



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2014

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Yamina FOURNANE

le 28 octobre 2014

**POURQUOI LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES NE DONNENT-ILS QUE
RAREMENT SUITE AUX VIOLENCES QUI LEURS SONT FAITES ?**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Alain GERARD

Président

Mme le Professeur Eliane ALBUISSON

Juge

Mme le Docteur Elisabeth STEYER

Juge

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Juge

Mme le Docteur Isabelle MONTELATICI

Juge et Directeur

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre

LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU

- Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -

Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-

Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT -

Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle

SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -

Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone
GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre
NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur
Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT -
Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René
ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie ; oncologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie)

médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Alain GERARD

Professeur de Réanimation Médicale

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider ce travail et de nous transmettre votre avis clairvoyant et rigoureux.

Soyez certain que notre reconnaissance est totale et authentique.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Professeur Eliane ALBUISSON

**Professeur de Biostatistiques, Informatique Médicale et
Technologies de communication.**

*Nous vous prions de voir dans ce modeste travail toute l'expression de
notre profond respect et de notre immense gratitude.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

**Maître de Conférences des Universités de Médecine
Générale**

*A vous qui nous avez appris notre métier. Nous vous remercions pour
les enseignements de qualité offerts.*

Nous vous remercions de juger notre travail.

Soyez assuré de notre éternel respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur associé de Médecine Générale

Nous vous sommes reconnaissants de nous faire l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de notre travail. Nous vous prions d'accepter notre respectueuse considération.

À NOTRE DIRECTEUR ET JUGE

Madame le Docteur Isabelle MONTELATICI

Médecin Généraliste

Merci pour votre soutien et votre accompagnement durant ces années.

Merci d'avoir accepté de relever ce défi à mes côtés.

Nous nous souviendrons de votre soutien indéfectible et de vos conseils.

Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Au Docteur Aline Hurtaud, avec qui je partage ce travail, merci pour vos précieux conseils et votre rigueur.

À tous les médecins qui ont contribué à ce travail en acceptant d'y participer.

A ma famille, qui a fait preuve d'un soutien infaillible.

A ma mère, qui a su très tôt nous transmettre ses valeurs, tu y es pour beaucoup dans cette réussite, merci pour tout !

A mon père, merci de m'avoir fait confiance.

A Mohamed, frère de toujours, merci pour ta présence et ton soutien.

A Farida, sœur « adoptive », tu m'as connue un peu avant que j'entame cette formation médicale, et tu as toujours été là !

A Sadek, co équipier des premières années. N'oublie pas, Docteur, que ton parcours est admirable.

A Zohra, la personne la plus persévérante que je connaisse ! Je suis très fière de ton parcours !

A mes petits microbes Ahmed, Khira, Amine, Myriam et Nour. Comme j'avais hâte de vous retrouver après une bonne semaine de travail. Les moments partagés avec vous étaient mes récréations ; et je souhaite en partager encore beaucoup !

A ma Dida...

A mes amies et amis de toujours. Pour plusieurs d'entre vous, c'est la médecine qui nous a réunis.

Sophie, nos chemins ont fini par se croiser sur les hauteurs de Brabois, et c'est bien mieux maintenant que de faire la course contre toi !

Merci à Xavier, pour tes corrections/mise en page/ statistiques/ partie de cranium/ barbecue !

Nina, douée pour poser le diagnostic d'angine, à la page sur les jouets tendances... ne change pas !

Manue, merci au système de vente de livres qui nous a réunis, et à tous ces bons souvenirs, de la course de caddy à Glynis. Allez, j't'en veux pas d'avoir soutenu avant moi.

Geoffrey, définitivement, bienvenue dans le groupe. Merci pour ta gentillesse et ta serviabilité.

Un grand merci à Laurène, et toute sa famille. On s'est connu sur les bancs de la fac. Qui aurait dit que dix ans plus tard on en serait là... Et dans dix ans, on prédit ton retour en métropole ?

Nico, bravo pour ta persévérance ! Merci pour toi et merci pour nous ! Tu sais que tu fais définitivement partie du groupe, du noyau dur comme tu dis ! Ne plus t'y voir est inconcevable !

Merci à Zouz ! Merci pour ton statut de co-intendant. Et merci, d'avoir pris le temps de récupérer mes fichiers, broyés dans l'espace intersidéral de mon nouvel ordi...

Merci à Alex, pour ta participation à nos soirées et escapades, passées et à venir. Merci pour ton travail de coéquipière et co-intendante.

Merci à Nora, Sarah, Karine, Julien, Elo et Steven, et à toutes ces personnes rencontrées durant cette aventure.

Merci à Karim pour ton soutien.

Merci à toutes ces personnes qui ont contribué à mon apprentissage, qui m'ont fait confiance, et qui ont su alimenter en permanence ma motivation, à commencer par le Docteur Zarini. Merci à M. Amberg, apprendre avec vous a été une chance. Merci à M. Ratzel. Vous avez suivi mon parcours, croisé les pouces comme vous disiez, et avez été fier. Merci à Christiane, une belle histoire d'amitié est née avec notre famille. Merci à tous les médecins rencontrés durant ces années de formation, ainsi qu'aux équipes paramédicales. Un remerciement particulier au Docteur Attari et sa famille. Vous m'avez transmis et appris l'exercice de la médecine avec beaucoup d'humanité.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Introduction.....	19
Matériel et méthode	22
1) Choix de la méthode de recherche	23
2) Constitution de l'échantillon	23
3) Choix de la technique de recueil des données.....	24
4) Méthode d'analyse des récits.....	25
Résultats	26
1) Caractéristiques de la population étudiée.....	27
2) Analyse du corpus : causes de sous-déclaration des actes de violences	29
2.1. Méconnaissance des procédures.....	30
2.2. Perception du rôle des instances ordinales et juridiques.....	32
2.3. Absence de résultats	33
2.4. Bienveillance, empathie et soins	36
2.5. Charge administrative.....	38
2.6. Un risque du métier	40
2.7. Subjectivité de la violence	41
2.8. Violence et insécurité, phénomène sociétal.....	42
2.9. Peur des représailles	43
2.10. Violence en médecine générale : sujet tabou	44
2.11. Absence de preuve.....	45
2.12. L'isolement.....	46
2.13. Des médecins qui ne se sentent pas concernés... ..	46
3) Analyse du corpus: autres résultats.....	47
3.1. Sentiment d'insécurité dans l'exercice de la médecine générale	47
3.2. Typologie de la violence	48
3.3. Typologie de l'agresseur.....	52
3.4. Facteurs favorisant la survenue d'actes de violence	55
3.5. Mesures mises en place pour améliorer la sécurité par les médecins après avoir subi un acte de violence	60

1) Signalement non juridique	60
2) Signalement juridique	62
3) Sécurisation au cabinet	62
4) Changement d'attitude du médecin	63
5) Choix du mode d'exercice	65
6) L'argent	66
7) Sécurisation en dehors du cabinet	66
3.6. Propositions pour améliorer la sécurité en médecine générale.....	67
1) Améliorer les outils du CNOM	67
2) Rôle de la justice.....	70
3) Formation	72
4) Mesures de sécurisation	72
5) Échelon local.....	77
6) Mode de paiement	78
7) Recensement et gestion des patients à risque	79
Discussion	80
1) Pourquoi les médecins généralistes libéraux déclarent-ils si peu les actes de violence dont ils sont victimes ?	81
2) Forces et faiblesses	83
2.1. Forces du travail	83
2.2. Faiblesses du travail	83
1) L'échantillon	83
2) Les entretiens.....	84
3) Analyse des résultats.....	85
3) Comparaison avec les données de la littérature	85
4) Propositions pour l'avenir	89
4.1. Place des autorités face aux violences	89
1) Réduire la méconnaissance par la formation et l'information	89
1.1. Propositions pour améliorer l'information.....	89
1.2. Propositions pour améliorer la formation	93
2) Place du CNOM dans la lutte contre l'insécurité	94
4.2. Répondre aux attentes des médecins.....	96
1) Améliorer la sécurité lors des situations à risque.....	96
2) Une déclinaison locale des mesures proposées.....	99
4.3. L'empathie du médecin.....	101
4.4. Lever le tabou et rompre l'isolement	102

Conclusion	106
Bibliographie.....	109
Annexes.....	115

Liste des abréviations

ARM : Assistant de Régulation Médicale

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

PO : Pyrénées Orientales

Protocole SSJO : Protocole Santé Sécurité Justice Ordre

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

ZUS : Zone Urbaine Sensible

Introduction

« Médecin, un métier à risque », « Le médecin généraliste, une personne seule ». Avec ces titres, la presse se fait l'écho de l'insécurité, grandissante si l'on en croit leurs propos, envers les médecins généralistes (1, 2). Depuis une quinzaine d'années, l'insécurité affectant l'exercice médical est devenue une préoccupation pour les médecins libéraux. Ceci a donné lieu à plusieurs travaux ayant le même but : comprendre la violence pour pouvoir la prévenir dans ce corps de métier, acteur indispensable de notre société (3-6).

De nombreuses études permettent de faire l'état des lieux des violences dont les médecins généralistes français sont victimes. En 2001, le rapport sur les violences subies par les professionnels de santé, diligenté par la Ministre de l'emploi et de la solidarité, a présenté les données recueillies auprès de 350 professionnels de santé (7). Ce rapport montrait qu'à la différence des pharmaciens d'officine, il n'existait pas de statistiques élaborées par les organisations représentatives des médecins libéraux et que les données quantitatives sur la violence étaient partielles. Ce rapport confirmait la réalité des violences subies par les médecins libéraux et précisait que celles-ci pouvaient mener à la désertification médicale de certains territoires. En 2002, une étude quantitative menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a interrogé 801 médecins. Elle retrouvait 59% des médecins ayant été victimes de violences ; 51% d'entre eux voyaient une dégradation des conditions d'exercice sur les cinq dernières années (8). Elhadad Michel M. a mené dans le cadre d'une thèse une enquête rétrospective auprès de tous les médecins généralistes de Rhône-Alpes, sur les situations d'insécurité vécues. Entre 2004 et 2006, 61% de ces praticiens avaient été confrontés à au moins un problème d'insécurité, avec au premier rang les violences verbales et les incivilités (39,3%) (9). Enfin, d'autres données sont fournies par les rapports annuels du recensement national des incidents, établis par l'IPSOS via l'Observatoire pour la Sécurité des

médecins (OSM). En 2013, 925 incidents ont été signalés, dont une majorité de violences verbales et d'agressions (69%) (10).

L'OSM, créé en 2003 par le CNOM, répond aux questions des médecins qui souffrent d'un sentiment d'insécurité, facilite leurs démarches lorsqu'ils ont été agressés, et cherche à prévenir ces agressions (11). Pour améliorer le repérage des violences, le CNOM a également mis en place une fiche de signalement, disponible pour tout médecin victime de violences (12). Un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé a été établi dès 2005 ; il rappelle la nécessité de déclarer toute violence subie aux instances ordinales et juridiques, même en cas de violence verbale, d'insulte ou menace, ces faits constituant un délit pénal (13).

Pourtant les recours à la voie juridique et non juridique restent faibles. En 2013, seuls 31% des incidents rapportés à l'Ordre des Médecins ont fait l'objet d'une plainte et 14% d'une main courante : à peine un cas de violence sur deux était donc signalé à la justice. Ces taux sont en réalité probablement bien plus faibles, puisqu'il faut tenir compte d'une sous-déclaration très importante. Dans l'étude menée en Rhône-Alpes précédemment citée, seulement 28,5% des actes de violences avaient fait l'objet de déclarations, la plupart du temps à des confrères (17,7%), puis à la police (17,2%) et rarement à l'Ordre (6,9%) (9).

Améliorer la prise en charge des médecins victimes de violences et prévenir l'insécurité nécessiteraient une déclaration plus systématique des faits par les médecins concernés. La littérature donne peu d'éléments de compréhension de ce phénomène de sous-déclaration par les médecins victimes de violences. Ce travail avait donc pour objectif de comprendre pourquoi les médecins généralistes n'ont qu'exceptionnellement recours à la déclaration des violences qui leurs sont faites.

Matériel et méthode

1) Choix de la méthode de recherche (14-16)

L'objectif de notre étude était de comprendre pourquoi les médecins ne déclarent pas tous les actes de violence dont ils sont victimes. Il s'agissait donc d'étudier une variable non quantifiable, non mesurable de façon objective ce qui fait appel à une méthode de recherche qualitative. Cette méthode a l'avantage d'explorer les émotions et les sentiments des sujets interrogés, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Il ne s'agissait pas uniquement de confirmer ou d'infirmer une hypothèse, mais de mettre en évidence des notions à priori inconnues : il s'agissait d'un travail exploratoire.

2) Constitution de l'échantillon

En recherche qualitative, l'échantillon constitué ne vise pas une représentativité statistique de la population étudiée. L'objectif du recrutement était d'explorer la diversité des opinions et représentations : l'échantillon était choisi et raisonné.

Nous avons sollicité des médecins généralistes, de Moselle et Meurthe-et-Moselle. La proximité géographique de l'enquêteur a porté ce choix vers ces départements. Le choix des médecins généralistes installés s'effectuait via les pages jaunes, en variant leurs caractéristiques démographiques tel que le mode d'exercice (seul, en groupe, maison médicale), le genre, le lieu d'exercice (urbain, semi rural, rural). Le choix des médecins généralistes remplaçants se faisait via le réseau de connaissances personnelles de l'enquêteur, lui-même médecin remplaçant.

Avoir été victime d'un acte d'insécurité n'était pas un critère de recrutement.

Le recrutement s'est fait dans un premier temps en appelant directement les médecins généralistes. Au cours du premier contact téléphonique, nous leur présentions succinctement l'objectif et la méthode de ce travail. Ne pas révéler le sujet du travail aurait réduit les chances de participation à l'enquête.

Rapidement, nous avons été confrontés à un certain nombre de refus de participation. Nous avons alors modifié notre méthode de recrutement dans le but

d'améliorer le taux de réponses favorables. Un courrier expliquant le travail a été envoyé aux médecins concernés, à la fin duquel une note expliquait qu'ils seraient recontactés quelques jours plus tard pour fixer, s'ils l'acceptaient, un rendez-vous pour un entretien. Cette méthode a été plus efficace et a facilité le recrutement.

La taille de l'échantillon était guidée par la saturation. Si aucune idée nouvelle n'apparaissait après la retranscription d'une nouvelle interview, les données étaient considérées comme saturées. Nous avons mené une interview supplémentaire après saturation, pour confirmer celle-ci.

3) Choix de la technique de recueil des données

Nous avons choisi pour notre travail la méthode des entretiens individuels. Les entretiens étaient semi-directifs : l'enquêteur pose des questions ouvertes prédéfinies sur un guide d'entretien et le participant s'exprime librement sur ces questions.

Le guide d'entretien était souple et constitué de questions ouvertes définissant des champs à explorer, desquels l'interviewer ou l'interviewé pouvaient diverger pendant l'entretien pour étudier une idée plus en détail. Après revue de la littérature, le guide d'entretien a été élaboré par l'auteure de ce travail et son directeur. Celui-ci comportait initialement sept questions. Les questions étaient les plus courtes et les plus simples possibles, rédigées de façon à être comprises de tous. Après avoir énoncé la question, un temps de réponse était respecté. Des relances étaient prévues ; elles avaient pour but de pousser la réflexion de l'interviewé plus loin. Comme il est communément autorisé en recherche qualitative, une huitième question a été ajoutée au guide d'entretien, et certaines questions ont été reformulées au fur et à mesure des entretiens afin d'augmenter la pertinence des entretiens.

Toutes les interviews ont été enregistrées, avec l'accord oral préalable de chaque participant. Elles étaient toutes réalisées au cabinet du médecin. Au cours de leur réalisation, des notes étaient éventuellement prises et concernaient l'attitude des interviewés. Les enregistrements étaient ensuite retranscrits intégralement dans un

délai de moins de sept jours. L'objectif était d'être fidèle au discours produit, en respectant et retranscrivant les silences, les hésitations et les attitudes.

4) Méthode d'analyse des récits

Une fois l'ensemble des entretiens retranscrits, une première étape consistait à les lire et relire, pour prendre connaissance du corpus. La méthode d'analyse choisie était celle de l'analyse thématique. Elle consistait à isoler les verbatims qui, d'un entretien à l'autre, se référaient au même thème. On ne s'intéressait pas à une cohérence singulière mais à une cohérence thématique inter-entretiens. Ainsi, un même code était attribué à un mot ou groupe de mots, ou encore parfois à une attitude, qui se référait à une même idée, un même sous-thème. La codification permet une présentation quantifiée des résultats. Il se dégageait progressivement de nos entretiens une grille d'analyse avec plusieurs sous-thèmes. Cette grille était hiérarchisée autant que possible en thème. Le but était de décomposer au maximum l'information, et ainsi minimiser les interprétations non contrôlées.

Résultats

1) Caractéristiques de la population étudiée

Seize médecins généralistes ont été interrogés. Le genre, le lieu d'exercice, le mode d'exercice étaient les facteurs pris en compte pour le choix des interviewés. Sur 13 médecins contactés, 5 ont accepté de participer. Dans un deuxième temps, l'envoi du courrier (à 15 médecins) et le rappel ultérieur nous a permis de recruter les autres participants. Une fois l'interviewé rencontré, d'autres critères étaient précisés tel que la participation au tour de garde, la réalisation de visites à domicile, la présence d'un secrétariat. Le tableau I résume l'ensemble de ces caractéristiques.

La saturation était obtenue à l'issue de la réalisation de la quinzième interview. Un seizième entretien est venu compléter et confirmer la saturation.

L'analyse du corpus a permis de définir les thèmes et sous-thèmes suivants :

- Causes de sous-déclaration des actes d'insécurité (tableau II)
- Autres résultats :
 - Sentiment d'insécurité
 - Typologie de la violence
 - Typologie de l'agresseur
 - Facteurs favorisant la violence
 - Mesures mises en place par les médecins contre l'insécurité

Tableau I : Caractéristiques démographiques des médecins généralistes interrogés

N° MG	Genre	Âge	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Secrétaire	Visites	Gardes
1	Femme	49	Urbain	Cabinet groupe	Oui	Occasionnelles	Oui
2	Homme	42	Urbain	Cabinet groupe	Oui	Non	Oui
3	Homme	33	Urbain	Remplaçant fixe	Non	Oui	Non
4	Homme	51	Semi-rural	Seul	Non	Oui	Oui
5	Femme	30	Urbain	Remplaçante	Non	Oui	Oui
6	Femme	40	Urbain	Cabinet groupe	Oui	Oui	Oui
7	Homme	53	Urbain	Seul	Oui à mi- temps	Oui	Oui
8	Femme	42	Urbain	Cabinet groupe	Oui	Oui	Oui
9	Homme	51	Urbain	Maison médicale	Oui	Oui	Oui
10	Homme	61	Urbain	Cabinet groupe	Oui	Oui	Oui
11	Homme	29	Urbain	Remplaçant fixe	Non	Oui (semi-rural)	Oui
12	Homme	34	Urbain/semi- rural	Maison médicale	Oui	Oui/semi-rural+++	Oui
13	Femme	48	Urbain	Cabinet groupe	Oui	Oui	Oui
14	Homme	55	Urbain	Cabinet groupe	Oui	Oui	Oui
15	Homme	53	Urbain	Cabinet groupe	Oui	Oui	Oui
16	Femme	42	Urbain	Seule	Oui	Oui	Oui

2) Analyse du corpus : causes de sous-déclaration des actes de violences

Treize causes de sous-déclaration des actes de violences ont été identifiées par les médecins généralistes interrogés. Elles sont présentées dans le tableau qui suit selon leur fréquence de citation, puis détaillées ensuite dans les verbatims.

Tableau II : Causes de sous-déclarations des actes de violence subies par les MG

N°MG \ Causes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Méconnaissance des procédures																
Absence de résultats																
Bienveillance, empathie et soin																
Charge administrative																
Risque du métier																
Perception du rôle des instances ordinales et juridiques																
Subjectivité de la violence																
Peur des représailles																
Phénomène sociétale																
Absence de preuve																
Sujet tabou																
Isolement																
Ne se sent pas concerné																

2.1. Méconnaissance des procédures

La **méconnaissance des voies de recours** était un facteur largement cité, qui expliquait le défaut de déclaration aux instances ordinales. Une question de notre guide cherchait à évaluer le rôle du CNOM dans la lutte contre l'insécurité en médecine générale. Souvent les médecins n'attribuaient pas de rôle au CNOM dans ce domaine, ou ne lui connaissait pas de rôle. Les médecins ne comprenant pas spontanément le sens de la question correspondante du guide d'entretien, une relance devait souvent compléter la question. (« Connaissez-vous les moyens mis en œuvre par le Conseil pour la lutte contre l'insécurité ? »). À ce sujet, aucun des 16 médecins ne connaissaient les moyens de recours possible au CNOM (Tableau III).

Les médecins commentaient souvent par la suite leur méconnaissance :

« On est vachement au courant parce qu'ils nous envoient vachement les infos (ton ironique) » [MG 1]

« ... J'ai 23 ans d'exercice installé, euh... donc votre, enfin l'observatoire existe a priori depuis une dizaine d'années, j'ai pas connaissance dans mon entourage proche de quelqu'un qui un jour aurait fait une déclaration à cet observatoire... Vraisemblablement par méconnaissance (...) Bien qu'on ait tous subi de la violence verbale » [MG 9]

« On subit et on n'a pas de recours, on sait pas vers qui se tourner... On est vraiment démuni par rapport à ça. C'est la première fois que j'en entends parler » [MG 11]

« ... Simplement ça se trouve sur le site du Conseil ou... ? » [MG 14]

Tableau III : Méconnaissance des procédures ordinales

Numéro MG	Quel rôle joue le CNOM dans la lutte contre l'insécurité en médecine générale ? Connaissez-vous les moyens mis en œuvre par le Conseil pour la lutte contre l'insécurité ?
MG 1	« Non, et je sais même pas si y'en a »
MG 2	« ... je sais pas ce qui... je crois savoir qu'ils essayent quand même de mener certaines enquêtes, voilà, de nous sensibiliser à, mais bon dans notre pratique de tous les jours, on est tellement je dirais submergé de travail que bon... »
MG 3	« non je ne connais pas les différentes démarches possibles »
MG 4	« Non, pas du tout... Est-ce que y'a beaucoup de médecins au courant de ça ? Moi j'suis pas au courant »
MG 5	« Rien du tout ! Je savais même pas qu'il jouait un rôle dans la sécurité ! »
MG 6	« dans mon cas personnel pas grand-chose ! » (Rôle du CNOM dans la lutte contre l'insécurité)
MG 7	« (Silence)... »
MG 8	« Alors là, (rigole), je n'en sais rien ! (rigole) »
MG 9	« (sourir), honnêtement ? j'en sais rien (sourit) »
MG 10	« (silence). Alors rien, comme pour le reste, hein, pour être clair et net, rien, euh, rien rien rien, il ne représente rien du tout. »
MG 11	« Mmh, j'y ai jamais été trop confronté, j'peux pas trop dire. »
MG 12	« ... J'avais pas dire que je sais rien parce que on reçoit fréquemment des lettres de l'Ordre à ce sujet... mais je sais plus ce que c'était... c'était surtout des rapports, etc., pas des conduites à tenir je crois, pas vraiment »
MG 13	« ... Non, non... Peut-être qu'ils en parlaient dans les livrets envoyés... mais je les survolais... non je connais pas »
MG 14	« (sourit). Ah ça je n'sais pas si vraiment on a un... on a p't être, oui je sais pas, mais on a peut-être un soutien de sa part, c'est tout à fait possible mais j'ai pas connaissance... »
MG 15	« Rien. Strictement rien. »
MG 16	« mmh, pas grand-chose... enfin je sais pas trop quel rôle il a pour ça, si il en a un... si, à part piloter des... des études ou des enquêtes, effectivement sur l'insécurité... j'vois passer des trucs dans l'courrier... »

2.2. Perception du rôle des instances ordinales et juridiques

L'analyse de nos entretiens montrait que bien souvent, lorsque le médecin était ou imaginait être amené à déclarer un fait de violence, **il se retournerait d'abord vers les autorités judiciaires, de par leur poids et leur pouvoir**, et plus rarement vers le Conseil de l'Ordre :

« ... Si je me fais taper ou voler, y'aura les flics, automatiquement je suis obligée de prévenir le Conseil de l'Ordre (...) C'est pas au niveau du Conseil de l'Ordre qu'il faut améliorer ça, c'est au niveau de la justice » [MG 1]

Pour MG 4, le rôle du Conseil restait limité :

« ... des fois pour avoir des renseignements, ou alors parfois quand ça va pas concernant les secteurs de gardes, à deux reprises j'ai appelé... Et puis quand je fais une étude par un laboratoire, pour le signaler... Voilà quoi, c'est tout »

« ... le plus important c'est de savoir dans quel délai la police est là, si elle se déplace ; parce que c'est surtout elle qui intervient » [MG 4]

En demandant à MG 6 ce que représentait le Conseil dans la lutte contre l'insécurité, elle répondait :

« Dans mon cas personnel pas grand-chose... J pense qu'ils ont pas un très gros poids, c'est pas du tout leur cheval de bataille principal ça c'est clair ».

Et quand on lui demande quelle démarche elle adopterait en cas d'agression plus grave, elle complète : *« Je pense que je vais voir un de mes associés entre autre pour faire le certificat médical et je vais porter plainte... (Le Conseil) en premier peut-être pas. J pense que je le signalerais mais en premier j'irais porter plainte ».*

Le Conseil a *« un rôle de conseil comme son nom l'indique »*, expliquait MG 9.

« ... C'est pas d'eux (CNOM) que nous viendra la solution si jamais il devait y avoir recrudescence de violence » [MG 10]

« ... Il faut déclarer les cas d'agressivité... Mais bon ça serait pas là que je m'orienterais en premier ; moi j'irais plutôt à la gendarmerie » [MG 12]

« Oui mais le Conseil n'a pas de pouvoir contre l'agresseur... » [MG 13]

« C'est à la Justice de s'en mêler, pas à l'Ordre... J'vois pas le pouvoir qu'il peut avoir (CNOM) » [MG 15]

Seuls MG 2 et MG 11 déclaraient qu'ils se retourneraient en premier vers le Conseil, en cas d'agression « légère » :

« Maintenant c'est sûr que si j'avais des pressions de la part d'un patient et que je n'arrive pas à l'exclure, je puisse me retourner d'abord vers le Conseil de l'Ordre pour leur demander le pourquoi du comment, que faire. Voilà j'irais d'abord vers eux plutôt que d'aller d'emblée porter plainte » et « ... J'irais voir le CDOM, hein, le CNOM... le CDOM pour savoir comment gérer cette situation ».

2.3. Absence de résultats

Il s'agissait de la deuxième cause la plus évoquée par les médecins interrogés. L'absence de résultats était citée, souvent par expérience, concernant les démarches juridiques :

« Tu déposes plainte ça va au procureur, le procureur... C'est comme le dossier de la MDPH qui traîne depuis le mois d'août. Alors août, septembre... mars... huit mois, on n'en entendra pas parler ! (...) Ces gens souvent ne sont pas solvables ; les trois quarts du temps ils entrent tu sais pas qui c'est (...) Mais maintenant qu'est-ce que tu veux porter plainte contre un M.X, je veux dire il a un dossier long comme ça, tu vas chez les flics ils prennent la main courante, c'est pour dire quoi ? Pour les statistiques ? (...) Quand je suis allée porter plainte pour la MDPH avec mon collègue, ben les flics ça les embêtaient, parce qu'ils savaient très bien qu'ils feraient rien, parce que quand il a vu le nom, ils la connaissaient » [MG 1]

« ... Ma foi la police quand on les appelle pour des faits on va dire d'incivilités, ils bottent en touche ; et quand il y a des occupations de locaux inacceptables, ils ne réagissent pas ou ils vont vous dire on n'a pas les moyens de venir (...) Pas la police parce que la police ne pourra pas venir en temps et en heure c'est sûr (...) Oh ben j'pense que y'aura pas grand-chose comme résultats au bout (après le dépôt de plainte) » [MG 2]

« ... aller déposer plainte, machin et tout... pour des trucs de toute façon... des résultats qui en général sont... nuls... J'ai pas porté plainte, ça n'aurait abouti à rien... Et puis on a téléphoné quand même à la police. Et ils me disent mais vous voulez

faire quoi ? De toute façon dans quinze jours il est en taule, on va rien faire contre lui » [MG 7]

« Non ! Non non non non ! J'le vois bien. Nous on est amené à faire beaucoup de certificats de coup et blessures pour les gens qui sont agressés et je vois que ça ne donne rien. Moi-même je n'y vais pas donc... et ça m'étonne pas que les médecins ne déclarent pas... De toute façon on n'aura pas la compassion de la police, et si on l'a on n'aura pas l'écoute... » [MG 13]

« Après la police, euh... j'suis pas persuadé que ce soit leur premier souci (sourit) » [MG 14]

« ... J'suis pas sûr qu'on soit pris au sérieux dès qu'on veut signaler une... une violence » [MG 15]

MG4, lui, abordait la notion de sévérité des peines pour les agresseurs de médecins :

« Oui mais on s'en fout des peines... rien du tout ! Y'a un médecin à L. avant que je m'installe, elle s'est fait agresser dans son cabinet, elle s'est fait poignarder, elle en n'est pas morte mais elle a quand même atterri en réa... imaginons que cette femme se fasse tuer ; elle meurt de ses blessures... qu'est-ce que ça peut lui apporter à elle ou à sa famille que le gars, au lieu de cinq ans il va faire dix ans ? » [MG 4]

Les médecins commentaient également le manque d'impact des mesures mises en œuvre par le CNOM, (une fois celles-ci expliquées, car souvent méconnues) :

« Mais de toute façon au Conseil de l'Ordre ils savent très bien que y'a de l'insécurité... Les statistiques ils en font quoi ? Ça bougera pas les choses plus que ça... Et qu'est-ce que tu veux faire des statistiques violences verbales ? ... y'a rien qui a été fait et tout ça (outils du CNOM) c'est que des parlottes... » [MG 1]

« Mais si ça aboutit à rien je ne vois pas trop l'intérêt » [MG 3]

« ... Je vois pas l'impact en tout cas moi ça m'aide pas tellement (outils du CNOM)... En pratique ça a donné quoi depuis 2004 ? (...) ça pour moi ça n'apportera rien » [MG 4]

« Ben peut-être que ça débouche sur rien ! ... mais du coup j'suis pas sûre au final que ça apporte quelque chose... peut-être que y'a pas de résultat en fait... à mon avis la première cause c'est que ça débouche sur rien » [MG 5]

« ... J'en avais parlé donc à l'Ordre... Ça les a fait plus sourire qu'autre chose à l'époque... et... et puis y'a pas eu de suite bien sûr » [MG 6]

MG 8 commentait au sujet de la déclaration au Conseil : *« ... À part répertorier des actes ok mais... faudrait des résultats. Si après le médecin porte pas forcément plainte... j'veux dire notre déclaration au Conseil de l'Ordre... c'est pas une plainte de toute façon... donc après il faut aller porter plainte ? »*

« ... Comme toutes les missions de l'Ordre euh... c'est certainement beaucoup de travail euh... pour à mon avis pas beaucoup de résultats » [MG 9]

« ... de toute façon ça va pas aboutir à grand-chose (...) Alors rien, comme pour le reste, hein, pour être clair et net, rien, euh, rien rien rien, il ne représente rien du tout (rôle du Conseil dans la lutte contre l'insécurité) » [MG 10]

« ... Oui mais la fiche elle permet d'évaluer la violence... mais c'est pas sanctionnant ? » [MG 12]

« ... déclarer quelque chose... moi je le fais quand c'est grave, et... et quand au bout je peux espérer obtenir réparation... Après très sincèrement, moi je compterai pas sur... sur la fiche pour réduire la violence verbale... » [MG 16]

Deux médecins précisait que par résultats, il ne fallait pas oublier la prévention :

« ... Bon la fiche de signalement c'est pas à titre préventif parce que... c'est a posteriori » [MG 3]

« Et puis je vois pas en quoi recueillir les actes de violences... violences verbales, ça va permettre de renforcer la prévention de ce type de violence... » [MG 15]

2.4. Bienveillance, empathie et soins

Dans le discours des médecins, on retrouvait un aspect fondamental de la médecine et du **serment d'Hippocrate : l'empathie**. Le soignant se devait d'être bienveillant, ce qui conduit à tolérer certains actes de violences.

MG 2, qui a été victime de menaces avec arme blanche expliquait :

« ... On n'est pas censé être dans la plainte systématique des patients ; on est censé comprendre, comprendre... même comprendre celui qui nous met un couteau... On peut partir de l'idée que si il le fait, c'est pas juste pour nous embêter, maintenant c'est vrai que la demande est un peu particulière... Bon c'est vrai qu'on minimise ce genre de chose (...) Je pense que dans l'esprit du médecin, y'a le fait de rendre service à la population donc on peut pas imaginer que, soignant les gens, leur apportant du bien on puisse nous en vouloir » [MG 2]

« ... si on est d'emblée sur un versant défensif auprès de nos patients, je pense que ça se passera difficilement ; la relation médecin malade sera difficile (...) C'est pas trop le travail du médecin à aller dénoncer les patients... » [MG 3]

« Y'a quand même un lien avec mes patients, même si je suis que remplaçante, mais y'a un cabinet où je remplace régulièrement donc je finis par les connaître... Quelque part je leur trouve des excuses ! » [MG 5]

« ... On se dit des fois que le patient n'en vaut pas la peine... enfin ça vaut pas la peine non plus de ... (soupir) » [MG 8], sous-entendant que certains patients ont déjà tellement de soucis personnels qu'il est inutile d'en rajouter.

« ... j pense que ça reste, peut-être, peut-être sur le... sur la base du... j'allais dire du serment d'Hippocrate, pour rester euh... un peu emphatique... euh, bon, j crois que si... si y'a pas de conséquences extrêmes, on peut laisser tomber en disant pauvre gars, pauvre fille... » [MG 9]

« Moi j pense que si jamais ça devait m'arriver avec quelqu'un de ma patientèle, je... bon j'ai peut-être un peu des rapports privilégiés avec les gens que je soigne mais je porterais pas plainte contre quelqu'un que je connais... Si c'est de leur patientèle à eux et que c'est vraiment un passage à l'acte euh... dû à une cause très particulière et n'arrivant pas tout le temps ; et que c'est vraiment accidentel, si c'est quelqu'un, un de leurs patients, j'imagine très bien qu'ils puissent ne pas porter plainte... Si on connaît la personne qui nous a agressé, je pense et j'espère, que les médecins qui se font agresser, c'est vraiment dans des situations très particulières qui ne peuvent

pas se reproduire tout le temps, on peut essayer de discuter et pas d'enfoncer la personne et de l'mettre encore plus bas » [MG 10]

« ... La personne qui avait proférée des menaces était déjà, disons... dans le collimateur de la justice donc j'me suis dit j'avais pas lui, l'enfoncer encore plus et puis voilà quoi » [MG 14]

« Y'a le patient pas content sans raison, et y'a le patient mécontent, qui reste poli, avec qui on a établi une relation de confiance, et avec qui en général on peut discuter » [MG 15]

MG12 essayait de comprendre ce qui peut pousser un médecin à ne pas déclarer :

« ... Peut-être la peur de nuire aux gens ou aux patients... ».

Un autre aspect du serment d'Hippocrate était abordé, celui du **secret médical** qui d'après ces médecins rendait la déclaration difficile :

« ... y'a aussi le versant du secret médical... » [MG 3]

« ... y'a le problème du secret médical ... » [MG 5]

Certains médecins intégraient cette violence à leur démarche de soin et cherchaient à en comprendre les origines pour la traiter :

« Pareil pour le schizophrène qui était agressif au cabinet, c'est pas avec le Conseil que je vais régler le problème. Ce patient-là je le connais, je sais c'est quoi son problème, il fallait juste qu'on le reprenne en charge, qu'on le ré hospitalise parce qu'il refusait de se soigner (...) Et ça c'est pas forcément par le Conseil de l'Ordre ou par les autorités qu'on va régler ce problème là (...) Et puis après y'a des contextes familiaux qui vont faire que la situation est telle que la tension est telle que y'a des gens qui débordent mais on les resitue... C'est la particularité en médecine générale, c'est qu'on connaît le contexte familial et l'univers dans lequel ils évoluent... le médecin traitant, souvent, connaît ses patients, connaît l'agresseur » [MG 4]

« Je sais plus c'était un appel d'un soir, un type aussi qui est pas bien, un divorce et, et il veut... il veut se tirer une balle mais en même temps il a... entre lui et moi, y'a sur la table posée une arme à feu dont je ne sais pas si... (Silence). Il m'a appelé à l'aide. J'me dis si il m'a appelé à l'aide, il me veut pas de mal... mais j'crois que j'suis

un peu niais, et que j'ai confiance en... le patient qui m'appelle ; il a besoin de quelqu'un donc j'y vais... j'ai un peu confiance dans les patients qui ont du respect envers le médecin, encore un p'tit peu en tout cas » [MG 7]

« Après, si c'est vraiment un patient, qu'on suit depuis vraiment longtemps, que... que y'a une bousculade et que mon patient a vraiment, mais vraiment une raison de s'être emporté et qu'il s'excuse après... en se remettant dans le contexte, peut-être que comme ça on peut laisser passer certaines choses... je sais pas, j'imagine... si y'en a un qui dérape, j'avais essayer de comprendre... et souvent celui qui d'habitude pose pas de problème, et qui finit par déraiper... souvent c'est que y'a un truc qui va pas... dans sa vie, au boulot... ouais c'est notre travail aussi de comprendre ça » [MG 16]

Parfois aucune « thérapeutique » ne paraissait envisageable, la résignation était plus simple :

« Ça fait partie d'un tableau pathologique ou disons un trait de caractère et... on va laisser passer ça » [MG 9]

« ... on sait que y'en a qui sont plus agressifs que d'autres, on les prend comme ça et puis c'est tout... c'est un trait de caractère qui appartient au patient et on fait avec » [MG 12]

2.5. Charge administrative

Cet argument était cité de nombreuses fois et était fréquemment mis en balance avec l'absence de résultats à l'issue des démarches. **La perte de temps** occasionnée venait s'ajouter aux tracas administratifs quotidiens, ce qui démotivait plusieurs médecins :

« ... Ça sert à rien on passerait notre temps... c'est des paperasses encore... pfff, c'est de la paperasse pour pas grand-chose (...) La paperasse c'est juste pour qu'on se sente pas... qu'ils aient l'impression de faire quelque chose, tout ça c'est un truc de politique... » [MG 1]

« ... D'abord y'a un manque de temps... dans notre pratique de tous les jours, on est tellement je dirais submergé de travail que bon ça... ça ne nous aide que très peu... J'pense que le problème le plus important ça va être le manque de temps que l'on a... bon voilà ça sera encore ça à faire en plus des papiers de la sécu (...) J'pense que c'est un manque de temps. Il est évident que si on avait du temps, plus de temps à ça, on y consacrerait peut-être plus d'énergie... » [MG 2]

« ... par manque aussi de temps et de logistique parce que je pense qu'il y a déjà assez de boulot comme ça » [MG 3]

« ... j'pense qu'on est tous pas mal occupé donc c'est des choses qu'après on met complètement de côté... » [MG 6]

« ... C'est chronophage... » [MG 7]

« ... on n'a peut-être pas envie de s'embêter avec ça, avec toutes ces démarches, avec pleins de choses comme ça, on a déjà pleins de choses à faire comme ça » [MG 8]

« ... dès qu'on déclare un truc on perd du temps... ras le bol des contraintes administratives, qu'elles soient ordinales ou autres... on sait que ça existe, on n'a pas le temps, on n'a pas beaucoup de temps à y consacrer... La deuxième explication, et j'pense que si vous faites de la médecine générale, et que vous êtes sur le terrain, vous verrez qu'on fait maintenant... allez j'suis gentil... 40% de médecine et 60% d'administratif, donc on n'a pas envie de faire encore plus d'administratif, pour des choses dont on a l'impression que... ça n'avancera pas, voilà » [MG 9]

« Peut-être les tracas administratifs, peut-être. On a déjà assez d'administration, d'administratif comme ça avec le boulot, j'pense qu'on n'a pas envie d'être tracassé en plus... Et puis peur des suites administratives aussi ; de perdre leur temps, d'être obligé d'être convoqué alors qu'ils bossent, voilà... j'pense le temps, la... la difficulté en France comme à chaque fois qu'on déclare quelque chose c'est toujours compliqué » [MG 10]

« ... peut-être aussi le manque de temps... oui pour verbale c'est plus le manque de temps... » [MG 12]

« ... y'a toujours cette idée que de toute manière ça va être du temps perdu... » [MG 13]

« ... ça commencerait par la déclaration des... des menaces quoi... sans preuve. On passerait un temps fou c'est pas envisageable, avec tout le boulot qu'on a déjà... » [MG 15]

« ... j'vais clairement perdre mon temps... il est pas envisageable de déclarer toutes les violences verbales... y'en a tellement qu'on s'en sortirait pas... » [MG 16]

2.6. Un risque du métier

Ce constat était retrouvé dans plusieurs interviews. Il semblait en effet que les médecins intégraient et **acceptaient une part d'insécurité** dans l'exercice de leur profession :

« Après les vols, les trucs comme ça de toute façon tu peux prendre les précautions que tu veux... et puis tu peux pas tout mettre sous clés (...) ou les gens qui te menacent parce que tu les prends pas tout de suite, parce que le rendez-vous c'est le lendemain euh... et ça c'est tout le temps... je sais même pas si c'est de l'insécurité ça... » [MG 1]

« ... J'ai déjà entendu parler de plusieurs agressions, y'en aura encore, c'est inévitable... » [MG 2]

« ... On est quand même un métier assez exposé aux personnes qui peuvent être facilement agressives (...) C'est vrai qu'on est un métier qui est exposé » [MG 3]

« ... Mais je pense qu'à partir du moment où il n'y a pas quelque chose de physique, à mon sens je pense qu'ils ne le font pas (déclarer) parce que c'est pris un petit peu dans le tourment du travail de tous les jours » [MG 6]

« ... Bon c'est fait c'est fait (vol du cabinet, de son portefeuille, sans signalement)... Je m'demande si c'est pas un, si y'a pas un tout petit risque à faire ce métier, et qu'il existe et il peut pas être nul ce risque... ça fait partie intégrante qu'il y ait une part de violence euh... de la part des patients (...) Donc la violence est inhérente à la médecine par certaines pathologies sinon y'aurait pas d'anxiolytiques (...) Ça fait partie intégrante du travail, et de notre force justement de pouvoir gérer ces agressions... j'veux dire désarmer ce type-là, enfin les deux que j'ai vu, et savoir les calmer c'est notre métier quoi... » [MG 7]

« Après les incivilités euh, non j'pense que ça fait partie, ça fait partie du jeu (...) J'pense que l'insécurité on la vit globalement dans notre métier, et on la vit à mon avis de manière plus importante et plus stressante quand on fait un diagnostic et une

prescription thérapeutique, et puis que après, toutes les insécurités verbales, etc., ça passe largement au second plan, on arrive à l'intégrer à notre pratique, voilà »

[MG 9]

« ... On a l'impression que c'est quelque chose (la violence) qui est devenu normal, par rapport à d'autres professions... » [MG 11]

« ... Ça fait un peu partie du métier... Et puis on a affaire à des gens entiers, on sait que y'en a qui sont plus agressifs que d'autres, on les prend comme ça et puis c'est tout » [MG 12]

« ... On a l'impression que ça fait partie des risques de la profession... on était très individualiste et on s'disait qu'il fallait qu'on se débrouille tout seul et qu'on règle nos problèmes tout seul » [MG 14]

« Moi dans mon travail... et j'pense ne pas être le seul, mais j'pense avoir accepté une certaine part de violence » [MG 15]

« ... y'a une part de violence, verbale, qu'on a accepté dans notre travail... » [MG 16]

2.7. Subjectivité de la violence

Chaque médecin établissait ses limites selon sa définition de la violence. Ce qui était considéré comme un acte de violence grave ne l'était pas obligatoirement pour un autre. Cette relativité pouvait expliquer en partie la sous-déclaration :

« ... C'était pas de la vraie violence, je veux dire... on n'a pas levé la main pour me taper dessus... il a essayé... celui qui m'a décollée du sol il a essayé de m'intimider... bon... ça a pas marché... et des vraies vraies violences, on n'en a pas eu » [MG 1]

« ... L'extorsion d'une ordonnance avec un couteau par un patient qui sortait de prison en l'occurrence je pense (...) que son action elle devait être minime par rapport à ce qu'il a pu faire avant... » [MG 2]

« Oh... pour ces petits délits (type vols, dégradation des locaux, etc.) je dirais... je ne trouve pas l'intérêt (de déclarer) » [MG 3]

« ... Ils ont pris l'argent, c'était pas bien méchant... » [MG 4]

« ... une dame qui crache en salle d'attente on va pas aller le signaler (...) La violence verbale c'est moins marquant que la violence physique » [MG 8]

« ... C'était un cas individuel qui n'a jamais dépassé ce que moi je pensais ; on n'a peut-être pas tous les mêmes normes de la violence » [MG 10]

« ... d'après mon expérience... non. J'ai jamais été confronté à des actes de violences, hormis ce qu'on peut appeler je dirais de la violence normale » [MG 12]

« (à propos d'un traumatisme avec hématome périorbitaire après qu'un patient lui ait lancé la porte et d'une gifle donnée par une autre patiente) ça fait toujours sourire, mais sinon je l'ai pas raconté à la police... si c'est de la petite violence physique comme moi, j'ai reçu la porte, c'était pas... bon maintenant quelqu'un qui se fait casser la figure avec des fractures et des choses comme ça, j pense que là il faut quand même déclarer parce que ça va loin là, voilà... bon moi j'ai pas connu de grosses agressions non plus » [MG 13]

2.8. Violence et insécurité, phénomène sociétal

L'insécurité est bien présente dans l'exercice de la médecine générale. Parmi nos interviewés, nombreux s'accordaient à dire que cette insécurité, plus importante qu'il y a quelques années, ne faisait que **refléter l'évolution de la violence dans notre société** :

« ... Je trouve ça un peu exagéré parce que... sinon à ce moment-là on va même pas au cinéma tout seul (...) C'est comme partout. On se fait taper dans la rue par quelqu'un qu'on connaît pas, si l'autre il est pas solvable, tu l'as dans l'os (...) De toute façon le problème d'insécurité il y est partout, il est chez nous, il est chez le commerçant... qu'est-ce que tu veux déclarer ça au Conseil de l'Ordre ? Ils te diront mais tout le monde se fait agresser... » [MG 1]

« ... J pense qu'on se respecte déjà plus entre nous alors... ça va être difficile » [MG 7]

« ... J pense que tous ces actes qu'on rencontre en cabinet médical, on les rencontre également dans la vie de tous les jours donc c'est pas forcément... c'est, c'est peut-être très banalisé (...) ça fait partie du jeu et de la société, et puis qu'on va pas s'amuser à tout déclarer. Pour comparaison, j'veux dire, j'suis président d'une association sportive, si je déclarais aussi, ou si je me prenais la tête pour tous les actes d'incivilités on s'en sortirait pas (...) les faits de société, c'est pas... ça peut pas

être spécifique à un seul corps de métier (...) j pense que l'évolution globale de la société fait que, notamment le médecin, est de moins en moins respecté qu'il y a 25 ans (...) Le mec qui va faire un fait de violence grave dans un cabinet, il va être capable de la faire dans une pharmacie, une boulangerie, une épicerie ou au milieu de la rue... le fait de société, c'est pas la déclaration au Conseil de l'Ordre qui pourra changer ça » [MG 9]

« Y'a une dégradation dans le respect... mais chaque fois que quelqu'un se fait taper dessus c'est jamais une bonne chose, que ce soit un médecin ou pas un médecin, faut pas être trop sectaire... certains médecins doivent avoir peur, comme certains commerçants qui voient débarquer deux trois jeunes et qui savent pas trop quoi faire » [MG 10]

« ... Stop à la violence verbale, j'ai bien peur qu'on n'y arrive pas, y'en a partout, dans la rue... » [MG 16]

2.9. Peur des représailles

Quelques médecins évoquaient la **peur des représailles** quand, au cours de l'entretien, nous essayions de comprendre pourquoi certains médecins ne déclaraient pas des actes de violences physiques :

« ... On peut subir des représailles... y'a la peur de se faire cogner dessus parce que ces mecs-là ils sont plus vite dehors que toi t'as déposé ta plainte... et puis après ils te menacent (...) Je pense que ceux qui le déclarent pas c'est ceux qui ont peur... ils doivent connaître la personne et ont peur des conséquences, j pense que c'est ça » [MG 1]

« Je comprends qu'il y ait certains quartiers où c'est difficile... dans les quartiers sensibles où le médecin est pratiquement la seule personne à qui ils peuvent faire confiance... et aller dénoncer ça peut certainement créer des conflits, oui je peux comprendre ça » [MG 3]

« Oh ça peut être la peur. Moi j'ai jamais eu le cas, mais je peux comprendre que certaines personnes aient peur des représailles. Y'a des gens qui sont complètement fous quoi. Il suffit qu'ils se fassent bousculer, qu'ils se prennent un coup... bon ils se disent je vais porter plainte, moi en attendant je suis dans ce quartier où ça se passe

très mal, où ça se dégrade de plus en plus, où le système de protection n'existe pas et où je suis livré à tout ça. Qu'est-ce que je fais ? Soit je porte plainte et ça risque de s'envenimer, soit je laisse passer et je verrai après » [MG 4]

« ... par peur des représailles peut-être aussi... » [MG 6]

« ... J pense qu'ils ont peur. Dans certains coins ils ont encore peur. Euhm... parce que parfois y'a pas de solutions pour les aider » [MG 7]

« La peur peut-être, la peur des représailles... » [MG 8]

« Peut-être peur des représailles, si c'est quelqu'un qui est du... si ils sont dans une zone géographique, ils peuvent avoir ce genre de... de peur... » [MG 9]

« ... j'imagine que y'a certains endroits où c'est plus chaud... et où on a peur des représailles... ouais peur des représailles... » [MG 16]

2.10. Violence en médecine générale : sujet tabou

Fait intéressant et évoqué par trois des médecins interrogés, l'insécurité était souvent vécue comme un échec dans l'exercice du médecin, ce qui en faisait un **sujet tabou** :

« ... Une solution méconnue (fiche de signalement) pour un sujet que les médecins n'ont pas trop envie de mettre au grand jour, la solution est pas idéale... je pense que y'a un espèce de refus de cette violence, de ce tabou qui est que ben le médecin c'est un commerçant comme un autre et on va l'agresser pour lui prendre sa caisse... Si demain j'ai une agression modérée (...) je considérerai plutôt ça comme un échec, non pas moi personnel mais un échec de la perception du médecin dans la société... c'est plus le fait de mettre au grand jour un échec, encore une fois pas un échec personnel mais moi quand le patient est venu avec son couteau me soutirer une ordonnance, j'aurai préféré qu'il me la demande gentiment, je l'aurais probablement fait, on peut faire des actes gratuits, on peut essayer d'être arrangeant... c'est le fait que ce patient là s'est dit je veux ça et je vais demander ça... si j'avais pu le demander au boulanger je l'aurais fait ; bon il faut une ordonnance c'est un médecin... c'est le fait de ne pas être pris comme quelqu'un qui est censé apporter du bien, voire même gratuitement » [MG 2]

« ... la crainte d'être mal jugée (raison de non déclaration)... » [MG 5]

« Et puis, alors après la honte de s'être fait taper dessus ? Peut-être, je ne sais pas... peut-être un peu de honte de se dire... ou on va me reprocher d'avoir déclenché l'agressivité en répondant mal ou en refusant quelque chose, ou alors peut-être... pfff, je sais pas après... oui l'histoire de nous le reprocher en disant ah ben tu l'as cherché... pareil, par peur qu'ils nous disent est-ce que... je me vois leur raconter et les entendre me dire vous auriez peut-être dû faire l'arrêt, ou l'expliquer calmement, mais bon... moi j'ai peur d'avoir une mauvaise... un mauvais retour » [MG 13]

2.11. Absence de preuve

Le **manque de preuves** faisait partie des obstacles à une déclaration des faits de violence pour certains médecins :

« ... les trois quart du temps tu sais pas qui c'est (...) Bon les violences verbales on peut rien faire... c'est la parole de l'un contre l'autre, même si t'as des témoins, y'a rien eu, c'est que verbal. C'est comme le harcèlement, essaye de prouver ça »

[MG 1]

« ... Les personnes qui vont nous agresser, d'abord faut savoir qui c'est... » [MG 2]

« ... j'avais heureusement rien d'un point de vu concret, j'ai pas été agressée physiquement, je ne savais pas qui était cette personne donc voilà, j'veux dire je ne me voyais pas ni porter plainte ni faire quoi que ce soit, je n'avais pas de marque physique de toute façon » [MG 6]

« ... j'ai pas de preuve... » [MG 7]

« ... C'est pas des violences assez marquantes, peut-être que c'est pas... par exemple ma collègue, bon c'était une chaise quand même mais y'avait pas de séquelle physique. En plus elle était enceinte ça l'a marqué (psychologiquement) quand même » [MG 8]

« Le type quand il appartient pas à ta patientèle, faut déjà être sûr de son identité (...) La petite violence qui laisse pas de trace ni de preuve... » [MG 15]

« ... Déclarer un truc, où j'ai pas d'preuve, pas de témoin... » [MG 16]

2.12. L'isolement

Le **caractère isolé de l'exercice médical ambulatoire** poussait parfois les médecins à laisser passer des agressions minimales, dans un esprit d'après certains des médecins interrogés de « chacun pour soi » :

« ... J pense que le problème le plus important ça va être... l'isolement dans lequel on exerce notre profession et c'est vrai qu'il y a une réticence spontanée des médecins, peut-être plus libéraux que hospitaliers à aller se plaindre de patients violents ; alors pourquoi je sais pas, c'est vrai que je le ressens comme ça aussi » [MG 2]

« ... le fait justement d'être seul, et de pas pouvoir référer à euh... à un cadre de service comme on le ferait à l'hôpital » [MG 11]

« ... C'est pas surprenant parce que on bosse dans notre coin, et si on subit une violence ou une agressivité, on le prend tel quel et puis voilà, on passe à autre chose quoi... » [MG 12]

2.13. Des médecins qui ne se sentent pas concernés...

Deux médecins parmi ceux interrogés ne se sentaient pas concernés. Ils **exerçaient en toute sécurité**, dans un cadre serein :

« ...j'ai l'droit de dire que ça va bien et que j'ai pas peur... j'ai vraiment aucune, aucune appréhension (...) Je ne fais rien pour améliorer ma sécurité (...) Il est 7h30, 8h (du soir), la porte s'ouvre, quelqu'un rentre, c'est toujours quelqu'un qui croit que c'est encore ouvert. Il m'est jamais venu à l'idée que j'allais me retrouver avec un type et un Colt® pointé sur la tête qui va me demander le beurre et l'argent du beurre... J me sens pas en insécurité ni en difficulté » [MG 10]

« Mais encore une fois je pense qu'on a la chance ici de pas être trop confronté » [MG 14]

3) Analyse du corpus : autres résultats

3.1. Sentiment d'insécurité dans l'exercice de la médecine générale

Les avis étaient partagés sur ce thème.

Certains médecins généralistes ressentaient clairement l'insécurité :

« *Moi quand je sors je regarde toujours, je suis méfiante* » [MG 1]

« *... plusieurs agressions, y'en aura encore c'est inévitable (...) l'expérience fait qu'après on commence à se méfier* » [MG 2]

« *... ben moi pas particulièrement la journée, mais la nuit oui* » [MG 5]

« *... j'ai eu très très peur, et pendant longtemps, les gardes j'avais pas très envie d'y retourner* » [MG 6]

« *Oui, j'ai de plus en plus peur. Oui... c'est vrai...* » [MG 8]

« *Pleins ! Oui plusieurs même malheureusement (réponse à la question " Pouvez-vous me parler d'un fait de violence ou d'une situation d'insécurité marquante vécue lors de votre exercice ")* » [MG 13]

« *... A posteriori ça m'arrive de me dire que oui, ça aurait pu dégénérer...* » [MG 16]

Au contraire, de nombreux autres médecins ne se sentaient pas particulièrement menacés :

« *Je ne me suis jamais sentie en insécurité (...) mais la fois où j'ai été décollée du sol euh... j'ai même pas eu peur (...) peur non, sinon je sortirai plus...* » [MG 1]

« *... situation d'insécurité... oh j'irai pas jusque-là... de violence, c'est verbal* » [MG 4]

« *... j'en n'ai jamais eu (des situations d'insécurité ou de violence) (...) mais c'est pas vraiment une violence* » [MG 5]

« *Moi personnellement au cabinet franchement non (sentiment d'insécurité)* » [MG 6]

« *Mais j'ai jamais eu tellement peur pour ma vie (...) j'ai pas franchement très peur... j'me sens pas, encore, agressé... pour l'instant (...) j'ai plus l'appréhension, mais je l'avais pas tellement... mais du patient qu'on connaît pas qui arrive à six heures du soir le vendredi* » [MG 7]

« ... j'ai pas été... non, j'ai pas été victime (...) moi au cabinet non j'me sens pas en insécurité, pas du tout » [MG 8]

« On est dans un quartier gentil nous (...) pour moi je me suis jamais senti agressé, ni physiquement ni verbalement (...) je n'ai jamais, jamais eu de problème... mais je n'ai jamais jamais jamais été agressé (...) j'me sens pas en insécurité ni en difficulté... non, non c'est pas un sujet ici » [MG 10]

« ... c'est vrai que dans ma pratique de médecin remplaçant j'ai pas forcément été confronté à ce genre de problème... d'après mon expérience... non. J'ai jamais été confronté à des actes de violences... » [MG 11]

« ... j'ai peu été confronté aussi à ce genre de... de violence... dans mon cas pour l'instant pas de problème (de sécurité) » [MG 12]

« Oui, ben non pas vraiment... pas quelque chose de très marquant... non sinon j'ai pas été confronté particulièrement. (Réponse à la question " Pouvez-vous me parler d'un fait de violence ou d'une situation d'insécurité marquante ") ... j'vous dis, j'ai pas eu trop de souci jusqu'à maintenant » [MG 14]

« Mais bon, globalement j'ai pas trop peur... même les fois où je finis tard et que j'suis tout seul en fait... j'ai beau me sentir en... en confiance dans mon travail, j'ai pas peur quoi... » [MG 15]

Pourtant, à la question « Selon vous, faut-il améliorer la sécurité en médecine générale ? », tous les médecins ont répondu « Oui ».

3.2. Typologie de la violence

La violence vécue et évoquée par la majorité des médecins était la **violence verbale** :

« Mais les violences, c'est plus verbal (...) menacer la secrétaire... » [MG 1]

« ... mais qui était verbalement violent... » [MG 2]

« Il a monté le ton... » [MG 4]

« ... c'est plus un débat un peu animé sur une patiente qui voulait absolument que je lui prescrive des antibiotiques... face à son agressivité... » [MG 5]

« ... c'était une patiente qui était très agressive, très menaçante... on a eu une patiente en salle d'attente qui a eu des propos injurieux » [MG 8]

« Bon il a été très agressif verbalement... en me traitant de tous les noms d'oiseaux » [MG 9]

« Le seul éclat de voix depuis que je suis ici... j'étais un peu en retard et il m'a dit très fort très violemment " Si jamais ça se reproduit vous me revoyez plus jamais ! " Il m'a fait un peu peur parce qu'il faisait deux mètres... » [MG 12]

« ... C'est beaucoup, beaucoup verbal... » [MG 16]

Les autres faits de violences les plus évoqués, par fréquence de citation, étaient **le vol et la dégradation des locaux** :

« ... piquer de l'argent... » [MG 1]

« ... y'a eu la porte des toilettes qui a été cassée, et avec des petits vols de temps en temps » [MG 3]

« Si, j'ai été cambriolé quatre mois après mon installation ; ils ont pris de l'argent... » [MG 4]

« Le cabinet a été forcé » [MG 6]

« ... mon portefeuille, et puis bon ben on m'la volé. On m'a volé ma valise... on m'a volé des tuyaux de cuivre y'a pas longtemps... » [MG 7]

« ... on a des choses en salle d'attente (qui disparaissent) » [MG 8]

« Un vol d'ordonnances... il a piqué des ordonnances » [MG 9]

« ... oui les locaux, alors régulièrement la porte devant défoncée, pour... pour des tentatives de cambriolages en fait... » [MG 15]

« Ça commence déjà par les petites choses que je laisse en salle d'attente, ça va du magazine, c'est pas gênant en soi, aux jouets que je laisse pour occuper les petits... sinon une fois ou deux on a essayé de... de forcer la porte de devant ouais, pour cambrioler vraisemblablement, mais ça n'a pas abouti » [MG 16]

Les médecins citaient des situations de **violences psychologiques** subies :

« ... on a des patients qui essayent de t'intimider... c'était plus pour me faire peur... parce que y'a pas que la violence physique... elle est psychologique » [MG 1]

« ... mais c'était plus pour un harcèlement concernant je dirais... des petites âneries... » [MG 2]

« ... ça peut être un peu de la violence psychologique, et l'insistance... » [MG 5]

« ... un patient qui venait réclamer, qui était sous... sous Subutex® et qui venait réclamer des médicaments, des anxiolytiques... euh, il était je dis pas agressif, mais on sentait qu'il aurait pas fallu dire non. Mais à aucun moment il ne m'a dit de mots déplacés ou il n'a eu une attitude déplacée » [MG 10]

« ... c'est vrai que c'est tous les jours qu'on se demande comment gérer ces situations... c'est des situations de stress... donc oui j'en parle » [MG 11]

« ... ça a beau rester verbal, parfois ça peut aller vraiment très loin, avec des menaces des choses comme ça, c'est pas normal » [MG 16]

Concernant la **violence physique**, ayant touché directement ou non le médecin, les anecdotes relatées parlaient d'elles-mêmes :

« ... mais je faisais des gardes, et c'était Docteur P., elle est à l'hôpital maintenant... donc ça remonte à vingt ans. C'était mes premières gardes... elle, elle faisait les gardes sur F. moi les gardes sur F. (quartier sensible) je les ai jamais faites. Et elle a été appelée (...), elle est allée dans un immeuble, donc l'adresse était valable et tout ; elle monte les escaliers, la lumière s'éteint, donc elle va elle sonne et on lui dit " Écouter mais madame je vous ai pas appelé, désolée mais c'est pas moi ", elle redescend la lumière se coupe, et elle s'est retrouvée avec un flingue sur la tempe, elle a donné son sac et tout... » [MG 1]

« Ben je dirais une visite à domicile un week-end, un soir où à la base on m'appelle pour... je crois que c'était pour un enfant malade et au final c'était pas ça du tout, c'était un patient qui voulait son renouvellement de... je crois que c'était du Subutex® ou de la Méthadone® je sais plus... et donc c'était un pur traquenard donc j'ai dû faire on va dire l'ordonnance rapidement pour partir on va dire entier. Et un deuxième qui sera un petit peu plus chaud mais là c'était pour un remplacement à A. (...) où j'ai eu un patient qui est venu au cabinet du médecin que je remplaçais il voulait un... euh c'était un somnifère... c'était du... du Rohypnol® voilà c'est ça. Il voulait une ordonnance de Rohypnol® pour un mois, ce qui n'est pas possible et donc il a sorti un couteau, donc je lui ai fait le renouvellement pour un mois, voilà » [MG 2]

« Y'a un médecin à L., avant que je m'installe, elle s'est fait agresser dans son cabinet, elle s'est fait poignarder, elle en n'est pas morte mais elle a quand même atterri en réa... » [MG 4]

« Alors j'étais en consultation avec un père et sa fille ado de dix-sept ans, et il m'a expliqué qu'il avait pété les plombs la veille avec sa fille et sa femme parce que sa fille avait fait bleu à l'école ; et je n'avais pas compris ce que ça voulait dire péter les plombs, et il m'a demandé trois jours d'arrêt. Je lui dis écoutez monsieur non, euh... je peux mettre aujourd'hui mais pas trois jours... du coup il s'est levé, il m'a traité de médecin de merde, beaucoup d'injures (silence). Et quand il est parti avec sa fille qui pleurait, il m'a lancé la porte dans la figure, ce qui fait que j'ai eu un hématome sur le... (Montre la région périorbitaire droite), et puis il s'est sauvé et voilà (...) si, en garde, j'me suis fait gifler une fois par une dame... » [MG 13]

La **falsification** était ensuite évoquée comme une violence subie par quatre médecins interrogés. Il était surprenant de voir qu'elle ne s'arrêtait pas à la falsification d'ordonnances :

« On a eu des falsifications, ben y'a pas longtemps (mon associé) et moi, une falsification d'un dossier MDPH (...) ben quand j'ai eu des falsifications d'ordonnances... » [MG 1]

« Si j'ai été cambriolé quatre mois après mon installation ; ils ont pris de l'argent, c'était pas bien méchant... et puis des fausses ordonnances avec mon en-tête » [MG 4]

« Pareil, patient pas connu, période d'épidémie de grippe, euh... (...) bon j pense qu'il a piqué des ordonnances qui étaient sur le bureau. En tout cas le truc intelligent qu'il a fait c'est qu'il est allé à la pharmacie qui est contiguë au cabinet médical pour se faire son ordonnance (sourit). Premièrement des produits que je prescrivais pas et deuxièmement une signature qui était... qui correspondait pas, voilà » [MG 9]

« ...ah, doute, si, si, doute sur le vol d'un ordonnancier, là, récemment. On n'a pas retrouvé un ordonnancier, c'est en stand-by pour le moment » [MG 11]

3.3. Typologie de l'agresseur

Il ne s'agissait pas là de l'objectif principal de notre étude mais les interviewés l'ont évoqué spontanément c'est pourquoi nous y consacrons un paragraphe.

L'unanimité s'est portée vers les patients présentant une addiction, avec en première ligne les **addictions aux drogues ou à l'alcool** :

« ... On a eu énormément de problèmes avec les gens drogués qui font le tour... j'ai déjà été bousculée par un gamin de seize ans qui était piqué, ses bras c'était même plus des bras hein (...) ceux qui te tapent dessus c'est vraiment les toxicomanes qui ont rien à perdre » [MG 1]

« ... et avec la toxicomanie... plus tu vois de toxicos plus tu peux t'attendre à des problèmes d'incivismes » [MG 4]

« Et puis avec certaines populations quand même oui... les toxicomanes, les éthyliques (se sent en insécurité) » [MG 5]

« ... j'veux dire bon ben j'crois quand même que, en médecine, l'essentiel, l'essentiel des problèmes est dû à une population toxicomane » [MG 9]

« ...c'était un peu particulier c'était un toxicomane... des gens soit sous l'emprise de l'alcool soit d'une drogue, je pense qu'il faut pas les prendre de front » [MG 10]

« On avait eu déjà des soucis auparavant parce que il était vraiment accro aux benzos et il venait chercher des ordonnances tout le temps » [MG 14]

« Ben c'est pas compliqué, en général c'était avec... avec des toxicos pour leur traitement à renouveler avec des avances... ou pour des anxiolytiques aussi » [MG 15]

« ... C'est un patient éthylique... qui réclame son Temesta®... qui rajoute qu'il a trop mal et le seul truc qui marche c'est la morphine... » [MG 16]

La seconde population d'agresseurs décrite en médecine générale était la **population psychiatrique ou démente** :

« Je sais très bien que ça n'ira pas plus loin, elle est pas solvable et elle est psy (patiente qui a falsifié un dossier MDPH) » [MG 1]

« ... c'était un patient schizophrénique qui prenait plus son traitement et qui était en pleine bouffée délirante, qui voulait impérativement que je lui signe un certificat que je ne voulais pas signer et que d'ailleurs je n'ai pas signé (...) Moi j'ai eu le cas pour

le schizo en question, à domicile ; pour des gens qu'il a fallu hospitaliser contre leur volonté, des choses comme ça... c'est mal ressenti, on est pris à ce moment-là comme un agresseur... » [MG 4]

« ... j'avais déjà été appelée en garde et bon c'est quelqu'un qui a des problèmes de psychose et il est pas toujours très stable » [MG 6]

« Je, je ne souhaite pas de schizophrène, je n'ai pas de vrai schizophrène dans ma clientèle, c'est comme ça. C'est un petit peu le passage à l'acte de ces gens-là, dont on sait qu'il y a un réel danger... le jour où j'tombe sur un schizo qui déconne et qui m'dit au secours docteur parce qu'il a envie de s'faire un docteur ben... c'est pour moi » [MG 7]

« ... c'était lors d'une HDT, d'une demande d'HDT. C'était une patiente qui était très agressive, qui était très menaçante euh, et voilà. Et là effectivement, j'me sentais pas trop bien. Donc la famille demandait une HDT, et puis finalement ça s'est pas fait, et les pompiers vous laissent un petit peu vous débrouiller toute seule » [MG 8]

« Euh, quoique... j'dirais violence physi... j'le classerai pas comme ça parce que c'était une intervention en garde sur un patient alzheimer, dément qui... qui on va dire a eu une réaction qu'on peut qualifier d'inadaptée mais que je qualifierai pas moi de violence au sens premier du terme, voilà » [MG 10]

Parfois l'agresseur était un **récidiviste**, connu des services de polices :

« ... l'extorsion d'une ordonnance avec un couteau par un patient qui sortait de prison en l'occurrence... » [MG 2]

« ... et puis des fausses ordonnances avec mon en-tête. Bon finalement le gars ils l'ont retrouvé, il a fait une lettre d'excuse... mais c'était un récidiviste, j'étais pas le premier médecin » [MG 4]

« Alors, une anecdote, y'a pas très longtemps, j'l'ai déjà mis dehors quatre fois le type et j'veux plus le voir, j'lui ai dit j'suis pas ton médecin traitant, c'est tout. Il est tout le temps en taule mais bon... c'est lui qui est probablement venu deux trois fois... » [MG 7]

« ... en plus la personne qui avait proférée des menaces était déjà, disons dans le collimateur de la justice... » [MG 14]

« Mais bon, je déclare, ces types-là souvent ils z'en sont pas à leur premier coup... »
[MG 15]

Les agressions étaient parfois perpétrées par des **personnes n'appartenant pas à la patientèle du médecin** :

« ... et puis avec certaines populations quand même oui (oui au ressenti de l'insécurité) ... les patients pas suivi habituellement au cabinet » [MG 5]

« Euh, je crois que c'est un cas relativement classique, c'était y'a une grosse dizaine d'années, euh, refus d'une prescription, euh... d'un produit de substitution chez un patient qui était pas un patient à moi... » [MG 9]

« Donc c'était un médecin que je remplaçais depuis plus de dix ans, et ce patient là je ne l'avais jamais vu... » [MG 13]

« Y'a eu la fois où pareil, fin de journée (sourit) le patient débarque... il débarque, j'lé connais pas, mais bon, pourquoi pas... et là, patient menaçant qui me réclame... alors qu'est-ce qu'il me réclame... euh... de la dopamine, ouais de la dopamine »
[MG 15]

« Après ça finit souvent avec des menaces, mais plutôt avec des patients pas du cabinet... » [MG 16]

Parfois c'était **les proches du malade** qui tenaient le rôle d'agresseurs :

« ... et je trouve que c'est important de savoir gérer un patient ou un membre de la famille agressif » [MG 3]

« Une autre fois c'était quelqu'un qui avait manqué de respect à ma femme qui avait pris l'appel. Quand je suis arrivé la première chose c'est que j'ai réglé les choses avec la famille. Le père prenait la défense de sa fille alors que il avait pas à le faire puisqu'il était complètement en tort » [MG 4]

Enfin, certains médecins évoquaient comme agresseur potentiel **les gens du voyage** :

« ... Les gens du voyage, ils téléphonent " Vous pouvez pas nous prendre aujourd'hui ? Parce qu'on est des gens du voyage ". Ben non, aujourd'hui on n'a pas

de place, mais demain si vous voulez. J'avais pas faire attendre tous mes patients que je vois depuis des années avec qui y' a un espèce de respect... j'avais pas tout changer parce que y' a un type qui tape un peu sur la table » [MG 7]

« J'avais dire quelque chose, je sais pas si ça va passer (hésite)... quand on va chez des gens du voyage, quand on va dans les caravanes, avec toute une famille autour, qu'on a une certaine pression familiale, ben... ça m'est déjà arrivé et c'est vrai qu'on est plutôt sur nos gardes... on fait attention à nos biens matériels, moi j'fais super attention qu'on me vole pas ma valise, qu'on retrouve pas ma voiture sur des parpaings, ou mes jantes. C'est pas (...) raciste ce que je dis mais y'a certaines populations avec lesquelles on va être plus sur nos gardes » [MG 11]

3.4. Facteurs favorisant la survenue d'actes de violence

Même si ce thème n'était abordé par aucune question du guide, les médecins l'ont fréquemment évoqué, c'est pourquoi nous y consacrons également un paragraphe.

Les **gardes et visites à domicile** étaient les facteurs favorisant les plus évoqués. Les médecins, en dehors de l'enceinte de leur cabinet, se sentaient plus vulnérables :

« Après quand on fait des gardes ça c'est autre chose, parce qu'on sait pas chez qui on va » [MG 1]

« Bon, la visite à domicile, la nuit notamment mais même en journée est potentiellement dangereuse » [MG 2]

« ... ou encore les visites à domicile. Ça c'est le gros souci. On peut aller chez quelqu'un qui peut être " normal " et puis qui va commencer à déraiser ; mais quand vous êtes au domicile, personne ne le sait et personne ne sait ce qui se passe » [MG 4]

« En garde c'est différent... c'est la nuit déjà, et puis on sait pas chez qui on va » [MG5]

« Euh en garde la partie nuit, vraiment la partie nocturne, j'suis pas super rassurée de partir de chez moi en plein milieu de la nuit rejoindre n'importe quel secteur...

voilà, au niveau insécurité moi ce qui me fait le plus peur c'est ça, le fait de sortir seule en pleine nuit pour aller chez des gens que je connais pas » [MG 6]

« Mais c'est vrai que... la nuit j'me sens pas bien quoi... après en garde... euh ça la nuit ben forcément... euh un peu plus quoi. La nuit, oui (le sentiment d'insécurité) » [MG 8]

« ... les gardes sont toujours un problème... » [MG 13]

« ... lui les visites on va limiter, et ça sera en pleine journée... » [MG 16]

Les **zones sensibles**, où la violence est plus fréquente, étaient parfois craintes par nos médecins :

« Ben moi j'ai pas eu, mais je faisais des gardes, et c'était Docteur P., (...) Elle, elle faisait les gardes sur F. (zone d'insécurité). Moi les gardes sur F. je les ai jamais faites... et elle s'est retrouvée avec un flingue sur la tempe » ou encore « ... et c'est surtout depuis que je suis venue ici. À V., à MB., j'ai jamais eu de problème, c'est ici et quand j'ai remplacé Docteur M. ; parce que au début Docteur M., les drogués qu'il avait... les falsifications d'ordonnances j'ai eu ça que ici... » [MG 1]

« ... comme on connaît le coin, dans certaines adresses on va se méfier plus » [MG 2]

« Je comprends qu'il y ait certains quartiers où c'est difficile... » [MG 3]

« Mais ma femme qui est infirmière libérale, c'est pas moi qui l'encourage à aller à un endroit louche le soir où il fait nuit, hors de question ; on n'est pas là pour prendre des risques on est là pour travailler » [MG 4]

« Si, une fois je suis retournée pendant une garde dans une zone entre guillemet un petit peu à risque et je me suis fait accompagner... deux fois même d'ailleurs... et une autre fois parce que là c'était vraiment le quartier qui était connu pour... ne pas être très stable on va dire... » [MG 6]

« Je prends pas mon porte-monnaie avec tout ce que j'ai dedans juste avant, c'est tout... et ça m'est arrivé peut-être une fois d'y penser et de m'dire attend le quartier là... c'est un peu sombre, y'a jamais de lumière dans les couloirs (...) et puis y'a des familles, dans des quartiers un peu limites, des familles qui sont violentes tout le temps avec tout le monde... » [MG 7]

« Ohlala, c'est l'horreur, nous on a peur, on a récupéré T. maintenant, c'est un gros secteur et pff... et puis y'a des quartiers où on n'aime pas trop... (Elle évoque le changement de secteur de garde récent, avec en plus des zones réputées sensibles) » [MG 8]

« ... un peu l'impression d'être en insécurité, et puis y'a... y'a des lieux un peu glauques, ou des conditions un peu misérables... » [MG 12]

« Si on m'dit on va au H., ben voilà j'ai compris quoi, c'est quand même un endroit où c'est un peu chaud » [MG 14]

« C'est sûr que y'a certains coins où on va faire plus attention, être plus vigilant » [MG 15]

« Bon il habite dans un immeuble dans une cité... déjà la localisation c'est franchement pas réputé pour être... pour être un lieu où règne la sécurité... » [MG 16]

Comme troisième facteur favorisant ou facteur protecteur, les médecins interviewés évoquaient **le genre féminin et/ou le gabarit** :

« Généralement je pense que c'est peut-être mon gabarit qui fait que... ça calme un peu les ardeurs. (Homme de 1m92 et 94kg) (...) c'est une profession qui se féminise... Un moment donné c'était des hommes. Agresser un homme, bon tu réfléchis deux fois, tu vas pas t'y prendre de la même manière qu'une femme. Une femme de la part d'un homme, il part toujours avec un a priori, c'est qu'il aura le dessus dans tous les cas. Donc la femme médecin est dévalorisée et elle a toutes les raisons de craindre cette situation de confrontation. Être de garde la nuit avec le risque de se faire agresser... un homme se posera moins la question » [MG 4]

« Et j'aurais très vivement souhaité ne plus être amenée à faire des gardes de nuit, très sincèrement ! En tant que femme en plus, oui » [MG 6]

« Vous avez vu mon volume (homme d'environ 1m90, 90kg), les quelques-uns qui ont essayé, ils se sont retrouvés dehors quoi (sourit) » [MG 7]

MG 8, femme de 42 ans, commente : « Y'a certains patients je consulte la porte ouverte parce que je sais que j'ai mes deux collègues masculins à côté » [MG 8]

« ... après un homme appréhende peut-être un peu moins... il dissuade aussi plus » [MG 16]

Le fait d'exercer de manière isolée constituait également un facteur favorisant la survenue d'actes de violence selon les médecins interrogés :

« ... l'exercice isolé est vraiment un appel à l'agression... » [MG 2]

« ... seul, isolé face à la situation si ça dégénère » [MG 3]

« Mais que y'ait plus de monde quand c'est sur rendez-vous, c'est plus compliqué, j'suis tout seul à un moment donné, ça fait partie d'un risque » [MG 7]

« Mais bon si ça dégénère... il faut pas être seule, c'est le fait d'être seule en fait... » [MG 8]

« C'est vrai qu'on est un peu isolé ici, et seul le samedi matin... (Médecin qui travaille en maison médicale située en périphérie de la ville) » [MG 12]

« ... parce que je pense, pour moi, il y a une tendance, peut-être un peu moins maintenant, à l'isolement... » [MG 14, 55ans]

Le manque d'expérience d'un jeune médecin, notamment d'un médecin remplaçant, faisait de lui une victime de choix :

« ... au début j'étais une bourrique, donc en fait on n'imagine pas... c'est au fur et à mesure... » [MG 1]

« ... c'était pour un remplacement à A. (...) où j'ai eu un patient qui est venu au cabinet du médecin que je remplaçais il voulait un... euh c'était un somnifère... c'était du... du Rohypnol® voilà c'est ça » [MG 2]

« Euh donc c'était la nuit, il était trois heures du matin, j'étais appelée donc pour une visite pour quelqu'un qui avait un souci style grippe et en fait j'étais toute jeune médecin et j'ai été interpellée en sortant du domicile par une personne qui traînait dans le coin (...) » [MG 6]

« ... situation en fait de, de... comment dire... d'engueulade avec des patients... oui avec des patients qui voulaient pas forcément être vus par le remplaçant... » [MG 11]

« ...et quand il est parti... il m'a lancé la porte dans la figure... donc c'était un médecin que je remplaçais » [MG 13]

« ... j'étais pas encore installé je crois... là un dernier patient... donc il me demande son renouvellement de Subutex® (...) bon là il s'énerve, il hausse le ton... j'ai senti dans son regard que j'avais pas intérêt à dire non... ben j'ai prescrit... » [MG 15]

Autre facteur favorisant la violence, évoqué par trois médecins : **l'argent**.

« *Le paiement à l'acte, le fait qu'on ait de l'argent sur nous... ça m'a toujours un peu gêné* » [MG 7]

« *... je parlais pas avec beaucoup d'argent sur moi. C'est la seule précaution que je prends...* » [MG 10]

« *... après y'a l'argent qui attire...* » [MG 15]

Le fait que **l'agresseur** soit **inconnu** de la patientèle constituait un risque de passage à l'acte :

« *... bon moi c'est mes patients à moi ils se tiennent nickel parce que je les visse* » [MG 1]

« *... surtout si le médecin ne connaît pas le patient...* » [MG 2]

MG 5 expliquait se sentir en insécurité avec « *les patients pas suivis habituellement au cabinet* »

MG 15 reprenait cette idée dans une anecdote : « *... il débarque, j'le connais pas... et là, patient menaçant qui me réclame... de la dopamine ...* »

MG 16 résumait plusieurs facteurs favorisants cités par d'autres médecins :

« *... Y'a des... des facteurs favorisants... Un médecin qui traine la nuit dans un coin paumé en garde, une femme en plus, qui se balade très probablement avec plein d'argent... ça attirera toujours...* »

Enfin, l'attitude du médecin lui-même pouvait aussi être un facteur favorisant. Cette **violence du médecin** était uniquement abordée par MG 4 dans nos entretiens :

« *... une agression elle est pas forcément toujours gratuite, y'a souvent une raison derrière. La raison elle peut être liée au médecin, faut pas nier le comportement du médecin, parce que quand un médecin prend de haut un patient, le dénigre dans ses propos, se moque de lui dans ses propos, ou alors ne le considère pas, c'est-à-dire que le patient lui parle mais le médecin fait mine de ne pas le voir, de ne pas l'écouter... c'est aussi ça le problème : est-ce que l'agression est due uniquement à l'agresseur ou est-ce qu'elle est pas aussi un peu provoquée par le médecin ?* ».

3.5. Mesures mises en place pour améliorer la sécurité par les médecins après avoir subi un acte de violence

Il était intéressant de rechercher l'existence ou non de mesures mises en place par les médecins visant à augmenter leur sécurité ou à lutter contre cette violence.

1) Signalement non juridique

Souvent les victimes **se confiaient à leurs proches**, le plus souvent médecins :

« Oh j'en ai parlé parfois à l'entourage immédiat... Bon l'histoire du couteau à A., ça non j'en n'ai jamais parlé. Sinon à l'entourage immédiat... sinon d'un point de vue confraternel j'en n'ai jamais parlé » [MG 2]

« Non... si, j'en parle avec ma femme de temps en temps le soir » [MG 4]

« Oui j'en parle toujours à mon entourage proche, à mon compagnon (médecin). C'est tout. Je n'en parle pas aux médecins que je remplace. » [MG 5]

« Oui oui j'en ai parlé à mes proches, à mon, mon... mon monsieur qui est mon mari maintenant, mais il ne l'était pas encore à cette époque (rit) ... à mes parents aussi, tout à fait » [MG 6]

« ... j'ai dû en parler. On en parle facilement (à l'entourage proche) » [MG 8]

« ... c'que j'avais décrit comme une agression plus verbale, non si ce n'est peut-être à mon associé, qui est mon épouse également » [MG 9]

« Oui, oui. Avec mes collègues amis. C'est vrai que c'est tous les jours qu'on se demande comment gérer certaines situations... c'est des situations de stress... donc oui j'en parle » [MG 11]

« ... à mon mari... » [MG 13]

« ... oh j'en parle assez facilement avec mon mari, qui est aussi médecin... ouais, savoir dans certaines situations comment il aurait réagi... savoir si lui il se serait senti en insécurité... mais bon, j'en ressens pas le besoin systématique d'en parler... et j'en parle au mari confident. Après il est médecin, ça c'est un plus (sourit) » [MG 16]

Parfois à **leurs collègues** :

« ... on en parle entre nous, entre collègues... » [MG 1]

« Non, non... sauf ben le médecin que je remplaçais qui est au courant mais sinon non » [MG 3]

« Alors mes... mon associé... il me semble que j'avais dû lui en parler » [MG 6]

« On en parle entre collègues oui » [MG 8]

« ... j'ai un ami qui s'est fait agresser par... un patient, avec une arme blanche, avec qui j'en parle oui » [MG 10]

« Je l'ai raconté à mes collègues... » [MG 13]

« Bon, mes collègues et la secrétaire, ils l'ont constaté comme moi... » [MG 15]

Quatre médecins victimes s'étaient retournés vers le **Conseil de l'Ordre**, le plus souvent pour demander une conduite à tenir. Aucun médecin n'avait eu recours pour cela à la fiche de signalement du Conseil de l'Ordre des Médecins :

« ... nous le truc de la MDPH (falsification), j'ai téléphoné au Conseil de l'Ordre pour connaître la procédure, et je savais très bien que je devais envoyer... le dépôt de plainte je devais l'envoyer aussi au Conseil... » [MG 1]

« Alors j'en avais parlé donc à l'Ordre, parce que c'était juste avant que je ne m'installe » [MG 6]

« Ma collègue je crois pas... Bon en salle d'attente, la dame bon ben voilà, on lui a expliqué les choses ; et le monsieur, on l'a, on l'a... comment dire... on l'a expulsé du cabinet et c'était plus la peine qu'il vienne ici et voilà quoi, c'est tout. Je sais qu'elle, elle avait fait une demande au Conseil de l'Ordre pour avoir... la démarche, et, euh... voilà » [MG 8]

« Le vol d'ordonnance oui au Conseil de l'Ordre... oui j'avais pris contact avec l'Ordre parce que y' avait l'histoire du vol d'ordonnances et je savais pas comment faire (...) quand vous vous prenez la tête comme on dit avec un patient, et que vous décidez pour cette raison de, de stopper la relation, j'pense qu'à ce moment-là vous écrivez au Conseil de l'Ordre en disant suite à un fait etc., j'avertis monsieur machin que je ne veux plus être le médecin de... » [MG 9]

Enfin, MG 4 évoquait un autre type de « déclaration », suite à un vol d'ordonnances : « Oui j'ai rapporté ça à la caisse de maladie... pour les ordonnances. La pharmacie concernée et ma pharmacie de village ont fait circuler l'info parce qu'ils ont leur propre réseau, et puis voilà quoi » [MG 4]

2) Signalement juridique

Le dépôt de plainte avait été réalisé par cinq des seize médecins :

« Je suis allée porter plainte pour la MDPH (falsification dossier MDPH) » [MG 1]

« ... j'ai été cambriolé 4 mois après mon installation ; ils ont pris de l'argent (...) Et puis des fausses ordonnances avec mon en-tête... j'ai rapporté ça aux gendarmes, pour déposer une plainte parce que ça me concerne directement » [MG 4]

« Y'a pas très longtemps il arrive, et en fait c'est lui qui était déjà monté à l'étage, parce que cette histoire-là c'était avant, c'est des gens qui l'ont vu. J'ai pas porté plainte, ça n'aurait abouti à rien... ou si, on avait porté plainte, ma femme y avait été parce que c'était dans le truc personnel (vol de biens personnels dans son appartement) à la maison » [MG 7]

« Ah pour le cambriolage on a déposé plainte, oui, oui. C'était un de nos patients, on l'connaissait hein » [MG 8]

« Le vol d'ordonnances oui au Conseil de l'Ordre et j'avais porté plainte sur les conseils justement avisés du Conseil de l'Ordre » [MG 9]

Parfois, c'était **une main courante** qui était déposée :

« ... je crois que j'avais une fois signalé mais c'était plus pour un harcèlement concernant je dirais... des petites âneries, rien de majeur j'avais fait un signalement à la police, voilà c'est tout » [MG 2]

« Après c'est plus pour l'assurance... alors oui, main courante et assurance » [MG 15]

« ... pour la porte j'ai dû signaler à la police pour faire marcher l'assurance... sinon, le reste non, non j'ai pas porté plainte » [MG 16]

3) Sécurisation au cabinet

Certaines mesures prises consistaient à **renforcer la sécurité au sein du cabinet** :

« ... le médecin que je remplace fait plus attention avec son matériel et les petits objets qu'elle laisse traîner dans le... enfin traîner non, mais qu'elle dispose dans le

cabinet ou la salle d'attente oui. Par exemple y'a les petits jeux pour les enfants mais à chaque fois ça disparaît donc du coup elle en met plus » [MG 3].

« ... les jouets en salle d'attente... oui j'continue à en mettre, c'est les jouets de mes enfants qui grandissent... j'en mets moins... » [MG 16]

« ... ah si le cambriolage si, oui j'ai mis une porte métallique et une alarme... voilà... » [MG 4]

« ... j'ai une alarme mais c'est pour l'appartement (au-dessus du cabinet), et puis c'est les assurances qui nous le demandent un petit peu, voilà... et puis j'ai ce truc, ce verrou qui est là (verrou sur la porte qui sépare le cabinet au rez-de-chaussée de son appartement à l'étage) » [MG 7]

4) Changement d'attitude du médecin

Ces mesures de protection contre les violences concernaient parfois **le comportement du médecin**, qui changeait après avoir été victime et avec l'expérience :

« ... mais sinon on a un patient qui vient plus aux rendez-vous, qui appelle pour qu'on lui prépare les ordonnances. Mon collègue l'a eu au téléphone et lui a dit qu'on ne le prenait plus, nous on fait pas des ordonnances sans voir les gens (...) Quand j'ai eu des falsifications d'ordonnances, je les ai plus faites à l'informatique je les ai faites à la main, et je mets toujours un trait en dessous et je fais toujours très attention quand j'écris (...) Je laisse plus mon tampon traîner sur mon bureau je le range dans mon tiroir (...) Maintenant que y' a la secrétaire, euh, j'm'arrange pour partir toujours avec. Donc la secrétaire quand elle part à six heures j'essaye de partir avec, ou alors je fais fermer la porte et je continue toute seule et j'ouvre pas la porte ; enfin sauf si ça frappe, je demande qui c'est et puis j'ouvre, mais sinon euh, je laisse pas ouvert. Le dernier patient qui est là moi je ferme derrière (...) Je suis devenue un vrai chien... je suis devenue très méfiante » [MG 1]

« ... ça a mené par exemple à l'exclusion de certains patients, et de façon systématique l'exclusion de certains patients qui sont, ne serait-ce que vaguement, violents. Et y'a encore pas longtemps on en a exclu un, qui certes avait raté des

rendez-vous, mais qui était verbalement violent, on l'a exclu (...) Disons que l'expérience fait qu'après on commence à se méfier de certaines demandes » [MG 2]

MG5 a changé son attitude suite à une altercation avec une patiente à qui elle a refusé la prescription d'antibiotique : « ... maintenant au lieu de me braquer je réfléchis et je me dis que si les gens voient les choses comme ça c'est qu'il y a quelque chose derrière et voilà... du coup je prends les choses différemment, j'essaye de discuter, de comprendre et de leur expliquer... » [MG 5]

« ... c'est à nous aussi d'essayer de cadrer les gens et de pas laisser faire n'importe quoi, notamment dans l'enceinte de notre cabinet. Et ici en général c'est le cas, que ce soit un de mes associés ou moi. En général, les gens qui manquent de respect etc., ils sont gentiment remerciés quoi » [MG 6]

« ... je suis ferme, je suis catégorique sur certaines choses, je refuse de... de céder à la tentation de prescrire pour calmer la personne... bon j'me suis fâché avec quelques patients, j'en ai mis dehors, et je leur ai expliqué que non j'accéderai pas à leurs trucs, ils me disent ben j'avais aller ailleurs. Allez ailleurs, c'est pas très grave... moi je suis tranquille le soir, je sais ce que j'ai fait. Je veux pas céder (...) j'ai déjà mis dehors quatre fois le type et j'veux plus le voir, j'ai dit j'suis pas ton médecin traitant... » [MG 7]

« On l'a expulsé du cabinet et c'était plus la peine qu'il vienne ici et voilà quoi, c'est tout (...) des fois je consulte la porte ouverte (les bureaux des cinq médecins sont disposés le long d'un couloir auquel on accède en quittant la salle d'attente une fois appelé par le médecin) parce que voilà, on a des patients... y'a certains patients je consulte la porte ouverte parce que je sais que j'ai mes deux collègues masculins à côté » [MG 8]

« ... je n'suis pas réputé suivre une certaine tranche de population (toxicomanes), ça, à mon avis, diminue le risque, oui ça limite les risques » [MG 9]

MG 10 relatait une situation d'insécurité, vécue à l'occasion de prises en charge itératives d'un patient toxicomane et demandeur de traitement substitutif : « Si j'étais trop dirigiste et si je disais non pas de médicaments aujourd'hui, on allait partir en vrille, donc je donnais une boîte et puis, et puis voilà » [MG 10]

« ... j'étais en retard et il m'a dit... très violemment " Si jamais ça se reproduit vous me revoyez plus jamais ! "... depuis c'est lui qui a les premiers rendez-vous de la matinée, et ça se passe toujours bien » [MG 12]

« On avait déjà eu des soucis auparavant parce qu'il était vraiment accro aux benzos et il venait chercher des ordonnances tout le temps... j'avais décidé de rester vraiment d'une fermeté euh, voilà exemplaire... » [MG 14]

« Quand j'ai le dernier patient qui arrive, je ferme la porte devant... j'finis avec le patient j'le raccompagne et je referme. Je m'enferme le temps de faire les papiers quoi (...) Au début je remettais en place, j'étais peut-être même un peu sur la défensive... » [MG 15]

« J'ai réduit le nombre de visite, je fais préciser pourquoi c'est, si c'est pas justifié j'y vais pas... mais ça c'est aussi l'expérience qui fait qu'on sait que voilà, si tel patient appelle, c'est pas pour rien ; et par contre celui-là, ben il abuse donc (...) Ouais disons que je discipline ma patientèle, c'est normal. C'est moi qui fixe les limites. Et j'hésite plus à être ferme avec eux » [MG 16]

5) Choix du mode d'exercice

Le choix d'un **mode d'exercice regroupé** ou la **présence d'une secrétaire** était parfois en partie fait pour réduire le risque d'insécurité :

« Oui, oui surtout en groupe. La secrétaire non mais ça a motivé par exemple le fait qu'on ne fasse pas faire l'encaissement par la secrétaire » [MG 2]

MG 7, médecin qui exerce seul, expliquait « J'suis que sur rendez-vous depuis... cinq, six ans... j'ai plus l'appréhension... du patient qu'on connaît pas qui arrive à six heures du soir le vendredi... ça se reproduit plus parce que le mode de fonctionnement fait que... », et il commentait plus loin « Mon appartement est juste au-dessus donc les gens... enfin j'ai été volé une fois parce que je sais qu'ils sont montés... ils avaient profité le samedi matin, alors ça c'est le biais du rendez-vous, c'est que y'a quelqu'un à huit heure dans la salle d'attente, mais y'a plus personne après, donc celui qui veut... »

« Là c'est sûr que d'avoir des associés ça aide... les associés et la secrétaire » [MG 15]

« ... tout bêtement prendre une secrétaire... bon c'est sûr elle gère une très grosse part administrative, mais ça fait aussi une présence quand je consulte, j pense que ça dissuade » [MG 16]

6) L'argent

Certains médecins prenaient des **précautions avec la gestion de l'argent**, cité comme facteur favorisant la survenue d'actes de violence, en évitant d'en avoir trop sur eux :

« ... c'est sûr que je réfléchis encore maintenant à ne pas sortir le soir avec les espèces et les chèques, et les sortir par exemple à midi » [MG 2]

« Je prends pas mon porte-monnaie avec tout ce que j'ai dedans juste avant... » [MG 7]

« On faisait énormément d'actes y'a trente ans donc on avait beaucoup d'argent y'a trente ans, donc je vidais mon portefeuille, je partais pas avec beaucoup d'argent... » [MG 10]

« ... je me promène pas avec plein d'argent dans les poches » [MG 14]

« ... après y'a l'argent qui attire... alors bon, souvent faut penser à partir en garde ou quoi avec le minimum... » [MG 15]

7) Sécurisation en dehors du cabinet

Enfin, des mesures de sécurisation lors de l'exercice en dehors du cabinet étaient mises en place au fur et à mesure : prévenir ou se faire accompagner par un proche, noter les lieux de visite, éviter les visites et les gardes, etc.

« Et donc je me disais que s'il m'arrivait un problème dans la nuit, personne ne saura ! Donc quand je partais, je marquais toujours la personne chez qui j'allais, je faisais un double avec le nom, le numéro de téléphone. Et quelle route je prenais au cas où... » [MG 1]

« ... c'est une des raisons pour laquelle j'ai supprimé les visites à domicile, raisons pour lesquelles j'ai décidé pendant mes gardes de week-end de faire venir les gens au cabinet » [MG 2]

« ... en garde quand je vais chez quelqu'un le soir, je préviens mon compagnon ; du coup il me rappelle si je mets trop de temps à revenir... et puis il sait où j'suis. »

[MG 5]

« J'avais déjà été appelée en garde et bon c'est quelqu'un qui a des problèmes de psychose et il est pas toujours très stable, donc là mon époux m'a conduit. Et une autre fois parce que là c'était vraiment le quartier qui était connu pour... ne pas être très stable on va dire (...) Et là pareil, cette fois-là c'était mon père qui m'avait accompagné et qui m'a attendu le temps de la visite » [MG 6]

« Ben quand on n'avait pas d'enfants mon mari venait souvent avec moi, ça m'aidait aussi la nuit. Mais maintenant non parce que on a des enfants, et forcément je sors toute seule. Mais je prends pas plus de précautions... euh si j'appelle en partant, enfin quand j'arrive, et j'appelle quand je repars » [MG 8]

« ... si j'ai des visites, j'évite en fin de journée... si vraiment j'en ai beaucoup, j'essaye de terminer par des patients chez qui y'aura peu de risque, des patients que je connais bien quoi... Après, y'a le truc classique, c'est, surtout en garde en fait, d'appeler mon mari quand j'arrive et quand je repars. Entre temps, il me rappelle après une demi-heure. Voilà » [MG 16]

3.6. Propositions pour améliorer la sécurité en médecine générale

1) Améliorer les outils du CNOM

À la question « Que faire des outils du CNOM déjà mis à disposition et peu utilisés ? », 15 médecins sur 16 étaient favorables au fait de **conserver ces outils, mais en les améliorant** :

« ... il faut déjà qu'elle (la fiche de signalement) soit accessible directement par internet, qu'on puisse la remplir directement par internet, faut la simplifier parce que c'est toujours pareil, si il faut imprimer, remplir, timbrer... bon voilà ça sera encore ça à faire en plus des papiers de la sécu... et ensuite il faut en parler un peu plus parce que je pense que c'est méconnu de la plupart des médecins (...) ça serait utile de l'envoyer (le guide pour la sécurité) par... soit de l'envoyer par papier soit de faire un courrier invitant à aller regarder sur le site... » [MG 2]

« Informer les médecins que ça existe, ça serait une bonne chose. Et puis faire une campagne d'information pour inciter les médecins à signaler toutes les agressions qu'ils ont eu, même celles passées pour recenser » [MG 4]

« ... puis faire passer l'info... » [MG 5]

« ... j pense déjà nous en informer, nous informer de leur existence tout simplement, on peut commencer comme ça. Au niveau du guide pratique... peut-être faire des choses vraiment assez simples pour ne pas perdre trois heures à aller lire un guide pratique parce qu'on le fera pas... » [MG 6]

« Faut que tout le monde le fasse pour que ça ait un sens, sinon il va y avoir un type qui va être sensibilisé, l'autre pas... faudrait presque l'imposer en disant voilà vous déclarez pour qu'on voit un petit peu où on en est mais c'est trop... » [MG 7]

« ... j pense que c'est des outils que, vraisemblablement il faut garder, euh, parce que ça va être quand même le... le reflet d'un observatoire des faits graves qui sont rapportés... j crois que les faits graves sont rapportés. Euh, j pense que y'a certains faits de violences verbales qui peuvent être rapportés, euh, indirectement... donc oui c'est bien que ça existe. Est-ce qu'on peut les améliorer ? Euh, alors oui j pense qu'il faut peut-être relancer les choses de temps en temps... y'aura toujours un pourcentage X ou Y de médecins qui sont intéressés, qui sont des férus, qui vont... qui vont remplir ces trucs-là, oui effectivement. (Soupir), bon télécharger, remplir et renvoyer, peut-être que ça serait mieux de pouvoir remplir en ligne... ça simplifie quand même les choses voilà... et être au courant que ça existe, alors peut-être recommuniquer la dessus, peut-être oui » [MG 9]

« ... on fait p'tetre un peu d'pub régulièrement pour nous rappeler que ça existe, mais voilà je pense que j'n'ai pas vu passer la pub » [MG 10]

« J pense qu'il faut améliorer (les outils CNOM)... justement en soumettant nos réponses, je sais pas combien de personnes vous interrogez, mais en soumettant nos réponses à tous et en faisant parvenir justement le ressenti des médecins... » [MG 11]

« La fiche de signalement ça me paraît être une bonne idée, un peu comme les maladies à déclaration obligatoire. Mais il faudrait un peu plus de publicité, qu'on soit plus au courant. Après le guide pratique ça serait bien de le lire, oui... trouver le temps (sourit). Enfin nous l'envoyer ou envoyer un mail, avec un lien... pour moi on garde mais on nous informe » [MG 12]

MG 15 évoquait la possibilité **d'un recueil périodique et systématique** par le CNOM : « ... *bon la fiche... oui en admettant que le recueil ça permet de... de rendre compte de l'insécurité... mais c'est clair que c'est sous-évalué... j pense qu'il faudrait que le Conseil nous l'envoie, qu'il l'envoie, mais une fiche synthèse, genre tous les deux trois mois, en nous incitant fortement à y répondre, avec un truc simple hein, on coche oui non, ou des réponses courtes...* ». Concernant le guide, il ajoutait : « ... *c'est pareil, faut nous l'envoyer pareil. Faire de la pub quoi. Le distribuer... dès qu'on s'installe en fait... ça devrait faire partie du kit d'accueil des nouveaux médecins* »

« *Ben déjà on nous dit que ça existe (sourit)... bon visiblement la paperasse on passe à côté... par mail peut-être...* » [MG 16]

L'amélioration du recours à la fiche de signalement et au guide passerait aussi par la **diffusion des résultats**. Par résultats, nos médecins n'entendaient pas le recensement annuel des faits de violence, qui existe déjà, mais la preuve qu'en déclarant au Conseil, on puisse obtenir une amélioration de la sécurité des médecins :

« ... *il faut que ça apporte quelque chose derrière* » [MG 1]

« ... *c'est intéressant si ça permet de prévenir la prochaine fois une situation similaire... mais si ça aboutit à rien je ne vois pas trop l'intérêt. C'est bien d'avoir l'outil mail il faut que ça apporte quelque chose derrière, voilà* » [MG 3]

« *D'accord. Et en pratique ça a donné quoi depuis 2004 ? Comme action pour protéger l'exercice des médecins ? Qu'est-ce que ça a apporté ? ... à ceux qui ont justement signalé leur agression ? Ça a apporté quelque chose ou pas ? Est-ce qu'on a le retour de tout ça ?* » [MG 4]

« ... *j'aurais besoin de savoir que ça sert à quelque chose, que y'a des résultats par la suite...* » [MG 5]

« *Quand on a fait du dépistage du cancer du côlon par l'Hémocult®, c'est parce qu'on savait que y'avait un traitement à proposer derrière. L'Hémocult® ça existe depuis vingt ans, au début y'avait pas de traitement, les chimiothérapies étaient pas utiles, les coloscopies étaient un peu compliquées à faire... on pose la question, on n'aborde pas la solution ? On pose la question, on sait que y'a des problèmes, est-ce que y'a des solutions ? Quelle(s) solution(s) on va pouvoir proposer ? Et*

effectivement si, par rapport à des agressions qui ont pu avoir lieu, voilà on prend ce type d'agression, et à ce moment-là, voilà ce que l'Ordre peut faire, peut proposer comme outils... Si on nous propose des outils, et qu'on se dit tiens ces outils là ils sont peut-être intéressants... mais d'abord les solutions avant de poser les questions ! C'est de la politique politicienne ça. Voilà » [MG 7]

« Après pour moi tout ça ça reste très théorique... concrètement ça donne quoi ? Moi on me présente ça comme ça, oui, j'me dis c'est du blabla, des promesses... » [MG 15]

« Moi faut me donner des preuves, faut me prouver que ça sert à quelque chose de déclarer » [MG 16]

Enfin, MG 1 commentait : *« Pour moi ça sert à rien (mesures du CNOM) » [MG 1]*

2) Rôle de la justice

Comme nous l'avions souligné précédemment, les médecins semblaient attribuer un **rôle plus important aux autorités juridiques**, et en toute logique les solutions à ce problème devraient émaner de la justice.

L'application de peines plus lourdes à l'encontre des « agresseurs de médecins » étaient plusieurs fois évoquées :

« Il faudrait (...) que les peines de prison soient tenues. Et puis que si il est pas solvable ben y'a les travaux d'intérêts publics, et puis on leur donne la masse et ils cassent les cailloux dans la rue, ça les calmerait » [MG 1]

MG 10, en plus de reprendre l'idée de diffusion des résultats, reprend cette notion :

« Il est évident que dans le cas où un médecin se faisait agresser, si la justice faisait son œuvre très rapidement avec une sanction exemplaire euh, euh, je pense, et si c'était médiatisé, je pense que ça ferait du bien ; ça ferait plus peur aux gens qui veulent agresser les médecins que rassurer les médecins eux-mêmes. Donc voilà, chaque fois qu'il y'avait une agression envers un médecin si la justice était rendue très rapidement ; j'dis pas qu'elle soit monstrueuse, mais qu'elle soit rendue très rapidement, et qu'elle soit médiatisée, ça ferait du bien »

Les avis divergeaient sur l'intérêt de rendre les peines plus sévères. Ainsi, en plus de MG 4, cité plus haut, qui soulignait l'absence de caractère préventif, MG 9 ajoutait :

« J'suis pas persuadé que la plus grande sévérité des peines quel que soit le motif de l'agression soit un moyen d'améliorer les choses. J'veux dire bon ben j'crois quand même que, en médecine, l'essentiel, l'essentiel des problèmes vient d'une population toxicomane. Et la population toxicomane, qu'on leur disent 3 mois ou 5 mois, euh, je suis pas persuadé que... bon maintenant c'est une population que je connais mal mais je suis pas persuadé que ça soit... que ce soit très efficace »
[MG 9]

Pour MG 1, au-delà des peines, l'ordre ne pouvait être rétabli que par le judiciaire :

« Il faut que la loi soit changée déjà bien plus loin (...) ce qu'il faut faire c'est déjà qu'il y ait plus de flics dans les rues, hein, et qu'ils soient pas non plus débordés avec pleins de paperasses (...) c'est au niveau de la justice, il faudrait qu'il y ait plus de flics, plus de procureurs, moins d'avocats (sourit) et que les peines de prison soient tenues. (...) C'est pas au niveau du Conseil de l'Ordre qu'il faut améliorer ça, c'est au niveau de la justice (...) il faut la présence policière et la répression derrière » [MG 1]

MG 5 abordait l'intérêt d'une coordination entre la police et l'Ordre des Médecins :

« Ben la (fiche de signalement) transmettre à la police peut-être... pour faire des mains courantes, des choses comme ça... regrouper en fait... ça limite les démarches, le médecin remplit un seul formulaire et gagne du temps... faut voir si c'est faisable ça »

Il nous a semblé que MG 11 cherchait à développer la même idée de coordination, en imaginant le rôle d'un médecin référent pour les faits de violence :

« ... le fait de justement être seul, et de pas pouvoir référer à euh... à un cadre de service comme on le ferai à l'hôpital... ben ça nous manque. Il faudrait avoir un référent... oui dans ce cas-là avoir un médecin référent... presque lui-même

coordinateur, qui fasse remonter aux institutions, aux politiques les différents évènements indésirables recensés. Créer peut-être un nouveau poste, comme un médecin conseil, un médecin du travail... et ben un médecin référent de ces évènements indésirables, pourquoi pas »

3) Formation

Quatre médecins interrogés proposaient de revoir la **formation médicale** et d'y intégrer ce thème :

« ... ça on nous l'apprend pas à la fac (se défendre) » [MG 1]

« ... c'est aussi revoir la formation médicale pendant les études médicales et revoir comment gérer un patient avec violence physique et verbale » [MG 2]

« ... c'est notre expérience de la violence qui faisait qu'on... qu'on savait mieux gérer telle ou telle situation et ça, ça se transmet pas... » [MG 15]

« ... déjà faut nous former, mais bien plus tôt, déjà à la fac. Ça permettrait de gagner des années d'expérience... » [MG 16]

4) Mesures de sécurisation

Les mesures proposées concernaient d'abord **l'attitude du médecin** en cas de situation d'insécurité :

« ... la meilleure défense c'est de rester zen, et sinon se mettre à hurler que l'autre attrape peur... il ne faut jamais céder » [MG 1]

« ... surtout ne pas être défensif d'emblée, c'est pas facile de mettre les émotions de côté » [MG 3]

« J pense que la réaction doit être au même niveau que la gravité du geste ou des paroles » [MG 4]

« ... il faut qu'on apprenne à se faire respecter par nos patients » [MG 7]

Certains médecins essayaient de trouver des solutions pour **sécuriser lors de l'exercice au cabinet** :

« Autre chose qui je trouve serait pas mal, c'est que les médecins ne soient plus isolés dans leur coin, mais au contraire soient plus dans des structures multidisciplinaires » [MG 3]

« J pense que l'alarme pour le cabinet c'est une bonne chose... et puis dans le cabinet mettre une caméra on peut pas, qui est de l'autre côté de la caméra on sait pas... ou alors un système de caméra qui filme... mais ce qui est filmé reste anonyme » [MG 4]

« À moins de mettre le médecin généraliste dans une maison médicale... mais il faudrait un système pour sécuriser en garde... pour limiter l'ouverture des portes aussi... et puis même si je le vois rentrer avec la caméra, je sais quand même pas qui c'est, si il est dangereux ou pas... peut-être que ça peut quand même limiter les problèmes et dissuader... après je sais pas comment on peut sécuriser plus... faut bien à un moment donné laisser un accès au patient... » [MG 5]

« ... c'est vrai que selon les zones... à part le regroupement de médecins pour éviter l'isolement... » [MG 12]

Certains médecins rappelaient des mesures qui existaient déjà, qu'il aurait fallu s'efforcer de conserver. **Le choix du médecin traitant**, mis en place depuis janvier 2005, participait à améliorer la sécurité des médecins pour certains :

« On a énormément de problèmes avec les gens drogués qui font le tour, mais maintenant avec le système du choix du médecin traitant, ils sont obligés d'aller chez le même médecin pour renouveler leur traitement, on est à peu près tranquille » [MG 1]

« Le changement médecin traitant, ça nous a permis de choisir notre clientèle, un tout petit peu de dire non pas... euh... sans sélectionner vraiment, juste la sélection par le respect » [MG 7]

Étaient également proposées des mesures pour améliorer la sécurité lors de l'exercice en dehors du cabinet, notamment pendant les gardes. Un bon nombre de médecins évoquaient la nécessité d'être **accompagnés pendant les gardes** :

« Si on avait un véhicule avec quelqu'un qui nous véhiculerait, je pense qu'on aurait déjà moins de problèmes » [MG 1]

« ... par exemple accompagner un médecin pour faire une visite, pourquoi pas » [MG 4]

« ... ou épaulé par quelqu'un de la force publique... » [MG 6]

« Ben soit se faire accompagner, à la limite, comme au Luxembourg, d'avoir un chauffeur et se faire accompagner, surtout pour les femmes quoi, bon... ouais d'avoir un accompagnateur avec soi... euh, ça serait pas mal. Bon parce que après on peut pas dire à chaque fois qu'on va dans des quartiers un peu durs, euh, insécurisés... parce que moi on m'avait dit tu préviens la police que t'es là, et si t'es pas là dans tant de temps ils viennent... mais bon si ça dégénère ils seront quand même pas là tout de suite donc... » [MG 8]

« ... j pense que les gardes, les visites de gardes devraient être systématiquement encadrées par, par un moyen, gendarmerie ou police en fonction des zones de couverture » [MG 9]

« ... pourquoi pas se faire escorter par une brigade de police ou une brigade de gendarmerie » [MG 11]

« ... y'a eu des propositions d'avoir quelqu'un qui était salarié et qui nous accompagnerait et qui éventuellement se présentait quand les médecins étaient des femmes... mais c'est toujours tombé à l'eau, pour des histoires de financement » [MG 13]

« ... l'idéal ce serait le système, enfin je sais pas si c'est vrai que au Luxembourg c'est comme ça mais apparemment ils sont accompagnés par un chauffeur, en nuit profonde c'est vrai que ça serait une bonne chose » [MG 14]

« ... ça va plus concerner les gardes... nous on essaye de mettre en place sur notre secteur les... on essaye de faire venir les malades en maison médicale. Pas de déplacements à domicile, c'est en train de se mettre en place faut voir ce que ça donne » [MG 15]

MG 8 expliquait selon elle les limites de l'accompagnement par les forces de police :
« ... ça peut aussi faire dégénérer les choses ! Ou alors moi je dis à la famille ben y'a quelqu'un qui m'attend en bas, y'a un de vos enfants qui m'attend en bas de la tour, là où j'ai... la trouille ! »

Certains évoquaient même **la suppression des gardes** :

« ... déjà y devrait plus y avoir de gardes de nuit... de toute façon la nuit soit c'est aux urgences soit ça peut attendre le lendemain ! »[MG 1]

« ... j'aurai très vivement souhaité ne plus être amenée à faire des gardes de nuit, très sincèrement ! ... ne plus être amenée à faire de garde la nuit (...) supprimer la nuit profonde » [MG 6]

« J'veux dire la majorité des visites à domicile la nuit sont complètement inutiles, c'est vraiment des visites... j'pense que vous vous en êtes rendu compte, soit c'est complètement inutile et ça peut attendre, soit on hospitalise donc voilà quoi... faire ça jusqu'à minuit et après stop. Alors après le but c'est que les gardes en nuit profonde sautent, mais bon, ça on n'y est pas (...) supprimer les gardes ? (sourit), ça serait bien (rigole) » [MG 8]

Solution moins radicale, certains médecins évoquaient le maintien des gardes mais dans de meilleures conditions, **en supprimant les déplacements et en réduisant l'isolement** :

« ... il faudrait une maison médicale mais qui soit sécurisée et que les gens qui viennent soient envoyés par Médigarde » [MG 1]

« ... par exemple un cabinet médical de garde au-dessus d'un cabinet de police... l'exercice dans un cabinet médical sécurisé avec par exemple pour les gardes, le patient qui est régulé va chez le médecin mais y'a un code d'accès qui est donné par l'autorité régulante qui change tous les jours de manière à ce que le cabinet médical ne soit pas, comme c'est le cas maintenant, ouvert à tout va » [MG 2]

« ... mettre une maison médicale de garde et qu'on fasse nos gardes dans la maison médicale » [MG 8]

« ... on met ça en maison de garde avec la gendarmerie pas loin... » [MG 12]

D'autres évoquaient la possibilité de **répartir les tâches en évitant de confier les situations à risque à un médecin seul** :

« Euh, j'pense que y'a... des appels de garde sur lesquels on ne devrait pas envoyer de médecins généralistes, qui devraient être réservés, je sais que ça paraît débile, mais qui devraient être réservés aux... aux interventions SAMU, j'veux dire légères. Quand y'a un conflit familial et qu'il y a... dont on sait qu'il y a des armes blanches, qu'il y a je sais pas quoi, qu'il y a manifestement un contexte euh, hyper violent, c'est pas au médecin généraliste d'y aller, même si après on lui dit ben oui mais si y'a un problème vous pouvez nous rappeler on envoi la police... » [MG 9]

« ... les visites chez les psychotiques ou les éthyliques, toxicos... je sais pas si c'est vraiment à nous de gérer ça » [MG 16]

Les médecins étaient globalement satisfaits de l'existence d'un **système de régulation des gardes, mais à améliorer** :

« ... pour améliorer en garde... non, non non, pas d'autres... ou alors... si, une meilleure régulation... qu'on nous dise véritablement où on va, sur quoi. Pas simplement une adresse, mais nous dire voilà c'est dans une caravane, la réputation du lieu... » [MG 11]

Enfin, concernant le mode d'exercice, mais à l'échelle nationale, MG 7 proposait :

« Je pense que si l'offre de soins était un petit peu supérieure on aurait moins de ... on n'en arrive à ne plus pouvoir accepter, et pour éviter un burn-out, de mettre des stops, des stops, et les gens ne comprennent pas... bon quand on voit... j'ai du mal à comprendre encore aujourd'hui, qu'il y ait pleins de médecins roumains qui débarquent, qui restent un temps, et puis ils ne connaissent pas notre façon de bosser alors ils repartent ; et l'offre de soins disparaît d'un seul coup, c'est dur quoi. Peut-être une offre de soin j'vous dis... »

5) Échelon local

Plus de la moitié des médecins interrogés s'accordaient sur la nécessité de **décliner les actions de prévention à l'échelon local** et en fonction du risque d'insécurité :

« ... échelonner des niveaux de risques (...) j pense que y'a des quartiers qui sont plus à risques que d'autres, et à ce moment-là il faudra plutôt cibler ces régions »

[MG 4]

« ... par exemple des gens qui bossent dans des endroits franchement difficiles, ce serait une bonne chose... peut-être que dans certains endroits... dans certains endroits difficiles il faut, mais ici, j me sens pas, encore, agressé... pour l'instant »

[MG 7]

« ... j pense qu'après ça dépend un peu de la zone où on travaille... » [MG 8]

« ... mais j pense que ça doit se... se décider beaucoup plus à l'échelon local qu'à l'échelon national. J pense qu'à l'échelon national c'est comme beaucoup de choses qui sont faites, ça veut tout dire et rien dire. Par contre je pense que vraisemblablement localement y'a des choses à améliorer, dans certaines zones sensibles... donc j pense que y'a des efforts à faire, mais vraiment localement »

[MG 9]

« Améliorer la condition des médecins généralistes, je pense que ça dépend surtout de la zone géographique dans laquelle t'exerces. À mon avis c'est surtout ça qui prime. Faut améliorer mais au cas par cas » [MG 11]

« ... y'a certains lieux où les médecins sont plus exposés et du coup il faut insister sur les moyens de prise en charge » [MG 12]

« En même temps c'est pas dit qu'ici on se serve de tout ça (outils CNOM) » [MG 13]

« J pense que ça peut être une bonne chose (outils CNOM), parce que oui effectivement j'ai peut-être eu la chance de jamais trop être confronté à ce genre de problème, mais j pense que dans d'autres endroits... » [MG 14]

6) Mode de paiement

L'argent étant un facteur favorisant de survenue des phénomènes de violence, quelques-uns des médecins interrogés proposaient des solutions pour **ne plus être amenés à manipuler de l'argent** :

« ... il suffit de faire le tiers payant, mais on ferait le tiers payant on aurait quatre fois plus de patients... il faudrait que... les gens pour les renouvellements ils viennent quatre fois par an chez le médecin, ou cinq fois pis qu'en dehors de ça, ils peuvent plus et les bronchites tout ça, ils paieraient de leur poche... mais c'est vrai que le système du tiers payant ça serait une bonne chose » [MG 1]

« ... j'ai toujours voulu, et moi j'trouvais que c'était bien, être payé directement par la CPAM. Y'avait des papiers que j'avais bien gardé de M.B qui aujourd'hui est à la retraite, c'était un médecin de la caisse qui refusait qu'on fasse du tiers payant en systématique. J'trouve que par exemple des gens qui bossent dans des endroits franchement difficiles, ce serait une bonne chose » [MG 7]

« ... après le plus simple c'est de, comment... de faire le paiement avec la carte vitale... » [MG 15]

« ... on a toujours évoqué l'idée de... de se faire rembourser par la sécu, et que le patient avance plus l'argent, mais bon, ça a pas abouti... ou alors on fait payer par chèque... mais tout le monde n'a pas de chèque... » [MG 16]

Autre remarque, qui concernait indirectement la rémunération :

« ... ça fait partie d'un risque... Le routier peut avoir un accident, il a un risque ! Alors on n'est pas payé pour le risque, ça peut-être, peut-être qu'on devrait être payé pour le risque... est-ce que on doit tout mettre sur le pognon ? ... » [MG 7]

7) Recensement et gestion des patients à risque

Les entretiens ont abordé des solutions concernant la gestion des patients à risque. L'une d'elle consistait à mettre en place une " **black list** " :

« ... tous les patients qui sont notifiés pour les violences, euh... qui font le tour des trucs comme ça... on devrait avoir un papier qui nous arrive directement de la sécu, euh... avec le nom... il faudrait que la sécu transmette ça au Conseil de l'Ordre et le Conseil nous le transmet, avec le nom, les plaintes, les agressions (...) mais ça c'est un truc de justice, ça ne doit pas être divulgué, c'est le secret professionnel. Mais par contre ce qu'on pourrait divulguer, c'est le médecin qui se fait agresser, qui signale l'agresseur au Conseil de l'Ordre et qui centralise ; il faudrait que ce soit au Conseil de l'Ordre de faire ça » [MG 1]

« ... faire passer l'info, pour faire connaître les patients à risque qu'on puisse s'en méfier plus... mais là après y 'a le problème du secret médical » [MG 5]

Concernant une prise en charge particulière des patients à risque, MG 7 commentait :

« ... pfff, le type qui va être à risque demain il l'est peut-être pas aujourd'hui, ça serait un peu beaucoup quand même »

Discussion

1) Pourquoi les médecins généralistes libéraux déclarent-ils si peu les actes de violence dont ils sont victimes ?

L'étude réalisée a permis de dessiner des causes de sous-déclaration des actes de violences dont sont victimes les médecins généralistes, en Moselle et Meurthe-et-Moselle.

La raison principale, évoquée par l'ensemble des médecins interrogés, était la **méconnaissance des procédures** : la méconnaissance de certaines voies de recours (surtout ordinaires) et la méconnaissance de certains droits en matière de déontologie.

La certitude qu'avaient les médecins de **ne pas obtenir gain de cause** et de **perdre leur temps** les démotivait. Cette proposition était fréquemment énoncée pour les actes de violences avec **absence de preuve**. Courir un éventuel **risque de représailles** en rebutait plus d'un.

Des médecins expliquaient que ne pas déclarer certaines violences relevait de leur respect du **serment d'Hippocrate et de l'empathie**. C'est peut-être ces notions qui poussaient les médecins à considérer la **violence** comme faisant **partie intégrante de la médecine**.

La **subjectivité de la violence** poussait certains à accepter une part d'insécurité dans leur travail. La violence verbale était ainsi souvent décrite comme n'étant pas de « la vraie violence » mais plutôt un défaut de la société actuelle.

Il était intéressant d'apprécier **les représentations qu'avaient les médecins du CNOM et des autorités juridiques en matière de lutte contre l'insécurité des médecins**. Pour la plupart des médecins, si des mesures efficaces devaient être proposées, elles devaient venir des autorités juridiques plutôt que de l'Ordre. Pour les médecins les plus expérimentés, le Conseil de l'Ordre souffrait d'une mauvaise

image datant peut-être d'avant la mise en place des mesures ciblées. Les médecins qui avaient eu à contacter leur conseil départemental pour signaler un fait de violence et/ou obtenir une conduite à tenir en cas d'agression, étaient peut-être moins bien renseignés dans le passé. Pour les plus jeunes médecins, c'est plutôt le poids de la méconnaissance qui semblait les pousser à se tourner vers la force policière, comme n'importe quel citoyen le ferait.

Certains médecins expliquaient ne pas se sentir concernés. Ils ne ressentaient aucune crainte, **aucun sentiment d'insécurité**.

Pour d'autres en revanche, le problème d'insécurité en médecine générale représentait **un sujet tabou**. Le sentiment de ne pas avoir su gérer la situation, la honte et la peur d'être jugé poussaient certains médecins à ne pas en parler. Et, à l'inverse de la médecine hospitalière, **le caractère isolé de la profession** renforcerait un peu plus ce tabou.

La majoration des phénomènes de violence et d'insécurité en médecine générale était mise sur le compte de **l'évolution sociétale**. Ainsi, le risque était considéré comme étant le même pour un médecin, un commerçant...

Mais surtout, le sentiment d'insécurité lié aux violences des patients ne semblait pas surpasser le risque pris pour l'exercice de la médecine générale, consultation après consultation. La violence ressentie par un médecin engendrée par une erreur de diagnostic, la prescription d'une thérapeutique inadéquate, voire même la mort d'un patient, était plus présente au quotidien. Les autres formes de violences étaient alors reléguées au second plan.

2) Forces et faiblesses

2.1. Forces du travail

Le travail a été poursuivi jusqu'à saturation des données sur l'échantillon constitué.

Au total, nous avons pu interroger seize médecins, ce qui est un nombre relativement important d'entretiens dans le cadre d'un travail de thèse.

À notre connaissance, il s'agit du premier travail de recherche qualitative réalisé en France étudiant les causes de sous-déclaration des actes de violences subis par les médecins généralistes libéraux. Cette étude constituait ainsi une des suites logiques à de nombreuses études menées sur le thème de la violence en médecine générale, dont la réalité n'est plus à démontrer.

2.2. Faiblesses du travail

1) L'échantillon

Certains médecins contactés par téléphone ont refusé de participer à notre étude. Cela constitue un biais de non-réponse. Parfois les secrétaires refusaient d'emblée, exprimant un manque de temps du médecin. Une seule fois nous avons eu en ligne un médecin qui a refusé de participer, sans en donner la raison.

Concernant la validité externe, l'échantillon constitué n'a pas été suffisamment diversifié. Les médecins exerçants en milieu rural n'y étaient pas du tout représentés. Ces médecins étaient plus difficiles à inclure : l'un a directement refusé, ne se sentant pas concerné ; deux autres, ayant reçu le courrier explicatif n'ont pas voulu donner suite (sujet non intéressant pour l'un, l'autre était resté injoignable). Pour l'année 2013, l'Observatoire pour la Sécurité des Médecins relevait 58% d'incidents qui avaient eu lieu en milieu urbain et centre-ville, 23 % en banlieue urbaine, contre 14 % signalés en milieu rural (17). Si nous avions pu interroger plus de médecins ruraux, la fréquence d'apparition du thème « ne se sent pas concerné » aurait été probablement plus importante dans notre travail. Cependant, cela constitue un biais majeur car les médecins généralistes ruraux ont en France des particularités d'exercice qui pourraient particulièrement les exposer aux violences : exercice isolé,

absence de secrétariat, nombreuses visites à domicile, gardes nocturnes fréquentes, etc. Nous ne savons pas si le faible taux de violences déclarées en milieu rural correspond à un faible nombre d'actes de violences ou à une plus importante sous-déclaration. Les médecins ruraux auraient pu faire apparaître d'autres causes de sous-déclaration. Nous n'avons pas retrouvé d'études avec la même thématique et un échantillon plus diversifié pour vérifier cette hypothèse.

L'échantillon manquait également de diversité sur un plan géographique car les médecins exerçaient tous dans le département de la Moselle ou de la Meurthe-et-Moselle. En 2013, ces deux départements étaient respectivement les 26^{ème} et 78^{ème} départements déclarant le plus d'incidents (17). Des entretiens avec des médecins exerçant dans les départements les plus à risque de violences auraient aussi pu enrichir ce travail.

2) Les entretiens

Il s'agissait du premier travail qualitatif réalisé par l'interviewer. Le manque d'expérience a pu conduire à un défaut de recueil d'information.

Neuman proposait six catégories de biais susceptibles d'apparaître à l'occasion d'un entretien (16). L'inexpérience de l'enquêteur a pu les renforcer :

- Les erreurs du répondant issues de la mauvaise compréhension des questions, de la gêne éprouvée, des mensonges liés à la présence d'autrui.
- Les erreurs non intentionnelles dues à la négligence du chercheur-enquêteur comme la rencontre d'un informateur ne correspondant pas à la recherche, la mauvaise lecture d'une question, la modification non pertinente de l'ordre des questions, la mauvaise compréhension de la réponse de l'informateur, la prise en compte d'une réponse non pertinente ou incorrecte fournie à une question par l'informateur.
- Les altérations intentionnelles du chercheur-enquêteur qui modifie les réponses fournies, en oublie certaines, ou reformulent des questions.
- Les influences directement dues au chercheur-enquêteur comme son apparence, son ton de voix, son attitude, ses réactions aux réponses, ses commentaires effectués hors du contexte de l'entretien, etc.

- Les influences dues aux attentes du chercheur-enquêteur en fonction de l'apparence, de la situation de vie de l'informateur ou de ses réponses préalables.
- Les erreurs dues à une exploitation insuffisante ou défectueuse des résultats de l'exploration.

S'ajoute enfin le biais de mémorisation. Les médecins interviewés ont pu ainsi oublier ou rajouter des informations qui ne reflétaient pas la réalité.

3) Analyse des résultats

La lecture et l'analyse thématique des verbatims ont été réalisées par un seul chercheur (auteure). L'absence de triangulation des données nuit également à la validité externe de ce travail. Une deuxième analyse ultérieure des verbatims, par un chercheur formé à cette méthodologie, permettrait d'y pallier.

3) Comparaison avec les données de la littérature

Les études réalisées auparavant n'avaient jamais pour objectif principal de rechercher les causes de sous-déclarations des actes de violence dont les MG sont victimes. Les causes énoncées étaient souvent le résultat des réflexions des auteurs, des hypothèses émises. Dans toutes les études retrouvées, les causes de sous-déclaration des actes de violence étaient superposables aux nôtres mais incomplètes.

À l'occasion d'un travail de recherche quantitatif et qualitatif mené en 2006 auprès de médecins généralistes de zones urbaines sensibles (ZUS) de l'agglomération toulousaine, Echeberz Riollot T. constatait que la violence était plus importante en ZUS (18). Elle signalait que le recours aux forces de l'ordre et au Conseil de l'Ordre

était faible par rapport aux actes de violence rapportés. Elle émettait ainsi des hypothèses à cette sous-déclaration, en se basant sur les propos obtenus lors de 5 entretiens auprès de MG exerçant en ZUS :

- « La réticence du praticien » (**=*peur des représailles***).
- « Les atteintes verbales prédominent. Le dépôt de plainte paraît non justifié car non condamnable (**=*absence de résultat***) ; et leur constatation à posteriori par les institutions est difficile (**=*absence de preuve***). À l'inverse, les atteintes le plus souvent déclarées sont les atteintes physiques et matérielles importantes, graves mais rares. Leur déclaration est indispensable pour tout recours aux assurances et remboursements ».
- « Le sentiment d'abandon face aux problèmes d'insécurité » a été émis par les MG interrogés. Certains ne voient « plus d'intérêt à déclarer les atteintes dont ils sont victimes » (**=*absence de résultat***).
- « Il se dégage de notre enquête une méconnaissance apparente des actions effectuées par le Conseil de l'Ordre... Ceci pose le problème de l'information » (**=*méconnaissance des procédures***).

Une étude de l'insécurité en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais a fait l'objet d'une thèse en 2009 (19). Une partie de cette étude quantitative par questionnaire abordait les conséquences judiciaires de la violence. L'auteur constatait qu'il y avait peu de réaction de la part des médecins généralistes avec un quart des victimes qui avait utilisé la fiche de déclaration du CNOM, un cinquième qui déposait plainte et un quart qui déposait une main courante. Il concluait que « l'insécurité en MG est un problème réel et sous-estimé. On constate une **méconnaissance des solutions** et recours existants. Fatalisme ou acceptation... une attitude dangereuse ! ». Il proposait aussi comme cause de sous-déclaration la notion d'**insécurité intégrée comme un risque dans la pratique de l'exercice médical**.

Un travail qualitatif a été réalisé par Lhomme H. en 2010 (20). Via la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes, elle étudiait le vécu de

l'insécurité au cours de leur pratique professionnelle. L'analyse de ces entretiens retrouvait des idées également mises en évidence dans notre travail, telles que :

- **L'absence de résultats** : trois médecins généralistes avaient porté plainte, « *ce qui ne sert strictement à rien* ».
- **L'empathie et la bienveillance du soignant** : « une violence difficilement condamnable émanant de patients, donc de personnes " malades ", parfois " fragilisées " ». « Le praticien dans l'exercice de son art, semble accorder beaucoup de respect à son patient, et lui témoigne une grande indulgence... »
- **La méconnaissance des procédures**, uniquement concernant l'existence de la fiche de signalement ordinale. Dix médecins sur quinze ne la connaissaient pas, aucun ne s'en était servi.

Enfin, un des items du guide d'entretien de ce travail était « Profession de médecin généraliste, un métier à risque de violence et d'insécurité ? ». Les différentes réponses apportées permettaient de dégager deux thèmes : **l'intégration du risque au métier**, et **la violence comme étant un phénomène de société**.

Dans une enquête quantitative, publiée en mars 2012, qui avait pour objectif principal d'évaluer la connaissance du livret pour la sécurité des médecins en Seine-Saint-Denis, une sous-partie était consacrée aux causes de sous-déclarations (21). Les propositions qui étaient faites ont été retrouvées dans notre enquête. Cette liste était incomplète puisque seulement trois causes de sous-déclaration étaient proposées par l'auteure : **le manque de temps**, **la peur des répercussions** et **le manque de connaissance de la procédure**. L'auteure n'expliquait pas pourquoi elle avait retenu ces propositions. La partie « autre » permettait de retrouver d'autres causes énoncées par les médecins interrogés. Etaient citées « **simples agressions verbales et banalisation** » et « **non procéduriers** ». Cette dernière propositions est difficile à interpréter : il aurait été intéressant d'avoir plus de précisions au travers d'un questionnement qualitatif. Nous pouvons supposer que peu de causes étaient évoquées car il ne s'agissait pas de l'objectif principal de ce travail : sur 23 questions, seules 3 abordaient la déclaration des violences subies par les médecins.

Dans sa thèse publiée en octobre 2012, Olive S. avait pour objectif de décrire le ressenti des médecins généralistes des Pyrénées Orientales face au phénomène de violence, dans leur exercice quotidien (22). Dix entretiens individuels ont été réalisés. L'auteure n'a pas cherché à mettre en évidence les causes de sous-déclaration ; elle évoquait malgré cela des pistes pour notre travail. Olive S. confirmait l'existence de l'insécurité chez les médecins généralistes de Pyrénées Orientales. Elle précisait que « **la notion de violence est subjective** et la plupart des médecins ne qualifie pas de " violentes " leurs expériences, considérant surtout que la violence est une agression physique ». À la notion de subjectivité s'ajoutait une deuxième idée, également mise en évidence dans notre travail, celle de la majoration de la violence en médecine comme étant un **phénomène sociétal**. Enfin, l'analyse de ces entretiens montrait que « **les praticiens intègrent la violence dans leur pratique** : ils sont témoins de la souffrance, de la maladie et de la violence sociale. Ils n'ont **pas de ressenti d'insécurité** et relativisent les phénomènes violents ».

La plupart de ces travaux révélaient une partie des causes de sous-déclaration mises en évidence dans notre travail. Notre travail a permis de faire connaître d'autres causes à prendre en compte dans le but d'augmenter la déclaration des violences subies par les médecins : la notion de **sujet tabou**, **la perception du rôle des instances ordinales et juridiques**, **l'isolement**, et le fait de **ne pas se sentir concerné**.

4) Propositions pour l'avenir

Notre étude a permis de mettre en avant plusieurs causes de sous-déclaration des actes d'insécurité dont sont victimes les médecins généralistes lors de leur exercice. Du point de vue des autorités, notamment ordinales, améliorer la sécurité des médecins passe par une meilleure connaissance de la violence subie, et donc par une amélioration du taux de déclaration des faits. Les médecins interrogés ont pu formuler d'autres propositions pour améliorer la sécurité des médecins généralistes que nous allons également discuter dans ce chapitre.

4.1. Place des autorités face aux violences

1) Réduire la méconnaissance par la formation et l'information

La méconnaissance des voies de recours est la cause de sous-déclaration la plus fréquemment citée par les 16 MG. Elle touche plusieurs notions. Pallier à ce problème passe par l'information des médecins.

1.1. Propositions pour améliorer l'information

Les mesures ordinales, juridiques et déontologiques existent mais sont mal connues.

Il est fortement conseillé de porter à la connaissance **des instances ordinales** tout acte de violence subi par un médecin généraliste ou son personnel. Cette déclaration est facilitée par l'existence de la **fiche de signalement** depuis 2003, actuellement disponible en ligne sur le site du CNOM, mais pas de tous les CDOM. Elle doit alors être téléchargée, imprimée, remplie, puis renvoyée, ce qui peut constituer une charge administrative supplémentaire mal vécue, comme souligné par quelques médecins. Son remplissage et son envoi directement en ligne simplifierait la démarche du médecin. Cette fiche de déclaration reste méconnue de tous les médecins rencontrés, même des médecins qui avaient déjà signalé un incident au CDOM, par téléphone, alors que ce contact téléphonique aurait pu constituer un moment adéquat pour sensibiliser le médecin à l'existence de cet outil. La fiche de signalement n'a pas pour objectif une amélioration immédiate de la sécurité. Elle est

un moyen de recenser, de mieux connaître le problème d'insécurité lié à l'exercice de la médecine. Elle ne peut donner lieu à aucune action juridique mais vise à évaluer le phénomène d'insécurité et à apprécier les effets des différentes mesures entreprises, années après années. Dans ces conditions, elle a peu d'utilité et d'efficacité ressentie par les médecins. Améliorer la diffusion du **guide pratique pour la sécurité des médecins**, lui aussi peu connu, serait également un point positif, en particulier à l'attention des médecins sensibilisés à la suite d'un acte subi (13).

Il est recommandé aux médecins victimes de rapporter les faits dont ils sont victimes aux **instances juridiques**. Cela se fait par le dépôt d'une **main courante** ou d'une **plainte**. Le choix s'effectue en fonction de la gravité des faits. La main courante ne donne habituellement aucune suite judiciaire. Elle peut toutefois donner lieu à des poursuites par le parquet en fonction de la gravité des faits relatés. La plainte est l'acte par lequel la personne porte des faits dont elle s'estime victime à la connaissance du procureur de la République, soit directement, soit par l'intermédiaire de la police ou de la gendarmerie. Une enquête est alors engagée. La plainte peut être déposée dans n'importe quelle brigade de gendarmerie ou n'importe quel commissariat de police, quel que soit le lieu de l'infraction. On peut également écrire directement au procureur de la République. Des mesures visant à améliorer l'efficacité judiciaire ont été prises mais sont méconnues des médecins. **La loi pour la sécurité du 18 mars 2003** a prévu un renforcement des sanctions applicables en cas de menaces, d'actes d'intimidation ou de violences à l'encontre des professionnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions (23). Les condamnations obtenues ont alors paru en augmentation :

- 98 condamnations en 2005 versus 161 en 2009 pour faits de violence à l'encontre d'un professionnel de santé ;
- 2 condamnations en 2005 versus 35 en 2009 pour faits de menaces ou d'actes d'intimidation.

Ces chiffres sont à interpréter avec prudence car on ne connaît pas le nombre total de faits de violence sur ces deux années, permettant de calculer un taux de condamnation.

Sur le plan déontologique, il est important de rappeler qu'il existe certaines **dérogations au secret médical** (24). L'une d'elle est l'existence d'une dangerosité,

pour elles-mêmes ou pour autrui, des personnes connues du médecin pour être détentrices d'une arme à feu ou ayant manifesté leur intention d'en acquérir une (article 226-14, 3° du code pénal). Dans ce cas, le médecin est autorisé à faire un signalement à l'autorité administrative.

"Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins." Article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique). Cette article rappelle ce que quelques médecins ont signalé avoir fait, à savoir mettre fin au suivi de patients dont la conduite avait été incorrecte voire violente.

L'analyse de nos entretiens montrait que les aspects réglementaires étaient obscurs et mal connus des médecins. Les informations circulent, et font parfois l'objet de rappels et d'articles dans la presse médicale, et ont fait l'objet de plusieurs diffusions dans les bulletins de l'Ordre (25-28). Mais pris par les préoccupations des consultations, les tracasseries administratives, et ne se sentant souvent pas concernés, ces rappels sont souvent mis de côté par les médecins qui les reçoivent.

Saisir un moment où le médecin serait plus attentif pour délivrer ces informations serait plus efficace. Le moment le plus propice pourrait être quand un médecin est victime et qu'il cherche à déclarer, même de façon « non conventionnelle », par téléphone par exemple. Cette prise de contact pourrait constituer un moment d'information. Les instances ordinaires, suite à une déclaration, pourraient intervenir systématiquement. Par exemple, renvoyer un mail (simple, rapide et à l'inverse du contact téléphonique, cela évite de déranger le médecin en consultation) avec des informations sur le rôle de l'Observatoire pour la sécurité, les recours possibles au vu de l'évènement déclaré (surtout si le médecin, sur la fiche, déclare ne pas avoir déposé une plainte ou une main courante) et des conseils de prévention (lien pour accéder au Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé par exemple). En cas de dépôt de plainte ou main courante, les agents de police ou de

gendarmerie pourraient recommander à la victime de se retourner également vers le Conseil de l'Ordre, voire même lui faire directement remplir la fiche de signalement, ce qui déclencherait la « cascade » d'informations. Cela permettrait aussi de renforcer la coopération entre tous les acteurs.

Comme nous l'avons vu dans nos entretiens, beaucoup de médecins victimes relatent les faits à leur famille, leurs amis et/ou collègues. Les médecins correctement informés à la suite d'une violence subie pourraient être le relais de cette information auprès de leurs collègues.

L'idée proposée par un médecin, qui consisterait à envoyer systématiquement de **façon périodique la fiche de signalement**, permettrait peut-être aussi d'améliorer la déclaration.

Dans un souci de gain de temps, **le mode de diffusion** pourrait être revu. Ainsi, comme suggérée par quelques médecins, la transmission des informations via Internet devrait être privilégiée plutôt que la version papier, rarement lue.

Enfin, quelques médecins proposaient de pouvoir remplir la fiche de signalement en ligne, toujours pour gagner du temps. Dans la continuité, il serait intéressant de pouvoir retrouver cette fiche sur le site Internet des CDOM. Une autre façon d'informer serait, en reprenant l'idée de MG 15, de remettre un dépliant, **une fiche synthétique** rappelant brièvement les droits, la conduite à tenir en cas d'agression, les coordonnées du policier référent du département et les liens utiles. À l'inverse du guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé, il ne comporterait pas de partie prévention, ce qui en ferait un document plus synthétique. Pour éviter d'être mis de côté, il faudrait essayer là aussi de la délivrer à un moment propice aux médecins, par exemple au moment de l'inscription à l'Ordre, à chaque renouvellement de licence pour les remplaçants, à l'occasion d'ateliers de formation, etc.

1.2. Propositions pour améliorer la formation

La prise de conscience du problème de l'insécurité en médecine générale remonte déjà à quelques années. Des ateliers de formation à la gestion de situations d'insécurité ont été mis en place, mais sont plus répandus en milieu hospitalier. Pour la médecine ambulatoire, certains groupes de parole existent, leur but étant de partager son expérience et de refaire le point sur des situations difficiles.

On peut citer les **groupes Balint**. Il s'agit d'une méthode de « formation – recherche » qui propose à des soignants volontaires (médecins, infirmiers, psychologues, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux et autres) de prendre le temps nécessaire pour faire, par la parole, le « récit » de leur pratique professionnelle, pour mieux saisir les différentes composantes conscientes ou inconscientes des expériences vécues dans le contexte de travail. Chaque participant, à partir d'un cas concret, aborde les questions qu'il se pose à propos des relations qui se créent avec son ou ses patients (difficultés de communication, de compréhension, de mise en place des soins, etc.). Si la relation médecin/malade, soignant/soigné est au cœur de la démarche de soins, elle est aussi au cœur du « travail » envisagé ici, dans sa complexité (émotions, défenses, limites, répétitions...), et dans le rapport à la maladie et au contexte environnemental (familial, institutionnel...). Il existe plusieurs groupes répartis sur toute la France. (29).

Notre consœur, Balducci M. présentait dans son travail de thèse la **méthode du coping**, qui permet un meilleur contrôle émotionnel en cas d'agression. Elle a pour but :

- D'aider à décrypter et analyser les situations de communication et de conflits ;
- De permettre de les affronter sans aller sur « le terrain de la confrontation » et donc de pouvoir y « faire face » ;
- De désamorcer la possible escalade de la violence.

Après avoir constaté la méconnaissance du livret pour la sécurité des médecins, elle proposait des séances de formation basées sur cette méthode. Ainsi, sur 208

médecins interrogés, 45% étaient favorables à ce type de formation abordant la méthode du coping (21, 30).

Comme proposé par certains MG, la formation doit tenir une place importante pour pallier à la méconnaissance. Elle doit être la plus précoce possible, et idéalement envisagée au cours du **troisième cycle** des études médicales. Reprendre l'idée des jeux de rôle pour mettre en scène certaines situations délicates est une idée intéressante. Pour les médecins déjà installés, des **ateliers de formation** pourraient être proposés. Dans le cadre du Protocole Santé Sécurité Justice Ordre (protocole SSJO), l'Ordre a travaillé la réalisation de **vidéos pour l'aide à la gestion des conflits** qui pourraient répondre en partie au besoin de formation. En 2013, trois vidéos ont été mises à disposition des conseils départementaux de l'Ordre (31).

2) Place du CNOM dans la lutte contre l'insécurité

Certains des médecins interrogés semblaient être désabusés concernant le pouvoir du CNOM en matière de lutte contre l'insécurité. C'était le sentiment par exemple de MG 6, qui avait déclaré un acte de violence une dizaine d'années auparavant, et qui expliquait ne pas avoir été prise au sérieux. Pour la plupart des médecins de notre enquête, les solutions aux actes de violence devaient venir des forces de police ou de gendarmerie. Dans son enquête auprès de médecins généralistes de Seine-Saint-Denis, département particulièrement exposé au problème d'insécurité, Balducci M. faisait le même constat. Les propositions énoncées par ces médecins étaient avant tout sécuritaires : « Faire de l'éducation des mineurs et répression de leur délinquance ; développer la civilité y compris par les autorités et régler les problèmes d'injustice ; les délinquants sont mieux protégés que les victimes/ lutter contre ce constat ; organiser la sécurité du quartier ; les rondes de policiers sont utiles, etc. »

Sur le thème de l'insécurité, les médecins généralistes attendent globalement peu des instances ordinales et accordent plus d'importance aux autorités judiciaires. Ceci explique aisément le défaut de déclaration au Conseil de l'Ordre.

Pourtant, autorités judiciaires et ordinales cherchent à conjuguer leurs actions pour être plus efficaces. Ces deux acteurs ont fait et font un effort certain pour améliorer leur partenariat, à l'image du protocole signé en 2011, qui visait à « renforcer la circulation des informations » (32). On comptait 822 incidents de violences déclarés pour l'année 2011, et 925 pour l'année 2013. Pour le Dr. Le Douarin, coordonnateur de l'Observatoire pour la sécurité des médecins, cet accroissement ne serait pas lié à la majoration des phénomènes d'insécurité, mais le résultat des actions de l'Ordre menées depuis deux ans pour sensibiliser les médecins (33). En matière de lutte contre l'insécurité, le Conseil souffre d'une image un peu désuète, surtout auprès des médecins expérimentés. Diffuser les premiers résultats des actions mises en place depuis la signature du protocole SSJO permettrait de regagner leur confiance, et leur adhésion à la déclaration.

En Seine-Saint-Denis, département précurseur, et en tête des incidents signalés à l'Ordre depuis 2008, un médecin référent conseiller ordinal a été désigné pour chaque commune. Le rôle de ce médecin ordinal référent est de conseiller les médecins victimes sur les démarches à engager, mais aussi de les écouter et de faire le lien. Le médecin référent vise à pallier le manque de soutien que peut ressentir un médecin libéral éventuellement isolé qui, contrairement à un médecin salarié à l'hôpital ou en institution, ne peut le trouver auprès de collègues ou de son administration (34). À l'image d'un cadre de service hospitalier, il pourrait avoir pour mission de centraliser toutes les déclarations et de les transmettre aux autorités. Cette expérience dans un département précurseur reste à évaluer et peut-être à généraliser. Elle répondrait à la proposition formulée par MG 11 dans notre enquête de créer une nouvelle fonction de « médecin référent ».

4.2. Répondre aux attentes des médecins

Par absence de résultats, certains médecins interrogés mettaient en avant **l'absence de réponses à leurs attentes**. Ces attentes relevaient de la prise en compte de la difficulté de l'exercice même de la médecine générale (risques pris tous les jours en posant un diagnostic, en établissant une ordonnance, déplacements à domicile, etc.). Ces difficultés pouvaient reléguer au second plan d'autres violences, moins quotidiennes. Le manque de mesures de prévention primaire de la violence, autour des situations à risque, semblait être particulièrement pointé.

1) Améliorer la sécurité lors des situations à risque

Là où les médecins étaient unanimes, c'était la possibilité et la nécessité d'améliorer les conditions d'exercice lors de deux situations à risque : **les gardes et visites à domicile** d'une part, et **la gestion de certaines catégories de patients à risque de violence** d'autre part.

Concernant l'exercice en dehors du cabinet médical, plusieurs solutions étaient suggérées, et même déjà mises en place dans certains endroits :

- Effectuer **les gardes dans une maison médicale de garde éventuellement sécurisée**. Le département du Val de Marne a mis en place des vigiles dans les salles d'attente des maisons médicales de garde, financés par les communes et les communautés d'agglomération (35). Dans certaines villes, le médecin de garde exerce au sein d'un hôpital, pour rompre l'isolement.
- Améliorer la régulation des appels, avec identification des situations à risque de violence (zones géographiques, situation du patient, etc.) et choix adapté de l'effecteur.
- Réduire fortement voire supprimer les déplacements au domicile.
- Mise en place d'un système de **géolocalisation** du médecin généraliste de garde et possibilité d'appel d'urgence en lien direct avec la police ou la gendarmerie. C'est un point abordé par le protocole de sécurité qui vise à déployer des systèmes de géolocalisations en fonction du risque local. En

2013, au Val-de-Marne, le CDOM a fait l'acquisition de 20 boîtiers pour une période de deux ans. Ils sont mis à disposition des médecins volontaires assurant les gardes, régulées par le centre 15. Ce boîtier est léger (65grammes) et multifonction (positionnement GPS toutes les minutes, communication vocale, SMS). En cas de danger le médecin active le bouton SOS, un SMS d'alerte est transmis au médecin d'astreinte du centre 15 et le gyrophare est déclenché. Le médecin d'astreinte déclenche l'écoute afin d'analyser la situation, peut dialoguer avec l'effecteur et appeler les forces de l'ordre. (31)

Sur ce dernier point, rappelons que dans certaines zones, des médecins craignant pour leur sécurité ne participent plus à la permanence de soins. Ainsi, à l'occasion d'entretiens auprès de 15 femmes médecins généralistes visant à apprécier le sentiment d'insécurité, l'auteure découvrait que la moitié d'entre elles ne participait pas au tour de garde (36). Celles qui prenaient des gardes choisissaient souvent de communiquer à un tiers (le plus souvent leur conjoint) le lieu où elles se rendaient, le nom du patient, voire même le motif de l'appel, afin de se rassurer. L'auteure de ce travail soulignait ce point important qui posait problème vis-à-vis du secret médical. L'auteure proposait la création d'un **service d'aide nocturne spécifique aux médecins** participant à la permanence de soins, qui comporterait :

- une assistance secours rapide : déclenchement d'un appel d'urgence aux Forces de l'Ordre en appuyant sur un bouton de montre-téléphone géo-localisateur.
- la mise en place sur le logiciel de traitement des appels au 15/112 par les Assistants de Régulation Médicale (ARM) d'une réactivation du contact avec les médecins après un délai prédéfini, sur les lieux de la visite.

Ce travail était réalisé en 2012. Comme précédemment cité, ce genre de système était expérimenté en 2013 au Val-de-Marne. Nous constatons donc les premières retombées du protocole SSJO, et c'est cette existence de résultats qu'il faut mettre en avant.

Concernant les catégories de patients considérés comme à risque de violences, notre étude identifiait surtout les **patients psychiatriques**, et ceux **présentant une addiction**. Plusieurs études ont cherché à définir les profils d'agresseurs et ceux-ci concordaient avec nos résultats (37, 38).

Une étude qualitative publiée en 2011, combinant entretiens individuels et focus groups, réalisée auprès de médecins généralistes norvégiens, abordait la prise en charge de ces populations pendant les gardes. Ces médecins éprouvaient de réelles difficultés en lien avec un manque de prestataires de soins en santé mentale (39). En France, la situation est comparable et une meilleure **coopération entre médecins généralistes et psychiatres** permettrait certainement de lutter contre le sentiment d'insécurité des médecins généralistes face à ces patients. Une enquête réalisée auprès de 69 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle visait à évaluer l'évolution de leur partenariat avec le pôle « psychiatrie » de Lunéville entre 1997 et 2011. Des solutions avaient été mises en place suite à la première enquête (plaquette d'information, équipe mobile INTERMEDE, amélioration de la transmission d'informations par courriers, etc.). Quatorze ans après, les médecins demandaient encore à améliorer entre autres l'accès direct par téléphone à un psychiatre et les délais de rendez-vous en Centre Médico-Psychologique (CMP) (40). L'idée de pouvoir solliciter une équipe mobile, incluant plusieurs acteurs formés, paraît intéressante pour la gestion des situations difficiles, surtout lors des gardes, et pourrait être généralisée. En décembre 2012, à Dijon, suite à l'agression de 2 médecins de SOS médecin qui intervenaient auprès de patients psychiatriques, une convention est signée. La police est depuis présente en cas d'intervention auprès d'un patient psychiatrique. Des bips d'alarme sont reliés à la police et une liste des lieux dangereux permet un renfort des patrouilles. (31)

Nous ne discuterons pas plus l'idée évoquée par deux médecins de faire circuler une liste de patients avec des antécédents de violences envers les professionnels de santé, ou « black list ». Une telle liste serait non éthique. En revanche, le signalement d'un individu dangereux à l'encontre du corps médical par le Conseil de

l'Ordre est envisageable. La diffusion du portrait-robot d'un individu qui avait agressé plusieurs médecins à Paris a permis son arrestation et sa condamnation (27).

Dans le but de réduire les actes de violences ayant pour motif l'argent, l'application systématique du **tiers payant** pour l'ensemble des actes réalisés, notamment en garde, et pour tous les patients, serait intéressante. Cette proposition, formulée par certains des médecins interrogés, a d'autant plus de légitimité qu'elle a été récemment évoquée par la Ministre de la Santé, Marisol Touraine. C'est suite à un mouvement de grève des médecins de la commune des Mureaux dans les Yvelines, le vendredi 1^{er} février 2013, en solidarité avec une jeune généraliste agressée à son cabinet mi-janvier, que la Ministre a proposé la généralisation du tiers-payant : *« C'est techniquement assez compliqué mais il faut avancer dans cette direction »*, a-t-elle indiqué sur RMC (41).

2) Une déclinaison locale des mesures proposées

Bon nombre des médecins de notre étude s'accordaient sur la nécessité de décliner localement les mesures de lutte contre les violences faites aux médecins. Globalement, le sentiment d'insécurité, notamment lors de l'exercice au cabinet, était faible. Certains, comme MG 10 et MG 14, ne se sentaient pas concernés par le problème d'insécurité en général. Les médecins avaient en revanche conscience que la sécurité de certains confrères pouvait être un problème plus préoccupant, évoquant certaines zones géographiques à risques (banlieues, quartiers sensibles, etc.), mais aussi le fait d'être une femme, un jeune médecin ou d'exercer seul. Quel que soit le type de solution évoquée, les médecins insistaient sur l'importance **de les adapter au cas par cas**. C'est une notion intéressante et d'ailleurs mise en avant dans le **Protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordre** (23, 42).

Ce protocole réuni pour la première fois 3 ministères (Ministère de l'Intérieure, Ministère de la Justice et Ministère de la Santé) et 7 ordres de professionnels de santé. Il propose :

- Un dispositif qui s'adapte aux réalités du terrain, avec la désignation **d'interlocuteurs dédiés** au sein de chaque unité de police et gendarmerie ; ainsi qu'une **déclinaison du protocole département par département** en tenant compte de l'environnement propre à chaque professionnel de santé.
- **L'amélioration des connaissances sur la violence** qui touche les professionnels de santé (c'est le rôle de **la fiche de signalement**), afin de renforcer l'efficacité des actions mises en œuvre pour les contrer. Ainsi, les médecins seraient sensibilisés à la conduite à tenir en cas de problème, des **diagnostics de sureté** seraient proposés (sécurisation du cabinet). La **circulation de l'information entre les différents acteurs** serait renforcée.
- Des **procédures d'alertes spécifiques**, adaptées localement, pour les professionnels en **garde** (numéros d'appels dédiés vers police-secours, développement de systèmes d'alerte communautaire, géolocalisation des médecins en intervention).
- De dissuader au maximum les auteurs potentiels en augmentant le risque de **sanction judiciaire** : favoriser le dépôt de plainte des professionnels de santé en permettant la prise de plainte sur place ou sur rendez-vous, en permettant de se domicilier à son adresse professionnelle, **en permettant à l'Ordre de se porter partie civile, voire se substituer au confrère en cas de crainte de représailles**. Pour faciliter le **dépôt de plainte** et limiter la perte de temps, celle-ci peut être **recueillie sur place** ou dans le cadre **d'un rendez-vous fixé** dans les meilleurs délais.
- Des outils de **vidéosurveillance** sont également en cours de développement avec certaines collectivités locales pour surveiller les abords des lieux d'exercice les plus à risque.

Au 4 décembre 2013, soit à un peu plus de deux ans de la signature du Protocole national, 71 départements ont pris en compte sa déclinaison territoriale (43) :

- 48 (67,6%) départements ont accepté le protocole mais leur état d'avancement est variable :
 - 30 départements (dont Moselle et Meurthe-et-Moselle) ont un protocole décliné,
 - 18 départements ont une procédure départementale validée et des référents sécurité dédiés identifiés.
- 10 (14,1%) départements avec un taux de victimation faible ont un accord factuel et des contacts institutionnels réguliers, sans référent dédié.
- 8 (11,3%) départements n'ont aucune violence significative et n'ont pas jugé nécessaire de décliner une procédure spécifique.
- 5 (7%) départements poursuivent leur réflexion partenariale (contacts en cours).

4.3. L'empathie du médecin

L'empathie dans la pratique médicale est l'un des fondements du serment d'Hippocrate. Elle a été citée dans notre étude comme participant à la sous-déclaration des phénomènes de violences, par des médecins de tous âges, allant de 29 à 61 ans.

L'empathie permet d'expliquer que les médecins généralistes considèrent comme « normale » une part de risque dans leur exercice. Desombre & al. avaient mis en évidence ce phénomène, en étudiant le jugement moral de victimes de catégories professionnelles différentes, à savoir agents de la SNCF et personnels soignants d'un hôpital psychiatrique (44). Il apparaissait que ces derniers étaient particulièrement indulgents. En effet, pour le personnel soignant, la violence était parfois le seul moyen d'expression de certains malades ; les professionnels de santé, comme beaucoup dans nos entretiens, s'efforçaient de comprendre ces actes avant de les condamner. Les auteurs de ce travail émettaient comme hypothèses

que « la relation d'aide attachée aux professionnels de santé crée une sorte d'incompatibilité avec tout jugement de punition (...). La compréhension dont fait preuve le personnel soignant, et ce même s'il est régulièrement confronté à la violence, n'est-elle pas en fait également un moyen de préserver une image positive de la fonction que l'on occupe et donc de soi-même ? Finalement, ce fonctionnement ne constitue-t-il pas une sorte de stratégie, plus ou moins consciente, d'adaptation face aux agressions, permettant de « mieux les vivre » ? » On retrouve, au-delà de l'idée de bienveillance, la notion de soin. Les médecins ont clairement intégré, et c'est encore plus vrai pour la violence verbale, une part d'insécurité dans leur exercice.

Il n'y a pas de levier d'action à proposer pour réduire ce frein à la sous-déclaration, mais une autre proposition avait toutefois été formulée par MG 7. Puisque le risque de violence fait partie de la profession de médecin, il se posait la question d'un paiement pour ce risque, une prime de risque en quelque sorte. Cette solution financière pourrait être pertinente dans les zones à fort taux de violence et pourrait être utilisée par les médecins concernés pour renforcer la sécurité de leur cabinet par exemple. Une telle prime serait une incitation indirecte à la déclaration des faits de violence, dans le but de faire reconnaître l'insécurité sur un territoire.

4.4. Lever le tabou et rompre l'isolement

Parmi les médecins généralistes interrogés dans notre enquête, MG 2 était celui qui en parlait le mieux. Il expliquait que ce n'est pas tant l'échec personnel qui était mis en avant, mais surtout « le fait qu'on (ne) va pas reconnaître sa fonction de bienfaisant ». L'acte violent serait donc une négation de la qualité de soignant du médecin qui le subit et de ses compétences. MG 13 évoquait une part d'humiliation, de honte à être une « victime », comme peuvent le ressentir toutes les victimes d'actes violents.

MG 4 complétait cette idée en évoquant, comme facteur favorisant, la violence possible du médecin, non intentionnelle, à l'encontre du patient. Les médecins pris dans la succession des tâches à réaliser, sous la pression des horaires et des demandes de la patientèle, n'ont parfois plus le temps et le recul nécessaire pour apprécier les conséquences de leurs actes et paroles. Ce comportement risque de pousser les patients à l'agressivité, et le médecin peut même involontairement envenimer la situation. Cette idée renvoi aussi à l'évolution de l'image du soignant et de la relation médecin-malade dans une société consumériste, dans laquelle le médecin comme un commerçant serait là pour répondre toujours favorablement à la demande de ses « clients ». À froid, le médecin se rendant compte de son implication et de sa participation à la survenue de l'acte violent, préférerait alors « laisser passer » plutôt que d'en parler.

L'analyse des verbatims mettait aussi en lumière l'isolement persistant du médecin généraliste face à la question de la violence, à l'inverse des professionnels hospitaliers, pour qui il serait plus facile d'en parler. Certes les modes d'exercice évoluent, avec le travail regroupé voire en maison médicale, mais cela rompt-il vraiment la solitude ? Même en exercice regroupé, la plupart des médecins se disent surchargés de travail, vivent leur exercice quotidien de manière isolée et prennent rarement le temps de faire un « débriefing » avec leurs collègues.

La violence subie ou l'insécurité ressentie, tabou que le médecin préfère ne pas évoquer, peut constituer un traumatisme, parfois responsable de stress post traumatique. Ainsi MG 6 expliquait avoir adopté un comportement obsessionnel après avoir été interpellée en pleine nuit par un individu alors qu'elle regagnait son véhicule, sans qu'il n'y ait eu d'atteinte physique. Seul face à ce tabou, le médecin essaye parfois de « gérer au mieux », allant jusqu'à se munir d'une arme à visée préventive. C'est ce que révélait l'étude menée en 2012 par Balducci M. auprès des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis (20). Sur 240 médecins, 18 avaient une bombe lacrymogène et 9 possédaient une arme. Le type d'arme, arme blanche ou arme à feu, n'était pas précisé.

Coles et al. ont cherché à évaluer les conséquences psychologiques chez des médecins généralistes australiens victime de violence (45). Les formes de violences étaient variées et comportaient la violence verbale, les dégâts de propriété et vols, l'intimidation, la violence physique, le harcèlement sexuel et l'agression sexuelle. Les conséquences étaient manifestes, avec :

- des comportements de protection, tels qu'un changement d'attitude, des stratégies d'évitement (évitement de certains patients, de certains lieux d'agression), de la claustrophobie dans les salles étroites, de la peur ;
- un état de stress post traumatique, entraînant une baisse de l'efficacité, de la concentration, des difficultés à l'écoute et des addictions (alcool, anxiolytiques, drogues, etc.)

Bien que banalisées, les violences verbales itératives et la violence psychologique renforcent le stress de la profession. À l'extrême, elles peuvent participer au risque de burn-out (46).

Comme évoqué par MG 1, le **soutien psychologique** permettrait de faire un **débriefing** de ces situations. Ce débriefing est plus aisé à réaliser en milieu hospitalier, comme souligné par MG 2. Il est souvent fait avec l'équipe, est immédiat, ce qui évite de laisser la place au doute, à la subjectivité qui conduit parfois à la culpabilité. Ce soutien permet aussi d'apprendre à gérer ces situations, et en cela cette idée constitue une approche plus intéressante, en tout cas plus intéressante que de prendre sur soi, voire d'en parler uniquement à son entourage, son conjoint. Il faut différencier soutien psychologique et atelier formation. En effet, le sentiment d'humiliation parfois ressentie rend la confiance en groupe plus complexe.

Pour cela, il existe plusieurs structures, peut-être mal connues des médecins. On peut citer une **association d'aide aux victimes** aux infractions pénales : l'INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation) anime et gère pour le Ministère de la justice un numéro national dénommé 08 Victimes (08 842 846 37). Les victimes de violence, quel que soit le type, peuvent appeler tous les jours de 9h à 21h. Après un entretien, les professionnels mettent en relation la victime avec l'une

des 150 associations conventionnées (22, 47). L'existence des **groupes Balint** peut-être rappelée comme une aide pertinente aux professionnels de santé.

L'ensemble de ces solutions, qui existent déjà, pourrait faire l'objet de rappels informatifs dans le Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé, sur le site du Conseil de l'Ordre, etc. Rompre un tabou passe par l'information.

Conclusion

La réalité de la violence dans le cadre de l'exercice de la médecine générale n'est plus à démontrer. Son importance réelle n'est pas si éloignée de l'image dépeinte par les médias à ce sujet. Pour les médecins interrogés dans notre étude, l'insécurité existait mais n'était pas une préoccupation majeure dans leur travail quotidien. L'insécurité liée aux responsabilités et au risque d'erreur semblait plus fortement présente, et le caractère tabou de ce sujet favorisait sa minimisation.

Notre travail de recherche a permis de cerner un large panel de causes de sous-déclaration des actes de violence dont sont victimes les médecins généralistes et de faire des propositions pour y remédier. Un certain nombre d'entre elles visaient à améliorer et faire connaître les outils mis à disposition par le Conseil National de l'Ordre des médecins : diffusion systématique en prévention primaire et ciblée en prévention secondaire d'une fiche d'information synthétique et de la fiche de déclaration, recueil périodique des déclarations, diffusion des chiffres de délinquance et des peines prononcées, et mise à disposition systématique du Guide pratique pour la sécurité des médecins. Une coopération efficace entre CNOM et services de police ou de gendarmerie semblait une condition nécessaire. Les médecins généralistes insistaient sur l'importance d'une déclinaison locale (à l'échelon du CDOM), et adaptée au risque réel de violence, des mesures proposées.

Plus globalement, la reconnaissance par les pouvoirs publics de la part de risque inévitable dans l'exercice de la médecine générale, bien intégrée par les médecins eux-mêmes, passerait entre autres par le tiers payant pour tous les patients, une éventuelle « prime de risque », et la sécurisation des professionnels de garde (visites ou maison médicale de garde).

Préciser au mieux les attentes des praticiens, adapter les mesures entreprises, et évaluer leurs résultats dans le temps, sont les axes majeurs de travail pour réduire l'insécurité des médecins. Il serait intéressant de vérifier qu'il n'existe pas de causes importantes de sous-déclaration ignorées par ce travail en interrogeant davantage de

médecins en milieu rural, a priori peu exposés aux violences, et à l'inverse d'autres exerçant dans des zones réputées violentes. L'importance relative des causes de sous-déclaration recensées pourrait être appréciée par une étude quantitative complémentaire, Enfin, de nouvelles enquêtes qualitatives sur le vécu de l'insécurité par les médecins dans leur exercice serait pertinente à distance de la mise en place de mesures de prévention, notamment celles proposées par le protocole Santé Sécurité Justice Ordre.

Bibliographie

1. Médecin, un métier à risque. La Dépêche. 29 mars 2009. [Consulté le 11 févr 2012]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.ladepeche.fr/article/2009/03/29/584128-Medecin-un-metier-a-risque.html>>.
2. Reis-Carona E. Le médecin généraliste, une personne seule - ouest-france.fr. 26 décembre 2008. [Consulté le 11 févr 2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.ouest-france.fr/actu/actuDet_&mdash%3BLe-medecin-generaliste-une-personne-seule-8619-784113_actu.Htm>.
3. O'Connell P, Bury G. Assaults against general practitioners in Ireland. Fam Med. mai 1997; 29 (5) : 340-343.
4. Hobbs FD, Keane UM. Aggression against doctors: a review. Journal of the Royal Society of Medicine. 89 (2) : 69.
5. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand : one-year prevalence. [Consulté le 28 nov 2011]. Disponible à partir de : URL : <<http://journal.nzma.org.nz/journal/119-1237/2050/>>.
6. Magin P, Adams J, Ireland M, Joy E, Heaney S, Darab S. The response of general practitioners to the threat of violence in their practices : results from a qualitative study. Family Practice. 1 juin 2006 ; 23(3) : 273 -278.
7. Costargent G., Vernerey M. Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé. Rapport ministériel. Paris : Ministère de la Santé. Octobre 2001, n° 2001.
8. IPSOS, CNOM. Observatoire de la sécurité des médecins. SNJMG. Lundi 21 octobre 2002. [Consulté le 13 mai 2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.snjmg.org/doc_pdf/obs_securite.pdf>
9. Elhadad - Michel M. L'insécurité en Médecine Générale en Rhône-Alpes : étude rétrospective auprès des médecins généralistes de la région. Thèse : Med : faculté de Lyon 2009.
10. Résultat 2013-L'observatoire pour la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Consulté le 22 mai 2014]. Disponible à partir : URL <<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/guide-pratique-pour-la-securite-des-professionnelsde-sante-1140>>.
11. L'observatoire pour la sécurité des médecins-Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Consulté le 8 nov 2011]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>> .

12. Déclaration incident.pdf. [Consulté le 8 févr 2012]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/declaration%20inciden2t.pdf> >
13. CNOM. Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé. 2012. Disponible à partir de : URL : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012.pdf> >.
14. Blanchet A, Gotman A, Singly F. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan ; 1992.
15. Blanchet A, Ghiglione R. Analyse de contenu et contenus d'analyses. Paris : Dunod ; 1991.
16. Neuman WL. Social research methods : Qualitative and quantitative approaches. MA : Allyn and Bacon. Boston ; 1991.
17. Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents Fiches 2013. [Consulté le 19 sept 2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2013.pdf>.
18. Echerbez-Riollet. Médecine et insécurité : étude de l'insécurité et de l'exercice de la médecine générale dans les zones urbaines sensibles de l'agglomération toulousaine. Thèse : Med : Université de Toulouse. Faculté de médecine de Rangueil. 2007.
19. Fasciaux F. L'insécurité en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Thèse : Med : Université du droit et de la santé Lille. 2009.
20. Lhomme H. Violence à l'encontre du médecin généraliste : Enquête par entretiens en Ile-et-Vilaine (milieu rural et périurbain). Thèse : Méd : Université de Rennes. 2010.
21. Balducci M. Evaluation de la connaissance et de l'impact du livret de sécurité sur la pratique des médecins généralistes de la Seine-Saint-Denis. Thèse : Med : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. 2012.
22. Olive S. Violence ressentie par les médecins généralistes : enquête qualitative dans les Pyrénées-Orientales. Thèse : Med : Université de Montpellier I. 2012.
23. République Française- Dossier de presse - Protocole national pour la sécurité des professions de santé. [Consulté 7 juin 2011]. Disponible à partir de :

URL : <http://www.presse.justice.gouv.fr/art_pix/2_DP_protocole_securite_profession_s_sante_20110420.pdf >

24. Article 4 - Secret professionnel. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [Consulté le 8 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913> >.

25. Toutin T, Benezech M. Le médecin victime dans son exercice quotidien : conduite à tenir pour sa sécurité. Annales Médico Psychologiques. 2007 ; (165) : 768–73.

26. A H. Les médecins semblent rarement dénoncer les violences dont ils sont les victimes. La souffrance du soignant. 2008 [consulté le 14 mai 2011]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.souffrancedusoignant.fr/revue-de-presse/59-les-medecins-semblent-rarement-denoncer-les-violences-dont-ils-sont-les-victimes.html> >.

27. L'Ordre déploie des actions concrètes pour prévenir l'insécurité. Médecins-Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Novembre 2013 ; 32 : 6.

28. Gattuso C. 822 incidents déclarés à l'Ordre en 2011. Les agressions marquent (un peu) le pas. Le quotidien du médecin. 28 mars 2012.

29. Les groupes balint de la SMB. [Consulté le 10/09/2012]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.balint-smb-france.org/groupe/group.htm> >.

30. Paulhan I, Bourgeois M. Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité. 2^{ème} ed, Paris : Editions Presses Universitaires de France ; 1995.

31. Holué C. Insécurité des médecins : mobilisons-nous ! Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Mai-Juin 2013 ; 29 : 22.

32. République Française. Sécurité des professionnels de santé. [Consulté le 14 janv 2012]. Disponible à partir de l'URL : < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_Securite_des_professionnels_de_sante.pdf >.

33. Insécurité, des outils pour faire face. Bulletin de l'Ordre des médecins. Mai-Juin 2014 ; 35 : 4.

34. Ordre des Médecins. Conseil Départemental de la Seine Saint Denis-Sécurité des médecins. [Consulté le 12 juin 2013]. Disponible à partir

de : URL : <http://www.cdom93.fr/fr/telechargement_et_liens_utiles/livrets_de_securite/>

35. Allermoz E. Val-de-Marne : des remèdes contre l'insécurité. Médecins- Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Aout 2012 ; 24 : 8. Disponible à partir de : URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS_24_web.pdf>.

36. Fanara A. Violence des patients : ressenti et vécu des femmes médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse : Med : Université de Nancy. 2012.

37. Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. Violence in general practice. Canadian Family Physician. 2008 ; 54 (9) : 1278 –1284.

38. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care : a cross-sectional study. J Eval Clin Pract. avr 2008 ; 14 (2) : 336-342.

39. Johansen IH, Carlsen B, Hunskaar S. Psychiatry out-of-hours : a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. BMC Health Serv Res. 2011 ; 11 : 132.

40. Hardy-Bayle MC, Milleret G, Reboul G. Hardy-Bayle. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? | Base documentaire | BDSP. [Consulté le 13 aout 2012]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/448299/42>>.

41. Touraine ressort l'arme du tiers payant contre les agressions de médecins. Le Quotidien du Médecin. [Consulté le 13 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/touraine-ressort-l-arme-du-tiers-payant-contre-les-agressions-de-medecins>>.

42. Duchemin C. Un nouveau protocole pour la sécurité des professions de santé [Internet]. [Consulté le 5 juin 2011]. Disponible à partir de : URL : <<http://droit-medical.com/actualites/4-evolution/932-protocole-securite-professions-sante>>.

43. Etat de la déclinaison territoriale du Protocole National SSJO au 4 décembre 2013. [Consulté le 29 dec 2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/declinaison_nationale_janvier_2013_0.pdf>.

44. DESOMBRE C et al. Auteurs d'infraction et victimes d'agressions : impact de la

violence et du contexte professionnel sur le jugement de punition. Champ Pénal. 6 juillet 2005, vol. II [consulté le 31 août 2012]. Disponible à partir de : URL : < <http://champpenal.revues.org/333> >.

45. Coles J, Koritsas S, Boyle M, Stanley J. GPs, violence and work performance - « just part of the job ? » Aust Fam Physician. mars 2007 ; 36 (3) : 189-191.

46. Gautier I. Burn out des médecins. De l'idéal à l'usure. Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris. 2003

47. Inavem. [Consulté le 8 sept 2012]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.inavem.org/> >.

Annexes

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Je suis étudiante en médecine et nous nous rencontrons dans le cadre de la réalisation de ma thèse. Celle-ci vise à faire le point sur l'insécurité et la violence en médecine générale ; principalement les moyens mis en œuvre pour la prévenir. Nous allons donc procéder à un entretien, anonyme, qui va être enregistré, avec votre accord, pour faciliter le recueil des données.

1/ Pour commencer, pouvez-vous me parler d'un fait de violence ou d'une situation d'insécurité marquante vécue lors de votre exercice ?

Relance(s) :

- Il peut s'agir de formes de violences différentes : verbale, physique, psychologique...
- Cela peut vous concerner, ou bien vos collègues, secrétaires. Ou encore des biens matériels...

2/Avez-vous rapporté ces faits à quelqu'un ?

- Vous en avez parlé à vos collègues ?
- Avez-vous porté plainte, ou l'avez-vous signalé à l'Ordre ?
- NON : à posteriori pensez-vous que vous auriez dû réagir autrement sur le plan judiciaire, aller plus loin ou moins loin ?

3/Est-ce que des faits de violences de ce type ou d'autres vous ont fait modifier votre façon de travailler ?

Relance(s) :

-Ça peut concerner l'organisation de votre cabinet, votre attitude dans le cabinet et en dehors.

4/Des études effectuées montrent que les médecins généralistes ne déclarent pas tous les actes de violences subis. Ça vous surprend ?

Relances :

- Selon vous, pourquoi les MG sous déclarent les faits de violences?
- D'après vous, qu'est-ce qui peut expliquer le défaut de recours aux moyens juridiques ?
- Et non juridiques ? (si non connus, « nous allons passer aux questions suivantes qui abordent ce sujet »)

5/Que représente pour vous le Conseil de l'Ordre des Médecins dans la lutte contre l'insécurité en médecine générale ?

Relances :

- Peut-on parler des moyens mis en œuvre par le conseil pour lutter contre l'insécurité ?

Rappel dans le cas ou réponse incomplète :

Les moyens qui existent sont gérés via l'Observatoire de la Sécurité des médecins, crée en 2003. Ses missions sont :

« - Recueillir les déclarations d'agression des médecins pour évaluer le niveau

d'insécurité subie sur le terrain, via la fiche de signalement.

Vous avez déjà entendu parler de cette fiche ?

- Créer et renforcer les coopérations de sensibilisation et de traitement des incidents avec les autorités concernées (Justice, Sécurité intérieure, Police, Gendarmerie, Santé et Collectivités Locales).

- Améliorer ainsi prévention et traitement des agressions à l'encontre des médecins et de leurs salariés. »

Un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé a également été établi (disponible sur le site de la CNOM). Le guide, vous connaissez ?

- Qu'en pensez-vous ?

7/ Selon vous, faut-il améliorer la sécurité des médecins généralistes ?

Relances :

- Pourquoi ?
- Si oui, comment ?
- Si oui, que faire des outils déjà mis à disposition et peu utilisés ? Comment en améliorer l'utilisation ?

8/ Avez-vous quelque chose à ajouter, en sachant que l'objectif principal de mon travail, c'est vraiment de comprendre pourquoi il y a une telle sous-déclaration des actes de violence ?

Profil de l'interviewé :

- Age :
- Sexe :
- Lieu d'exercice :
- Durée d'exercice :
- Mode de travail :
- Secrétariat/ cabinet de groupe /Visites/Gardes :

ANNEXE 2 : COURRIER ENVOYÉ AUX MÉDECINS

Fournane Yamina

Date

06..
yaminafournane@yahoo.fr

Docteur,

Je suis médecin généraliste remplaçante et j'effectue actuellement ma thèse. Celle-ci porte sur l'insécurité en médecine générale. Pour cela je dois réaliser des entretiens (en moyenne vingt minutes) avec différents médecins généralistes. Ne pas avoir été exposé(e) à un acte de violence au cours de votre activité n'empêche pas la réalisation de cette étude.

J'espère pouvoir vous compter parmi les participants, si c'est le cas, faites le moi savoir (mail ou téléphone).

Je vous recontacterai dans quelques jours pour, si vous acceptez d'y participer, fixer un rendez-vous pour l'entretien.

Bien cordialement,

ANNEXE 3 : FICHE DE SIGNALEMENT

Observatoire pour la sécurité des médecins: recensement national des incidents

Le Conseil national a mis en place l'Observatoire de la sécurité des médecins, afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.

Événement survenu le :
 L M M J V S D ____ / ____ / 200____, à ____ heures.

Cachet et signature
(à défaut
n° d'identification ordinal) :

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



Vous êtes médecin spécialiste en _____ (à compléter)

Vous êtes une femme ☐ un homme ☐

Qui est la victime de l'incident ?

Vous-même ☐
 Un collaborateur ☐
 Autre (à préciser) _____ ☐

Qui est l'agresseur ?

Patient ☐
 Personne accompagnant le patient ☐
 Autre (à préciser) _____ ☐
 A-t-il utilisé une arme ? (Préciser le type d'arme) _____ ☐

Quel est le motif de l'incident ?

Un reproche relatif à une prise en charge ☐
 Un temps d'attente jugé excessif ☐
 Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...) ☐
 Le vol ☐
 Autre (à préciser) _____ ☐
 Pas de motif particulier ☐

Atteinte aux biens

Vol ☐
 Objet du vol : _____
 Vol avec effraction ☐
 Acte de vandalisme ☐
 Autre (à préciser) _____ ☐

Atteinte aux personnes

Injures ou menaces ☐
 Coups et blessures volontaires ☐
 Intrusion dans le cabinet ☐
 Autre (à préciser) _____ ☐

Cet incident a eu lieu...

• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville

Au cabinet ☐
 Ailleurs (à préciser) _____ ☐

• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins

Établissement public ☐ Établissement privé ☐
 Dans un service d'urgence ☐
 Ailleurs (à préciser) _____ ☐

• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle

À préciser : _____

À la suite de cet incident, vous avez :

Déposé une plainte ☐
 Déposé une main courante ☐

Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

Oui : (indiquer le nombre de jours) _____ ☐
 Non ☐

Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

Oui ☐
 Non ☐

L'incident a eu lieu...

En milieu rural ☐
 En milieu urbain, en centre ville ☐
 En milieu urbain, en banlieue ☐

Déclaration d'incident
 remplie le ____ / ____ / 201 ____

☐

Je désire rencontrer un conseiller départemental ☐

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.

ANNEXE 4 : VERBATIMS

Si les entretiens retranscrits peuvent être utiles pour d'autres travaux, vous pouvez les demander à l'adresse suivante : yaminafournane@yahoo.fr.

VU

NANCY, le **22 septembre 2014**

Le Président de Thèse

NANCY, le **25 septembre 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur A. GERARD

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6682

NANCY, le 02/10/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Par délégation

Monsieur M. DELIGNON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'insécurité qui touche la profession médicale n'est plus à démontrer. Pour limiter et contrer cette violence, instances ordinales et juridiques ont mis en œuvre des mesures, comme la fiche de déclaration des incidents.

Pourtant les médecins généralistes victimes y ont rarement recours. Améliorer la prise en charge des médecins victimes et prévenir l'insécurité nécessiteraient une déclaration plus systématique des faits par les médecins concernés.

Nous avons cherché à comprendre pourquoi les médecins généralistes ne déclarent pas la plupart des actes de violences dont ils sont victimes. Dans ce but, nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de seize médecins généralistes.

Treize causes de sous-déclaration ont été identifiées. Parmi elles, la méconnaissance des mesures, notamment ordinales ainsi que la charge de travail supplémentaire que cela impliquait pour un résultat décevant. Plus de la moitié des médecins intégraient cette violence à leur travail, au même titre que la violence sociétale qui touche d'autres corps de métier. Mais surtout, ils la classaient bien loin derrière l'insécurité engendrée par la responsabilité et le risque d'erreur médicale.

Les médecins interrogés proposaient des solutions pour améliorer leur sécurité notamment lors des situations à risques comme les visites à domicile ou gardes.

Lever ce tabou passerait par une meilleure connaissance des mesures de déclarations existantes et une coopération efficace entre le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les instances juridiques. Pour les médecins interrogés, cela permettrait de faire un état des lieux précis de l'insécurité, et de décliner les mesures qui visent à améliorer la sécurité des médecins de façon locale.

TITRE EN ANGLAIS

Why don't general practitioners follow up after being a victim of violence ?

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : violence, médecin généraliste, victime, fiche de signalement

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy