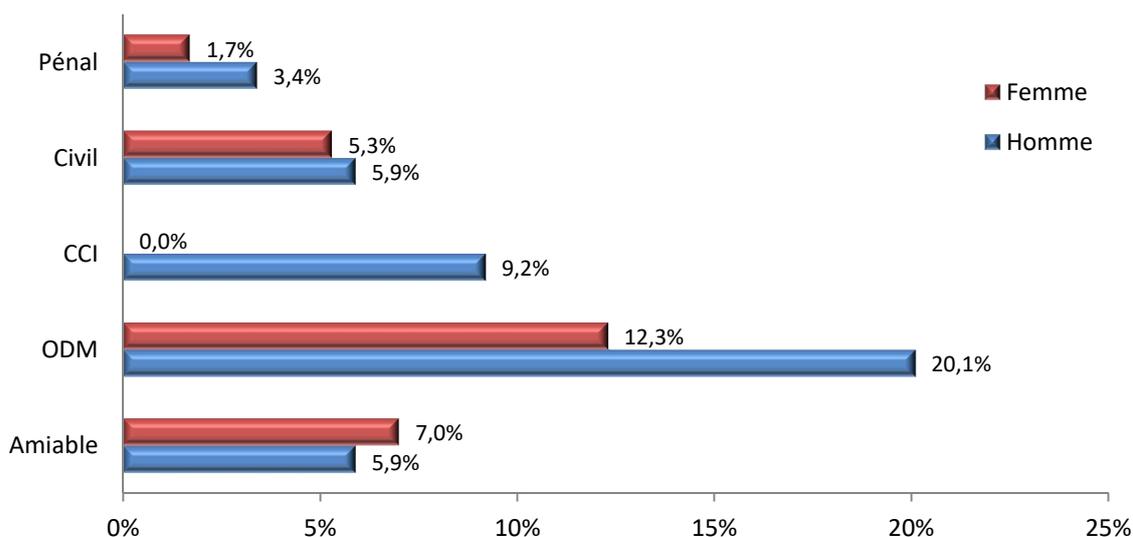


Figure 29: Répartition des 68 poursuites et 12 condamnations en fonction des instances

Dans cette étude, les hommes ont en priorité des mises en cause auprès de l'Ordre des médecins ($p= 0,29$) puis du CCI ($p<0,05$). Les femmes quant à elles, auprès de l'Ordre puis des réclamations aux assureurs ($p>0,05$).

↳ Sentiments face à une menace ou une poursuite

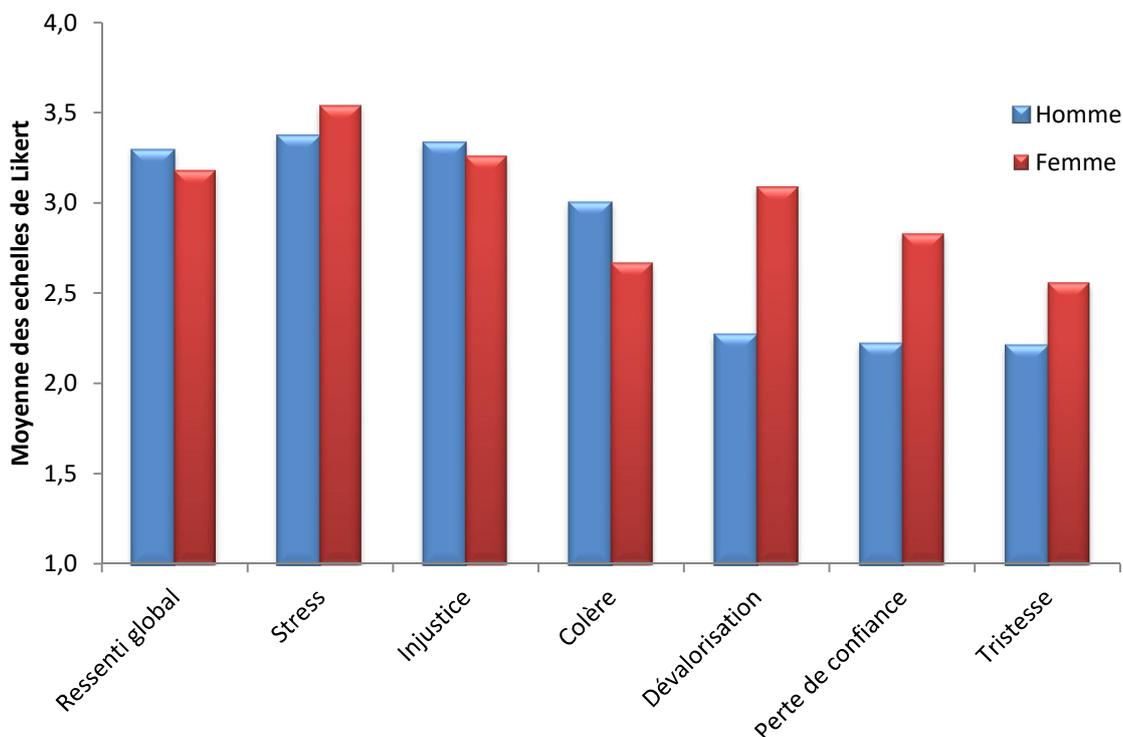


Figure 30: Comparaison du type de souffrance ressenti par les hommes et les femmes en cas de mise en cause

Le stress et le sentiment d'injustice prédominent quel que soit le genre. Les femmes ressentent plus de dévalorisation ($p=0,01$) et de perte de confiance ($p=0,03$) que les hommes. Ces derniers ressentent plus de colère que leurs consœurs ($p=ns$).

b) En fonction du type d'exercice

Tableau 19: Menace et poursuite en fonction du type d'exercice

Type d'exercice	Menace de poursuite		Poursuite	
	Oui	Non	Oui	Non
Installé	76 (49,3%)	78 (50,6%)	41 (26,6%)	113 (73,4%)
Remplaçant	7 (31,8%)	15 (68,2%)	1 (4,5%)	21 (95,5%)
<i>p-value</i>	$p = 0,17$		$p = 0,02$	

Sept médecins remplaçants sur les vingt-deux soit 32% ont déjà eu une menace ou une poursuite. Chez les installés, ce taux s'élève à 53%.

↳ Sentiments face à une menace ou une poursuite

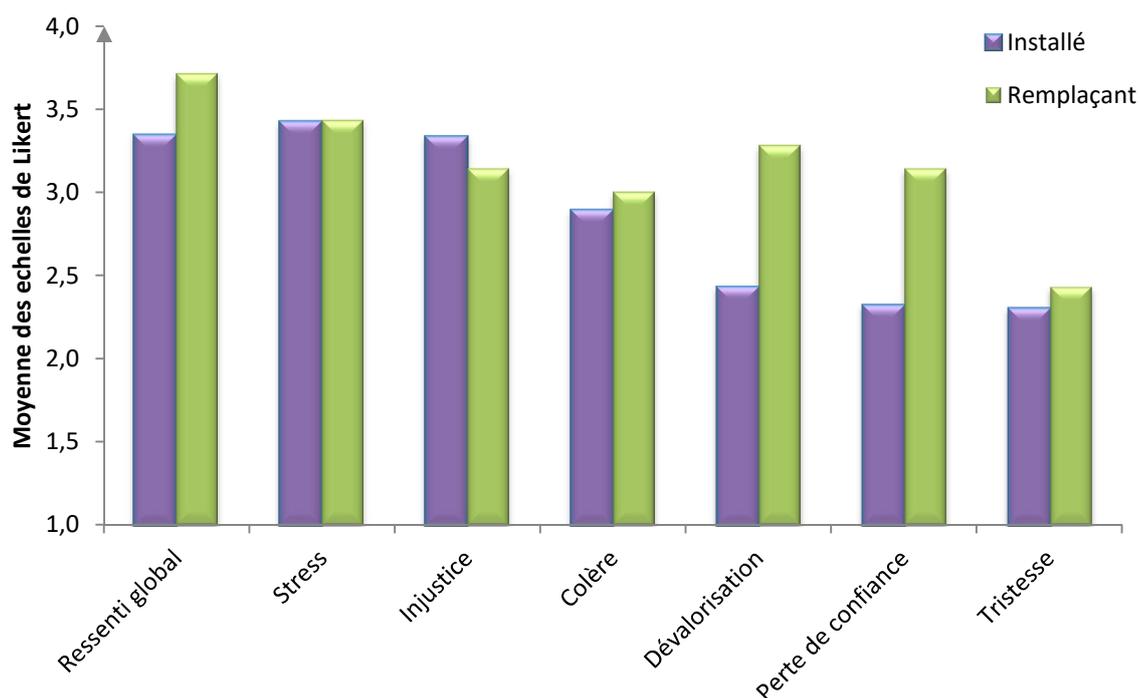


Figure 31: Comparaison du type de souffrance ressenti par les installés et les remplaçants en cas de mise en cause

Les menaces et poursuites sont moins nombreuses chez les remplaçants, mais ont un plus fort impact psychologique avec notamment un sentiment de dévalorisation et perte de confiance (*non significatif*).

C. Impact professionnel de la judiciarisation

1. Stratification de l'arrêt du libéral et de la médecine

Le détail des réponses à la question n°10 se trouve en annexe 3.

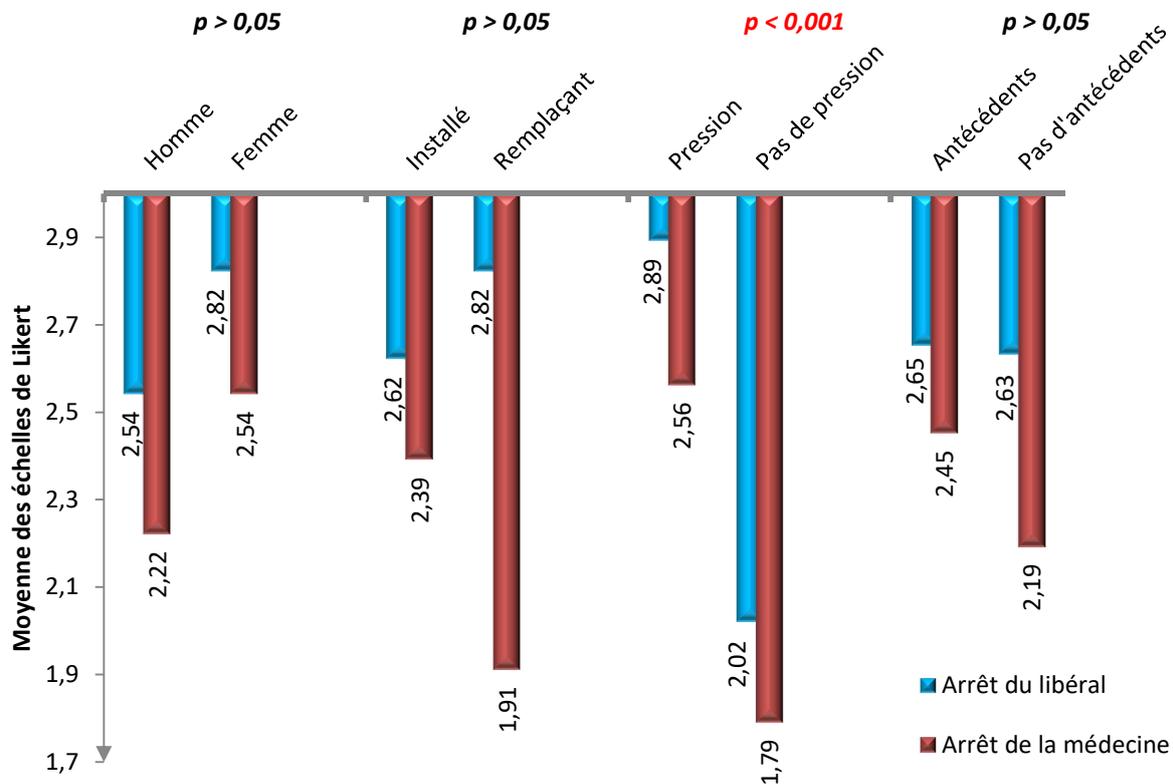


Figure 32: Moyenne des échelles de Likert concernant l'arrêt du libéral et de la médecine (L'axe des abscisses est fixé pour une ordonnée à 3, car une moyenne à 3 représente un avis neutre.)

↳ En fonction du genre :

Comparés aux femmes, les hommes sont plus nombreux à être opposés à l'idée d'arrêter le libéral ou de changer de profession, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

↳ En fonction du type d'exercice :

Les remplaçants sont partagés concernant l'idée de ne pas s'installer en libéral face à la judiciarisation (45,5% sont d'accord avec cette idée, 50% sont en désaccord). 77,3% sont opposés au fait d'arrêter la médecine. Aucune différence significative n'est mise en évidence.

↳ En fonction de la pression médico-légale :

Comparés à leurs confrères, les médecins qui ressentent une pression médico-légale ont 3,6 fois plus de risque d'arrêter le libéral et 3,4 fois plus de risque de cesser la médecine.

Il existe une corrélation positive entre l'intensité de la pression ressentie et le désir de cesser le libéral ($r=0,4$) ou la médecine ($r=0,35$) ($p < 0,001$).

Sous-stratification sur la souffrance induite par la pression médico-légale

Les différences observées entre les groupes « pas de souffrance »/ « souffrance modérée » et « souffrance modérée »/ « souffrance importante », sont statistiquement significatives.

L'intensité de la souffrance liée à la pression médico-légale est corrélée positivement avec l'arrêt du libéral ($r=0,44$; $p < 0,001$) et l'arrêt de la médecine ($r=0,34$; $p < 0,001$).

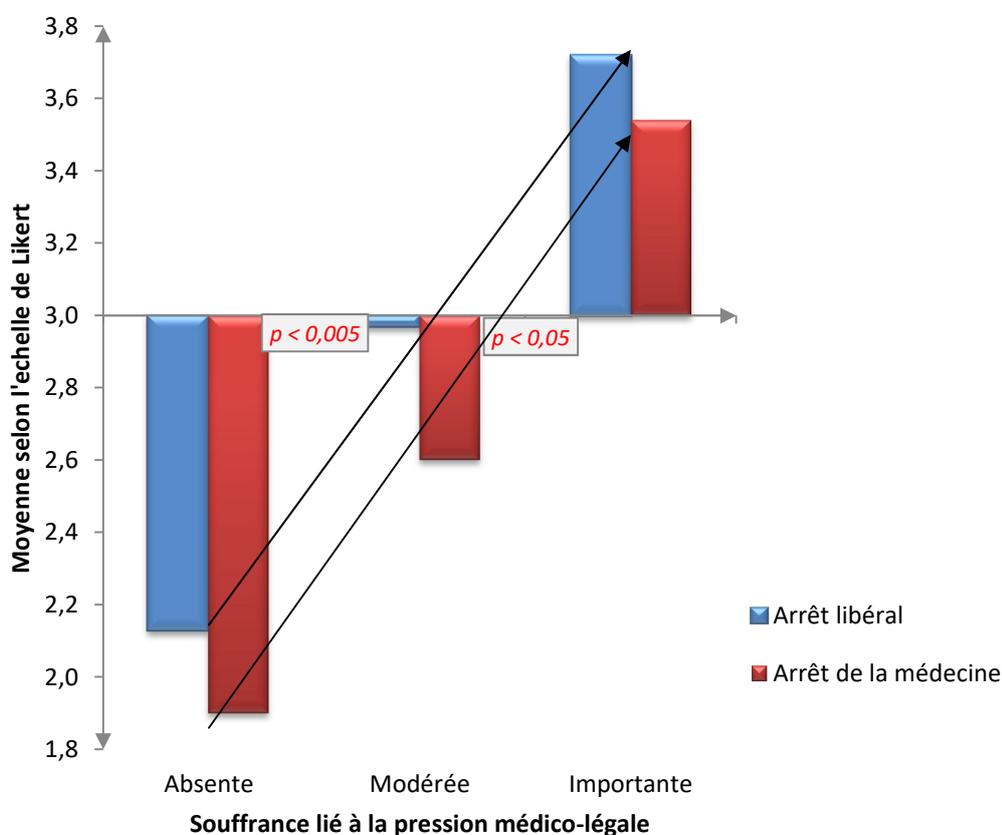


Figure 33: Arrêt du libéral ou de la médecine en fonction de l'intensité de la souffrance générée par la pression

↳ **En fonction des antécédents de menace ou de poursuite :**

Concernant l'arrêt du libéral et de la médecine, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les médecins ayant et ceux n'ayant pas d'antécédent de judiciarisation.

Sous-stratification sur la souffrance induite par un antécédent de menace ou de poursuite

Il existe une différence statistiquement significative entre les médecins souffrant peu et ceux souffrant beaucoup de cet antécédent.

L'intensité de la souffrance liée aux antécédents est faiblement corrélée à l'arrêt de la médecine ($r = 0,19$; $p < 0,05$) mais ne l'est pas pour l'arrêt du libéral ($r = 0,13$; $p > 0,05$).

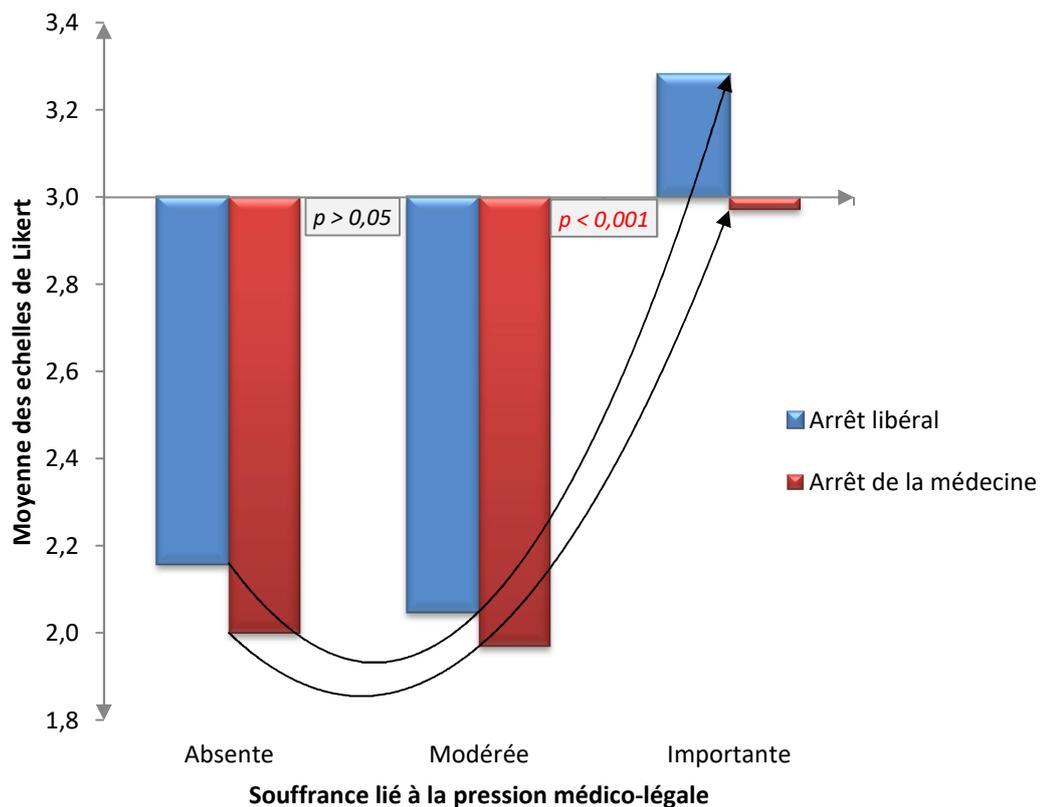


Figure 34: Arrêt du libéral ou de la médecine en fonction de l'intensité de la souffrance générée par les antécédents

2. Stratification de la médecine défensive

Tableau 20: Place du médico-légal dans la pratique clinique selon les quatre stratifications

Genre ($p = 0,78$)	Fréquence de médecine défensive					Moyenne de Likert
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	
Homme (n=119)	7 (5,9%)	22 (18,5%)	44 (37%)	33 (27,7%)	13 (10,9%)	3,19
Femme (n=57)	2 (3,5%)	8 (14%)	29 (50,9%)	15 (26,3%)	3 (5,3%)	3,15
Type d'exercice ($p = 0,90$)						
Installé (n=154)	9 (5,9%)	27 (17,5%)	61 (39,6%)	42 (27,3%)	15 (9,7%)	3,17
Remplaçant (n=22)	0	3 (13,6%)	12 (54,5%)	6 (27,3%)	1 (4,5%)	3,22
Pression médico-légale ($p < 0,001$)						
Pression (n=124)	3 (2,4%)	10 (8,1%)	55 (44,3%)	42 (33,9%)	14 (11,3%)	3,43
Pas de pression (n=49)	6 (12,2%)	19 (38,8%)	17 (34,7%)	5 (10,2%)	2 (4,1%)	2,55
Antécédents de judiciarisation ($p = 0,12$)						
Antécédents (n=88)	3 (3,4%)	17 (19,3%)	30 (34,1%)	26 (29,6%)	12 (13,6%)	3,31
Pas d'antécédents (n=88)	6 (6,8%)	13 (14,8%)	43 (48,9%)	22 (25%)	4 (4,5%)	3,06

Les médecins ressentant une pression déclarent avoir plus fréquemment une pratique défensive que leurs confrères ($p < 0,001$).

L'intensité de la pression ressentie est corrélée à la fréquence de pratique d'une médecine défensive ($r = 0,44$; $p < 0,001$).

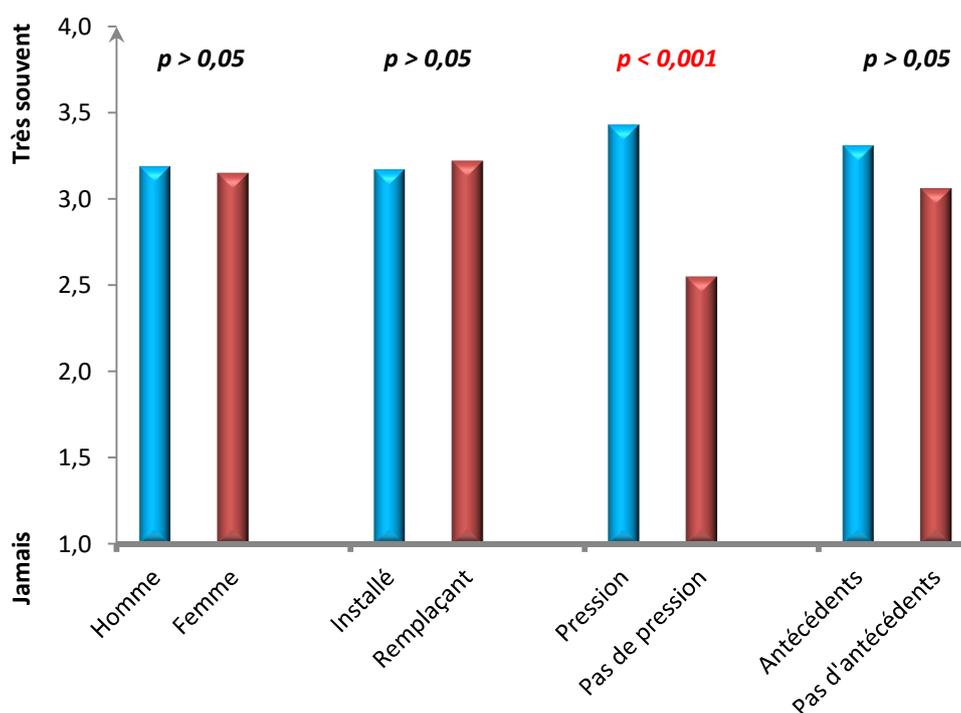


Figure 35: Médecine défensive selon les quatre stratifications

Sous-stratification de la souffrance induite par la pression

Il existe une différence significative entre les médecins ne souffrant pas et ceux souffrant peu de la pression. Il en est de même entre ceux souffrant peu et ceux souffrant beaucoup ($p < 0.01$).

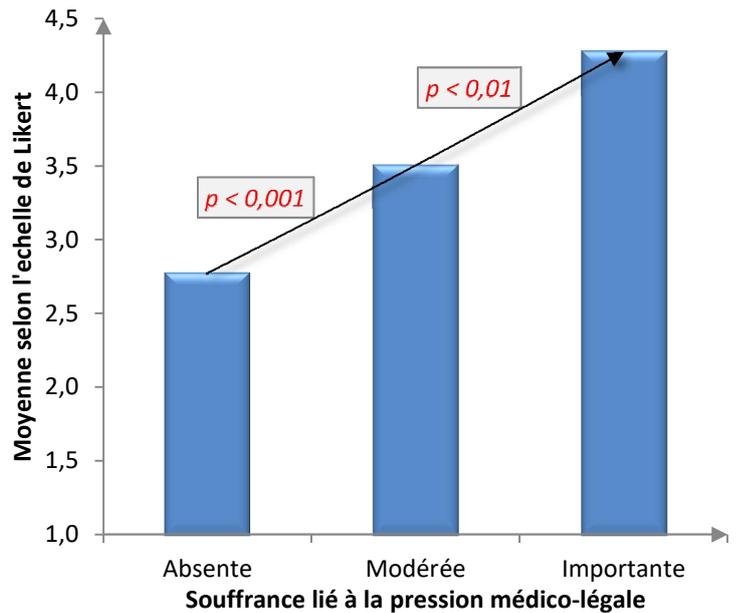


Figure 36: Fréquence de pratique d'une médecine défensive en fonction de la souffrance générée par la pression médico-légale



Figure 37: Corrélation entre souffrance liée à la pression et pratique d'une médecine défensive ($r = 0,36 ; p < 0,001$)

Sous-stratification de la souffrance induite par les antécédents de menace ou de poursuite

Il existe une différence significative entre les médecins souffrant modérément et ceux souffrant beaucoup de leur antécédent de menace ou de poursuite ($p < 0,001$).

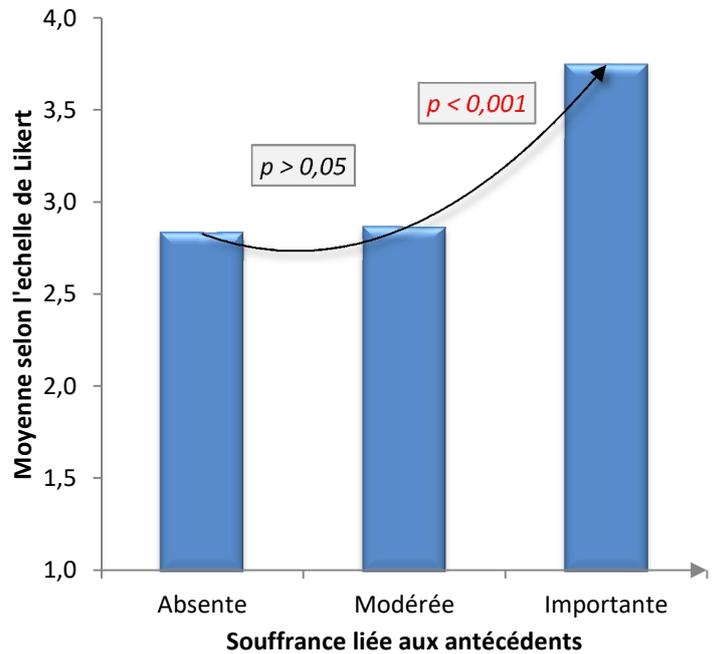


Figure 38: Lien entre souffrance générée par les antécédents et pratique d'une médecine défensive

Un faible lien de corrélation a été mis en évidence entre la souffrance liée aux antécédents et la pratique d'une médecine défensive ($r = 0,2$; $p < 0,01$).

a) Stratification de la médecine défensive par catégorie

Le détail des réponses à la question n°12 se trouve en annexe 4.

↳ *En fonction du genre*

Tableau 21: Catégories de médecine défensive stratifiées sur le genre

	Homme	Femme	
	Moyenne selon l'échelle de Likert		<i>p-value</i>
Interrogatoire	3	3,07	<i>p= 0,71</i>
Examen clinique	2,94	3,14	<i>p= 0,24</i>
Bilan biologique	3,17	3,23	<i>p= 0,82</i>
Bilan radiologique	3,31	3,36	<i>p= 0,89</i>
Information orale	3,50	3,77	<i>p= 0,09</i>
Dossier	3,91	4,29	<i>P= 0,07</i>
Avis spécialisé	3,41	3,48	<i>p= 0,77</i>
Urgences	3,13	3,14	<i>p= 0,90</i>
Evitement de geste	3,44	3,23	<i>p= 0,47</i>
Evitement de situation	3,26	2,79	<i>p= 0,009</i>

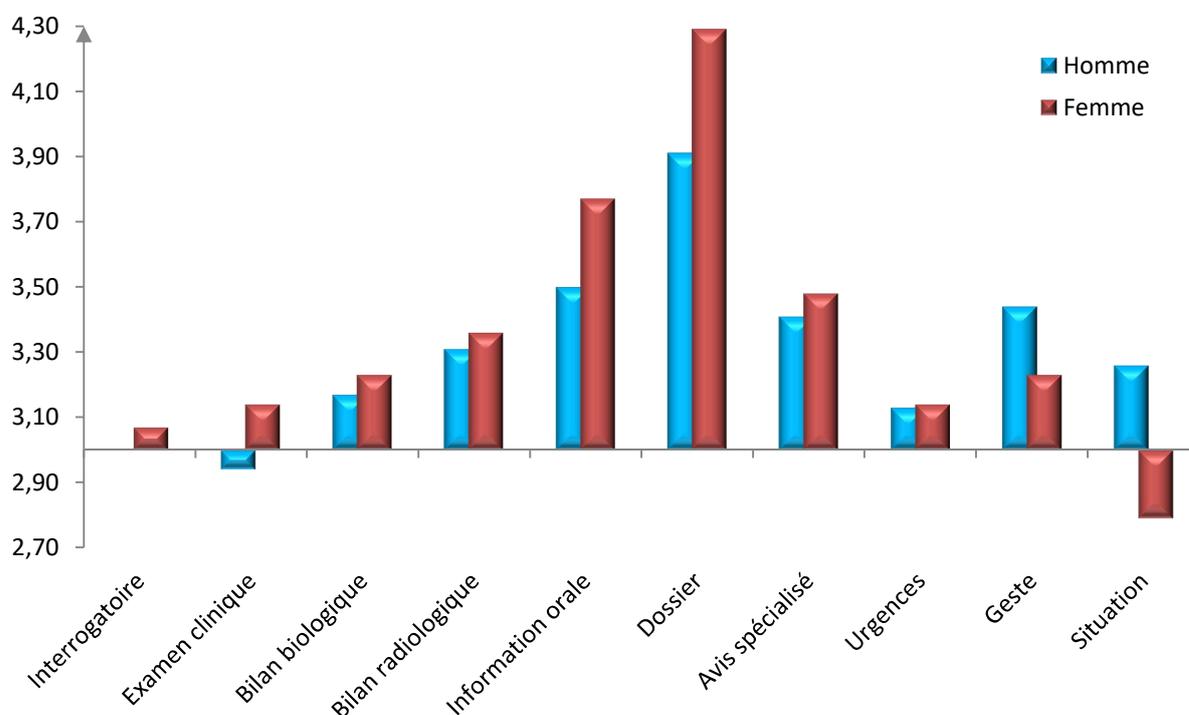


Figure 39 : Moyennes des catégories de médecine défensive en fonction du genre

Dans le but de se prémunir d'une potentielle poursuite :

- ↳ En moyenne les femmes sont plus nombreuses à adopter une médecine défensive positive, notamment concernant l'information, qu'elle soit orale ou écrite dans le dossier.
- ↳ Les hommes exercent plus une médecine défensive négative que leurs consœurs. Pour l'évitement de situation pourvoyeuse de mise en cause, la différence est significative.

↪ **En fonction du type d'exercice**

Tableau 22: Catégories de médecine défensive stratifiées sur le genre

	Installé	Remplaçant	
	Moyenne selon l'échelle de Likert		<i>p-value</i>
Interrogatoire	3,02	3,00	<i>p= 0,97</i>
Examen clinique	2,98	3,18	<i>p= 0,28</i>
Bilan biologique	3,20	3,14	<i>p= 0,79</i>
Bilan radiologique	3,33	3,27	<i>p= 0,91</i>
Information orale	3,55	3,86	<i>p= 0,12</i>
Dossier	4,01	4,18	<i>p= 0,32</i>
Avis spécialisé	3,45	3,27	<i>p= 0,27</i>
Urgences	3,13	3,14	<i>p= 0,74</i>
Evitement de geste	3,37	3,09	<i>p= 0,30</i>
Evitement de situation	3,13	2,95	<i>p= 0,59</i>

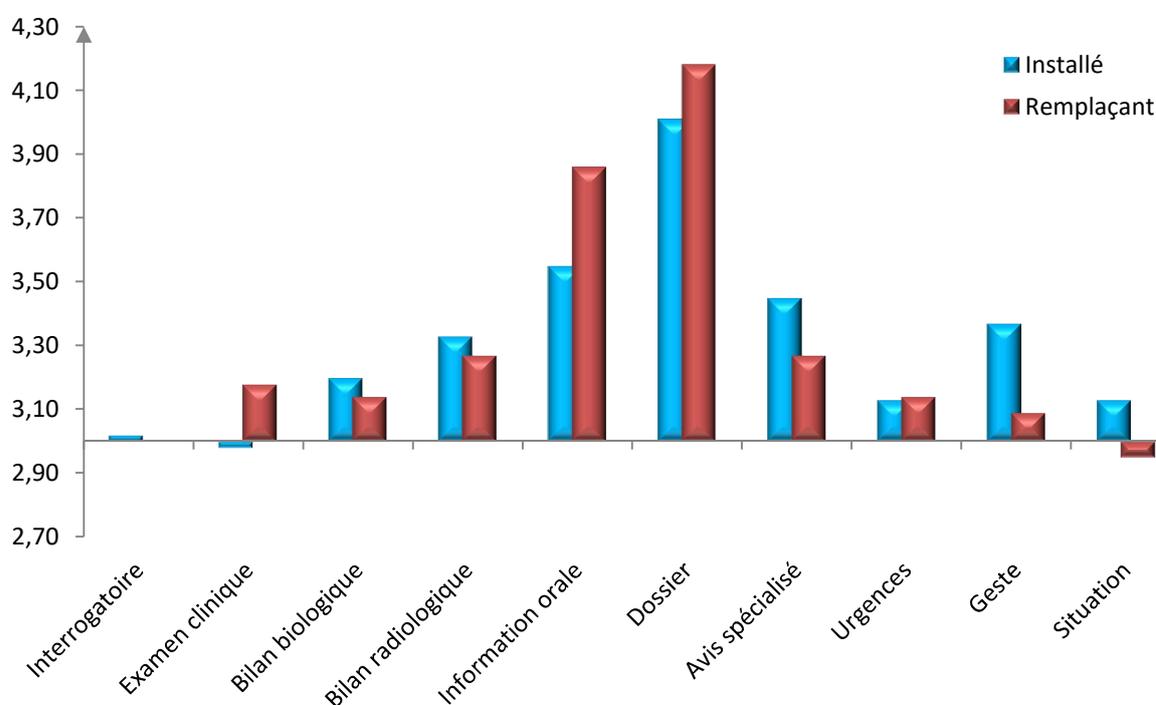


Figure 40: Moyennes des catégories de médecine défensive en fonction du genre

Dans l'objectif de se protéger de la judiciarisation, les remplaçants ont tendance à délivrer une information orale plus exhaustive, à noter plus d'éléments dans le dossier médical et à faire un examen clinique plus poussé. Les installés quant à eux sont plus nombreux à demander un avis aux confrères d'autres spécialités et à éviter la réalisation de gestes jugés à risque.

Pour faire face au médico-légal, 41% des installés et 59% des remplaçants sont d'accord pour dire qu'ils adressent plus facilement aux urgences.

↪ **En fonction de la pression ressentie**

Tableau 23: Catégories de médecine défensive stratifiées sur la pression

	Pression	Pas de pression	p-value
	Moyenne selon l'échelle de Likert		
Interrogatoire	3,15	2,65	<i>p <0,005</i>
Examen clinique	3,15	2,62	<i>p <0,005</i>
Bilan biologique	3,43	2,55	<i>p <0,001</i>
Bilan radiologique	3,55	2,70	<i>p <0,001</i>
Information orale	3,79	3,08	<i>p <0,001</i>
Dossier	4,28	3,35	<i>p <0,001</i>
Avis spécialisé	3,63	2,87	<i>p <0,001</i>
Urgences	3,36	2,55	<i>p <0,001</i>
Evitement de geste	3,60	2,66	<i>p <0,001</i>
Evitement de situation	3,30	2,62	<i>p =0,001</i>

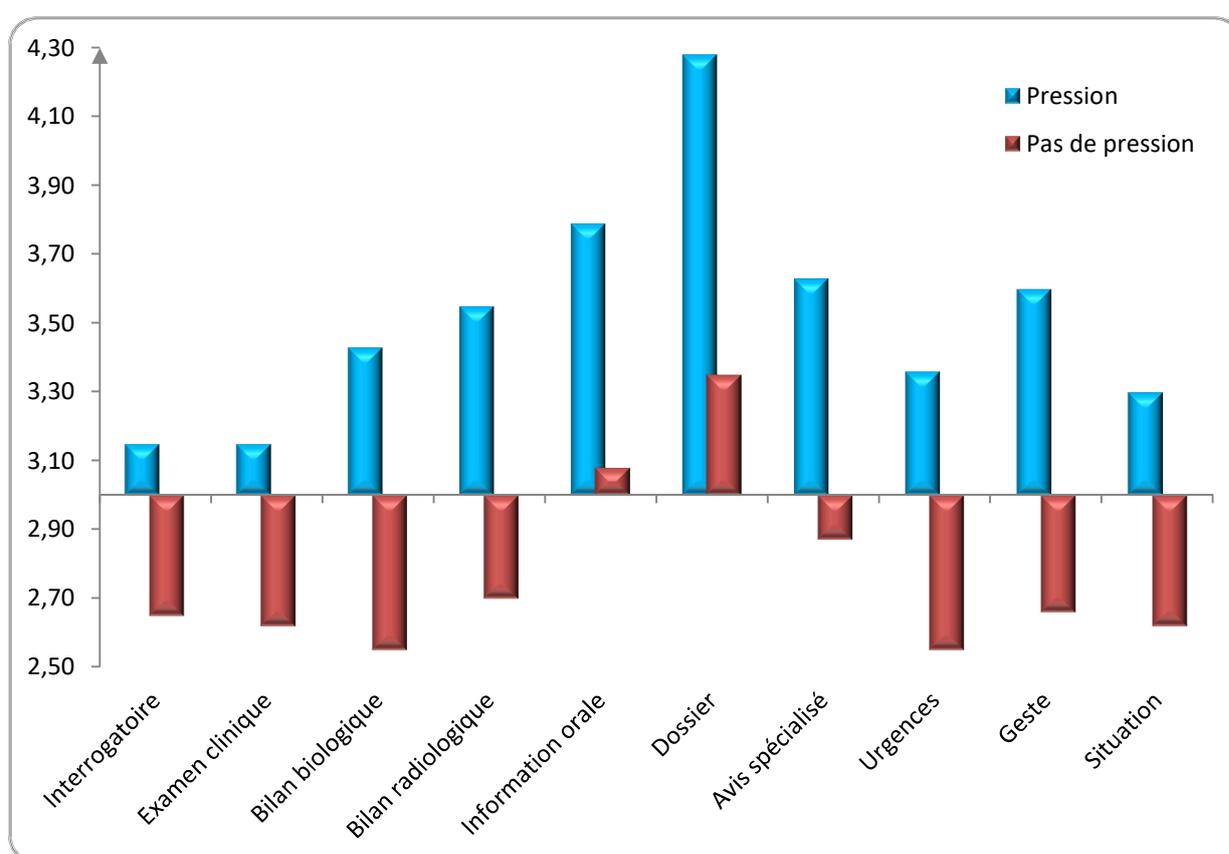


Figure 41: Moyennes des catégories de médecine défensive en fonction de la pression ressentie

Il existe une différence statistiquement significative entre les médecins ressentant une pression médico-légale et ceux n'en ressentant pas. Pour se prémunir d'une poursuite, les praticiens ressentant une pression mettent en place des pratiques défensives. Les médecins indemnes de pression sont majoritairement en désaccord avec la pratique d'une médecine défensive, sauf pour l'information orale et l'étayage du dossier médical. La stratification sur la souffrance induite par la pression n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative.

↪ **En fonction des antécédents**

Tableau 24: Catégories de médecine défensive stratifiées sur les antécédents de menace ou poursuite

	Antécédent	Pas d'antécédent	<i>p-value</i>
	Moyenne selon l'échelle de Likert		
Interrogatoire	3,02	3,02	<i>p = 0,93</i>
Examen clinique	2,98	3,04	<i>p = 0,61</i>
Bilan biologique	2,98	3,09	<i>p = 0,26</i>
Bilan radiologique	3,38	3,26	<i>p = 0,57</i>
Information orale	3,67	3,50	<i>p = 0,23</i>
Dossier	4,02	4,03	<i>p = 0,96</i>
Avis spécialisé	3,52	3,34	<i>p = 0,26</i>
Urgences	3,23	3,03	<i>p = 0,25</i>
Evitement de geste	3,36	3,31	<i>p = 0,79</i>
Evitement de situation	3,15	3,07	<i>p = 0,80</i>

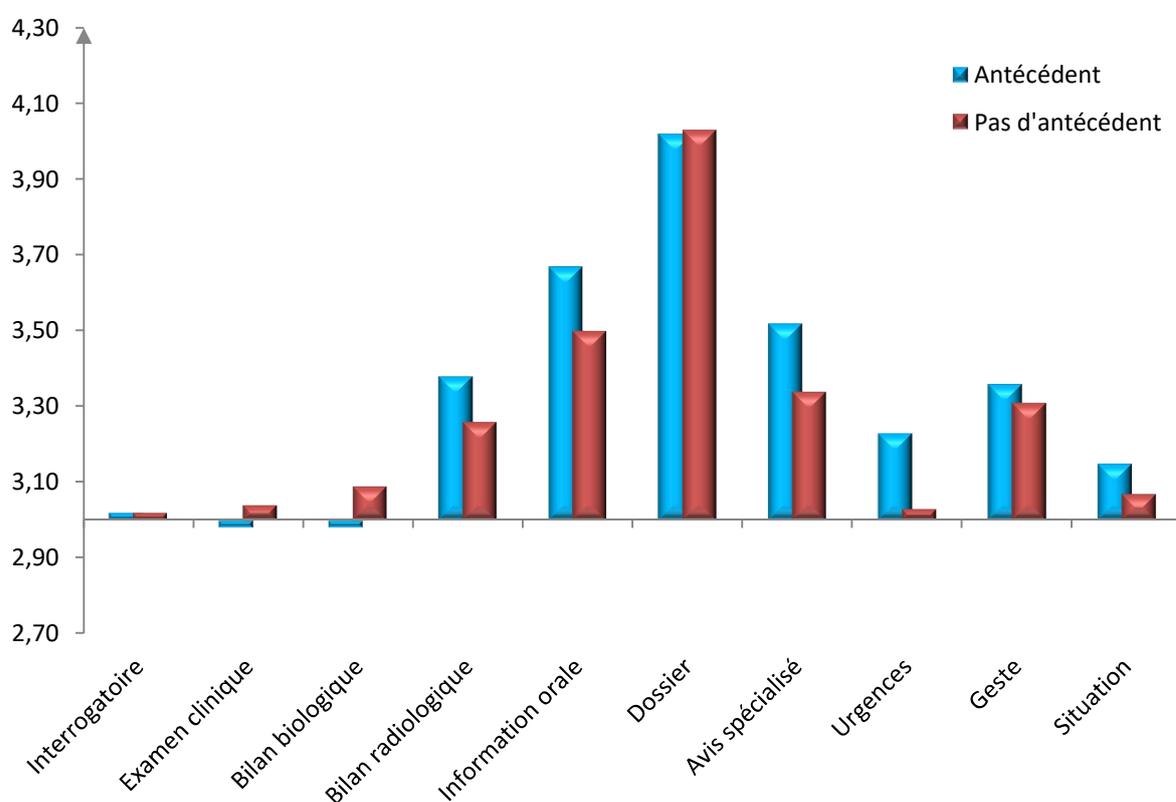


Figure 42: Moyennes des catégories de médecine défensive en fonction des antécédents de menace ou poursuite

Les praticiens ayant eu un antécédent de poursuite ou de menace n'exercent pas plus une médecine défensive que leurs confrères. Il en est de même lors de la stratification sur la souffrance.

Précision pour la médecine défensive négative

↳ Stratifié sur le genre

Les seules différences significatives concernent le toucher vaginal ($p < 0,001$) et l'examen d'un mineur non accompagné ($p < 0,001$), tous deux, plus souvent évités par les hommes que les femmes.

↳ Stratifié sur la pression

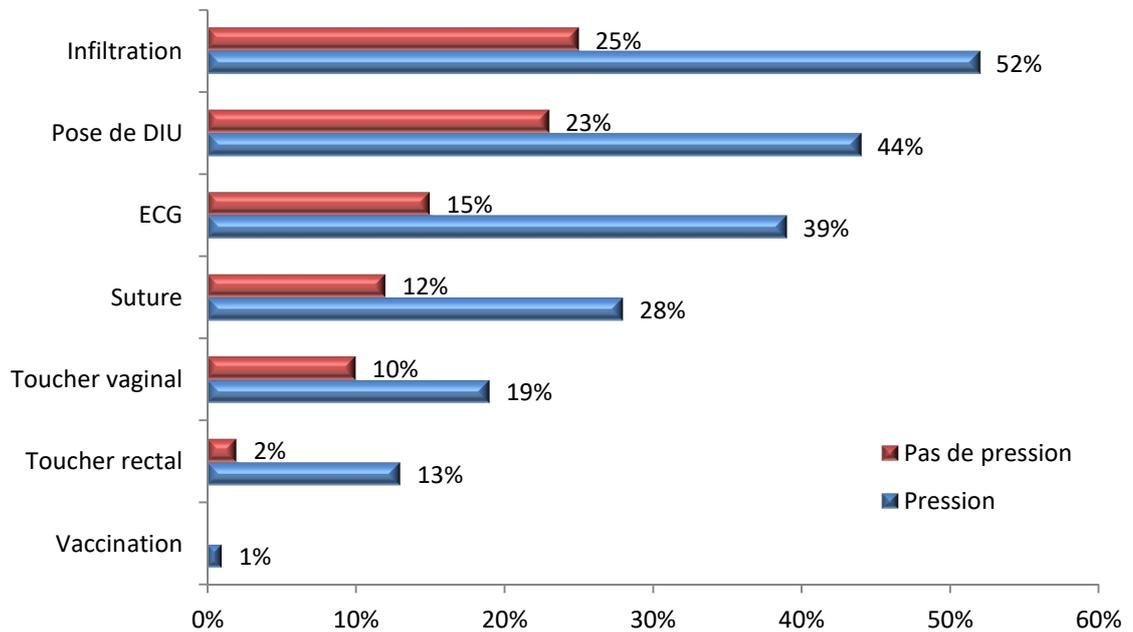


Figure 43: Gestes médicaux évités en fonction de la pression ressentie

A l'exception du toucher vaginal et de la vaccination, il existe une différence significative ($p < 0,05$) pour tous les gestes cités ci-dessus, entre les médecins ayant et ceux n'ayant pas de pression.

En revanche, il n'y a pas de différence concernant les situations évitées.

↳ Stratifié sur le type d'exercice et les antécédents de judiciarisation

Aucune différence significative n'a été mise en évidence sur les gestes et les situations potentiellement à risque.

b) Stratification de la médecine défensive globale

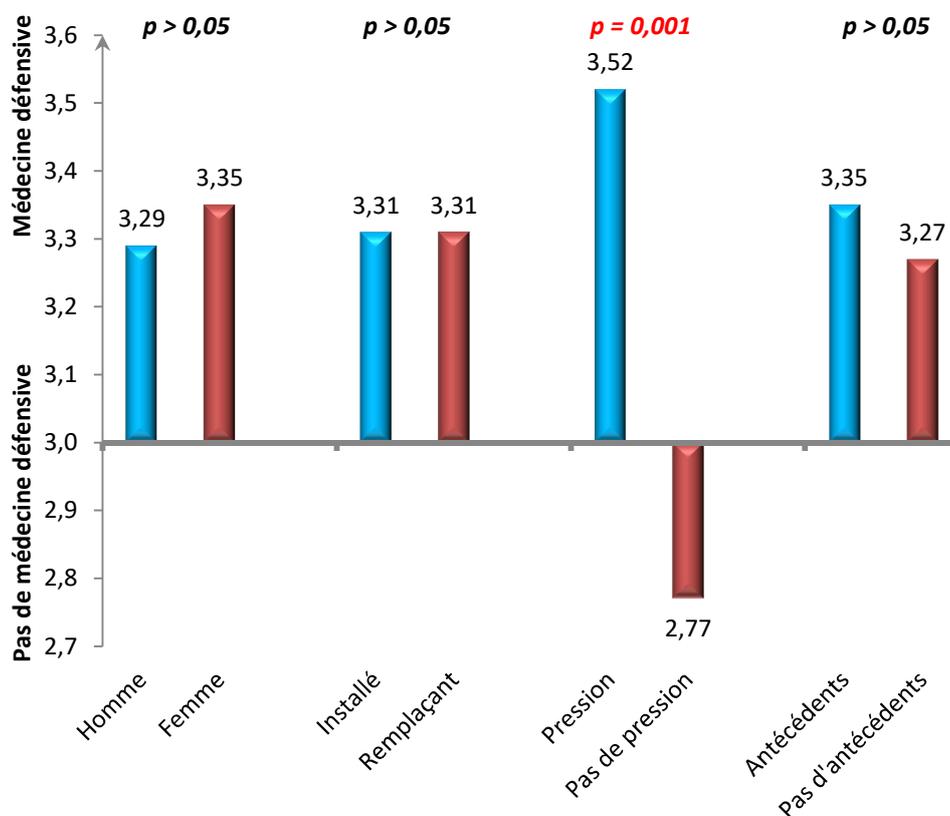


Figure 44: Moyennes des scores de médecine défensive (selon les dix items précédents) en fonction des quatre stratifications.

La comparaison des scores de médecine défensive globale met en évidence une différence significative entre les médecins ressentant une pression médico-légale et ceux n'en ressentant pas ($p = 0,001$).

Tableau 25 : Lien entre pression médico-légale et médecine défensive

Médecine défensive	Pression 126 (1NA)	Pas de pression 47 (2NA)	Total 173 (3NA)
Non (moyenne <3)	20 (15,9%)	26 (55,3%)	46
Oui (moyenne ≥3)	106 (84,1%)	21 (44,7%)	127

Le calcul des paramètres de dépendance retrouve un risque relatif à 1,88. Lorsqu'une pression médico-légale est ressentie, il y a quasiment deux fois plus de risques qu'une médecine défensive soit mise en place.

4. Stratification de l'altération de la relation médecin-malade

Le détail des réponses de la question n°14 se trouve en annexe 3.

Tableau 26: Médecine défensive et altération de la relation médecin-malade

Médecine défensive globale	Altération de la relation (moyenne)	p-value
Non (moyenne <3)	1,98	<i>p < 0,001</i>
Oui (moyenne ≥3)	2,98	

Les médecins qui pratiquent une médecine défensive ont une relation avec leurs patients significativement plus altérée, que leurs confrères. Il existe de plus une corrélation positive significative entre ces deux éléments ($r = 0,37$; $p < 0,001$).

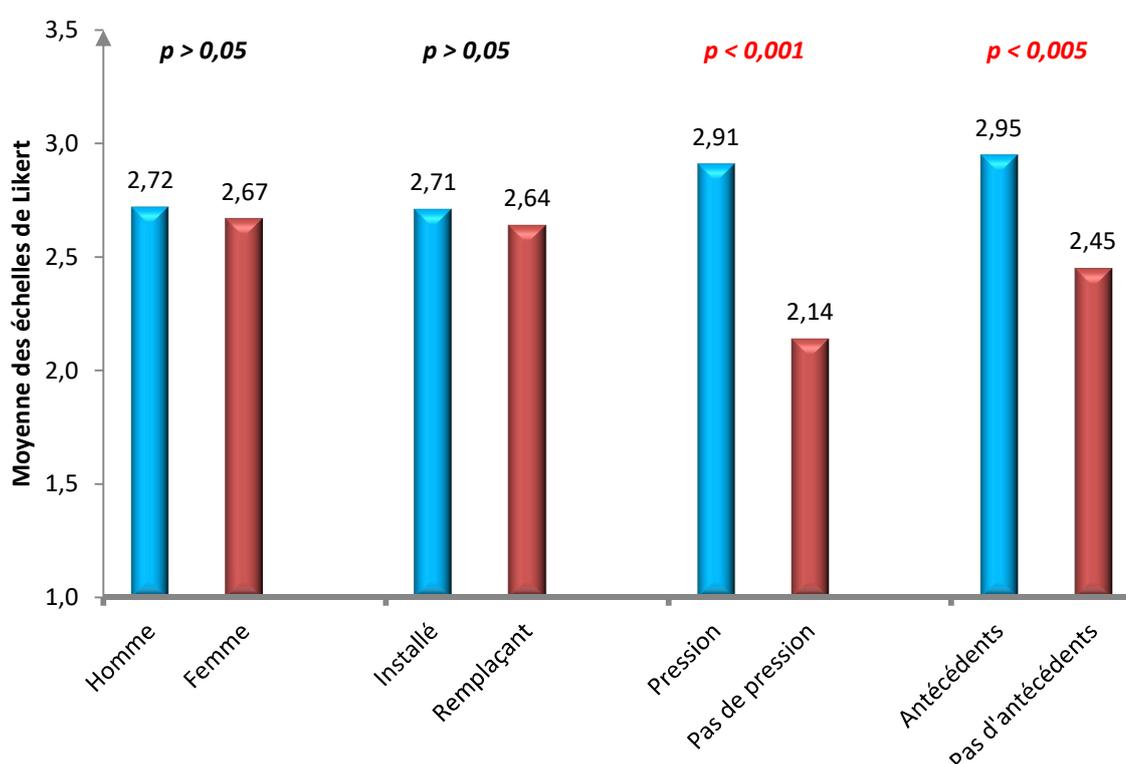


Figure 46: Altération de la relation médecin-malade en fonction des différentes stratifications

Trente pourcent des médecins ressentant une pression voient la relation avec leurs patients beaucoup ou extrêmement altérée. C'est 3 fois plus qu'en l'absence de pression ($RR = 2,9$). L'altération du lien soignant-soigné est corrélée à l'intensité de la pression ressentie ($r = 0,42$; $p < 0,001$).

Sous-stratification de la souffrance induite par la pression

Lorsque la souffrance liée à la pression médico-légale est importante, les médecins déclarent avoir une relation médecin-malade significativement plus altérée que lorsque la souffrance est modérée. Il en est de même entre les médecins souffrant modérément et ceux ne souffrant pas.

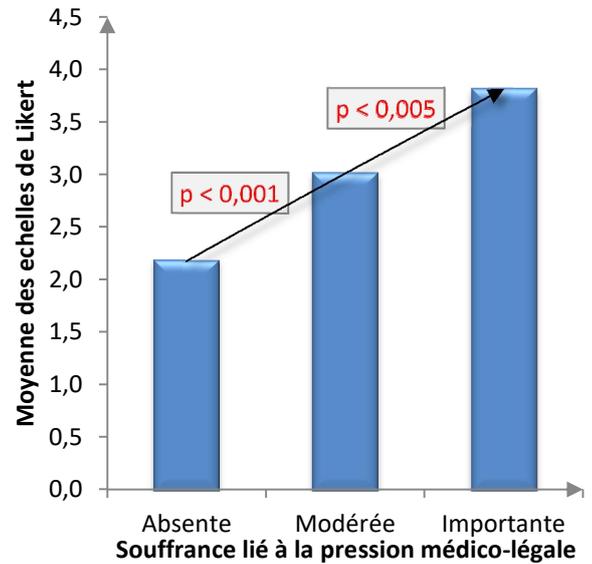


Figure 47: Altération de la relation médecin-malade en fonction de la souffrance liée à la pression

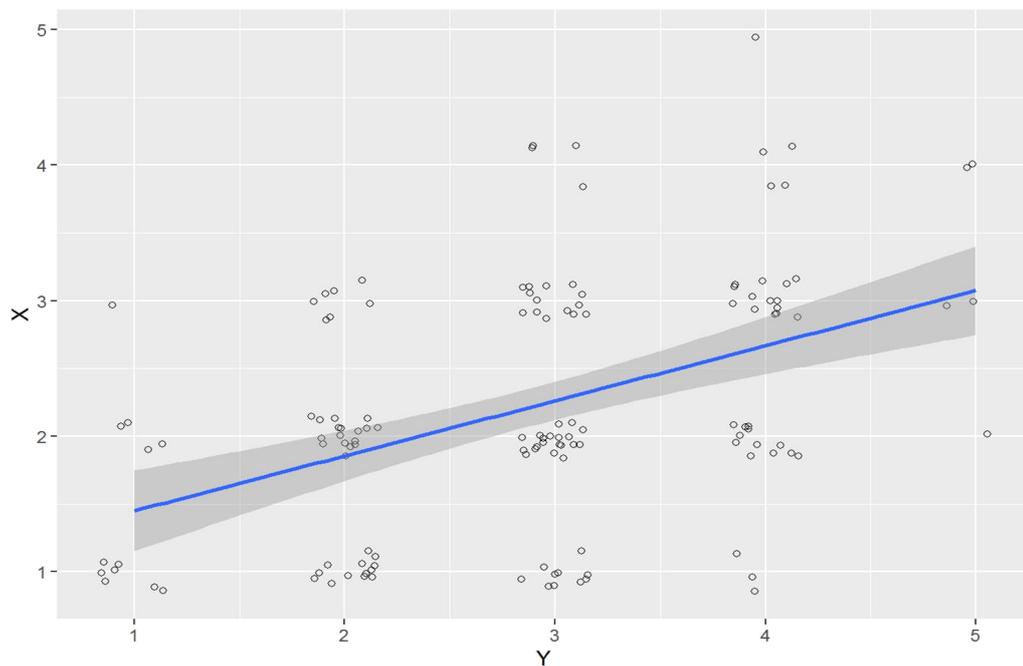


Figure 48: Corrélation entre souffrance liée à la pression et altération de la relation médecin-malade ($r = 0,43$; $p < 0,001$).

Sous-stratification de la souffrance induite par les antécédents

Absence de différence significative mis en évidence lors de la sous-stratification.

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

A. Choix de la méthode

1. Étude quantitative

Un médecin de l'étude avait suggéré qu'«une thèse qualitative aurait été plus informative, plus intéressante» pour traiter de l'impact de la judiciarisation. Un tel travail a déjà été réalisé en 2012 (32). Il s'agit en effet d'une méthode de choix pour évaluer les différentes expériences et représentations des médecins sur un phénomène émergent. Mais elle ne permet pas d'évaluer l'ampleur de ces phénomènes ni de conclure à un lien entre eux.

Mon choix s'était donc porté sur une analyse quantitative. Le sujet étant sensible, j'avais volontairement inclus au questionnaire un champ libre et facultatif pour les remarques. De nombreux médecins ont saisi cette occasion pour faire part de leur expérience, leur ressenti, leurs conseils....

2. Transversale étiologique

J'avais opté pour une étude transversale dite étiologique. Cela correspond à la volonté de mettre en évidence un lien entre un « facteur de risque » (la pression médico-légale) et « une maladie » (la médecine défensive). L'inconvénient de la transversalité est qu'elle permet d'établir une corrélation mais pas une causalité.

3. Calcul du nombre de sujet nécessaire

Le nombre de sujet nécessaire (NSN) à l'étude a été calculé à l'aide du site « BiostaTGV » dans la rubrique « Comparer deux proportions binomiales » avec une situation de test dite « bilatérale ». Cela signifie que le facteur étudié (l'impact de la judiciarisation) pouvait être soit un facteur de risque soit un facteur protecteur.

Le calcul a nécessité l'estimation a priori de la proportion de « malade » (pratique d'une médecine défensive) chez les sujets exposés (π_1) et non exposés à la pression médico-légale (π_2). Ces données ne sont pas scientifiquement déterminées. En me basant sur les études de Lorphelin H.(33), Fasquelle N.(34) et Begue A.(9) qui retrouvaient respectivement un taux de médecine défensive à 48,2%, 54,3% et 65%, j'ai fixé arbitrairement π_1 à 55% et π_2 à 25%. Or dans cette étude, on constate a posteriori que π_1 est à 84% et π_2 à 45%. J'avais donc sous-estimé l'ampleur du phénomène. Si la prévalence de la pression médico-légale ressentie dans la population générale était semblable à celle de mon étude, l'inclusion de 40 médecins aurait été suffisante au lieu de 80.

La puissance de cette étude semble donc suffisante pour établir un lien.

B. Validité externe

1. Représentativité de l'échantillon

L'échantillon a été comparé à la population étudiée grâce à l'Atlas de la démographie médicale du Nord-Pas-de-Calais 2015 de l'Ordre des Médecins (35). Pour les remplaçants, en l'absence de données régionales, les caractéristiques «moyenne d'âge » et répartition « homme/ femme », ont été comparées à l'Atlas national de l'ODM (36).

Tableau 27: Comparaison des caractéristiques de l'échantillon et de la population d'étude

	Etude	ODM	p-value
Répartition installé/ remplaçant			
Installé	154 (87,5%)	3739 (89,9%)	<i>p</i> = 0,30*
Remplaçant	22 (12,5%)	420 (10,1%)	
Médecins installés			
Homme	108 (70,1%)	2692 (72%)	<i>p</i> = 0,61*
Femme	46 (29,9%)	1047 (28%)	
Moyenne d'âge	53,5 ans [51,8-55,3]	53 ans	
↔ Age des hommes	55,8 ans	54 ans	
↔ Age des femmes	48,3 ans	49 ans	
Médecins remplaçants			
Homme	11 (50%)	164 (39%)	<i>p</i> = 0,30*
Femme	11 (50%)	256 (61%)	
Moyenne d'âge	29,4 ans [28,3-30,5]	41 ans	<i>p</i> < 0,05
↔ Age des hommes	29,7 ans	45 ans	
↔ Age des femmes	29,1 ans	38 ans	

**p* > 0,05 correspond à une absence de différence significative entre l'échantillon et la population de référence.

L'échantillon est représentatif concernant la répartition « Installé/ Remplaçant », « Homme / femme » et l'âge des médecins installés. En revanche, les médecins remplaçants de cette étude ont en moyenne 11 ans de moins que les médecins remplaçants en France. Cette différence est probablement liée à un biais lors du recrutement.

2. Recrutement

La majorité des médecins généralistes installés sont répertoriés dans l'annuaire des pages jaunes. Bien que non exhaustif, le tirage au sort par randomisation dans cette base de données a permis d'obtenir un échantillon représentatif.

Pour les médecins remplaçants, aucune liste exhaustive n'est disponible. L'Ordre des Médecins avait été sollicité afin d'obtenir un échantillon aléatoire de 30 remplaçants. Cette requête s'est soldée par un refus. J'ai donc généré via les annonces de remplacement de l'Ordre des médecins (30) et Remplanor (31), une liste de 160 médecins remplaçants, soit 38% des remplaçants du Nord-Pas-de-Calais.

L'échantillon, tiré aléatoirement dans cette liste, était représentatif pour la répartition des genres mais pas pour l'âge. Cela est dû à un biais de sélection. On peut en effet suspecter que les médecins remplaçant depuis longtemps ont un réseau de confrères à remplacer et ne passent plus ou peu par les annonces de remplacement.

Le taux de participation des remplaçants de 73% et les remarques de trois d'entre eux (« *Très bon sujet de thèse* » ; « *Très bonne initiative, sujet très intéressant [...]* » ; « *Sujet original* ») ont montré leur intérêt pour ce sujet. Représentant 10% des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, il me semblerait important que les médecins remplaçants soient inclus plus fréquemment dans les études. Il faudrait pour cela qu'une liste exhaustive des médecins généralistes remplaçants soit accessible.

3. Le taux de réponse

Ce travail a manifestement suscité un vif intérêt chez les médecins. 60,7% d'entre eux ont répondu à ce questionnaire, sans relance. C'était deux fois plus que le taux escompté. Les précédentes thèses sur le sujet avaient de bons taux de participation, mais aucune n'avait dépassé les 50% (N. Fasquelle : 22.55%, A. Begue : 24%, J-E Boursier : 45%). Cet engouement peut s'expliquer par :

- ↳ **l'attrait du sujet** : les médecins se sentent interpellés et concernés par ce phénomène,
- ↳ **la concision du questionnaire** : une feuille recto verso avec un temps moyen de réponse de 3 minutes,
- ↳ **la méthode de diffusion** : voie postale, lettre explicative et enveloppe retour préaffranchie,
- ↳ **le type de questionnaire** : anonyme et auto-administré. Cela diminue la peur du jugement et les réponses de façade.

II. Discussion des résultats

A. Impact psychologique de la judiciarisation

Deux médecins sur trois (66,9%) pensaient que le nombre de contentieux en médecine générale augmentait. Cette proportion est inférieure aux études précédentes : 80% pour les médecins en 2013 (9) et 94,6% pour les internes de médecine générale en 2014 (33). Se pourrait-il que les médecins généralistes aient pris conscience que « la flambée du contentieux » n'était pas prouvée ? Il serait nécessaire de renouveler cette étude dans le temps pour confirmer ou non cette hypothèse. Que l'augmentation de la judiciarisation soit avérée ou non, une grande partie de la population étudiée y a été confrontée que cela soit par une pression ressentie ou un antécédent de mise en cause.

1. Ressenti d'une pression médico-légale

En 2015, dans un rapport de l'Ordre des Médecins, 88% des médecins et 79% des patients interrogés estimaient que le risque médico-légal pesait sur les soignants (37). Dans mon étude, la pression médico-légale faisait partie du quotidien de 72% des médecins. Les trois principales sources de pression sont les familles de patient, la CPAM, et les médias :

- ↳ **Les familles**, anxieuses face à la maladie de leur proche peuvent se montrer exigeantes et revendicatrices envers le médecin.
- ↳ **La CPAM** : Prescription de génériques, d'antibiotiques, d'arrêts de travail, d'hémoglobine glyquée, de mammographie...etc., la pratique des médecins généralistes est décortiquée, analysée. S'ils s'éloignent des « règles de bonne pratique », cela peut leur être reproché. Ces règles normatives toujours plus abondantes tendent à nier la singularité de la relation médecin-malade. Cette inadéquation entre exigences de la CPAM et demandes des patients est source de pression pour le soignant.
- ↳ **Les médias** étaient la première source de pression pour les remplaçants et les médecins n'ayant jamais eu de contentieux. Dans l'étude de Lorphelin H. ils étaient responsables de la pression ressentie par 71,7% des internes. Scandales sanitaires et erreurs médicales graves sont largement relayés par

les médias. Cela fausse les perceptions des soignés comme des soignants en donnant l'impression que ces faits sont fréquents.

Souffrance liée à la pression médico-légale

82% des médecins qui ressentait une pression médico-légale en souffraient. Pour 9% d'entre eux, cette souffrance était importante. Rapporté à l'ensemble de la population, cela faisait 59% (104/176) de médecins en souffrance.

En cas de mise en cause (poursuite ou menace), les médecins n'étaient pas plus nombreux à ressentir une pression, mais ils en souffraient significativement plus.

2. Antécédents de mise en cause de la responsabilité médicale

a) Menace de poursuite

Quasiment un médecin installé sur deux (49,3%) avait, au cours de sa carrière, reçu au moins une menace de poursuite. Les remplaçants sont 32% à être dans ce cas, alors qu'ils exerçaient la médecine que depuis 2 ans en moyenne. Deux hypothèses peuvent expliquer ce phénomène :

- ↳ Première hypothèse : Il peut s'agir d'un biais d'interprétation. « Une Menace de poursuite » peut être comprise différemment d'une personne à l'autre. Il peut s'agir d'une menace clairement énoncée, d'une allusion (« Il y a intérêt à ce que... » ; « J'espère pour vous que... ») ou simplement une situation vécue comme menaçante. Cette ambiguïté a été volontairement préservée, car l'important n'est pas qu'il y ait eu une menace avérée mais que la situation ait été vécue comme telle. Il se pourrait que les remplaçants, du fait de leur jeune âge, aient été plus sensibles aux réflexions de patients et qu'ils se soient sentis plus menacés.
- ↳ Deuxième hypothèse : Les patients ont été plus exigeants, voir menaçants envers les remplaçants. Contrairement au médecin traitant, le remplaçant bénéficie moins de la confiance des patients, acquise avec le temps.

b) Poursuite

23,9% de la population étudiée ont eu au moins une poursuite au cours de leur carrière. Si on exclut les remplaçants, ce taux est de 26,6%, ce qui est sensiblement supérieur aux études précédentes (13,24% pour Bourcier J-E. et 24,5% pour Fasquelle N).

Il est probable que cette étude ait souffert d'un biais d'intérêt. En effet les médecins, sensibilisés à la judiciarisation par un antécédent de poursuite ont probablement plus participé que leurs confrères.

Au total, 68 mises en cause ont été déclarées, soit un taux de 38,6 poursuites pour 100 médecins pour une période allant de leur début d'activité professionnelle jusqu'à ce jour. N'ayant pas connaissance de la répartition annuelle de ces poursuites, je n'ai pas pu déterminer de taux de sinistralité. Pour y remédier, il aurait fallu demander aux médecins d'indiquer l'année de leur poursuite, au risque d'alourdir le questionnaire et de décourager certains médecins.

La tendance générale, liée à la Loi du 4 mars 2002, qui privilégie le recours par voie amiable plutôt que judiciaire s'est confirmée dans mon étude. Si on exclut les voies ordinaires, on obtient 59% de voie amiable pour 41% de voies judiciaires.

Souffrance liée à la mise en cause

Les mises en causes sont responsables d'une souffrance pour 93,1% des médecins. Pour 49% la souffrance était importante voir extrême : « [...] Pour moi, il reste une cicatrice (presque une chéloïde !!) de cette période, très douloureuse et qui ne s'effacera pas. », « Déception : beaucoup », « Pas compris / incompréhension », « Culpabilité », « SUICIDE ».

Le stress et le sentiment d'injustice prédominaient quels qu'aient été le type d'exercice et le genre. Les femmes ressentaient significativement plus de dévalorisation et de perte de confiance que les hommes.

c) Impact de la voie de recours sur la souffrance :

Etre poursuivi par voie judiciaire semblait plus douloureux que par voie amiable (moyenne respective à 4,42 et 3,78). Toutefois, la différence observée n'a pas été statistiquement significative ($p = 0,10$). Dans l'étude « Le médecin et la peur du procès », cette même tendance avait été mise en évidence (38). Cela peut s'expliquer par le fait que le passage devant les juges soit stigmatisant, anxiogène et se solde plus fréquemment par une condamnation. En effet dans le rapport de la MACSF- Le Sou médical 2015, toutes spécialités médicales confondues, le taux de condamnations judiciaires (civile et pénale) était de 59% contre 35% pour le CCI (39).

Concernant la voie pénale, il est surprenant de constater qu'aucun médecin de ma population n'a été condamné car de 2009 à 2015 le taux de condamnation au pénal oscillait entre 39 et 59% (la MACSF- Le Sou Médical (40)).

L'incidence des mises en cause au pénal est faible (cela représente moins de 2% des mises en cause, toute spécialité confondue). Il se peut donc qu'aucun des médecins interrogés n'ait été condamné au pénal. On peut aussi suspecter, qu'une condamnation au pénal soit si douloureuse à évoquer, que si des médecins étaient concernés, ils n'aient pas souhaité participer à l'étude.

B. Impact professionnel de la judiciarisation

1. Modification ou cessation de l'exercice médical

La démographie des médecins généralistes, libéraux et mixte en France, ne cesse de décroître (-12,3% dans le Nord-Pas-de-Calais entre 2007 et 2015). En effet, le nombre de départs en retraite n'est pas comblé par le nombre d'installations. A cela s'ajoute la judiciarisation qui tend à aggraver ce phénomène. D'une part, elle peut être responsable de syndromes d'épuisement professionnel, de suicides, d'arrêts du libéral ou de cessations d'activité. D'autre part, elle dissuade les jeunes médecins de s'installer en libéral. 12,7% des internes de médecine générale interrogés par Lorphelin H. (33) envisageaient d'effectuer des remplacements au lieu de s'installer en libéral par crainte d'une plainte. Dans un rapport en 2010, Docteur Legmann disait du salariat qu' « Il garantit un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle conforme aux vœux des jeunes générations [...]. La «judiciarisation» de la pratique médicale depuis deux décennies incite les professionnels de santé à rechercher le statut le plus protecteur en la matière et il ne fait aucun doute que le statut de salarié [...] évite aux praticiens les mises en cause personnelles» (41).

Dans cette étude, plus d'un médecin installé sur quatre (27%) se disait prêt à cesser d'exercer en libéral. Cette tendance était beaucoup marquée chez les remplaçants : 45,5% d'entre eux pouvaient être dissuadés de « poser leur plaque ».

Lorsque, face à la judiciarisation, le malaise, le mal-être est trop grand, certains médecins décident de quitter la profession : « *Bientôt il faudra être fou pour s'installer en médecine générale ou inconscient. [...]* » ; « *J'évite de trop y penser !! Si cela arrive, je change de métier* » ; « *[...] La BELLE médecine libérale (suis désolé pour vous...) est morte!....Je n'aurai aucun état d'âme à la quitter !!* ». Plus d'un médecin sur cinq (22%) s'était dit prêt à arrêter la médecine. Dans une étude précédente, en cas de mise en cause, un médecin sur deux déclarait envisager un changement de mode d'exercice et un sur trois un changement d'orientation professionnelle (34).

Dans mon enquête, la pression médico-légale rentrait significativement en compte dans ces modifications professionnelles. D'autant que la souffrance liée à cette pression était corrélée positivement au risque de cesser le libéral et la médecine. Il en était de même, mais de manière moins marquée, pour la souffrance liée à une mise en cause.

2. Médecine défensive

Le questionnaire avait été créé de manière à avoir une vue d'ensemble sur la médecine défensive. Il explorait à la fois :

- ↳ la fréquence de pratique d'une médecine défensive via la question n°11
- ↳ l'adhésion à la pratique défensive : grâce au score global de médecine défensive basé sur la moyenne des 10 items abordé dans la question n°12

Ces deux caractéristiques se sont révélées être corrélées.

Lorsque l'on compare les résultats des différentes études menées sur ce sujet, on constate que le phénomène défensif tend à prendre de l'ampleur.

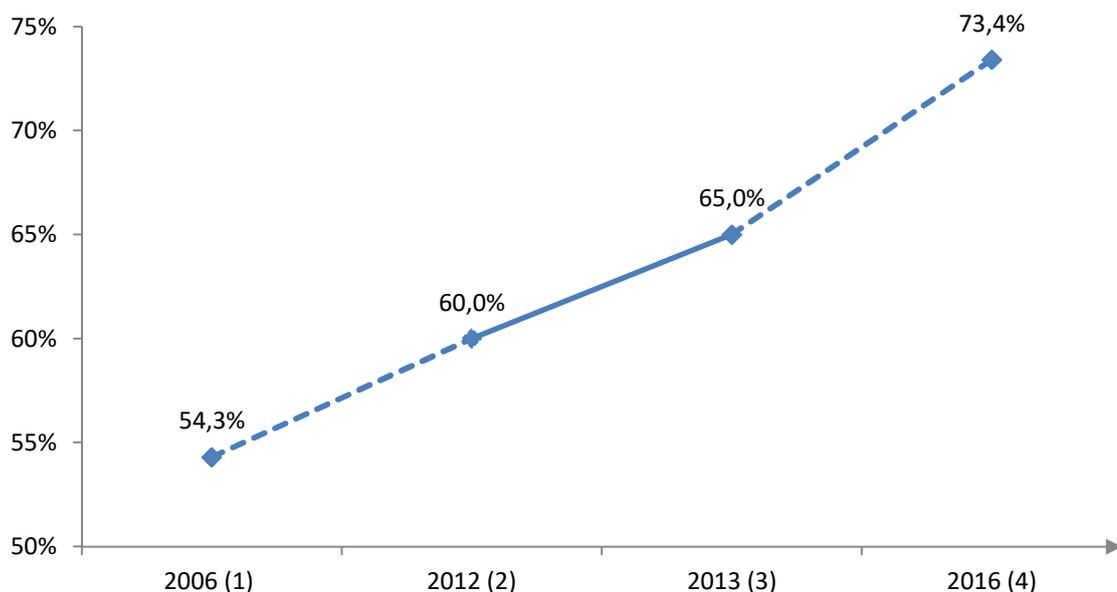


Figure 49: Evolution de la médecine défensive : Comparaison des études

- (1) Etude de Fasquelle N. (34)
- (2) Etude de la Fédération Hospitalière de France (24)
- (3) Etude de Begue A. (9)
- (4) Mon étude

Pour 36,4%, la pression médico-légale intervenait souvent voir très souvent dans le raisonnement clinique contre 23,5% en 2005 (42).

Rappelons que comme le définissait De Ville K. la médecine défensive consiste en « une action ou une décision clinique motivée entièrement ou partiellement par le désir de se protéger soi-même d'une poursuite en responsabilité médicale ou par la volonté de l'utiliser comme défense si une telle poursuite survenait » (43). Il peut s'agir de prescriptions d'examens supplémentaires, d'envois excessifs de patients en consultation auprès de spécialistes ou d'une forme de laxisme pour éviter tout conflit en acceptant les demandes abusives. Afin d'évaluer l'ampleur de ces prescriptions injustifiées, une étude portant sur la pertinence des actes de soin a été menée en 2012 par la Fédération Hospitalière de France (FHF). Elle révélait que pour les médecins généralistes libéraux, 68 actes réalisés sur 100 étaient pleinement justifiés. Un tiers des actes (32%) provenaient donc de manière totale ou partielle d'un raisonnement extra-médical. Les deux principales raisons évoquées à ces actes injustifiés étaient « les demandes des patients » pour 93% des médecins et « la peur du risque judiciaire » pour 55%.

Dans cette étude, par peur d'un litige avec leurs patients, 45% des médecins avaient des difficultés à refuser certaines demandes abusives. Pour plus de la moitié d'entre eux (56,4%), il s'agissait de la réalisation de certificats médicaux. Or ceux-ci sont en cause dans 25% des affaires disciplinaires (44).

a) Médecine défensive « positive » :

Les résultats obtenus dans cette étude concordent avec les données de la littérature :

- ↳ 48,5% à prescrire plus de bilans biologiques (39,4% en 2006 et 57% en 2013)
- ↳ 56,1% à prescrire plus de bilans radiologiques (42,7% en 2006; 59% en 2013)
- ↳ 58,4% à adresser plus facilement auprès de confrères d'autres spécialités (49,6% en 2006 et 60% en 2013)
- ↳ 48,5% à adresser plus aux Urgences (dans l'étude de Bourcier J-E, 38% estimaient le faire occasionnellement et 9,5% le faire souvent).

Remarque concernant les urgences :

50,4% des médecins qui ressentait une pression médico-légale, adressaient plus facilement leurs patients aux Urgences. En l'absence de pression, ils étaient deux fois moins à le faire. Peur d'une erreur diagnostique ? Peur de ne pas répondre à l'obligation de moyens ? Difficulté à rassurer le patient, les parents du patient ou soi-même ? Désir d'atténuer, de «partager sa responsabilité » en multipliant le nombre d'intervenants ?

Quelle que soit la raison, cette pratique est dommageable à bien des égards :

- ↳ Pour le patient, cela représente une perte de temps et une possible perte de confiance dans le jugement de son médecin.
- ↳ Pour le médecin, cette solution de facilité peut être vécue comme un aveu de faiblesse.
- ↳ Pour le service des urgences, cela représente une charge de travail supplémentaire.

Le Docteur Ziad Khodr, chef du service des urgences du CH de Saint-Omer, faisait ce constat concernant « la pression médico-légale et les avancées technologiques. De nombreux médecins envoient leurs patients aux urgences pour des examens complémentaires : IRM, scanner, avis cardiologique. Parmi lesquels, beaucoup pourraient être réalisés en ville» (45). Cela contribue à aggraver l'engorgement des services d'Urgences qui connaissent une fréquentation en hausse quasi permanente (+15,2% entre 2007 et 2012) (45) et à dégrader les conditions de travail. Selon les données de l'Observatoire national des violences en milieu de santé, le service des Urgences est après celui de psychiatrie le plus concerné par les faits de violences. Les principales causes retrouvées sont le délai d'attente et «l'incompréhension sur les priorités (gravité des cas et non pas ordre d'arrivée des patients) [...] » (46).

De plus, si l'on se réfère aux données de la MACSF-Le Sou médical, le taux de sinistralité des urgentistes libéraux sociétaires s'élève à 14,09% en 2015, ce qui est sans aucune mesure avec le taux de 0,79% des médecins généralistes (47).

b) Médecine défensive « négative » :

Elle se caractérise par une tendance à éviter certaines situations, la réalisation de certains actes ou gestes médicaux jugés « à risque », toujours dans le but d'éviter d'éventuelles poursuites.

Plus d'un médecin sur deux (56%) évitaient la réalisation de certains gestes. Il faut rappeler que depuis l'affaire de la clinique du sport en 1997, le médecin a une obligation non plus de moyens mais de sécurité de résultats en ce qui concerne les infections nosocomiales et donc du matériel qu'il utilise. C'est ainsi que 25% des participants déclaraient éviter la réalisation de sutures. Ils étaient 10% dans l'étude menée par Fasquelle N. Autant de patients qui de fait grossissent les files d'attentes des Urgences.

Certaines situations potentiellement « à risques » étaient évitées par 50% des médecins. Les hommes étaient significativement plus nombreux à être dans l'évitement (56,3% contre 37% pour les femmes). Les suivis de grossesses étaient évités par 10% des médecins. Ces craintes sont-elles liées à l'ancien Arrêt Perruche? Un médecin a fait part de son expérience à ce sujet *« Le problème médico-légal que j'ai eu concernait le non dépistage de T21 anténatal (ou plus exactement le défaut d'information lié au diagnostic anténatal). En pleine loi Perruche (1999) je n'avais aucune chance de me défendre... »*.

c) Points positifs de la médecine défensive:

« J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. » Serment d'Hippocrate de l'Ordre des Médecins

L'évolution des mentalités et des lois ont mis fin au paternalisme médical. Le patient est désormais pleinement acteur de sa santé. Il veut savoir, il veut comprendre et prendre ses décisions en connaissance de cause. L'information est un devoir moral et légal pour le médecin. Il « doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose [...] » (Art. 35 Code de déontologie médicale). Le manquement à ce devoir se retrouve dans un grand nombre de procédures judiciaires.

Pour 26% des médecins interrogés par Begue. A, l'augmentation du nombre de plaintes était liée aux besoins de comprendre de la part des patients.

Dans cette étude, deux médecins sur trois (66,2%) délivraient une information plus exhaustive dans le but de se prémunir d'une poursuite. Les études précédentes retrouvaient des taux à 62,2% (34) et 69% (9).

Avoir délivré correctement une information est une chose, mais encore faut-il pouvoir le prouver en cas de mise en cause. Car depuis l'arrêt Hédreul, c'est au médecin qu'incombe la charge de la preuve concernant la délivrance de l'information. Cette preuve peut être apportée par tout moyen (Art. L 1111-2 alinéa 7 du Code de la santé publique). Comme le faisait remarquer l'un des participants : « *Les paroles s'envolent, les écrits restent* ». Une bonne traçabilité des prises en charge dans le dossier médical permet, outre l'amélioration du suivi des patients, de s'assurer une défense en cas de poursuite.

Les études démontrent que l'importance de la traçabilité est appréhendée par plus en plus de médecins. Ils étaient 36,7% en 2005 (42), 55,6% en 2006 (34), 61% en 2013 (9) et 79,2% dans cette étude à noter plus d'éléments dans le dossier médical.

Ces points positifs doivent toutefois être nuancés. Car si ces améliorations de pratiques ne s'inscrivent que dans un but défensif, si le médecin ne délivre les informations qu'en pensant être ainsi « couvert », non seulement il se trompe mais en plus cela contribue à dégrader la relation médecin-malade.

D'une part, pour « être couvert » et répondre aux obligations légales, l'information doit porter « sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus » (Art. L 1111-2 alinéa 7 du Code de la santé publique). Combien de médecins ont le temps d'être aussi exhaustif ? Est-ce réellement souhaité et souhaitable pour le patient ? Il est probable que certains d'entre eux, face à cette longue et inquiétante énumération, décident de ne pas suivre la thérapeutique préconisée.

C. Lien entre l'impact psychologique et professionnel de la judiciarisation

1. Influence des caractéristiques personnelles

a) L'âge

« Bien sûr que la médecine défensive modifie notre exercice. Surtout pour les jeunes [...] ;
«Accueillant les jeunes professionnels (externes, internes) je crois que cette préoccupation est très présente chez nos jeunes collègues ». Cette notion avait déjà été mise en évidence dans l'étude qualitative de Nachbauer A. (32). Dans cette étude, c'est en effet les jeunes médecins (<30 ans) qui avaient la moyenne de médecine défensive la plus haute alors même que leur moyenne de pression médico-légale faisait partie des plus basses. Cependant aucune de ces différences ne se s'est révélée significative.

b) Le genre et le type d'exercice

Contrairement à l'hypothèse de départ, la judiciarisation n'avait pas plus d'impact psychologique (pression et souffrance ressenti) ou professionnel (médecine défensive globale et changement d'exercice professionnel) chez les remplaçants que chez les installés. De la même manière, sur ces mêmes points, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les hommes et les femmes.

c) Le lieu d'exercice

Selon l'étude de Nachbauer A, les médecins urbains seraient plus exposés à la pression médico-légale car la population urbaine pratiquerait un plus grand nomadisme médical, serait plus consumériste et exigeante en termes de résultats. Les résultats de Bourcier J-E abondaient dans ce sens avec une pression médico-légale ressentie par 85% des médecins urbains contre 60% des ruraux. Mon étude retrouve cette même tendance (73,5% en urbain et 57.1% en rural) sans que cela soit statistiquement significatif. Il en est de même pour la pratique de la médecine défensive.

2. Influence de l'exposition à la judiciarisation

a) Pression médico-légale

72% de la population étudiée ressentait une pression médico-légale. Elle touchait indifféremment toutes les catégories de médecin : Homme/Femme, Installé/Remplaçant, avec ou sans antécédent de mise en cause.

Comme le démontre le tableau ci-dessous, la pratique professionnelle était significativement plus modifiée chez les médecins ayant une pression que chez ceux n'en ayant pas.

Tableau 28: Proportion de médecins qui modifient leur pratique en fonction de la pression

	Pression	Pas de pression	
	Pourcentage de médecin d'accord ou tout à fait d'accord		Risque Relatif
Arrêt du libéral	36,9%	10,3%	3,6
Arrêt de la médecine	28,3%	8,2%	3,4
Médecine défensive globale	84,1%	44,7%	1,9
↳ Bilan biologique	58,6%	23,4%	2,5
↳ Bilan radiologique	64,2%	34,0%	1,9
↳ Information orale	74,6%	46,8%	1,6
↳ Dossier médical	86,1%	60,4%	1,4
↳ Avis spécialisé	65,0%	38,3%	1,7
↳ Avis urgences	50,4%	25,5%	2,0
↳ Gestes évités	64,5%	35,4%	1,8
↳ Situations évitées	55,9%	37,8%	1,5
Demande abusive	50,0%	32,7%	1,5
Relation médecin malade*	29,8%	10,4%	2,9

* % de médecins ayant une relation beaucoup ou extrêmement altérée par la judiciarisation

Lorsqu'un médecin, ressentait une pression médico-légale, il avait quasiment deux fois plus de risques de pratiquer une médecine défensive (RR= 1,9), 3,4 fois plus de risques d'arrêter médecine et 2,9 fois plus de risques de voir sa relation avec le malade beaucoup ou extrêmement altérée.

De plus un lien de corrélation a été mis en évidence entre la souffrance générée par la pression et la pratique d'une médecine défensive. Donc plus un médecin était en souffrance plus sa pratique défensive était importante.

b) Antécédents de mise en cause

Comme dans l'étude de Bourcier J-E, les médecins ayant eu un antécédent ne pratiquaient pas plus de médecine défensive que les autres. Les seules différences mises en évidence entre les médecins ayant et n'ayant pas d'antécédents de mise en cause étaient les difficultés à refuser les demandes abusives et l'altération de la relation avec le patient.

c) Altération de la relation médecin-malade

Pour 85,7% des médecins, la judiciarisation altérait la relation avec leurs patients. Pour 24%, cette altération était importante voire extrême

La relation médecin-malade était significativement plus altérée pour les médecins qui ressentaient une pression médico-légale et ceux qui pratiquaient une médecine défensive. Un lien de corrélation a été mis en évidence entre chacun de ces éléments.



Figure 50: Schéma des liens de corrélations mis en évidence

La dégradation de la relation médecin-malade serait à la fois une cause et une conséquence des pratiques défensives. Perte de confiance, incompréhension voir même suspicion : soignant et soigné semblent s'observer à travers des filtres qui dénaturent leur relation.

Le soignant voit son patient au travers du filtre de la judiciarisation : « Derrière chaque malade, la figure du juge se profilerait désormais » (21). Se sentant menacé, le médecin tend à adopter des pratiques défensives.

Le soigné voit les médecins au travers du filtre des médias. Scandales sanitaires, erreurs médicales surmédiatisées, explications sur les revendications médicales tronquées (exemple du tiers payant) mène à une véritable méfiance. La stigmatisation et l'amalgame créés par des livres tels que « Les brutes en blancs » (48) ne peuvent qu'aggraver cette défiance mutuelle qui parfois aboutit à de la violence (49).

Bien évidemment, il s'agit d'une vision réductrice et caricaturale, qui a pour but de mettre en exergue certains des éléments responsables de ce cercle vicieux.

Selon le rapport de l'Ordre des médecins en 2015, 97% des patients et 88% des médecins étaient satisfaits de leur relation médecin-malade (37).

D. Proposition d'amélioration

Afin d'enrayer le cercle vicieux précédemment décrit, deux voies d'amélioration peuvent être proposées :

- 1- Renforcer la relation médecin-malade
- 2- Aider le médecin à relativiser la pression médico-légale

1. Renforcer la relation médecin-malade

La relation de paternalisme médical est un modèle dépassé qui tend à évoluer vers une pleine puissance des patients. En effet, la juridicisation ne cesse d'accroître des droits des malades et les devoirs des médecins. Entre autoritarisme médical et diktat des patients qui reléguerait le praticien au statut de prestataire de service, un équilibre doit être trouvé. Il faudrait pour cela que médecins comme patients acceptent de prendre en considération les préoccupations de l'autre.

Le patient a un souhait de compréhension, de participation, et aussi d'appropriation de la décision thérapeutique (50). Un refus de prescription (de médicament ou d'arrêt de travail) est trop souvent vécu comme un affront, un manque de considération alors qu'il obéit à des règles de bonne pratique. Ce malentendu est la deuxième cause la plus fréquente d'insultes ou de menaces reçues par le médecin (49). Celui-ci souhaite que son expertise médicale soit reconnue et respectée. La limite peut être tenue, mais il est indispensable de chercher à distinguer « la participation du patient » de « la pression de prescription ».

Le patient a tendance à être impatient. Il souhaite avoir ses rendez-vous médicaux rapidement, un temps d'attente le plus court possible et un temps d'écoute plus long (37,49,51). Diminution de la démographie médicale, crise de vocation, vieillissement de la population... la demande de soins augmente tandis que l'offre diminue. De plus, médecins comme patients déplorent « les contraintes réglementaires, économiques, administratives » qui pèsent sur le médecin et contribuent à diminuer le temps dédié aux soins (37). Or, le temps d'écoute est primordial. D'après une étude menée auprès de patients « plus la consultation était longue et plus le patient se considérait satisfait non seulement de la relation, mais aussi face à la prescription proposée » (50). Comme le disait Louis Pasteur « *Guérir*

parfois, soulager souvent, écouter toujours». On peut supposer que par manque de temps, certains médecins cherchent à rassurer leurs patients par des examens complémentaires plutôt qu'une écoute attentive qui serait chronophage.

Pour pallier ce manque de temps, outre les actions des pouvoirs publics (simplification administrative, revalorisation de la profession...), il faudrait responsabiliser les patients, devenus acteurs de leur santé, à utiliser le système de santé de manière raisonnée (par exemple, certaine pathologie virale bénigne peuvent ne pas nécessiter de consultation médicale).

2. Aider le médecin à relativiser la pression médico-légale

a) Prévention du contentieux:

La prévention d'un contentieux passe par :

- ↳ Une relation médecin/malade de qualité. Nos études sont essentiellement tournées vers l'acquisition de données scientifiques (diagnostic, thérapeutique), laissant peu de place à l'apprentissage des relations humaines. Or, comme le souligne Michael Balint « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même ». Des formations à la relation de soins, telles que celles proposées par la Société médicale Balint, peuvent permettre de désamorcer certaines situations conflictuelles (52).
- ↳ Une formation sur le droit médical car « Nul n'est censé ignorer la loi ». Il n'y a qu'en connaissant la loi que l'on peut s'y conformer. De plus, la crainte du contentieux peut être aggravée par la méconnaissance du système juridique et des différentes voies de recours.
- ↳ Une formation médicale continue pour pouvoir « donner à son patient des soins conformes aux données acquises de la science à la date des soins » (53)

b) Gestion de l'erreur:

La publication en 2000 du rapport « To err is human: building a safer health system » (10), signe une mutation culturelle en matière de qualité et de sécurité des soins : On passe d'une « culture de la faute » à une « culture de l'apprentissage par l'erreur » (54,55). Pour cela il est nécessaire :

↳ D'Accepter son erreur :

Pour le soignant, être responsable d'un dommage chez son patient est une expérience douloureuse, car cela va à l'encontre de sa vocation première : Ne pas nuire. Il est primordial que patient comme soignant gardent à l'esprit, que comme tout homme, le médecin peut se tromper. Faire tomber les tabous, dédramatiser, accepter son erreur peut permettre d'en tirer apprentissage.

↳ D'Analyser l'erreur :

« Les seules vraies erreurs sont celles que nous commettons à répétition. Les autres sont des occasions d'apprentissage » Dalaï Lama.

Pour éviter qu'elles ne se reproduisent, le médecin doit analyser et comprendre les circonstances, les causes et les conséquences de ces erreurs.

↳ De partager son expérience :

« Apprends des erreurs des autres. Tu ne peux vivre assez longtemps pour les faire toutes toi-même ! » Anna Eleonor Roosevelt.

Le partage d'expérience, l'écoute bienveillante hors de toute culpabilité ou menace, permettent une « culture de l'erreur » à plus grande échelle avec une amélioration collective des pratiques. C'est dans cette optique qu'a été créée la rubrique « Éviter l'évitable » (56) dans la revue prescrire, ou les séminaires « Dédramatiser et travailler nos erreurs » de l'association Repères (de 2004 à 2007) (57).

↳ D'en informer le patient :

L'information du patient en cas de dommage lié aux soins est une obligation éthique et légale. L'article L.1142-4 du Code de Santé publique dispose que « Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins [...] doit être informée par le professionnel [...] concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage ».

Entre autres choses, la crainte d'un procès peut être un frein à cette démarche d'information (58,59). Or selon la Haute Autorité de Santé, c'est l'inverse qui est observé. « De nombreuses actions en justice sont menées par les patients uniquement pour accéder à une information non délivrée en amont par le professionnel ». Comme le disait l'un des médecins interrogés : « *Ne pas reconnaître une erreur* » *provoque la judiciarisation* ». Annoncer une erreur ou une faute, l'expliquer et s'en excuser contribuerait donc à désamorcer les conflits et à apaiser la relation soignant-patient. Pour aider les médecins dans cette démarche, la HAS a élaboré un guide «Annonce d'un dommage associé aux soins » (54) (Annexe n°5).

Remarque : Apprendre de l'expérience Américaine :

Aux USA, dans le but de freiner les phénomènes de judiciarisation et de médecine défensive, beaucoup de choses ont été tentées (menaces de non remboursement d'actes, limitation des indemnités perçues, réduction du niveau de gravité et des sanctions pour des fautes médicales aux urgences...etc.). Rien de tout cela n'avait fonctionné.

Mais depuis les modifications du code juridique excluant les excuses comme preuve de culpabilité et la mise en place de nouvelles pratiques sur l'explication, la transparence et le partage des risques associés aux examens inutiles ainsi que l'excuse précoce au patient (annonce d'un dommage, médiation), la tendance a commencé à s'inverser. On constate en effet, une réduction du niveau des plaintes indemnisées dans plusieurs états et un niveau stable ou en diminution des indemnisations et des coûts assurantiels de responsabilité (23).

c) En cas de mise en cause :

La mise en cause par un patient est une expérience douloureuse (13). Cela est d'autant plus vrai si l'objectif recherché est la sanction. Chaque médecin y réagit différemment. La « *Résilience* », le soutien de ses confrères et l'acceptation du droit à l'indemnisation des patients, peuvent aider à traverser cette épreuve. Il existe de plus des associations d'aide aux soignants : l'APSS (Association de promotion des soins aux soignants), de l'AAPML (Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux), MOTS (Médecin Organisation Travail Santé), ... etc.

CONCLUSION

Le taux de réponse de 60,7% sans relance atteste de l'intérêt des médecins pour ce sujet.

Les réformes de la loi du 4 mars 2002 sont parvenues à freiner la judiciarisation : une baisse sensible du taux de sinistralité a été observée en médecine générale. Le médico-légal reste cependant prégnant dans l'esprit des médecins.

Contrairement aux antécédents de mises en cause, la pression suscitée par la judiciarisation altère la pratique médicale. Cette pression touche autant les hommes que les femmes, les installés que les remplaçants. Elle est source de souffrance pour de nombreux soignants. Or ce travail de thèse a démontré que cette souffrance est corrélée à la pratique d'une médecine défensive. Il s'agit d'une pratique coûteuse et potentiellement iatrogène.

De plus, le ressenti d'une pression médico-légale et la pratique d'une médecine défensive sont toutes deux corrélées à une altération de la relation médecin malade. Or une relation altérée favorise la survenue de la judiciarisation.

Les class action rendus possibles par la nouvelle Loi de santé risquent de majorer le sentiment de vulnérabilité et de pression médico légale. Il semble donc urgent d'enrayer le cercle vicieux «Judiciarisation-souffrance du soignant-médecine défensive ». Pour cela, deux voies d'amélioration peuvent être proposées à savoir renforcer l'information sur le droit médical auprès des soignants et améliorer la relation soigné-soignant en la basant sur une confiance réciproque.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bertella-Geffroy M-O. L'évolution des rapports justice-santé. *Trib Santé*. 1 déc 2004;no 5(4):21-9.
2. Dr Peton,P. Historique de la responsabilité médicale. *Artic Univ Reims*. 2011;
3. Carlin N. Relation de soin, la confiance à l'épreuve du droit [Thèse de Doctorat]. Université Paris-Est; 2014.
4. Lansac J, Sabouraud M. Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. *Trib Santé*. 1 déc 2004;no 5(4):47-56.
5. Gribeauval Jean-pierre. Judiciarisation de la médecine : une crainte souvent exagérée. *Rev Prescrire*. 2010;(30 (321)):536-41.
6. Dreyfuss D, Lemaire F, Outin Hervé. La judiciarisation de la médecine - Journée d'éthique médicale Maurice Rapin - Lavoisier. (Médecine-Sciences; Flammarion).
7. Larousse É. Définitions : judiciarisation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur:
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/judiciarisation/45098>
8. MACSF Le Sou Médical. Rapport annuel 2016 sur le risque médical de l'année 2015. 2016.
9. Begue A. Les plaintes en responsabilité professionnelle en Médecine Générale: état des lieux et étude de l'impact sur la pratique médicale [Thèse de Doctorat]. Université de Bordeaux II; 2013.
10. Institute of Medicine Américaine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. 1999.
11. Galam É. Erreur médicale: De la seconde victime au premier acteur. *Médecine*. 2012;8(7):317-322.
12. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care*. déc 2010;19(6):e43.
13. Galam E. La souffrance du médecin mis en cause par un patient. *Responsabilité*. 2009;9(36).
14. Terzian S. Regard des médecins généralistes sur leur propre santé mentale : Analyse de leurs représentations [Thèse de Doctorat]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2016.

15. Beaulieu B. La médecin qui était aussi une humaine [Internet]. Alors voilà. Journal de soignés/soignants réconciliés. 2016 [cité 8 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.alorsvoila.com/>
16. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' views on defensive medicine: A national survey. *Arch Intern Med*. 28 juin 2010;170(12):1081-3.
17. Galam E. La souffrance du soignant - L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Ile de France; 2007. (URML).
18. Académie Nationale de Médecine. 1ier Colloque National: Soigner les professionnels de santé vulnérables. Stress, épuisement, addictions, suicide: nécessité d'un parcours de soins dédiés [Internet]. 2015 déc [cité 8 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.colloque-vulnerabilite-pds.com/assets/colloque-actes-pp.pdf>
19. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins [Internet]. 2003 oct [cité 8 nov 2016]. Disponible sur: http://www.fmfpro.org/IMG/ppt/Le_suicide_des_Medecins.ppt
20. American Medical Association (AMA) Corporate Site [Internet]. [cité 4 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.ama-assn.org/>
21. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sci Soc Santé*. 2006;24(2):5-33.
22. Drucker J, Faessel-Kahn M. L'exemple américain. *Trib Santé*. 2004;no 5(4):36.
23. Amalberti R. Médecine défensive et pertinence des soins - Prévention médicale. *Prév Médicale Assoc Natl Pour Prév Risque Méd*. 2015;
24. Fédération Hospitalière de France. Sondage « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés » -. 2012.
25. Laude A, Pariente J, Tabuteau D. La judiciarisation de la santé. Paris: Santé; 2012. 367 p.
26. Langoureau A. Construire une enquête et un questionnaire. DMG Strasbourg.
27. Frappé P. Initiation à la recherche - Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. 2011^e éd.
28. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
29. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. Disponible sur: <http://annuaresante.ameli.fr/>
30. Conseil de l'Ordre des Médecins Nord 59 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ordre-medecin-nord.org/>
31. RemplaNor. Le remplacement en région Nord-Pas de Calais [Internet]. Disponible sur: <http://www.remplanor.org/>
32. Nachbauer A. L'impact de la judiciarisation de la médecine sur la pratique des médecins

- généralistes [Thèse de Doctorat]. Lyon, Université Claude Bernard; 2012.
33. Lorphelin - Martel H, Cléménçon A. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ? [Thèse de Doctorat]. Université de Rouen; 2014.
 34. Fasquelle N. La judiciarisation de la médecine générale et la pratique médicale: vers l'émergence d'une médecine défensive ? [Thèse de Doctorat]. Université de Clermont I; 2006.
 35. Rault JF, Le breton-Lerouvillois GW. Atlas National de la Démographie médicale Nord-Pas-de-Calais 2015. Rapport du Conseil national de l'ordre des médecins; 2015.
 36. Rault JF, Le breton-Lerouvillois GW. Atlas National de la Démographie médicale 2015. Rapport du Conseil national de l'ordre des médecins; 2015.
 37. ELABE. Etre médecin aujourd'hui: Quel vécu des médecins? Quelles perceptions des français? Consultation médecins et sondage grand public. Conseil national de l'ordre des médecins; 2015.
 38. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-Francois I, Blettery B, Moutel G. Le médecin et la peur du procès : Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. *Rev Prat Médecine Générale*. 2007;(762-763):295-7.
 39. Comparaison procédures judiciaires et CCI - Rapport annuel risque médical MACSF - Le Sou Médical [Internet]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr>
 40. Décisions pénales, rapport annuel 2015 MACSF - Le Sou Médical [Internet]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr>
 41. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Rapport commandité par le Conseil national de l'ordre des médecins; 2010.
 42. Bourcier J-E. La judiciarisation et l'exercice de la médecine générale en 2005: réflexions à propos d'une enquête auprès de 136 médecins généralistes de la région Midi- Pyrénées [Thèse de Doctorat]. Toulouse, Université Paul Sabatier; 2006.
 43. De Ville K. Act First and Look Up the Law Afterward?: Medical Malpractice and the Ethics of Defensive Medicine. *Theor Med Bioeth*. 19(6):569-89.
 44. Toledano Ariel, Garat Philippe. Le Guide des certificats et autres écrits médicaux. MEDLINE. 2016. 120 p.
 45. Raimbault M. Les urgences victimes de leurs succès ? 2014. *Obs Régional Santé - Nord Pas Calais 5051° NORD* [Internet]. [cité 17 oct 2016]; Disponible sur: <http://www.orsnpdc.org/documents/les-urgences-victimes-de-leurs-succes-n39/>
 46. Poupard A, Barat C. Observatoire national des violences en milieu de santé-Rapport annuel 2015 sur les données 2014. Report No.: Observatoire 06/SR6.
 47. MACSF Le Sou Médical. Rapport annuel sur le Risque Médical- Edition 2015 [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr>

48. Winckler M. Les brutes en blanc. 2016. (Flammarion).
49. Vacas F. Observatoire de la sécurité médecins en 2015 [Internet]. Rapport commandité par le Conseil national de l'ordre des médecins; [cité 20 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>
50. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodeme R, Arlet P. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2006;(732-33):594-6.
51. Mulot J. Du désaccord de la relation médecin - patient à la judiciarisation, le point de vue des patients [Thèse de Doctorat]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
52. Société Médicale Balint France [Internet]. [cité 19 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.balint-smb-france.org/>
53. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 6 juin 2000, 98-19.295, Publié au bulletin [Internet]. [cité 21 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
54. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins, Amélioration des pratiques et sécurité des patients. 2011 mars.
55. Galam E. Dédramatiser et travailler nos erreurs. *Rev Prat Med Gen*. 2005;19(33):377–80.
56. Prescrire Éviter l'Évitable. Tirer parti des erreurs pour mieux soigner. [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: <http://evitable.prescrire.org/fr/Summary.aspx>
57. Galam É. Erreur médicale : à dédramatiser et travailler Présentation du guide pédagogique d'une formation REPÈRES. *Médecine*. 1 déc 2009;5(9):410-4.
58. Adouani ML. L'erreur médicale en médecine générale: identification des résistances des médecins généralistes à déclarer leurs erreurs [Thèse de Doctorat]. Université de Nice-Sophia Antipolis.; 2010.
59. Savage C. Vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic. [Thèse de Doctorat]: Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2014.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre expliquant le projet de l'étude

Chères consœurs, chers confrères,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale. Celui-ci traite de l'impact de la pression médico-légale sur notre pratique.

Depuis quelques décennies, nous faisons face à une **judiciarisation** croissante de la médecine. En effet les patients ont tendance à privilégier le recours aux tribunaux pour trancher des litiges qui pourraient être réglés à l'amiable. Cette dérive peut être source d'angoisse et de souffrance chez le soignant. C'est dans ce contexte qu'est née « **la médecine défensive** ». Elle introduit un raisonnement extra médical dans notre pratique. Le but étant d'écartier d'éventuelles poursuites et de fournir une défense juridique en cas de contentieux.

L'objectif de ma thèse est de rechercher l'existence d'un lien entre la souffrance induite par la judiciarisation et la pratique d'une médecine défensive.

Vous avez été sélectionné(e) parmi les médecins généralistes du Nord Pas de Calais pour participer à mon travail de thèse. Votre participation est essentielle pour mener à bien ce projet.

Ce questionnaire prend en moyenne **3 minutes**. Il est entièrement **anonyme**. Une enveloppe réponse préaffranchie vous est fournie.

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire. Si vous souhaitez obtenir les résultats de cette étude vous pouvez me contacter via l'adresse mail : these.ccarrez@hotmail.com

Je vous remercie d'ores et déjà de l'attention portée à ce courrier et vous assure de ma profonde reconnaissance quant à votre participation à cette enquête.

Cordialement.

Questionnaire page n°1

1. Vous êtes : Une femme Un homme

2. Quel âge avez-vous ? __ ans

3. Depuis combien de temps exercez-vous ? __ ans

4. Mode d'exercice principal :

(Cochez une case par ligne)

Installé Remplaçant Collaborateur

Libéral Salarié Mixte

Urbain Semi rural Rural

Seul(e) En groupe

Impact psychologique de la judiciarisation

5. De manière générale, avez-vous l'impression que le nombre de contentieux envers les médecins augmente ?

Oui Non

6. Dans votre pratique quotidienne, vous ressentez une pression médico-légale :

pas du tout d'accord pas d'accord d'accord tout à fait d'accord

↳ Si oui, de la part : (plusieurs réponses possibles)

- Des nouveaux patients, De votre patientèle, De la famille des patients,
 De l'ordre des médecins, Des médias, De la CPAM,
 Autres :

↳ Si oui, en souffrez-vous ? pas du tout un peu modérément beaucoup extrêmement

7. Avez-vous déjà eu une menace de poursuite de la part d'un patient ou de sa famille ? Oui Non

8. Avez-vous déjà fait l'objet d'une poursuite par un patient ou sa famille ? Oui Non

↳ Si oui, veuillez indiquer dans le tableau le nombre de mises en cause par instance ainsi que le nombre de condamnations ou responsabilités retenues :

Nombre de :	mises en cause	condamnation
Réclamation amiable*		
Conseil de l'ordre		
CRCI**		
Tribunal civil		
Tribunal pénal		

* Simple courrier de mécontentement auprès de votre assurance

** Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux

9. Dans quelle mesure avez-vous été marqué par cette poursuite ou menace de poursuite ?

pas du tout un peu modérément beaucoup extrêmement Pas concerné(e)

Qu'avez-vous ressenti ?	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Colère	<input type="radio"/>				
Injustice	<input type="radio"/>				
Anxiété, stress	<input type="radio"/>				
Tristesse	<input type="radio"/>				
Dévalorisation	<input type="radio"/>				
Perte de confiance	<input type="radio"/>				
Autre :					

Questionnaire page n°2

Impact professionnel de la judiciarisation

10. La judiciarisation de la médecine pourrait :	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Vous dissuader de vous installer/ rester en libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous inciter à changer de profession	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Pensez-vous que la menace médico-légale entre en compte dans votre raisonnement clinique ?

jamais rarement parfois souvent très souvent

12. Plus précisément, pour vous prémunir d'une potentielle poursuite, vous :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Effectuez un interrogatoire plus prolongé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effectuez un examen clinique plus poussé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrivez plus souvent des bilans biologiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrivez plus souvent des bilans radiologiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délivrez des informations et consignes plus exhaustives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adressez plus facilement vers d'autres spécialistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adressez plus facilement aux Urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notez plus d'éléments dans le dossier médical*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitez la réalisation de certains gestes médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
↳ Si oui, lesquels ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Suture, <input type="checkbox"/> Pose de DIU, <input type="checkbox"/> Vaccinations, <input type="checkbox"/> ECG, <input type="checkbox"/> Toucher rectal, <input type="checkbox"/> Toucher vaginal, <input type="checkbox"/> Infiltrations, <input type="checkbox"/> Autres :				
Evitez certaines situations potentiellement à risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
↳ Si oui, lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Suivi de patients polyopathologiques, <input type="checkbox"/> Les gardes de nuits ou de week-end, <input type="checkbox"/> Examen d'un mineur non accompagné, <input type="checkbox"/> Suivi de grossesse, <input type="checkbox"/> Autres :				

* informations et consignes données aux patients, signes cliniques négatifs...

13. La peur du litige vous donne-t-elle des difficultés à refuser certaines demandes abusives ? Oui Non

↳ Si oui, lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles)

- Antibiotique, Arrêt de travail, Divers certificats, Demande de transport (VSL, ambulance),
 Examens complémentaires, Autre : ...

14. Selon vous, est-ce que la judiciarisation altère la relation médecin-malade ?

pas du tout un peu modérément beaucoup extrêmement

15. Toutes les remarques à ce sujet sont les bienvenues (facultatif):.....

Annexe 2 : Remarques libres : Question n°15

Les questionnaires ont été numérotés par ordre de réception. Les remarques ont été fidèlement retranscrites.

002 « Ce qui judiciarise volontiers ce sont les certificats en matière de divorce en médecine libérale. En médecine salariée ce sont les avis d'inaptitude au travail »

003 « Bientôt il faudra être fou pour s'installer en médecine général ou inconscient. Pas d'inquiétude les ordinateurs nous remplaceront »

005 « Plus on explique, moins certains comprennent. Il y a parfois un fossé entre ce qu'on dit à un patient et ce qu'il a compris. J'explique et je lui demande de répéter et là... ?? »

007 « Très bon sujet de thèse. Bon courage »

016 « Difficile de vous répondre ; exerçant mon métier au service d'une patientèle constituée au fil des années, dans un climat de respect et de confiance mutuel. Les autres disparaissent. Exigez le respect, respectez la confraternité »

017 « Bon questionnaire »

020 « Je pense que le temps prit pour donner suffisamment d'explications au patient au sujet de sa pathologie et du traitement que nous envisageons de lui donner permet d'éviter bien des malentendus. Une consultation sérieuse ne peut être inférieure à 20-25 minutes ce qui mérite bien plus de 23 euros »

021 « Pour moi « Ni désaccord, ni d'accord » en question 12 veux dire qu'une potentielle poursuite n'influe pas sur l'interrogatoire, l'examen ou le recours aux bios, aux imageries, aux spé => on fait selon les RMO, un point c'est tout »

022 « Comme disait un jeune interne prêt à s'expatrier (le quotidien du médecin) « Je n'ai plus envie d'exercer ce métier, aussi beau soit-il, dans les conditions actuelles et futurs » (J'ai encore 2 ans ½ à tenir) »

024 « J'ai la chance de travailler en zone semi-rurale voire rurale ce qui fait que la relation soignant/soigné reste très forte avec une excellent relation de confiance (la relation médecin-patient est bien une relation « connaissance-confiance ». J'ai aussi la chance de travailler en groupe (6 médecins) et nos échanges en cas de doute (et Dieu sait que nous en avons tous) sont quotidiens. Bon courage »

025 « Mon ressenti : Il est normal de travailler avec sérieux en tenant compte des poursuites éventuelles. Mais hors de question de brader mon art : JE décide. Mes 2 plaintes étaient le fait de une sottise et un procédurier de mauvaise Foi : désagréable (très) mais je travaille de la même façon depuis lors. »

030 « RAS. Suis en fin de carrière et ai eu de la chance de n'avoir été quasiment jamais confronté à une telle situation »

031 « J'ai beaucoup de chance, sans doute ! »

032 « Je suis effondré de lire la question 12. Ma pratique médicale est la plus efficiente possible quel que soit ma crainte de judiciarisation. Vos questions sont déjà orientées pour répondre que la crainte de la judiciarisation altère notre fonctionnement. Ce qui n'est absolument pas mon cas. Une thèse qualitative aurait été plus informative, plus intéressante. »

034 « Pour la question 13, je m'adapte en fonction du médecin que je suis amené à remplacer. Bon courage »

- 036 « Nous faisons un beau métier !!! Gardons l'envi pour nos patients. Bon courage pour la suite... »
- 038 « Trop facile de porter plainte en paroles contre paroles. Toujours se battre avec le même culot que celui qui porte plainte. Difficultés pour retourner en diffamation les plaintes abusives »
- 040 « Très bonne initiative, sujet très intéressant. J'espère que mes réponses vous auront aidée, malgré le manque de recul que je peux avoir compte tenu de mon activité « récente » de remplaçante. Bon courage ».
- 041 « Perte de spontanéité. Perte de temps »
- 043 « Le problème médical que j'ai eu concernait le non dépistage de T21 anténatal (ou plus exactement le défaut d'information lié au diagnostic anténatal). En pleine loi Perruche (1999) je n'avais aucune chance de me défendre... Pour m'en remettre j'ai organisé un EPU sur la prise en charge de ce premier trimestre et puis je suis devenu maître de stage. Cordialement »
- 044 « Bon courage pour votre soutenance de thèse. Bonne continuation »
- 046 « J'évite de trop y penser !! Si cela arrive, je change de métier. C'est la goutte d'eau qui... »
- 047 « La faute revient surtout aux avocats qui trouvent l'occasion de remplir leurs bourses sur le dos des héritiers... Cependant que ça stress les médecins même si on ressort blanchi avec les encouragements du « jury » »
- 049 « La judiciarisation de la médecine est une réalité et un problème de société, mais la relation médecin-patient doit être primordiale sans être naïf ! J'explique beaucoup à mes patients tout en restant vigilant au quotidien »
- 050 « Quand on sent le malade peu adhérent au diagnostic »
- 052 « Installée depuis peu, je n'ai pas encore été confrontée à des plaintes. Bon courage »
- 057 « Le médecin de famille bénéficie encore beaucoup de la confiance de ses patients »
- 061 « Bonne assurance professionnelle. « Les paroles s'envolent, les écrits restent ». Une bonne traçabilité dans le dossier médical »
- 064 « Peu en médecine générale, de façon importante par « peur » de la part des jeunes médecins sans doute. Bon courage »
- 065 « Je n'ai jamais pensé à la judiciarisation. J'ai exercé ma profession en faisant ce qui était possible pour moi, si cela ne l'était pas, je ne le faisais pas sans arrière-pensée »
- 068 « Je travaille sans pression... J'essaie d'être logique dans mes décisions et ainsi prouver que mes demandes sont justifiées »
- 071 « Une affaire, pas deux (non merci). Bon courage. »
- 077 « Bon vent, bon courage pour la thèse ! Excellent sujet de thèse ! Bien sûr que la médecine défensive modifie notre exercice. Surtout pour les jeunes, toutes les études sont marquées par ce fameux « médico-légal ». 9 ans d'études pour se voir peut être un jour interdit d'exercer.... La tenue du dossier médical est la base fondamentale. La « culture de l'erreur » à l'anglo-saxonne n'est pas assez développée en France ».
- 081 « Je ne m'installerai plus seul (j'ai travaillé 20 ans en campagne isolé). Je ne prends des gardes que dans des structures sans les visites »
- 082 « Il ne faut jamais changer sa manière de travailler, pression ou pas. Ce sont les médias qui dirigent le « bordel » ambiant !! »
- 084 « La judiciarisation ne doit pas altérer mais modifier la relation médecin-malade »

085 « Question 4 mode d'exercice : le remplaçant n'est pas concerné par les 2 derniers items. Bon courage. »

088 « IL FAUT SAVOIR PRENDRE DES RISQUES avec les précautions d'usage, mais déceler aussi les demandes abusives et savoir dire NON (ou transiger)»

092 « Rester humble et communiquer. »

093 « La judiciarisation améliore la rigueur de la tenue du dossier médical »

094 « Revenir aux fondamentaux : la clinique, la clinique et la clinique ! »

097 Médecin ayant eu une mise en cause à l'ODM et une réclamation amiable «1.Convocation au conseil de l'ordre suite à une consultation d'une patiente par un remplaçant pendant mes vacances. 2. Demande de dossier médical par un patient avec intervention de mon assurance (classement sans suite). Menace du patient : une déclaration à la police a été faite par mes soins »

098 « La médecine est un Art. Elle n'est pas une science EXACTE. Le médecin est un homme pas un « SAINT ». Les mass-médias sont INDIGNES de parler de médecine. »

100 « Je suis (encore !) une jeune remplaçante. Je pense donc que l'expérience minimise au fur et à mesure ces impressions, mais le problème reste tout de même très présent. Bon courage pour votre thèse. Cordialement »

101 « Assez peu de patient posent problème au niveau médico-légal, mais ces patients sont pourvoyeurs de stress et de perte de temps (en particuliers les personnes ne désirant pas se soigner). La tenue du dossier médical et la bonne relation avec le patient restent les choses les plus efficaces et qui rassurent le plus le praticien en mon sens »

102 « Essentiel de bien tenir le carnet de visites et de mettre des examens effectués et les consultations »

107 « Questionnaire trop orienté vers l'hypothèse que la judiciarisation de la médecine fait partie de notre quotidien. »

108 « Pas de connaissance de litige en médecine de ville sauf par SOS médecins (Beaucoup plus en milieu hospitalier). Surprise de la « frilosité » des jeunes MG et peut être obstacle à l'installation. »

110 « Surcoût pour les soins de santé »

116 « Nécessite une formation continue de qualité »

118 « Attention à la rédaction des certificats médicaux faxés à la justice !»

119 « Moins exposé que mes confrères de ville donc moins concerné et moins obnubilé par cela. »

127 « L'influence de la judiciarisation contribue à allonger souvent inutilement le temps de consultation (vérification++). »

128 « Ne pas reconnaître une « erreur » provoque la judiciarisation »

131 « Etant jeune remplaçante, pour l'instant les problèmes juridiques ne m'affectent pas vraiment, en ayant une clientèle fixe je pense que l'on est plus embêté. J'essaye au maximum de penser au mieux dans l'intérêt du patient, et pour l'instant je ne me protège pas avec des prises en charge à la demande. Certes il est difficile d'aller contre l'avis du patient, mais si c'est pour son bien il faut s'y confronter et essayer d'expliquer au mieux pourquoi notre prise en charge est meilleure que la leur. Bon courage pour la suite. »

133 « Essentiellement les actions de la CPAM : taux de visite, taux d'IJ sur faux critères, actuellement « non substituable ».

137 « *Savoir profiler le patient, savoir refuser certains* »

140 « *Je suis un médecin âgée avec une patientèle que je connais bien. Ne prend plus de nouveaux patients. Ne fait plus de garde, ce qui limite mes inquiétudes par rapport à la judiciarisation de la médecine* »

143 « *La judiciarisation est présente mais ne m'embête pas, heureusement. Ce jour-là, je changerai de métier.* »

152 « *Accueillant les jeunes professionnels (externes, internes) je crois que cette préoccupation est très présente chez nos jeunes collègues* ».

156 « *Même si je n'ai jamais eu à connaître d'ennui ou incident médico-légal important, je reste très sensible aux risques et...à une certaine pression !* »

158 « *Maître mot: la communication ! Prendre le temps d'expliquer peut faire gagner du temps.* »

160 « *Il faut préciser le nom du directeur de thèse sur la lettre.* »

161 « *Ma vue sur cette profession a bien changé en ¼ de siècle.....J'arrive au terme de mon activité professionnelle (ai décidé d'arrêter à 62 ans) il me faut encore « tenir » 6 ans1/2 !!! Nous sommes devenus des « objets » de consommation. La BELLE médecine libérale (suis désolé pour vous...) est morte !...Je n'aurai aucun état d'âme à la quitter !! Bon courage à vous.* »

164 « *Il faut donner la plus grande importance à la traçabilité de ce que le médecin fait. Il faut informer, communiquer et faire preuve d'empathie.* »

166 « *La judiciarisation entraîne effectivement une certaine perte de confiance du médecin en lui-même, et parfois malheureusement, en ses patients. Cependant, ceux-ci sont en droit d'exiger les meilleurs soins possibles, et la justice garantit cela aussi. A nous de maintenir notre pratique et nos connaissances au meilleur niveau, afin de préserver la relation de confiance mutuelle!! Bon courage !!»*

170 « *Je n'ai pas encore vécu cette pression mais les formations incitent à être prudent et à « blinder » le dossier médical, sans modifier ma pratique pour le moment.* »

174 « *Sujet original. Bon courage !* »

000 « *Désolé, j'ai cessé la médecine générale. Je ne fais plus que de l'expertise et défend de plus en plus souvent des médecins, des chirurgiens, des cliniques et CH de plus en plus souvent mis en cause à l'aide d'assureurs recours et d'avocats intéressés par ce créneau.* »

??? « *Cher confrère, (consœur). Bien qu'en retraite, je suis tombé, lors d'un remplacement, sur votre demande de témoignage concernant les éventuelles pressions médico légales... Ce sujet de thèse me semble bien intéressant et original. Sans doute sans grand intérêt, je vais tout de même vous relater mon parcours. En 2008, ne supportant plus (les mots sont faibles par rapport à la réalité) les pressions et l'attitude du directeur de la CPAM de Lille à mon égard, j'ai donc fermé (sans successeur bien sûr) le cabinet médical que j'avais créé presque 30 ans auparavant dans la banlieue lilloise. A la suite de cela, j'ai exercé 8 ans en milieu hospitalier où j'ai pu faire comme il me semblait utile pour les patients sans AUCUN contact ni remarque de la part de la sécurité sociale ! Comme mentionné plus haut, j'ai donc repris, en retraite, une activité de remplaçant, avec un certain plaisir. Il est vraisemblable que certains confrères, confrontés à la même situation, auraient réagi très différemment. Pour moi, il reste une cicatrice (presque une chéloïde !!) de cette période, très douloureuse et qui ne s'effacera pas. Bien confraternellement.* »

Annexe 3 : Stratification des Questions n°10 et n°14

Stratification de l'arrêt du libéral en raison de la judiciarisation

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Genre ($p = 0,19$)					
Homme (n=118)	29 (24,6%)	31 (26,3%)	26 (22%)	27 (22,9%)	5 (4,2%)
Femme (n=56)	7 (12,5%)	20 (35,7%)	10 (17,9%)	14 (25%)	5 (8,9%)
Type d'exercice ($p = 0,52$)					
Installé (n=152)	31 (20,4%)	45 (29,6%)	35 (23%)	33 (21,7%)	8 (5,3%)
Remplaçant (n=22)	5 (22,7%)	6 (27,3%)	1 (4,5%)	8 (36,4%)	2 (9,1%)
Pression médico-légale ($p < 0,001$)					
Pression (n=122)	17 (13,9%)	33 (27,1%)	27 (22,1%)	36 (29,5%)	9 (7,4%)
Pas de pression (n=49)	18 (36,7%)	18 (36,7%)	8 (16,3%)	4 (8,2%)	1 (2,1%)
Antécédents de judiciarisation ($p = 0,98$)					
Antécédents (n=87)	20 (23%)	25 (28,7%)	14 (16,1%)	21 (24,1%)	7 (8,1%)
Pas d'antécédents (n=87)	16 (18,4%)	26 (29,9%)	22 (25,3%)	20 (23%)	3 (3,4%)

Stratification de l'arrêt de la médecine en raison de la judiciarisation

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Genre ($p = 0,12$)					
Homme (n=116)	41 (35,3%)	33 (28,5%)	19 (16,4%)	21 (18,1%)	2 (1,7%)
Femme (n=56)	13 (23,2%)	20 (35,7%)	8 (14,3%)	10 (17,9%)	5 (8,9%)
Type d'exercice ($p = 0,08$)					
Installé (n=150)	43 (28,7%)	47 (31,3%)	26 (17,3%)	27 (18%)	7 (4,7%)
Remplaçant (n=22)	11 (50%)	6 (27,3%)	1 (4,5%)	4 (18,2%)	0
Pression médico-légale ($p < 0,001$)					
Pression (n=120)	29 (24,2%)	36 (30%)	21 (17,5%)	27 (22,5%)	7 (5,8%)
Pas de pression (n=49)	24 (49%)	15 (30,6%)	6 (12,2%)	4 (8,2%)	0
Antécédents de judiciarisation ($p = 0,16$)					
Antécédents (n=86)	28 (32,5%)	21 (24,3%)	12 (13,9%)	20 (23,5%)	5 (5,8%)
Pas d'antécédents (n=86)	26 (30,2%)	32 (37,2%)	15 (17,5%)	11 (12,8%)	2 (2,3%)

Stratification de l'altération de la relation médecin-malade

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Genre ($p = 0,68$)					
Homme (n=118)	17 (14,4%)	31 (26,3%)	41 (34,8%)	26 (22%)	3 (2,5%)
Femme (n=57)	8 (14%)	18 (31,6%)	18 (31,6%)	11 (19,3%)	2 (3,5%)
Type d'exercice ($p = 0,70$)					
Installé (n=153)	23 (15%)	39 (25,5%)	55 (35,9%)	31 (20,3%)	5 (3,3%)
Remplaçant (n=22)	2 (9%)	10 (45,5%)	4 (18,2%)	6 (27,3%)	0
Pression médico-légale ($p < 0,001$)					
Pression (n=124)	10 (8,1%)	32 (25,8%)	45 (36,3%)	32 (25,8%)	5 (4%)
Pas de pression (n=48)	15 (31,3%)	16 (33,3%)	12 (25%)	5 (10,4%)	0
Antécédents de judiciarisation ($p = 0,002$)					
Antécédents (n=87)	8 (9,2%)	24 (27,6%)	24 (27,6%)	26 (29,9%)	5 (5,7%)
Pas d'antécédents (n=88)	17 (19,3%)	25 (28,4%)	35 (39,8%)	11 (12,5%)	0

Annexe 4 : Stratification de la Question n°12 sur le genre et le type d'exercice

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
↳ Interrogatoire					
Homme (n=117)	12 (10,3%)	25 (21,4%)	37 (31,6%)	37 (31,6%)	6 (5,1%)
Femme (n=56)	3 (5,4%)	12 (21,4%)	20 (35,7%)	20 (35,7%)	1 (1,8%)
Installé (n=151)	12 (7,9%)	33 (21,9%)	51 (33,8%)	49 (32,4%)	6 (4%)
Remplaçant (n=22)	3 (13,6%)	4 (18,2%)	6 (27,3%)	8 (36,4%)	1 (4,5%)
↳ Examen clinique					
Homme (n=117)	13 (11,1%)	27 (23,1%)	37 (31,6%)	33 (28,2%)	7 (6%)
Femme (n=56)	3 (5,4%)	12 (21,4%)	17 (30,3%)	22 (39,3%)	2 (3,6%)
Installé (n=151)	13 (8,6%)	36 (23,8%)	50 (33,1%)	44 (29,2%)	8 (5,3%)
Remplaçant (n=22)	3 (13,6%)	3 (13,6%)	4 (18,2%)	11 (50%)	1 (4,6%)
↳ Bilan biologique					
Homme (n=117)	13 (11,1%)	20 (17,1%)	28 (23,9%)	46 (39,3%)	10 (8,6%)
Femme (n=56)	3 (5,4%)	12 (21,4%)	13 (23,2%)	25 (44,6%)	3 (5,4%)
Installé (n=151)	14 (9,3%)	27 (17,9%)	36 (23,8%)	63 (41,7%)	11 (7,3%)
Remplaçant (n=22)	2 (9,1%)	5 (22,7%)	5 (22,7%)	8 (36,4%)	2 (9,1%)
↳ Bilan radiologique					
Homme (n=117)	12 (10,3%)	16 (13,7%)	24 (20,5%)	54 (46,1%)	11 (9,4%)
Femme (n=56)	3 (5,4%)	10 (17,9%)	11 (19,6%)	28 (50%)	4 (7,1%)
Installé (n=151)	13 (8,6%)	21 (13,9%)	32 (21,2%)	73 (48,3%)	12 (8%)
Remplaçant (n=22)	2 (9,1%)	5 (22,7%)	3 (13,6%)	9 (40,9%)	3 (13,7%)
↳ Information orale					
Homme (n=116)	7 (6%)	12 (10,3%)	24 (20,7%)	62 (53,5%)	11 (9,5%)
Femme (n=56)	1 (1,8%)	5 (8,9%)	9 (16,1%)	32 (57,1%)	9 (16,1%)
Installé (n=150)	8 (5,3%)	14 (9,3%)	30 (20%)	84 (56%)	14 (9,4%)
Remplaçant (n=22)	0	3 (13,6%)	3 (13,6%)	10 (45,5%)	6 (27,3%)
↳ Dossier					
Homme (n=118)	7 (5,9%)	11 (9,3%)	13 (11%)	42 (35,6%)	45 (38,2%)
Femme (n=55)	1 (1,8%)	2 (3,6%)	2 (3,6%)	25 (45,5%)	25 (45,5%)
Installé (n=151)	7 (4,6%)	11 (7,3%)	15 (9,9%)	59 (39,1%)	59 (39,1%)
Remplaçant (n=22)	1 (4,5%)	2 (9,1%)	0	8 (36,4%)	11 (50%)
↳ Avis spécialisé					
Homme (n=117)	9 (7,7%)	14 (12%)	27 (23,1%)	54 (46,1%)	13 (11,1%)
Femme (n=56)	2 (3,6%)	8 (14,3%)	12 (21,4%)	29 (51,8%)	5 (8,9%)
Installé (n=151)	10 (6,6%)	19 (12,6%)	31 (20,5%)	74 (49%)	17 (11,3%)
Remplaçant (n=22)	1 (4,6%)	3 (13,6%)	8 (36,4%)	9 (40,9%)	1 (4,5%)
↳ Urgences					
Homme (n=117)	10 (8,5%)	24 (20,5%)	34 (29,2%)	39 (33,3%)	10 (8,5%)
Femme (n=56)	4 (7,1%)	14 (25%)	12 (21,4%)	22 (39,3%)	4 (7,1%)
Installé (n=151)	11 (7,3%)	34 (22,5%)	44 (29,1%)	48 (31,8%)	14 (9,3%)
Remplaçant (n=22)	3 (13,6%)	4 (18,2%)	2 (9,1%)	13 (59,1%)	0
↳ Gestes évités					
Homme (n=117)	14 (11,8%)	18 (15,1%)	20 (16,8%)	42 (35,3%)	25 (21%)
Femme (n=56)	6 (10,7%)	15 (26,8%)	4 (7,1%)	22 (39,3%)	9 (16,1%)
Installé (n=153)	18 (11,8%)	26 (17%)	22 (14,4%)	55 (35,9%)	32 (20,9%)
Remplaçant (n=22)	2 (9,1%)	7 (31,8%)	2 (9,1%)	9 (40,9%)	2 (9,1%)
↳ Situations évitées					
Homme (n=112)	9 (8%)	21 (18,7%)	19 (17%)	58 (51,8%)	5 (4,5%)
Femme (n=54)	7 (13%)	17 (31,5%)	10 (18,5%)	20 (37%)	0
Installé (n=145)	12 (8,3%)	34 (23,4%)	26 (17,9%)	69 (47,6%)	4 (2,8%)
Remplaçant (n=21)	4 (19%)	4 (19%)	3 (14,3%)	9 (42,9%)	1 (4,8%)

Stratification de la Question n°12 sur la pression médico-légale et les antécédents de menace et/ou poursuite

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
↳ Interrogatoire					
Pression (n=123)	6 (4,9%)	27 (21,9%)	38 (30,9%)	46 (37,4%)	6 (4,9%)
Pas de pression (n=47)	9 (19,1%)	10 (21,3%)	17 (36,2%)	10 (21,3%)	1 (2,1%)
Antécédent (n=86)	6 (7%)	18 (20,9%)	32 (37,2%)	28 (32,6%)	2 (2,3%)
Pas d'antécédent (n=87)	9 (10,4%)	19 (21,8%)	25 (28,7%)	29 (33,3%)	5 (5,8%)
↳ Examen clinique					
Pression (n=123)	7 (5,7%)	26 (21,1%)	38 (30,9%)	45 (36,6%)	7 (5,7%)
Pas de pression (n=47)	9 (19,1%)	13 (27,7%)	14 (29,8%)	9 (19,1%)	2 (4,3%)
Antécédent (n=86)	7 (8,2%)	20 (23,2%)	30 (34,9%)	26 (30,2%)	3 (3,5%)
Pas d'antécédent (n=87)	9 (10,4%)	19 (21,8%)	24 (27,6%)	29 (33,3%)	6 (6,9%)
↳ Bilan biologique					
Pression (n=123)	6 (4,9%)	19 (15,4%)	26 (21,1%)	60 (48,8%)	12 (9,8%)
Pas de pression (n=47)	10 (21,3%)	13 (27,7%)	13 (27,7%)	10 (21,3%)	1 (2,1%)
Antécédent (n=86)	7 (8,1%)	20 (23,3%)	30 (34,9%)	26 (30,2%)	3 (3,5%)
Pas d'antécédent (n=87)	9 (10,3%)	20 (23%)	18 (20,7%)	34 (39,1%)	6 (6,9%)
↳ Bilan radiologique					
Pression (n=123)	5 (4,1%)	15 (12,2%)	24 (19,5%)	65 (52,8%)	14 (11,4%)
Pas de pression (n=47)	10 (21,3%)	11 (23,4%)	10 (21,3%)	15 (31,9%)	1 (2,1%)
Antécédent (n=86)	7 (8,1%)	10 (11,7%)	21 (24,4%)	39 (45,3%)	9 (10,5%)
Pas d'antécédent (n=87)	8 (9,2%)	16 (18,4%)	14 (16,1%)	43 (49,4%)	6 (6,9%)
↳ Information orale					
Pression (n=122)	2 (1,6%)	10 (8,2%)	19 (15,6%)	72 (59%)	19 (15,6%)
Pas de pression (n=47)	6 (12,8%)	7 (14,9%)	12 (25,5%)	21 (44,7%)	1 (2,1%)
Antécédent (n=85)	4 (4,7%)	6 (7,1%)	15 (17,6%)	49 (57,7%)	11 (12,9%)
Pas d'antécédent (n=87)	4 (10,3%)	11 (23%)	18 (20,7%)	45 (39,1%)	9 (6,9%)
↳ Dossier					
Pression (n=122)	1 (0,8%)	7 (5,7%)	9 (7,4%)	45 (36,9%)	60 (49,2%)
Pas de pression (n=48)	7 (14,6%)	6 (12,5%)	6 (12,5%)	21 (43,7%)	8 (16,7%)
Antécédent (n=87)	4 (4,7%)	5 (5,7%)	13 (14,9%)	28 (32,2%)	37 (42,5%)
Pas d'antécédent (n=86)	4 (4,6%)	8 (9,3%)	2 (2,3%)	39 (45,4%)	33 (38,4%)
↳ Avis spécialisé					
Pression (n=123)	4 (3,3%)	11 (8,9%)	28 (22,8%)	64 (52%)	16 (13%)
Pas de pression (n=47)	7 (14,9%)	11 (23,4%)	11 (23,4%)	17 (36,2%)	1 (2,1%)
Antécédent (n=86)	5 (5,8%)	9 (10,5%)	20 (23,3%)	40 (46,5%)	12 (13,9%)
Pas d'antécédent (n=87)	6 (6,9%)	13 (15%)	19 (21,8%)	43 (49,4%)	6 (6,9%)
↳ Urgences					
Pression (n=123)	4 (3,3%)	24 (19,5%)	33 (26,8%)	48 (39%)	14 (11,4%)
Pas de pression (n=47)	10 (21,3%)	13 (27,7%)	12 (25,5%)	12 (25,5%)	0
Antécédent (n=86)	5 (5,8%)	20 (23,3%)	20 (23,3%)	32 (37,2%)	9 (10,4%)
Pas d'antécédent (n=87)	9 (10,3%)	18 (20,7%)	26 (29,9%)	29 (33,3%)	5 (5,8%)
↳ Gestes évités					
Pression (n=124)	5 (4%)	25 (20,2%)	14 (11,3%)	50 (40,3%)	30 (24,2%)
Pas de pression (n=48)	14 (29,2%)	8 (16,7%)	9 (18,7%)	14 (29,2%)	3 (6,2%)
Antécédent (n=88)	12 (13,6%)	11 (12,5%)	16 (18,2%)	31 (35,2%)	18 (20,5%)
Pas d'antécédent (n=87)	8 (9,2%)	22 (25,3%)	8 (9,2%)	33 (37,9%)	16 (18,4%)
↳ Situations évitées					
Pression (n=118)	5 (4,2%)	25 (21,2%)	22 (18,7%)	61 (51,7%)	5 (4,2%)
Pas de pression (n=45)	11 (24,4%)	12 (26,7%)	5 (11,1%)	17 (37,8%)	0
Antécédent (n=81)	7 (8,6%)	17 (21%)	19 (23,5%)	33 (40,7%)	5 (6,2%)
Pas d'antécédent (n=85)	9 (10,6%)	21 (24,7%)	10 (11,8%)	45 (52,9%)	0

Annexe 5 : Schéma du guide « Annonce d'un dommage associé aux soins »

Annoncer le dommage

Le rendez-vous d'annonce doit avoir lieu, de préférence, dans les 24 heures qui suivent la détection du dommage et toujours dans le respect des délais légaux de 15 jours. Si l'obligation d'information est due uniquement au patient, il est cependant nécessaire de prendre en compte son entourage, avec son consentement.

Tous les professionnels sont concernés. Ils doivent être formés à l'annonce d'un dommage et à la gestion de leurs émotions. La recherche d'un soutien extérieur peut être bénéfique (par exemple : partage d'expériences, démarches collectives d'amélioration des pratiques telles que les revues de mortalité et de morbidité).



1 La préparation de l'annonce

Après la survenue d'un dommage, la priorité est d'atténuer les conséquences pour le patient, en assurant la continuité des soins et en identifiant ses besoins prioritaires.

Dans la mesure du possible, une phase préparatoire à l'entretien est à privilégier pour :

- rassembler les informations disponibles
- organiser le rendez-vous. Le lieu de rencontre habituel est à privilégier (cabinet du professionnel ou domicile du patient, notamment s'il ne peut pas se déplacer)
- anticiper les besoins éventuels du patient.

Le soutien d'un autre professionnel peut être précieux dans ce travail préparatoire.

Que s'est-il exactement passé ?

Comment vais-je lui expliquer ?

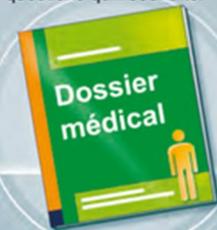
Quels sont ses besoins ?



2

Le rendez-vous d'annonce

- Expliquer les faits, connus et vérifiés, qui sont à l'origine du dommage.
- Être empathique, exprimer des regrets, et présenter des excuses en cas d'erreur avérée.
- Considérer la gravité du dommage subi du point de vue du patient.
- Inciter le patient à exprimer ses émotions et à poser toutes les questions qu'il souhaite.
- Se mettre au niveau de compréhension du patient, le « langage médical » pouvant être source d'incompréhension et d'anxiété.
- Décider du plan de soins en concertation avec le patient.
- Proposer au patient un soutien médical, psychologique, social ou spirituel et, si besoin, des rendez-vous de suivi.
- Tracer l'annonce dans le dossier médical.



3

Le suivi

L'annonce d'un dommage peut s'inscrire dans la durée. Dans ce cas, des rendez-vous de suivi sont à prévoir pour :

- informer le patient sur les nouveaux éléments connus depuis le 1^{er} rendez-vous
 - mettre en place les offres de soins et de soutien proposées lors de l'annonce.
- La prise en charge des événements indésirables survenus sera ensuite évaluée pour être éventuellement améliorée.



AUTEUR : CARREZ Céline

Date de Soutenance : 8 décembre 2016

Titre de la Thèse : Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive.

Etude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine générale

Mots-clés : médecine générale, judiciarisation, médecine défensive, Nord-Pas-de-Calais

Résumé :

Contexte : La judiciarisation peut provoquer un sentiment d'insécurité voire de souffrance pour le soignant qui craint d'être mis en cause. Pour se protéger, certains médecins ont développé des pratiques dites défensives. Non centrées sur le patient, elles sont coûteuses et parfois iatrogènes. L'objectif de ce travail est d'évaluer si la souffrance générée par la judiciarisation est corrélée à la pratique d'une médecine défensive.

Méthode : Une étude quantitative observationnelle transversale a été réalisée auprès de 300 médecins généralistes installés et remplaçants tirés au sort dans la région Nord-Pas-de-Calais. Un formulaire anonyme a permis le recueil des caractéristiques sociodémographiques et de l'impact psychologique et professionnel de la judiciarisation sur les soignants. L'avis des médecins a été mesuré par des échelles de Likert.

Résultats : Le taux de réponse exploitable est de 58,7%. 50% des interrogés ont eu un «antécédent de judiciarisation» : une menace pour 47,2% et une ou des poursuites pour 23,9%. Une pression médico-légale est ressentie par 72% des médecins. Cela génère une souffrance pour 82,1% d'entre eux. Face à la judiciarisation, 29,3% des médecins se disent prêts à cesser leur exercice libéral, 22,1% à arrêter la médecine et 73,4% déclarent mettre en place des pratiques défensives. Les stratifications sur le genre (homme/femme), le type d'exercice (installé/remplaçant) et les antécédents de judiciarisation ne mettent pas en évidence de différences significatives. En revanche, 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.

Conclusion : Quels que soient le genre et le type d'exercice, de nombreux médecins ressentent une pression médico-légale. La souffrance plus ou moins intense liée à ce ressenti, est corrélée à la pratique d'une médecine défensive. La relation médecin-malade est significativement altérée par la pression médico-légale et la médecine défensive. Or, une relation altérée favorise la judiciarisation. Renforcer la relation médecin-malade par une meilleure communication et rassurer le soignant quant aux risques médico-légaux par une meilleure information sur le droit médical, pourraient enrayer ce cercle vicieux.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur HEDOUIN Valery

Asseseurs : Monsieur le Professeur WIEL Eric

Monsieur le Docteur BAYEN Marc

Directeur : Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu