

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2013

N° 005

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

**Edmond BLÉRIOT**

Né le 26 septembre 1980 à Neuilly

---

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2013

---

**« L'INSÉCURITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN LOIRE-ATLANTIQUE :  
ÉTAT DES LIEUX, FACTEURS FAVORISANTS ET CONSÉQUENCES  
EN PRATIQUE COURANTE »**

---

**Président du jury** : Professeur Rémy SENAND

**Directeur de thèse** : Docteur Patrick DRÉNO

**Membres du jury** : Professeur Jacqueline LACAILLE

Professeur Pierre POTTIER

Docteur Jean-Louis CLOUET

Docteur Patrick DRÉNO

# Table des matières

Remerciements.....	6
Abréviations et acronymes.....	7
Introduction .....	8
1 Prévalence de la violence .....	9
1.1 Définitions.....	9
1.1.1 Violence au travail .....	9
1.1.2 Violence physique et violence psychologique .....	9
1.1.3 Violence interne et violence externe .....	9
1.2 A l'étranger .....	10
1.2.1 En Australie .....	10
1.2.2 En Nouvelle-Zélande .....	12
1.2.3 Au Canada .....	12
1.2.4 Au Royaume-Uni .....	13
1.3 En France.....	16
1.3.1 A l'échelle locale .....	16
1.3.2 À l'échelle nationale : les chiffres du CNOM.....	17
2 Facteurs favorisant la violence .....	21
2.1 Facteurs individuels.....	22
2.1.1 De l'auteur.....	22
2.1.2 De victimation du médecin.....	22
2.2 Facteurs organisationnels favorisant .....	23
2.2.1 La violence externe .....	23
2.2.2 La violence interne.....	23
3 Actions entreprises à la suite des violences subies.....	23
3.1 Déclaration à l'Ordre des Médecins .....	23
3.2 Stratégies de gestion des situations d'insécurité.....	24
3.3 Dépôt de plainte .....	27
3.4 Dépôt de main courante .....	27
4 Violence envers le personnel .....	27
Matériel et méthodes .....	28
1 Objectifs.....	28
2 Matériels et méthodes .....	28
2.1 Matériels.....	28
2.2. Méthode .....	29
2.2.1 Elaboration du questionnaire .....	29
2.2.2 Questionnaire papier ou virtuel ?.....	29
2.2.3 Récupération de courriels et envoi.....	30
2.2.4 Graphiques et statistiques.....	30
Résultats .....	31
1 Réponse et non-réponse à l'étude .....	31
2 Présentation du praticien.....	32
2.1 Âge.....	32

2.2. Genre .....	32
3 Caractéristiques de l'exercice médical .....	33
3.1 Installation .....	33
3.2 Secrétariat.....	34
3.3 Le cabinet.....	34
3.4 Type d'exercice .....	36
3.5 Activité.....	36
3.6 Fonctionnement.....	37
3.6.1 Consultations sur rendez-vous .....	37
3.6.2 Visites à domicile .....	38
3.6.3 Participation au tour de gardes.....	38
4 L'insécurité médicale en général .....	40
4.1 Actes de violence et âge du praticien .....	40
4.2 Genre du praticien .....	40
4.2.1 Femme.....	40
4.2.2 Homme.....	41
4.3 Installation .....	41
4.3.1 Installation depuis plus de 15 ans .....	41
4.3.2 Installation depuis moins de 15 ans .....	42
4.4 Secrétariat.....	42
4.4.1 Secrétariat .....	42
4.4.2 Pas de secrétariat.....	43
4.5 Agression du personnel .....	43
4.5.1 Agression du personnel .....	43
4.5.2 Pas d'agression du personnel .....	47
4.6 Cabinet de groupe .....	47
4.6.1 Cabinet de groupe.....	47
4.6.2 Pas d'exercice en cabinet de groupe.....	48
4.7 Situation du cabinet .....	48
4.7.1 En maison individuelle.....	48
4.7.2 En immeuble, rez-de-chaussée.....	49
4.7.3 En immeuble, à l'étage.....	49
4.8 Accès au cabinet.....	50
4.8.1 Accès libre .....	50
4.8.2 Accès par interphone ou visiophone.....	51
4.9 Type d'exercice .....	51
4.9.1 Exercice rural.....	51
4.9.2 Exercice semi-urbain.....	52
4.9.3 Exercice urbain.....	52
4.10 Activité.....	52
4.10.1 Moins de 20 actes par jour .....	52
4.10.2 De 20 à 25 actes par jour .....	53
4.10.3 De 26 à 30 actes par jour .....	53
4.10.4 Plus de 30 actes quotidiens .....	53
4.11 Consultations libres ou sur rendez-vous.....	54
4.11.1 Consultations sur rendez-vous exclusivement .....	54
4.11.2 Consultations libres .....	55
4.12 Visites.....	55
4.13 Retrait du caducée .....	56
4.13.1 Caducée en place .....	56
4.13.2 Retrait du Caducée.....	57
4.14 Gardes.....	57

4.14.1 Participation au tour de gardes .....	57
4.14.2 Pas de garde .....	58
4.15 Lieu de l'incident .....	58
4.16 Type de Violence .....	59
4.17 Méconnaissance de la fiche de déclaration d'incident de l'Ordre .....	60
4.18 Violence verbale : différences .....	60
4.18.1 Violence verbale ( <i>Cri, impolitesse ou injure</i> ) .....	60
4.18.2 Pas de violence verbale .....	61
4.19 Agression verbale : différences .....	62
4.19.1 Agression verbale ( <i>Intimidation, menace, harcèlement</i> ) .....	62
4.19.2 Pas d'agression verbale .....	63
4.20 Vol et actes de vandalisme : différences .....	63
4.20.1 Vol et acte de vandalisme .....	63
4.20.2 Pas de vol ni acte de vandalisme .....	64
4.21 Intimidation physiques : différences .....	64
4.21.1 Intimidation physique ( <i>Geste menaçant sans passage à l'acte</i> ) .....	64
4.21.2 Pas d'intimidation physique .....	65
4.22 Agression physiques : différences .....	66
4.22.1 Agression physique .....	66
4.22.2 Pas d'agression physique .....	66
4.23 Perception de la violence .....	66
4.23.1 Evolution de la violence sur les 5 dernières années .....	66
4.23.2 Violence et difficultés .....	67
4.23.3 Au cabinet .....	68
4.23.4 En visite .....	69
4.23.5 En garde .....	70
4.24 Agression sexuelle .....	72
4.25 Médecins non agressés .....	72
4.26 Synthèse .....	72
5 L'insécurité médicale : les faits marquants .....	75
5.1 Caractéristiques des médecins ayant signalé au moins un fait marquant .....	75
5.1.1 Âge du praticien .....	75
5.1.2 Genre du praticien .....	75
5.1.3 Date d'installation .....	76
5.1.4 Secrétariat .....	76
5.1.5 Cabinet de groupe .....	76
5.1.6 Accès au cabinet .....	76
5.1.7. Type de cabinet .....	76
5.1.8 Type d'exercice .....	77
5.1.9 Activité .....	77
5.1.10 Consultations sur rendez-vous .....	77
5.1.11 Visites .....	77
5.1.12 Retrait du Caducée .....	77
5.1.13 Gardes .....	78
5.1.14 Synthèse .....	78
5.2 Lieu de l'incident .....	78
5.2.1 Au cabinet .....	78
5.2.2 En visite .....	79
5.3 Le moment .....	80
5.3.1 De la semaine .....	80
5.3.2 De la journée .....	80
5.3.3 De la consultation .....	81

5.4 L'auteur.....	81
5.4.1 Genre.....	81
5.4.2 Nature.....	82
5.4.3 Âge.....	84
5.5 Incidents : type et dénombrement des faits marquants.....	84
5.6 Motifs.....	85
5.7 Conséquences .....	87
5.8 Déclarations .....	88
5.9 Mesures prises .....	91
5.10 Caractéristiques des agressions.....	92
<b>Discussion.....</b>	<b>93</b>
1 Validité de l'étude et biais.....	93
1.1 Biais de mesure ou biais d'information .....	93
1.2 Nombre de sujets étudiés .....	93
1.3 Facteurs de confusion .....	94
1.4 Biais de sélection et biais de représentativité .....	94
2 Discussion .....	94
<b>Motifs à l'origine de l'incident.....</b>	<b>96</b>
<b>Conclusions .....</b>	<b>107</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>108</b>
<b>Table des annexes.....</b>	<b>113</b>

## Remerciements

Je remercie :

le Professeur Rémy SENAND, qui me fait l'honneur de présider ce jury, et que je remercie pour toute son implication au sein du Département de Médecine Générale de Nantes.

le Docteur Patrick DRÉNO, qui a accepté de diriger ce travail, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et de m'avoir guidé tout au long de cette thèse.

le Professeur Jacqueline LACAÏLLE que je remercie d'avoir accepté de participer à ce jury malgré les contraintes.

le Docteur Jean-Louis CLOUET, Président de Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, de m'avoir reçu à plusieurs reprises, pour l'intérêt porté à ce travail, ses conseils et sa participation à cette étude.

le Professeur Pierre POTTIER, mon tuteur lorsque j'étais interne, qui m'a suivi et soutenu tout au long de mon internat, et qui a accepté de faire partie de ce jury.

L'ensemble des médecins qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et ainsi permis la réalisation de cette étude.

## **Abréviations et acronymes**

ADOPS : Association Départementale de l'Organisation et de la Permanence des Soins

BIT : Bureau International du Travail

CCSS : Comité consultatif pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

DMG : Département de Médecine Générale

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

N.C : non communiqué

NHS : National Health Service

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Office National de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONSM : Observatoire National pour la Sécurité des Médecins

RACGP : Royal Australian College of General Practitioners

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

# Introduction

En 2012, un français sur 2 place la délinquance parmi les 3 problèmes les plus préoccupants dans la société française actuelle (1). La violence est un thème d'actualité qui n'épargne pas le corps médical (2,3). En première ligne, les médecins généralistes sont directement confrontés à celle-ci. Nationale et internationale, libérale et hospitalière, médicale et paramédicale, urbaine et rurale, la violence est omniprésente. La profession médicale appartient, en Europe, aux métiers les plus touchés par les actes de violences verbales et physiques, comptant jusqu'à 25% des agressions au travail (4). La trop grande fréquence d'actes d'incivilités peut faire craindre l'apparition préjudiciable de zones de non-soins, les médecins hésitant à s'installer dans certaines zones dites « à risques ». Conscients du manque de structure permettant d'appréhender cette violence (4) et afin de mieux l'affronter, l'Ordre National des Médecins s'est pourvu dès 2002 d'un outil important de mesure : l'Observatoire pour la Sécurité des Médecins (ONSM). Sur la base de déclarations volontaires des médecins, l'ONSM recense et publie chaque année les incidents enregistrés.

En 2012, la Loire-Atlantique figure en 47<sup>e</sup> position des départements les moins sûrs (5) par taux de victimation, rapport du nombre d'incidents déclarés au nombre de médecins du département, avec un taux de victimation de 0,3%. (Nombre moyen annuel de déclaration d'incident par praticien)

Une étude rétrospective auprès de médecins généralistes du département apparaît nécessaire en terme de faisabilité, de temps et de budget disponible, afin de mieux appréhender cette violence.

Les médecins de Loire Atlantique sont-ils confrontés à ces situations d'insécurité dans leur pratique courante ? Si oui, quelles sont les caractéristiques de la population de médecins généralistes libéraux qui se font agresser ? Existe-t-il une modification des pratiques visant à prévenir ces situations à risque ?

A travers ce travail, nous allons nous efforcer d'y répondre.

# 1 Prévalence de la violence

Nous allons d'abord définir la violence, puis la caractériser à l'étranger ainsi qu'en France à l'aide de données chiffrées.

## 1.1 Définitions

Etymologiquement, le mot violence provient du latin *vis* qui signifie « force en action ».

D'après le dictionnaire Le Robert de la langue française, « la violence consiste à agir sur quelqu'un ou à le faire agir contre son gré en employant la force ».

La violence peut revêtir différents aspects, en voici quelques définitions :

### 1.1.1 Violence au travail

Le comité consultatif pour la sécurité, l'hygiène et la protection de la santé sur le lieu du travail définit la violence au travail « comme une forme de comportement négatif ou d'action, dans les relations entre deux personnes ou plus, caractérisée par une agressivité, parfois répétée, parfois sporadique, qui a des effets négatifs sur la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs sur le lieu de travail. Cette agressivité peut se manifester soit par une simple attitude corporelle (provocante, méprisante, suffisante) vis-à-vis de l'autre personne, soit par une véritable action violente, physique ou verbale »(6).

### 1.1.2 Violence physique et violence psychologique

D'après l'OMS, la violence physique consiste en l' « usage de la force physique contre une autre personne ou un autre groupe entraînant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques » (7).

Elle définit également la violence psychologique par un « usage délibéré du pouvoir, y compris la menace de recourir à la force physique, contre une autre personne ou un autre groupe, pouvant entraver le développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Sont visés les actes tels que les insultes, l'intimidation, le harcèlement et les menaces » (7).

### 1.1.3 Violence interne et violence externe

Pour le BIT, la violence au travail **interne** est celle qui se manifeste entre les travailleurs, y compris le personnel d'encadrement (8).

Cette forme de violence, que Buzanin (9) nomme « violence horizontale », existe aussi entre médecins comme le rapportaient Miedema et al. dans leur étude (10).

La violence **externe** est celle qui s'exprime entre les praticiens (et le personnel d'encadrement) et tout autre personne présente sur le lieu de travail(8), c'est-à-dire entre professionnels et tierces parties (patients, accompagnant, personne de passage, ...).

## 1.2 A l'étranger

La violence envers le corps médical, s'il n'est pas nouveau est un phénomène relativement récent. Les publications relatives à cette insécurité médicale, initialement limitées (11), ont tendance à se multiplier du fait d'une prise de conscience par les instances compétentes de ce phénomène qui reste d'actualité (10,12).

### 1.2.1 En Australie

Dans une étude publiée en 2003 menée sur 606 médecins généralistes ruraux, Tolhurst et al rapportaient que de nombreux médecins, plus volontiers de sexe féminin, déclarent ressentir une appréhension liée à la violence au travail, tout particulièrement lors des visites à domicile(13). Les femmes médecins sont, dans cette étude, plus enclin à prendre des mesures préventives face au sentiment d'insécurité (13). 73% des médecins généralistes ruraux ayant répondu au questionnaire (taux de réponse : 51,8%) ont été victimes d'une manière ou d'une autre d'acte(s) de violence (14) au cours de leur carrière, dont 20,1% ont subi une agression physique. Dans 46% des cas, l'incivilité était commise par un patient régulièrement suivi au cabinet ; un homme 7 fois sur 10.

Magin et al (15) dans une autre étude publiée en 2008 retrouvaient, auprès de 172 médecins généralistes, au moins un acte de violence subie par 75% des médecins durant leur parcours professionnel, taux comparable à celui retrouvé dans l'étude précédente.

Dans un autre travail portant sur 1085 médecins généralistes à exercice urbain (taux de réponses : 49%, autant d'hommes que de femmes), Magin et al rapportaient que 74,8% (16) des médecins généralistes ont été victimes d'acte(s) de violence au cours de leurs carrières et 63,7% (17) sur les 12 derniers mois. Il s'agissait d'agression verbale dans 42,1% des cas, de dommages matériels à 28,6 %, des menaces à 23,1%, de calomnies à 17,1 %, de harcèlement sexuel à 9,3%. A noter 2,7% d'agression physique et 0,2% d'agression sexuelle.

75% des actes qualifiés de violents (agressions sexuelle ou physique) étaient commis sur des femmes, alors que 54% des actes peu violents l'étaient envers les hommes.

Les médecins victimes apparaissaient dans l'étude comme étant plus fréquemment des femmes jeunes, avec peu d'expérience en tant que médecin généraliste.

De plus, les médecins victimes d'actes de violence (peu violente et très violente) sont ceux qui comptaient le plus de patients « socialement défavorisés », de patients souffrant de pathologies mentales et de toxicomanes. L'augmentation du nombre d'heures travaillées par semaine était un facteur de risque de violence .

Près de 80% des médecins n'avaient reçus aucune formation sur le thème de la violence au travail.

Certaines visites à domicile en dehors des horaires habituels s'étaient vues refuser (4,7%) par crainte de violence (16). Les médecins acceptant les visites en dehors de ces horaires habituels dans des maisons médicales étaient en moyenne plus jeunes (48,9 ans) que ceux qui les refusaient (52 ans).

L'auteur relatait également que la perception de la violence par les médecins victimes d'agression est différente de celle des médecins indemnes de toute agression. En effet, parmi les médecins déclarant que la violence est un énorme problème dans la pratique de la médecine générale, 89,5% avaient été victimes d'agression, et 70,2% pensaient que cette violence était croissante sur les 5 dernières années. De plus, 83,8% des médecins souvent inquiets lors de visites à domicile en garde avaient été victime d'agression dans l'année précédente.

La crainte de cette violence variait également selon le sexe du médecin. Ainsi, 70,3 % des médecins déclarant être souvent inquiets lors de visites à domicile en garde étaient des femmes, et 65% des médecins presque jamais inquiets étaient de sexe masculin.

13% des médecins n'effectuant pas de visite à domicile en garde le justifiaient par crainte de la violence, et 27% des médecins effectuant des visites à domicile hors horaires habituels avaient modifié leurs pratiques .

Il était retrouvé une plus grande proportion de médecins de sexe masculin participant aux gardes(16), notion retrouvée également par Raymont (18) en Nouvelle -Zélande, alors qu'opérait une féminisation de la profession, passée à 37% de femmes en 2005, et à 63% avant 40 ans. Cela pourrait s'expliquer par la plus grande crainte des femmes de la violence.

Koritsas et al(19) publiaient en 2007 un article rapportant que 57% des 216 médecins généralistes de l'étude avaient vécu une situation de violence au cours des 12 derniers mois : 44% d'agression verbale, 23% de dégâts matériels, 22% d'intimidation, 8% de harcèlement sexuel, 3% d'agression physique et 1% d'agression sexuelle. La seule différence d'acte de violence vécu en fonction du sexe du médecin était retrouvée pour le harcèlement sexuel, avec une prédominance pour les femmes médecins. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en terme d'agression selon l'exercice rural ou urbain du médecin.

Les médecins qui se faisaient le plus agresser verbalement étaient ceux qui avaient travaillé le plus en terme d'horaire hebdomadaire (moyenne de 39,6 heures versus 35,6 heures pour les non agressés). Ce lien se retrouvait également en cas d'agression physique (51 heures travaillées en moyenne versus 37 heures).

Les médecins intimidés étaient en moyenne installés depuis moins longtemps que les autres (moyenne de 16,13 années d'installation versus 10,02 années pour les non intimidés). Ce résultat se retrouve également dans un travail de Magin (17)

Le harcèlement sexuel était retrouvé chez 14% des femmes, et chez 4% des hommes témoignant que le sexe du médecin était un facteur discriminant pour de telles formes de

violence. Pour Magin (17), la gente féminine était plus à risque de subir toute forme de violence.

### **1.2.2 En Nouvelle-Zélande**

Wilkinson et al soulignaient en 2006 que les étudiants en médecine étaient déjà, pour 2/3 d'entre eux, confrontés à des expériences négatives. Ces incivilités étaient le plus fréquemment perpétrées par les infirmières ou médecins séniors. L'humiliation affectait davantage les étudiants que les avancés déplacés, les traitements injustement motivés par le sexe ou l'appartenance ethnique de l'étudiant (20).

Sur 2308 généralistes, 1205 réponses permettaient à Gale et al (21) d'identifier les motifs de violence : 25,3% pour toxicomanie, 20,9% pour des commentaires sexuels déplacés, 10,6% pour plaintes diverses, 9,2% pour des certificats en tout genre, et 8,9% pour traitement de pathologie mentale.

Le sexe masculin, l'âge jeune du médecin, la présence d'une équipe de sécurité et la formation au désamorçage de situation difficile étaient corrélés à un risque augmenté de menaces verbales.

La présence de bouton d'urgence, d'équipe de sécurité, de formation au désamorçage et à la gestion de la violence étaient associés à un plus grand risque d'intimidation et de menaces à l'encontre de l'entourage du médecin.

La formation au désamorçage et à la gestion de situation violente exposait les médecins à plus de risques de dégradation matérielle.

Les médecins de sexe masculin ainsi que ceux installés à la campagne étaient plus exposés au risque d'agression physique.

L'âge mûr du praticien majorait le risque de blessure en cas d'attaque, ce qui n'était pas prouvé pour le sexe.

Les femmes et les jeunes médecins étaient plus fréquemment la cible d'harcèlement sexuel, mais l'étude ne permettait pas d'établir de corrélation (21).

### **1.2.3 Au Canada**

Dans une étude de la prévalence des incidents violents affrontés par les médecins de famille au cabinet au cours de leurs carrières (taux de réponse 20,4%, n = 774 dont 44% d'hommes), Miedema et al (22) rapportaient que 98% des médecins avaient vécu au moins un incident mineur, 75% au moins un incident majeur, et 39% au moins 1 incident grave (agression physique, sexuelle ou harcèlement sexuel). L'installation du médecin datait de 14,5 ans en moyenne, et travaillait 46,3 heures hebdomadaires. Il ressortait de l'étude que les femmes médecins étaient plus souvent victimes d'intimidations, sexuellement harcelées, alors que les hommes étaient davantage menacés, humiliés, agressés, et voyaient leur cabinet plus fréquemment vandalisé. Les médecins « blancs » étaient plus souvent confrontés au manque de respect, intimidation, colère, destruction de matériel, agressions, harcèlement sexuel que les « non-blancs », et rapportaient significativement plus d'incidents engendrant des blessures.

Etre de phototype clair, exercer en milieu urbain et semi urbain dans de petites villes exposait plus à des incidents mineurs.

Etre de phototype clair, travailler à plein temps et effectuer des visites à domicile majorait significativement le risque d'incident grave.

Les jeunes médecins de famille, de sexe féminin, qui exerçaient en milieu rural étaient plus exposés aux incivilités. Miedema et al (23) rapportaient que les femmes se sentaient plus harcelées que les hommes, notion retrouvées également en Australie (17)

Miedema et al étudiaient la violence horizontale (10) entre médecins et autres professionnels. Les médecins qui agressaient des confrères étaient le plus souvent des hommes, alors que les autres professionnels (non médecins) qui perpétreraient des incivilités envers les médecins étaient le plus souvent des femmes. La violence issue de co-travailleurs affectait la confiance et la santé mentale des médecins de famille qui en étaient victime. Elle se répercutait également sur les soins prodigués, car les médecins agressés se remettaient en question, doutaient et hésitaient à orienter leurs patients aux collègues qui avaient été violents par le passé.

#### **1.2.4 Au Royaume-Uni**

En octobre 1999, le gouvernement britannique lançait une campagne anti-violence : la NHS Zero Tolerance Campaign. Agressions, violences, et comportements menaçants ne sauraient davantage être tolérés par les professionnels de santé et le personnel. Le premier but de cette campagne était de rappeler au public que la violence à l'encontre des professionnels de santé était inacceptable, que le gouvernement était résolu à l'éradiquer. Le second message, destiné aux professionnels de santé, était que toute violence ou intimidation à leur encontre était inadmissible, et serait combattue. En 2008, 47% des médecins envisageaient possible la tolérance zéro (24)

Le Health Policy and Economic Research Unit (25) étudiait en 2002, sur une année, l'incidence de la violence à l'encontre des médecins (généralistes et spécialistes), et essayait de mieux saisir l'ampleur des ces incidents, et l'impacte de la violence sur la vie des médecins. 30% des 3000 médecins interrogés avaient répondu, parmi lesquels 55,6% d'hommes, 84,5% des médecins de type caucasiens, 11, 3% asiatiques, 1,1% noirs, et autres origines 3%. 38% des hommes et 41% des femmes se plaignaient d'actes de violence, comme 46% des médecins de la population non caucasienne contre 38% pour leurs homologues caucasiens. 5% des agressés faisaient le rapprochement entre leurs agressions et des motivations d'ordre « raciales ».

Dans cette étude, 22% des médecins avaient subi une agression physique, dont 1/3 légèrement blessés, et 6% sérieusement blessés. La violence était le fait d'un patient à 51%, d'un membre de la famille à 34%, un ami à 14%, les 2% restants comprenaient les collègues de travail. 56% des médecins agressés déclaraient que l'incident n'avait pas modifié leurs pratiques.

70% des médecins n'avaient reçu aucune formation de gestion des patients violents.

Les motifs de violence retrouvés étaient :

- problèmes de santé : 27,1%
- service médical non satisfaisant : 25,5%
- antécédents de violence : 21,5%
- intoxication alcoolique / drogue : 15,4%
- mauvaise nouvelles : 4%
- provocation : 0,6%
- autres : 3,6%
- NSP : 2,4%

Près d'une fois sur 2, le médecin connaissait le patient avant l'agression. Le patient était exclu du cabinet dans 14% des cas .

Plus d'une fois sur 3, aucune mesure n'était prise par le médecin après l'incident, et pour différentes considérations :

- Culpabilité du médecin
- Peur des conséquences d'une déclaration (police, ...)
- Incident jugé insuffisamment grave pour mériter une déclaration
- Violence acceptée car inhérente à certaines prises en charge

Parmi les médecins agressés :

- 27% déclaraient que leurs expériences de violence avaient eu une incidence sur leur travail
- 83% à prendre plus de précautions avec certains patients
- 9% avaient même envisagé de changer de carrière

48,3% des médecins généralistes considéraient la violence comme un problème important ou très important. 61% des médecins pensaient que la violence n'avait pas augmenté sur une année, alors que seulement 0,3% pensaient qu'elle avait diminué (25).

Plusieurs études rapportaient une prévalence élevée de la violence dans l'expérience professionnelle des médecins généralistes britanniques (25-27), jusqu'à 78% des médecins agressés dans les 2 dernières années précédant l'étude. Le UK National Health Service promouvait le modèle de «zéro-tolérance» envers la violence, en renvoyant immédiatement les patients violents, l'accès aux soins de médecine générale n'était alors possible que dans des centres de soins spécialisés et sécurisés. Ce renvoi s'appréhendait comme une certaine démedicalisation des conduites déviantes, en faveur de leur criminalisation. Ce modèle semblait avoir quelques difficultés à s'imposer car seulement 32% des médecins menacés et 25% des médecins agressés avaient exclu leurs patients de leur patientèle (26), et seulement 7 régions sur 41 s'étaient dotées d'un tel dispositif de centre médical sécurisé (28).

Un article de 2003 signé Wright et al traitant de la violence lors de soins d'urgence rapportait que 54% des médecins généralistes avaient été victimes d'agressions verbales et 6% d'agressions physiques. Les médecins exerçants en ville étaient plus exposés qu'à la campagne.(28) L'auteur identifiait certaines caractéristiques de l'agresseur, plus souvent un homme, d'environ 36 ans en moyenne, qui consultait très fréquemment, qui souffrait de troubles psychiatriques, souvent désinhibé par la prise d'alcool ou de drogue, un long temps d'attente. Les incidents survenaient le plus souvent lors des visites de nuit.

Ness et al (29), dans une étude de comportement violent et d'agression en médecine générale (380 réponses), retrouvaient que les femmes médecins se faisaient plus agresser verbalement, alors que les hommes étaient victimes le plus souvent d'agressions physiques. Près d'un médecin sur deux avait été victime d'agression verbale dans l'année, 1,3% des médecins avaient été menacé par arme à feu, 1 seul était blessé. Il y avait davantage de déclarations d'incidents en zone carencée en médecin.

Moreau et al (30) dans une étude de l'exposition professionnelle à la violence, retrouvaient un gradient dans la violence au travail, plus prononcée au Royaume-Uni, (et en Suède) que dans le sud de l'Europe. Les différences culturelles (et juridiques) pouvaient influencer la façon dont les questions de ces enquêtes étaient comprises et, de fait, les réponses données (31). Elles pouvaient jouer également dans la perception des individus quant aux comportements agressifs ou hostiles. Les notions de ce qui était acceptable ou non en terme de violence dépendaient largement des valeurs sociales et des normes culturelles. (32). Ainsi, le seuil de tolérance, variable d'un pays à un autre, pouvait rendre compte d'écarts importants dans les résultats.

Les médecins britanniques avaient un risque d'être victime d'acte de violence plus important en milieu urbain qu'en milieu rural (26), et les médecins généralistes se faisaient plus souvent agresser que les autres spécialités(25).

Selon Hobbs et al (11), les médecins de plus de 46 ans déclaraient n'être que peu ou pas effrayé contrairement aux jeunes médecins, ce qui pouvait laisser supposer certains mécanismes de défense meilleurs, ou un sentiment meilleur d'aptitude à éviter la violence. Les femmes médecins se déclaraient plus fréquemment, et de façon plus forte que les homologues masculins, effrayées lors des visites à domicile la nuit. Seulement 8% des femmes déclaraient n'être jamais effrayées contre 32% des hommes.

Toutes ces études témoignent de l'omniprésence de la violence subie par les médecins généralistes. Les définitions et les méthodologies étant différentes, il apparaît difficile de comparer précisément les différents résultats.

## 1.3 En France

La France et ses médecins généralistes ne sont pas épargnés par le phénomène, comme en témoignent les chiffres issus d'études menées à différentes échelles. Afin de pouvoir recenser et comparer les différents incidents, le ministère de la santé propose une échelle de gravité des événements de violence en milieu de santé (annexe 1).

### 1.3.1 A l'échelle locale

Plusieurs thèses de médecine relatives à la violence subie par les médecins généralistes ont été réalisées. Ainsi, dans une enquête rétrospective menée entre 2001 et 2003 auprès de 525 médecins généralistes du Bas-Rhin, l'auteur (33) enregistrait un taux de participation de 63,6%. 66,2% des répondants déclaraient avoir été confrontés à au moins 1 acte de violence sur les 3 ans dont :

- 50% victime d'agression verbale
- 33% de vol, 25% de vandalisme
- 12% de violence physique.

Les agressions avaient lieu pour 2/3 au cabinet. L'agresseur était connu 1 fois sur 2. La présence d'une secrétaire réduisait le risque d'agression. Les femmes médecins se faisaient plus fréquemment agresser que les hommes. 7,5% des agressions étaient déclarées à l'Ordre, et 37% à la police. 57% des médecins agressés avaient pris des mesures de prévention.

Une étude de l'insécurité et de l'exercice de la médecine générale dans les zones urbaines sensibles de l'agglomération toulousaine (34) ne retrouvait pas de différence statistiquement significative pour certaines variables entre médecins agressés et non agressés concernant :

- le secteur d'installation (tous types de violence confondus)
- le sexe du médecin
- le mode d'installation (seul ou à plusieurs)
- le mode de consultation (libre ou sur rendez-vous)
- les prescriptions « de conciliation »
- la restriction d'exercice
- les refus de visite
- un équipement par système de sécurité
- les moyens de défense personnels
- un projet d'abandon du territoire

Des différences significatives étaient retrouvées :

- une plus grande proportion de médecins victimes d'actes de violence en zones urbaines sensibles
- une plus grande proportion d'atteinte aux biens professionnels hors zones urbaines sensibles

52% des médecins interrogés avaient subi au moins 1 épisodes de violence verbale, 38% au moins 1 atteinte à un bien matériel, 20% au moins une menace par arme, et moins de 4% des violences physiques.

Dans une étude (35) rétrospective (taux de réponse de 34,7%, 69% d'hommes) sur l'insécurité en médecine générale en Rhône-Alpes entre 2004 et 2006, 41% des 2079 médecins répondants avaient déclaré spontanément un événement violent. Ce chiffre atteignait 61% des médecins lorsqu'une liste d'évènements leur était présentée. 59% des incivilités se déroulaient en semaine, avant 18h. Un médecin sur 3 avait une secrétaire, et l'accès au cabinet se faisait par interphone dans 20% des cas. 95% des praticiens exerçaient leur activité libérale à plus de 2/3 de temps, 88% réalisaient des visites, 71% des généralistes participaient au tour de garde. 83% des incidents avaient eu lieu au cabinet, mais 55% des agressions physiques avaient lieu hors du cabinet. Les femmes médecins étaient plus à risques de se faire agresser, avec un risque relatif de 21% (sur-risque de 21%). Parmi les suites médico-psycho-sociales, les praticiens rapportaient :

- 0,9% des praticiens avaient bénéficié d'une ITT
- 1,2% ont été hospitalisé
- 1,9% se faisaient suivre psychologiquement
- 4,3% étaient traités
- 7% éprouvaient de la peur
- 41,7% éprouvaient le besoin d'en parler aux proches

37,3% des médecins victimes avaient pris des mesures de sureté, 23% des médecins remarquaient une dégradation de leurs conditions d'exercice en matière de sécurité, et 13% ressentaient de l'insécurité dans leur exercice professionnel.

Les facteurs associés à la violence retrouvés dans cette étude étaient : le sexe (féminin) du praticien, le lieu d'exercice (en cabinet), le type immobilier (maison individuelle), l'âge (jeunes médecins), la zone d'exercice (urbaine sensible).

### **1.3.2 À l'échelle nationale : les chiffres du CNOM**

L'observatoire de la sécurité des médecins (ONSM) a été créé le 10 mai 2001, lors d'une table ronde(4) associant professionnels de santé et représentants des ministères de la santé et de l'intérieur.

L'ONSM a pour missions :

- répondre aux questions des médecins qui souffrent d'un sentiment d'insécurité
- faciliter leurs démarches lorsqu'ils ont été agressés
- prévenir ces agressions
- assurer un suivi de l'insécurité à laquelle sont exposés les médecins dans leur exercice professionnel

Depuis sa création, l'ONSM effectue, en collaboration avec l'institut IPSOS, une enquête prospective annuelle à l'aide de fiche de déclaration d'incidents (annexe 2), que chaque médecin, généraliste ou spécialiste, libéral ou hospitalier, doit remplir. Ce questionnaire permet de préciser les caractéristiques de l'agression (victime, agresseur, motif, atteinte aux biens ou à la personne, lieu, mesures prises, conséquences). Une fois rempli, il est adressé au Conseil Départemental de l'Ordre, l'institut Ipsos assurant l'analyse des déclarations d'incidents.

Entre 2010 et 2012, le nombre de déclarations à l'Ordre est passé de 920 incidents en 2010 (année record), à 822 en 2011 pour atteindre 798 incidents en 2012, se maintenant toujours au dessus de la moyenne des 10 dernières années de 666 déclarations annuelles. Depuis que ces études existent, le 1<sup>er</sup> semestre compte toujours davantage de déclarations d'incidents que le second(36).

L'Ordre National des Médecins définit un taux de victimation (nombre moyen annuel d'incidents déclarés par praticien), comme le rapport entre le nombre d'incidents déclarés sur le nombre de médecins inscrits au tableau. Ce taux, disponible depuis 2003 opère également une très discrète décroissance, de 0,46% en 2010 à 0,41% en 2011 pour s'afficher à 0,40% en 2012.

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Nombre de déclarations ordinales en Loire-Atlantique	20	11	12
Classement national par nombre de déclarations	11 <sup>e</sup>	24 <sup>e</sup>	25 <sup>e</sup>
Taux de victimation (moyenne nationale)	n.c (0,46%)	0,28% (0,41%)	0,3% (0,40%)
Classement national par taux de victimation	n.c	58 <sup>e</sup>	47 <sup>e</sup>

Figure 1

Parmi les 5 départements enregistrant le plus d'incidents, figurent toujours sur les 3 dernières années, la Seine-Saint-Denis, le Nord et l'Isère (36).

La population médicale reste masculine à 60% en 2010 et 2011, 58% en 2012.

Le CNOM dresse un profil des médecins victimes d'agression. La population de médecins victimes comporte 43% de femmes en 2010, 44% en 2011 et 46% en 2012. Les médecins victimes disposent d'un secrétariat dans 65% des agressions en 2010, 59% en 2011, et 65% en 2012. Les médecins généralistes restent les plus touchés par l'insécurité en 2010, 2011 et 2012. S'ils constituent 46% de la population médicale nationale, les médecins généralistes représentent respectivement sur les 3 années écoulées 62%, 60% et 56% (en 2012) des

médecins victimes ayant déclaré un incident (36).

En moyenne, entre 2010 et 2012, l'incident est déclaré par le médecin victime 9 fois sur 10, et l'agresseur est un patient 1 fois sur 2, et un accompagnant dans 17% des cas. L'utilisation d'une arme était retrouvée dans 5% des cas (3% en 2012).

Les différentes formes de violence rencontrées sont recensées en figure 3. Sur la période étudiée, les agressions verbales oscillent entre 63% et 70%, les vols entre 23% et 25% alors que les agressions physiques et les actes de vandalismes restent quasi-stables aux alentours de 12% (total supérieur à 100, car plusieurs réponses possibles).

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Effectifs	%														
S/T Agressions verbales et menaces	332	52%	224	43%	395	47%	262	49%	294	57%	576	63%	574	70%	529	66%
S/T Vols ou tentatives de vols	145	23%	151	29%	238	29%	131	25%	120	23%	231	25%	191	23%	184	23%
S/T Agressions physiques	89	14%	73	14%	108	13%	61	11%	81	16%	121	13%	97	12%	96	12%
S/T Vandalisme	63	10%	53	10%	90	11%	59	11%	50	10%	112	12%	97	12%	85	11%

Figure 2

En 2012, 58% des incidents sont recensés en centre-ville (contre 50% en 2010 et 55% en 2011), 26% en banlieue (contre 31% en 2010 et 28%), et 16% (contre 15% en 2010 et 14%) en milieu rural (3% de non réponse).

Les motifs d'incidents déclarés en 2012 à l'Ordre sont pour :

- 25% un reproche relatif à une prise en charge (23% en 2010 ; 26% en 2011)
- 21% un vol ou une tentative de vol (22% en 2010 ; 20% en 2011)
- 17% un refus de prescription (18% en 2010)
- 7% sans motif identifié (9% en 2010 et 10% en 2011)
- 7% un temps d'attente jugé excessif (9% en 2010 et 2011)
- 3% une falsification de documents (2% en 2010 et 2011)
- 2% un refus de régler la consultation (2% en 2010 et 3% en 2011)
- 2% un retard du patient (1% en 2010 et 2% en 2011)
- 2% un état psychiatrique du patient (3% en 2010 et 2% en 2011)
- 2% des remarques du médecin (1% en 2010 et 2011)
- 2% un souhait non motivé de consultation sans rendez-vous (1% en 2010 et 2011)
- Tous les autres motifs sont à 1% ou moins

Entre 2010 et 2012, plus de ¾ des agressions ont eu lieu au cabinet du médecin. L'incident déclaré avait engendré une interruption de travail dans 8% des cas en 2012 (9% en 2010 et 8% en 2011), dont 38% de plus de 3 jours (37% en 2010 et 2011). Aucune suite n'était donnée à l'incident dans 52% des cas (51% en 2011 et 49% l'année précédente), et le médecin ne portait plainte que dans 33% des cas (38% en 2010 et 34% en 2011), déposait une main courante dans 15% des cas (stable à 15% en 2011, et 13% en 2010).

2010 est une année record en terme de déclarations d'incidents, à laquelle succède, l'année suivante la signature d'un protocole national pour la sécurité des professionnels de santé, survenue le 20 avril 2011 entre 3 ministères (santé, justice, intérieur) et les professionnels de santé.

Ce protocole a pour but :

1. de mieux protéger les professionnels de santé :

- déclinaison départementale du protocole
- interlocuteurs dédiés aux médecins auprès des forces de l'ordre
- diagnostic de sécurisation du cabinet
- procédures d'alertes spécifiques : numéros dédiés, alarme communautaire, géolocalisation de médecins en intervention
- prise de plainte sur place, ou sur rendez-vous
- ouverture des droits de la partie civile aux Ordres Médicaux

2. d'améliorer la connaissance de cette violence

- sensibilisation au signalement et à la préservation des indices
- renforcement de la circulation de l'information entre les acteurs, dispositif de suivi de l'application du protocole.

A la date du 18 avril 2013, 64% des départements (37) offraient une version (déclinée ou non) de ce protocole.

*Les résultats statistiquement significatifs de la partie « prévalence de la violence » sont consignés en **annexe 3***

## 2 Facteurs favorisant la violence

Par souci de clarté, certains auteurs proposaient des classifications des facteurs de risques d'agression, du patient et/ou du praticien.

D'après Moreau et al (30), les études s'attachant à dégager un profil d'agresseur ont peu d'intérêt en terme d'actions de prévention des situations de violence. Identifier des traits psychologiques associés à la violence ne peut permettre de mettre à l'abri des professionnels confrontés au quotidien à différents publics avec lesquels ils n'ont pas eu nécessairement de contacts préalables et qu'ils ne recroiseront peut-être plus jamais. S'il peut être justifié d'appliquer ces profils dans certaines situations spécifiques (en psychiatrie par exemple), leur imprécision peut conduire en outre à repérer à tort un agresseur potentiel et générer des abus.

Magin et al. (15) exposaient les perceptions des causes (sous-jacentes, immédiates, et de vulnérabilité du praticien) de violence identifiées par les médecins victimes d'actes de violence.

Causes sous-jacentes		Causes immédiates		Vulnérabilité du praticien	
<i>Individuelles liées au patient</i>	<i>Causes sociétales</i>	<i>Frustration dans l'accessibilité aux soins</i>	<i>Echec dans le désamorçage de la violence</i>	<i>Informations</i>	<i>Devoir de soigner tous les patients</i>
Pathologie psychiatrique et/ou physique	Pauvreté, chômage	Temps d'attente	Pratiques « naïves »	Obligations médico-légales (règles de prescription, non délivrance de certificats médicaux, ...)	
Usage de drogues/alcool	Densité de population				
Motivations sexuelles	(Non) Respect de l'autorité	Accès aux soins refusé au patient	Compétences personnelles insuffisantes		
Personnalité du patient	Effet « bowling for Columbine »				

Figure 3

L'effet « bowling for Columbine » (tiré du documentaire homonyme) résultait de la culture de la terreur, aboutissant à une défense préventive qui serait préjudiciable à la relation médecin-malade, et majorerait le risque d'incident. Les pratiques naïves faisaient références à une certaine sous-évaluation des risques, notamment avec certains patients aux antécédents psychiatriques. Les obligations médico-légales exposaient à certaines situations à risques (refus de délivrer par exemple certains traitements ou certificat médical)

## 2.1 Facteurs individuels

### 2.1.1 De l'auteur

Les différents auteurs cités précédemment dévoilaient un profil type de l'agresseur. Il faut toutefois être vigilant quant au risque de stigmatisation et/ou discrimination des groupes identifiés comme « à risque », comme le rappelle très bien Friedman (38), qui ne doit en rien limiter l'accès aux soins.

Certaines caractéristiques de l'agresseur étaient néanmoins fréquemment retrouvées dans les cas d'agressions de médecins, selon les auteurs

Caractéristiques de l'agresseur	Références bibliographiques
Hommes	(14,28,39,40)
Pathologies psychiatriques	(17,21,28,39,40)
Anxiété	(27,39)
Consommation de drogues/alcool	(14,21,22,26-28,39,41)
« Misère sociale » (chômage, pauvreté,...)	(15)
Antécédents de violence	(7) (28) (40) (41) (25)
Maladies somatiques	(26) (40)
Patient régulier du cabinet	(14,33)
Collègue de travail	(20,22)

Figure 4

### 2.1.2 De victimation du médecin

D'autres caractéristiques étaient également présentes chez les médecins victimes

Caractéristiques du médecin	Références bibliographiques
Exercice en centre ville	(22,26,34-36,39,42)
Exercice rural	(12,21,23)
Femmes médecins	(19) (21) (22) pour les agressions sexuelles ; (28,29) pour les agressions verbales ; (11,12,16,17,22,23,35,39,43)
Hommes médecins	(22) (29) pour les agressions physiques ; (21) agressions verbales et physiques
Médecin jeune	(21,23) (35)
Installation récente	(17,19)
Nombre d'heures hebdomadaires (>39h)	(12,17,19,22)
Visites à domicile	(17,22) (35)
Refus de prescription	(14,23,36)
Désert médicaux	(29)
Origines ethniques	(11) (22,25)
Temps passé en salle d'attente	(14,27,28,36,44)

Figure 5

## 2.2 Facteurs organisationnels favorisants

### 2.2.1 La violence externe

Moreau et al (30) étudiaient l'exposition professionnelle à la violence externe principalement, qu'ils appréhendaient par le « délitement du lien social », conséquence de l'évolution de la société plus individualiste et plus anonyme. L'affaiblissement de la cohésion sociale, et l'effacement des relations de proximité rendraient plus difficile le contrôle social de la violence et la régulation des comportements délinquants. La « déstabilisation sociale » des individus, caractérisée par la difficulté à trouver un emploi, la précarité, la peur de l'avenir, le stress au travail rendraient les individus plus tendus, moins tolérants à certaines situations, et favoriseraient donc les actes de violence.

### 2.2.2 La violence interne

En 2011, en France, l'agression de médecins était perpétrée par un collaborateur dans 1% des cas (42). Ce phénomène était également rapporté au Canada par Miedema et al (10), où, en 2009, 9% des praticiens rapportaient une agression par un confrère (d'un homme plus de 3 fois sur 4), et 6% par collègue de travail (secrétaire, agent d'entretien).

## 3 Actions entreprises à la suite des violences subies

Etre victime d'une agression, quelle qu'elle soit, n'est pas sans conséquence. Ces conséquences peuvent être d'ordre physique et/ou psychique (25), et peuvent même dans certains cas amener le praticien à « dévisser », c'est à dire s'installer ailleurs voire cesser son activité professionnelle (10,23).

### 3.1 Déclaration à l'Ordre des Médecins

Le CNOM (36) enregistre 798 déclarations d'incidents en 2012, 822 en 2011, et 920 en 2010, année record. La fiche de déclaration d'incident (annexe 2) est remplie par le médecin puis transmise à l'Ordre des médecins, qui peut décider de poursuivre en son nom l'auteur de l'agression afin de protéger le médecin victime d'éventuelles représailles.(45)

## 3.2 Stratégies de gestion des situations d'insécurité

Magin et al étudiaient la réaction des médecins généralistes aux actes de violences subis (46), et dressaient un tableau des différentes mesures prises :

(figure 6 ; version originale en annexe 4)

- **Stratégies primaires :** *avant la consultation*
  1. Restriction de l'activité :
    - A l'échelle de la population : spatio-temporelle, et démographique
    - A l'échelle individuelle : vérifications et liste noire
  2. Dissuasion de la violence :
    - Eviter l'isolement du praticien
    - Documentation adaptée
    - Appui des professionnels de santé
    - Appui de la police
  
- **Stratégies secondaires :** *pendant la consultation*
  1. Mesures personnelles
    - Consultations brèves en cas de patients agités
    - Compétences de négociations
    - Accéder à la requête du patient
    - S'échapper
  2. Aménagement du local
    - Barrières matérielles
    - Issue de secours
  
- **Stratégies tertiaires :** *pendant l'incident*

Mesures comportementales :

  - Self-défense et système d'alarme
  - Mesures « non-orthodoxes »

Figure 6

### **Stratégies primaires :**

La limitation volontaire de l'activité était la réaction la plus fréquemment retrouvée dans l'étude : limitation temporelle, en limitant les horaires pour ne pas trop déborder sur les horaires de gardes ; limiter également dans l'espace les situations à risque dans lesquelles le médecin se retrouve isolé ; la limitation « démographique » se retrouvait entre autre pour les patients toxicomanes en limitant leur nombre au sein de la patientèle.

Une série de mesures était retrouvée pour tenter une dissuasion de la violence : éviter l'isolement du médecin, s'imprégner de documentation adaptée au sujet, bénéficier du soutien des professionnels de santé et de la police.

### **Stratégies secondaires :**

Les mesures personnelles visant à prévenir toute escalade lors d'un désaccord portaient sur la pratique, le comportement ou les interactions du médecin avec ses patients. Sont incluses ici les mesures procédurales que le médecin doit mettre en œuvre en cas de détection de signe d'agitation ou d'agressivité décelés dès la salle d'attente.

Une autre réaction visant à prévenir toute escalade, bien que peu satisfaisante, est d'accéder à la requête du patient en rapport avec la consommation de certains traitements notamment les stupéfiants.

La fuite du cabinet de consultation était également citée, option évidente dans certaine situation, notamment chez les femmes médecins.

L'aménagement du local doit permettre une sortie rapide par une deuxième porte afin d'éviter de se retrouver coincé, et limiter l'accès par des barrières physiques.

### **Mesures tertiaires :**

Ces mesures tertiaires sont celles que l'on applique en cas d'acte violent d'un individu.

Un médecin dans l'étude avait pris des cours d'art martial pour se protéger en cas de nouvelle agression.

La pose d'une téléalarme était aussi une solution.

Un médecin avait acheté un faux pistolet en plastique afin de dissuader tout acte d'agression.

Un autre déclarait vouloir simuler une attaque cardiaque afin que le patient prenne peur et le laisse seul.

Ces mesures « peu orthodoxes » témoignent d'un sentiment d'isolement de certains médecins qui se retrouvent désarçonnés par cette violence.

Le RACGP publiait en 2006 un fascicule destiné aux généralistes afin de les orienter dans leurs pratiques professionnelles de prévention de la violence, par certaines recommandations : réalisation d'un audit de sécurité, préserver l'intégrité physique de tout le monde, habitudes et attitudes à prendre, identification et prise en charge des patients « difficiles », sécurité des médecins en déplacement à proximité du cabinet, comment traiter les doléances du patient, relations avec les services locaux, feuille d'information destinée au patient et un contrat de comportement du patient (47)

Wright et al (28) proposaient certaines recommandations dans la gestion de la violence :

- Bouton d'alarme dans chaque pièce à contact potentiel entre patient et médecin
- Enregistrement des différents incidents dans une base de données
- Entraînement à l'apaisement des situations de violence par tous les membres du personnel
- Garantir depuis le bureau d'accueil, la visibilité de chaque salle d'attente
- Prévoir une sortie de secours sans croiser le patient
- Consulter avec un confrère en cas « d'incident anticipé »
- Appeler la police en cas d'abus à fort potentiel de violence
- Réfléchir à son propre comportement après chaque incident
- Exclure en dernier recours un individu de sa patientèle
- Inciter tous les membres de l'équipe à connaître les problèmes de violence.

Ce qu'il ne fallait pas faire :

- Un usage inapproprié de grilles ou de barrières
- Laisser quelqu'un autre gérer le problème
- Maitriser l'agresseur par la force
- Se positionner comme juste, et l'autre partie comme erronée.

Afin de prévenir au mieux ces épisodes de violence, le praticien peut avoir recours à la déclaration d'évènements à l'Ordre des Médecins afin de mieux les recenser pour mieux les traiter. Il peut également déposer plainte ou une main courante, afin de donner des suites judiciaires. À l'instar de la RACGP (47), le CNOM propose des mesures préventives d'aménagement, qui sont expliquées parmi d'autres, dans le fascicule intitulé « Le Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé »(48) :

- La sécurité **au cabinet** :

- 1) Analyse des risques et des vulnérabilités (accès sécurisé ? alarme ? Sensibilisation aux questions de sécurité ?...)
- 2) Equipement et agencement du cabinet (sécurisation des issues, dispositif technique de surveillance, protection matérielle et des biens)
- 3) Organisation du travail et des comportements (posture sécuritaire, sécuriser les recettes, prévenir en cas d'absence)

- La sécurité **en déplacement**

- 1) Renforcer la protection du véhicule
- 2) Penser à sa propre sécurité

- La sécurité **chez le patient**

- 1) Avant le déplacement (identité, coordonnées, informer un collègue)
- 2) Evaluer le lieu (accès, dégagements,...)
- 3) Conduite à tenir vis-à-vis du patient

- **Conduite à tenir** en cas d'agression
- Les **suites judiciaires**

### 3.3 Dépôt de plainte

D'après le CNOM (42) , il y a un léger infléchissement du nombre de dépôts de plaintes entre 2010 et 2011, puisque celui ci était de 34% en 2011 contre 38% l'année précédente. En 2012, ce chiffre reste stable à 33%.

Les chiffres sont globalement stables sur la décennie variant de 33% à 39% (36).  
(annexe [5](#))

### 3.4 Dépôt de main courante

Le CNOM (42) observait une discrète élévation du nombre de dépôts de mains courantes entre 2010 et 2011, puisque celui ci était de 15% en 2011 contre 13% l'année précédente. Ce pourcentage demeure inchangé en 2012.

Les chiffres sont globalement stables sur la décennie(36) (annexe [5](#))

## 4 Violence envers le personnel

Les membres du personnel exerçants au sein de cabinet médicaux, et plus particulièrement les secrétaires, ne sont pas épargnés par la violence. Les secrétaires agissent comme un intermédiaire entre la patientèle et le médecin, et peuvent ainsi se retrouver engagées dans un conflit médecin/patient (49). Le type de violence rencontré serait, selon plusieurs auteurs, plutôt d'ordre verbal comparativement à celle rencontrée par les médecins généralistes (12,26,50). Quantitativement, la violence à l'encontre des secrétaires médicales est comparable à celle retrouvée chez les omnipraticiens britanniques (50).

Les secrétaires aux antécédents d'agressions redoutent 5 fois plus que les autres un nouvel incident (51).

# Matériel et méthodes

## 1 Objectifs

L'objectif de ce travail est d'établir un état des lieux de l'insécurité vécue par les praticiens de médecine générale en Loire-Atlantique, notamment :

- enregistrer la fréquence et le type d'incident, les conséquences sur la pratique en médecine générale, afin de dresser un état des lieux de la violence ciblant les médecins.
- identifier les facteurs de risques de tels incidents, facteurs de vulnérabilité du médecin et caractéristiques de l'agresseur.
- recueillir le ressenti des praticiens sur la violence dans leur pratique.

## 2 Matériels et méthodes

### 2.1 Matériels

Le travail porte sur la violence subie par les médecins généralistes de Loire-Atlantique entre 2010 et 2012. Tous les médecins ayant répondu ont été tirés au sort. Parmi 20 numéros, 5 ont été retenus aléatoirement. Ainsi, à partir de la liste des praticiens inscrits dans les pages jaunes, parmi les 20 premiers praticiens, 5 d'entre eux étaient sélectionnés. L'opération était reconduite pour les 20 suivants, et ce jusqu'à la fin de la liste.

## 2.2. Méthode

### 2.2.1 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire, en 7 pages, a été conçu de manière à récupérer un maximum de réponses possibles. Une première page concernait la violence dans ses différentes formes (dégradation matérielle, agression verbale ou violence verbale, intimidation physique ou agression physique, agression sexuelle). Les 3 pages suivantes étaient consacrées aux faits marquants (type, motif, circonstances, caractéristiques de l'auteur, conséquences, déclaration ou non). La cinquième page concernait les conséquences de la violence. L'avant dernière page s'intéressait à la perception de la violence par les médecins. La 7<sup>e</sup> et dernière page collectait les informations du praticien (sexe, âge, installation, secrétariat, cabinet, accès, type et mode d'exercice, agression de personnel).

Le plus important, c'est à dire la caractérisation de la violence, figure en début de questionnaire, alors que le praticien est concentré et volontaire (puisqu'il a choisi d'y répondre). Egalement importante, la partie signalétique se situe en fin de questionnaire, car elle nécessite un effort de réflexion moindre.

Le questionnaire a été testé avant envoi auprès de 11 médecins. Ces derniers également tirés au sort ne figurent pas dans la liste de l'étude. Leurs remarques ont permis d'aboutir à la version définitive, disponible en annexe [65](#).

### 2.2.2 Questionnaire papier ou virtuel ?

L'envoi de questionnaire au format papier a l'avantage de pouvoir être facilement exhaustif, mais a un coût certain évalué à plus de 1200€ sans lettre de rappel. L'envoi d'un questionnaire par mail ne coûte que la réalisation du questionnaire en ligne, et le temps nécessaire à l'obtention de courriels. De plus, l'envoi de rappel est gratuit et ne dépend donc pas du nombre de non-retour. Ainsi, il apparaissait plus judicieux d'opter pour le questionnaire virtuel. Procéder à l'envoi de questionnaire virtuel présente un intérêt double, puisqu'il est possible de connaître les réponses et le taux de participation en temps réel. Ainsi, en fonction du nombre de réponses déjà obtenues, il est possible de relancer les médecins par courriel.

### 2.2.3 Récupération de courriels et envoi

Chaque médecin tiré au sort a été contacté directement ou par secrétaire interposé(e) afin de recueillir leur adresse électronique. Les médecins généralistes de Loire-Atlantique tirés au sort ont reçu au mois de janvier 2013 sur une adresse mail valide, un courriel expliquant l'intérêt et le but du travail. Cette adresse électronique a été utilisée uniquement pour l'envoi du questionnaire de l'étude et deux rappels pour les non-répondants. Le courrier électronique était accompagné d'un lien orientant les médecins vers un questionnaire à remplir directement en ligne (pouvant être rempli en plusieurs fois) :

<http://www.allstat.fr/lime/index.php?sid=58297&newtest=Y&lang=fr>.

Les questionnaires ont été recueilli entre le 6 janvier 2013 et le 1<sup>er</sup> mars 2013.

### 2.2.4 Graphiques et statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R project for Statistical Computing® (52) disponible en ligne.

Les graphiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel® de la suite Microsoft Office®.

Nous avons utilisé le test de Student pour les comparaisons de moyennes et le test de khi2 pour les comparaisons de proportions.

Les typologies et caractérisations "multidimensionnelles" des praticiens ont été réalisées grâce à la combinaison de 2 approches statistiques : l'ACM (analyse des correspondances multiples) et la CAH (classification ascendante hiérarchique). La première approche ACM permet de représenter sur 2 dimensions l'ensemble des praticiens en fonction des questions posées, la CAH permet ensuite de définir des groupes de praticiens qui ont, globalement, répondu la même chose à l'ensemble des questions.

# Résultats

*Dans cette partie, les pourcentages sont calculés sans tenir compte des non-réponses. Nous indiquerons en début de chapitre le nombre de non répondant par nr)*

## 1 Réponse et non-réponse à l'étude

Il y a eu 71 questionnaires remplis, ce qui correspond à un taux de réponse de 18,6% (en incluant les 97 médecins pour qui il n'y avait pas d'e-mail).

Sur 380 médecins tirés au sort, 97 adresses mails (25,5%) n'ont pu être récupérées malgré les 3 appels téléphoniques étalés sur 21 jours. Parmi les 97 adresses mails manquantes, les motifs invoqués étaient :

- médecin non joignable : 29 médecins
- refus de divulguer leur adresse mail : 27 praticiens
- pas d'adresse mail : 15
- en retraite : 9
- pas intéressé par l'étude : 5
- uniquement au format papier : 3
- surcharge de travail : 3
- cabinet définitivement fermé : 2
- congés maternité/arrêt maladie : 2
- sans motif invoqué : 2

## 2 Présentation du praticien

### 2.1 Âge

17% de non réponse (nr = 12)

L'âge moyen des médecins qui ont répondu est de 49 ans (de 28 à 64 ans) avec une médiane située à 50 ans.

### 2.2. Genre

15% de non réponse (nr = 11)

Parmi les praticiens ayant répondu à l'étude, il y a une plus forte proportion d'hommes, puisqu'il est retrouvé 36 hommes, et 24 femmes (11 cas non précisés).

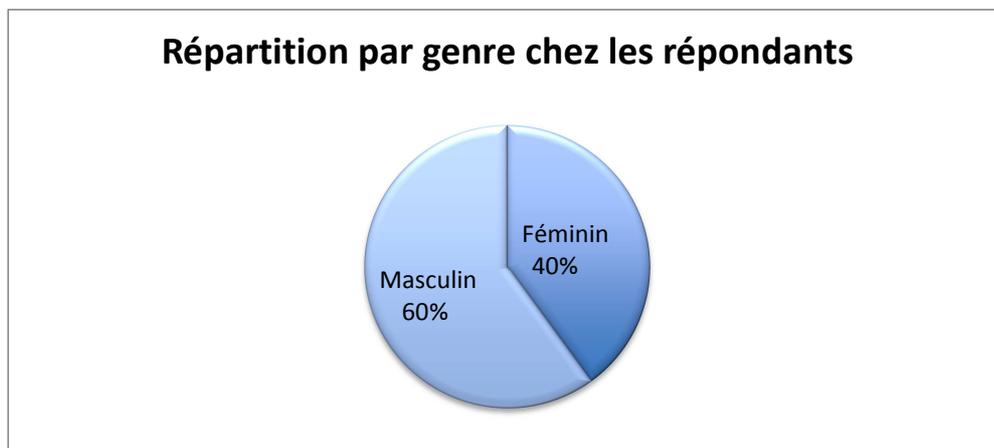


Figure 7

Parmi les médecins exerçant depuis plus de 15 ans, 1/3 sont des femmes alors que les médecins exerçant depuis moins de 15 ans sont, pour moitié, de sexe féminin. Plus la population est jeune, et plus les femmes sont représentées.

### 3 Caractéristiques de l'exercice médical

#### 3.1 Installation

18% de non réponse (nr = 13)

82% des médecins (58 praticiens) déclarent être installés, et le sont depuis 18 ans en moyenne (depuis 1 à 37 ans).

Il n'y a pas de différence significative du ratio homme/femme en fonction de la durée d'installation supérieure ou non à 15 ans. Il n'y a pas de féminisation statistiquement significative dans notre étude, mais une simple tendance à la féminisation.

Ils exercent dans un cabinet de groupe pour 82% d'entre eux (49 praticiens). L'année médiane d'installation était 1993.

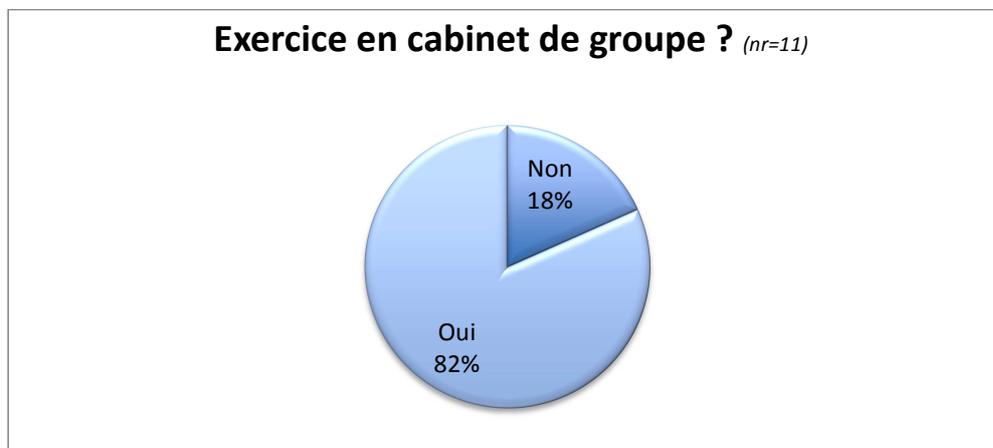


Figure 8

Sur 24 femmes médecins installées, seulement 21 exercent en groupe. Parmi leurs 36 homologues masculins, 28 praticiens exercent en groupe. 88% des femmes et 79% des hommes exercent en groupe. Il n'y a pas de différence significative en terme d'installation selon le sexe du praticien.

### 3.2 Secrétariat

17% de non réponse (nr = 12)

68% des médecins installés emploient une secrétaire au cabinet pour accueillir les patients.



Figure 9

### 3.3 Le cabinet

45% des cabinets se situent en maison individuelle, contre 42% en rez-de-chaussée d'immeuble et 13% en immeuble à étage. (non réponse = 11)

### Situation du cabinet (nr = 11)



Figure 10

L'accès au cabinet se fait librement dans 95% des cas, 3% par interphone et 2% par visiophone. (non réponse = 12)

### Entrée du cabinet (nr = 11)

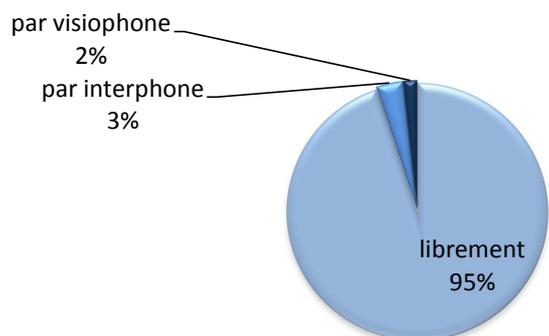


Figure 11

### 3.4 Type d'exercice

(non réponse = 11)

L'exercice est rural dans 22% des cas avec 6 femmes et 7 hommes, semi-urbain une fois sur 3 avec 7 femmes et 13 hommes, et urbain dans 45% des cas avec 11 femmes et 16 hommes (activités de centre-ville à 25%, de quartier résidentielle à 13% et de zone sensible à 7%).

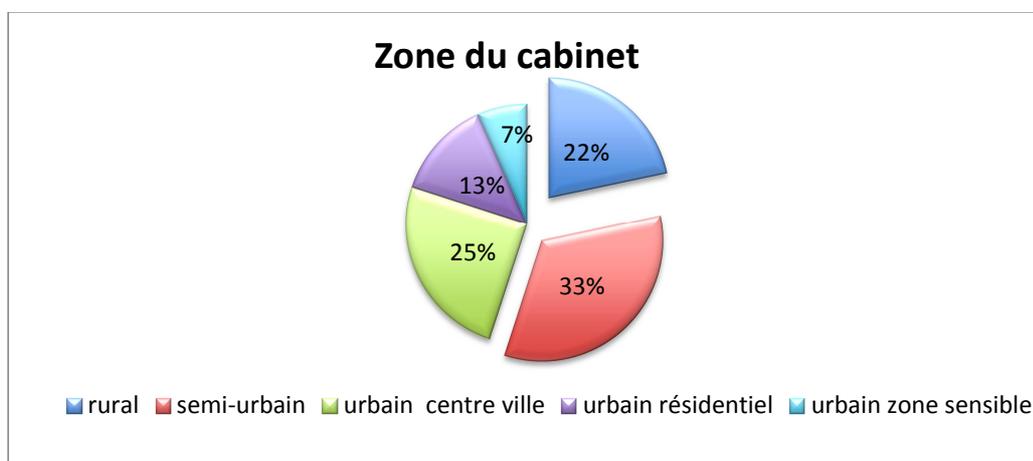


Figure 12

Il n'y a pas de différence en terme de lieu d'installation entre les hommes et les femmes.

### 3.5 Activité

(non réponse = 11)

17% des médecins réalisent moins de 20 actes quotidiens, ils sont 27% à moins de 25 actes et 28% à moins de 30 actes. 28% réalisent plus de 30 actes par jour.

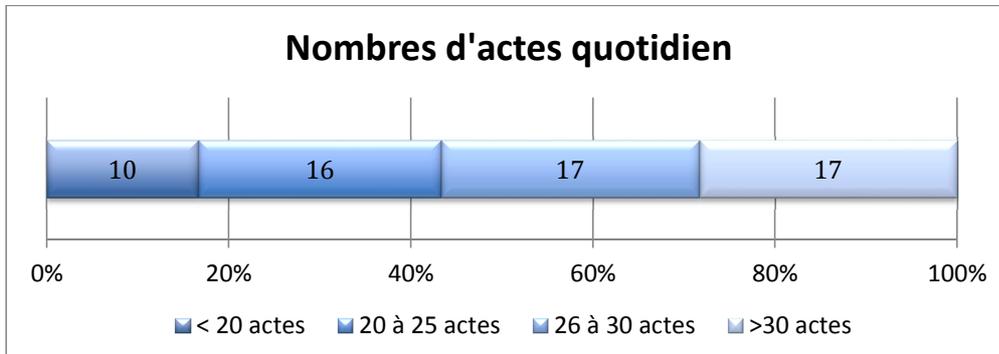


Figure 13

## 3.6 Fonctionnement

### 3.6.1 Consultations sur rendez-vous

(non réponse = 11)

9 fois sur 10, les consultations (hors urgences) nécessitent une prise de rendez-vous.



Figure 14

### 3.6.2 Visites à domicile

(non réponse = 11)

97% des médecins effectuent des visites à domicile. En prenant compte des 11 médecins qui n'ont pas répondu (15% de l'effectif) à cette question, ce taux passe à 82% de visites.



Figure 15

34% des médecins retirent le caducée de leur voiture lors de leurs visites à domicile. (non réponse = 21)



Figure 16

### 3.6.3 Participation au tour de gardes

(non réponse = 11)

Près d'un médecin sur 2 n'effectue pas de garde.

## Faites vous des gardes ?

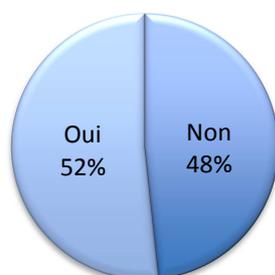


Figure 17

La participation au tour de garde est de 85% en milieu rural, 60% en milieu semi-urbain et 30% en milieu urbain.

Nous pouvons ainsi définir un « profil-type » du médecin généraliste exerçant en Loire-Atlantique :

- homme
- âgé de 49 ans
- installé, depuis 18 ans en moyenne
- exerçant en cabinet de groupe
- avec secrétariat
- en milieu urbain
- au rez-de-chaussée
- d'accès libre
- réalisant au moins 20 actes quotidiens
- recevant sur rendez-vous
- rendant visite à domicile
- participant au tour de garde.

## 4 L'insécurité médicale en général

Dans cette partie, les pourcentages sont calculés en incorporant les non-réponses. Nous indiquerons en début de chapitre le nombre de non répondant par  $nr = x$ . Afin d'en faciliter la lecture, les résultats les plus importants figurent en caractères gras

### 4.1 Actes de violence et âge du praticien

La **moyenne d'âge** des médecins qui n'ont **jamais été agressés est de 49 ans**.

**20 praticiens** déclarent n'avoir subi **aucun incident** entre 2010 et 2012, alors que

35 praticiens ont vécu moins de 4 actes de violence

10 praticiens ont subi de 4 à 12 actes de violences.

6 en déclaraient plus de 12 sur cette période.

La moyenne d'âge des **médecins victimes d'actes de violence est de 50 ans**.

Au sein des médecins ayant participé à l'étude, la médiane du nombre d'agressions subie est de 2.

### 4.2 Genre du praticien

15% de non réponse ( $nr = 11$ )

#### 4.2.1 Femme

34% des médecins (24 femmes) sont de sexe féminin.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"><li>• 29% des femmes médecins réalisent moins de 20 actes quotidiens</li><li>• 62% d'entre elles font des gardes (moyenne des médecins : 44%)</li><li>• <math>\frac{3}{4}</math> d'entre elles emploient une secrétaire</li><li>• 88% des femmes exercent en groupe</li><li>• 92% des femmes médecins consultent exclusivement sur rendez-</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <math>\frac{1}{4}</math> d'entre elles craignent souvent la violence en garde (moyenne des médecins : 10%)</li><li>• <math>\frac{3}{4}</math> d'entre elles n'ont jamais eu d'agression verbale, contre 57% pour l'ensemble des médecins.</li></ul>

vous	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes font des visites à domicile.</li> </ul>	

Les médecins de **sexe féminin se font moins agresser verbalement** que leurs Confrères, mais **craignent plus souvent la violence lors des gardes**

#### 4.2.2 Homme

51% des médecins sont des hommes, soit 36 individus.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 97% d'entre eux laissent un accès libre au cabinet (moyenne 79%)</li> <li>• 94% des hommes font des visites</li> <li>• 89% des hommes médecins reçoivent exclusivement sur rendez-vous</li> <li>• 2/3 d'entre eux sont installés depuis plus de 15 ans</li> <li>• 56% d'entre eux ne participent pas au tour de garde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3% des médecins masculins craignent souvent la violence en garde (moyenne des médecins : 10%)</li> </ul>

### 4.3 Installation

18% de non réponse (nr =13)

82% des médecins, représentant 58 praticiens, déclarent être installés.

#### 4.3.1 Installation depuis plus de 15 ans

53% des médecins (38 praticiens) sont installés depuis plus de 15 ans

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 42% d'entre eux exercent en milieu semi-urbain</li> <li>• 2/3 d'entre eux sont des hommes</li> <li>• 83% d'entre eux le sont en groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¼ d'entre eux ont subi de la violence verbale</li> <li>• <b>72% d'entre eux n'ont jamais eu d'agression verbale (alors que la moyenne de l'ensemble des médecins était de 57%)</b></li> </ul>

**Les médecins installés depuis plus de 15 ans subissent moins d'agressions verbales**

#### **4.3.2 Installation depuis moins de 15 ans**

29% des médecins (20 praticiens) sont installés depuis moins de 15 ans

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 36% d'entre eux exercent en milieu rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>66% des refus de prescription causant une agression de personnel ont lieu chez des médecins installés depuis moins de 15 ans</b></li> <li>• 23% d'entre eux craignent souvent la violence en garde (moyenne des médecins : 10%)</li> </ul>

**Les agressions de personnel pour refus de prescriptions sont plus fréquentes chez les médecins installés depuis moins de 15 ans.**

## **4.4 Secrétariat**

*17% de non réponse (nr =12)*

### **4.4.1 Secrétariat**

56% des médecins (40 praticiens) emploient une secrétaire

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 95% d'entre eux exercent en cabinet de groupe</li> <li>• 95% d'entre eux laissent un accès libre</li> <li>• 95% d'entre eux font des visites</li> <li>• 93% d'entre eux consultent uniquement sur rendez-vous</li> <li>• 55% d'entre eux ne font pas de garde</li> <li>• 45% d'entre eux sont des femmes</li> <li>• 43% d'entre eux sont installés depuis moins de 15 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 55% d'entre eux craignent parfois la violence au cabinet (moyenne des médecins : 38%)</li> <li>• 45% d'entre eux ont eu au moins une agression verbale de leur personnel</li> <li>• 35% d'entre eux qualifient la violence de source de quelques difficultés (moyenne des médecins : 24%)</li> </ul>

Entre 2010 et 2012, le nombre moyen d'agression (tous types confondus) subi par les médecins ayant une secrétaire est de 2,4 contre 12 agressions en moyenne pour l'ensemble des médecins.

#### 4.4.2 Pas de secrétariat

27% des médecins (19 praticiens) n'ont pas de secrétaire pour accueillir les patients

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous faisaient des visites</li> <li>• 68% d'entre eux ne craignent jamais la violence au cabinet</li> <li>• 68% d'entre eux font des gardes</li> <li>• 47% d'entre eux n'exercent pas en cabinet de groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 63% d'entre eux n'ont pas subi de violence verbale</li> </ul>

### 4.5 Agression du personnel

21% de non réponse (nr = 15)

#### 4.5.1 Agression du personnel

Entre 2010 et 2012, **34%** des médecins (24 praticiens) rapportent **au moins une agression d'un des membres du personnel.**

### Un membre du personnel exerçant au sein du cabinet s'est-il fait agressé au moins 1 fois au cabinet dans lequel vous exercez ?

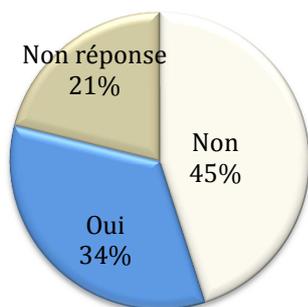


Figure 18

Parmi les membres du personnel agressé (hors-médecin), une agression unique est recensée dans 5 cas, deux agressions dans 4 cas, et 3 agressions dans 12 cas pour un total de 49 incidents. A noter que 3 médecins qui ont déclaré au moins une agression du personnel n'ont pas précisé le nombre d'incident(s).

### Si oui , combien de fois?

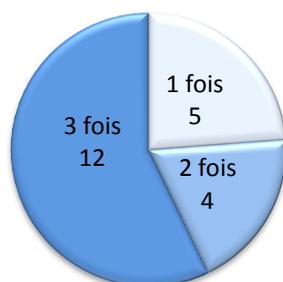


Figure 19

31% des médecins généralistes (22 médecins) rapportent au moins 1 agression verbale du personnel entre 2010 et 2012. L'agression physique est citée par 1 praticien, et l'agression sexuelle déclarée par 2 praticiens.

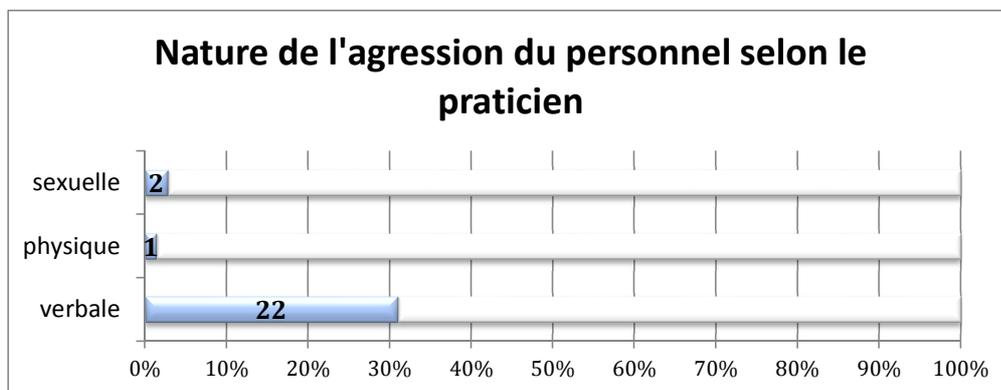


Figure 20

Les motifs d'agressions identifiés sont, sur 49 situations d'agressions du personnel décrites, 13 fois le temps d'attente jugé excessif, 10 cas de troubles du comportement du patient, 9 cas de refus de prescription du médecin, 6 cas de patient en état d'ébriété et 5 en état de manque. Enfin, 2 agressions du personnel font suite à un refus de visite à domicile.

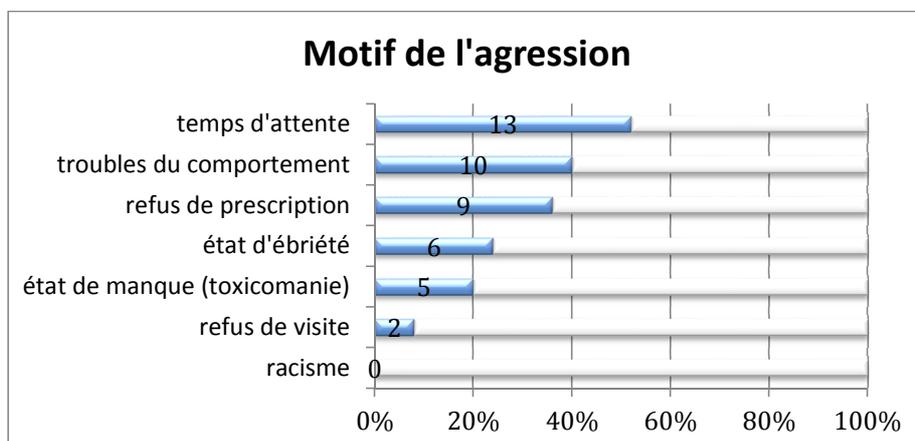


Figure 21

**34% des médecins** (24 praticiens) confessent **au moins une agression** d'un membre du personnel

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 96% d'entre eux permettent un accès libre au cabinet</li> <li>• <b>88% des cas ont lieu en cabinet de groupe</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'agression du personnel est verbale dans 88% des cas</b></li> <li>• <b>¼ d'entre eux ont eu au moins une agression verbale (moyenne 56%)</b></li> <li>• 63% d'entre eux craignent parfois la violence au cabinet (moyenne des médecins : 38%)</li> <li>• 63% d'entre eux n'ont pris aucune mesure suite à l'incident</li> <li>• <b>dans 54% des cas, le temps passé en salle d'attente est jugé trop long</b></li> <li>• 54% d'entre eux jugent que la violence s'était stabilisée sur les 5 dernières années (moyenne des médecins : 32%).</li> <li>• <b>50% d'entre eux rapportent au moins 3 agressions du personnel.</b></li> <li>• 50% d'entre eux craignent parfois la violence en visite (moyenne des médecins 31%)</li> <li>• 42% d'entre eux rapportent un trouble du comportement du préexistant chez le patient</li> <li>• <b>38% d'entre eux précisent que l'incident fait suite à un refus de prescription</b></li> <li>• <b>25% d'entre eux remarquent un patient en état d'ivresse manifeste</b></li> <li>• <b>21% d'entre eux expliquent l'incident par un état de manque de patient toxicomane</b></li> <li>• <b>41% d'entre eux ont lieu en cabinet de groupe (moyenne des médecins d'agression de personnel : 31%)</b></li> </ul>

Les actes de violence à l'encontre du personnel sont d'ordre verbal dans 88% des cas. ¼ des médecins voyant un membre de leur personnel être victime d'actes de violence ont subi de la violence verbale.

Plus d'1 fois sur deux le temps d'attente jugé trop long est incriminé.

Parmi les praticiens rapportant au moins 1 agression de personnel, la moitié en rapportent 3.

Plus d'une fois sur 3, l'incident fait suite à un refus de prescription du médecin.

Le personnel exerçant au sein de cabinets de groupe présente plus de risque d'agression verbale.

#### 4.5.2 Pas d'agression du personnel

45% des médecins (32 praticiens) n'ont pas eu une agression du personnel

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"><li>• 31% d'entre eux exercent en milieu rural</li><li>• 59% d'entre eux font des gardes</li><li>• 90% d'entre eux consultent uniquement sur rendez-vous</li><li>• 94% d'entre eux laissent un accès libre au cabinet</li><li>• 94% d'entre eux font des visites</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>25% d'entre eux ont été victime d'une agression verbale (moyenne des médecins : 42%)</b></li><li>• <b>38% d'entre eux ont subi de la violence verbale (moyenne des médecins : 56%)</b></li><li>• 50% d'entre eux craignent parfois la violence en garde</li><li>• 56% d'entre eux n'ont pas subi de violence verbale</li><li>• 59% d'entre eux ne craignent jamais la violence au cabinet (moyenne médecin : 41%)</li><li>• 63% d'entre eux ne craignent jamais la violence en visite</li><li>• <b>72% d'entre eux n'ont pas eu d'agression verbale (moyenne des médecins 56%)</b></li></ul>

**Les médecins dont le personnel n'a pas essayé d'acte de violence subissent moins d'agressions verbales que leurs confrères**

#### 4.6 Cabinet de groupe

*15% de non réponse (nr =11)*

##### 4.6.1 Cabinet de groupe

70% des médecins (49 praticiens) exercent en cabinet de groupe

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 37% d'entre eux travaillent en milieu semi-urbain, 47% exercent en milieu urbain</li> <li>• 43% sont des femmes</li> <li>• 61% d'entre eux sont installés depuis plus de 15 ans</li> <li>• 78% ont une secrétaire</li> <li>• 92% exercent sur rendez-vous uniquement</li> <li>• 98% font des visites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>31% d'entre eux ont subi au moins une agression verbale (moyenne des médecins : 42%).</b></li> <li>• pour 43% d'entre eux, la violence n'est pas vraiment une difficulté</li> <li>• 43% d'entre eux ont eu une agression de personnel</li> <li>• 49% d'entre eux craignent parfois la violence au cabinet, et 41% en visite</li> <li>• <b>67% d'entre eux n'ont jamais eu d'agression verbale (alors que la moyenne de l'ensemble des médecins était de 56%)</b></li> </ul>

**Les médecins exerçant en groupe se sont fait agresser verbalement 0,7 fois en moyenne entre 2010 et 2012, contre 2,5 fois en moyenne pour l'ensemble des médecins de l'étude.**

#### 4.6.2 Pas d'exercice en cabinet de groupe

15% des médecins (11 praticiens) n'exercent pas en cabinet de groupe

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 45% d'entre eux pratiquent la médecine en milieu rural</li> </ul>	

### 4.7 Situation du cabinet

15% de non réponse (nr =11)

#### 4.7.1 En maison individuelle

38% des praticiens (27 médecins) exercent en maison individuelle

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tous laissent un accès libre, et tous font des visites à domicile</li> <li>• 93% d'entre eux reçoivent sur rendez-vous</li> <li>• 70% d'entre eux ne connaissent pas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15% d'entre eux rapportent un épisode de violence contre le personnel pour opposition du secret médical (moyenne des médecins : 6%)</li> </ul>

l'assurance accident du travail/maladie professionnelle proposée par la sécurité sociale. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 66% d'entre eux n'ont pris aucune mesure</li> <li>• 66% d'entre eux font des gardes</li> <li>• 52% d'entre eux sont installés depuis moins de 15 ans.</li> <li>• 37% d'entre eux exercent en zone rurale.</li> </ul>	
---	--

#### 4.7.2 En immeuble, rez-de-chaussée

35% des praticiens (25 médecins) exercent en rez-de-chaussée d'immeuble

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 96% d'entre eux font des visites à domiciles</li> <li>• 88% d'entre eux exercent en cabinet de groupe</li> <li>• 72% d'entre eux sont installés depuis plus de 15 ans.</li> <li>• 68% d'entre eux ne font pas de gardes</li> <li>• 24% d'entre eux exercent en milieu urbain résidentiel.</li> </ul>	

#### 4.7.3 En immeuble, à l'étage.

11% des praticiens (8 médecins) exercent en immeuble, à l'étage

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 38% d'entre eux ne constatent pas de baisse de l'insécurité malgré et autant ne se sentent pas en sécurité malgré les mesures prises.</li> </ul>	

**Il n'y a pas de différence significative pour les actes de violence en général selon l'emplacement du cabinet.**

## 4.8 Accès au cabinet

17% de non réponse (nr =12)

### 4.8.1 Accès libre

79% des médecins (56 praticiens) laissent un accès libre au cabinet

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 36% d'entre eux exercent en milieu semi-urbain.</li> <li>• 39% d'entre eux sont installés depuis moins de 15 ans</li> <li>• 59% d'entre eux sont installés depuis plus de 15 ans</li> <li>• 63% d'entre eux sont des hommes</li> <li>• 89% consultent uniquement sur rendez-vous</li> <li>• 96% d'entre eux font des visites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% d'entre eux estiment que la violence s'est aggravée sur les 5 dernières années (moyenne des médecins : 24%)</li> <li>• 30% d'entre eux notent qu'elle n'est source d'aucune difficulté. (moyenne des médecins : 24%)</li> <li>• 38% des praticiens estiment que la violence n'est pas vraiment source de difficulté (moyenne des médecins : 31%).</li> <li>• <b>32% d'entre eux ont été victime d'au moins une agression verbale (moyenne des médecins 42%)</b></li> <li>• <b>39% d'entre eux rapportent au oins une agression verbale envers le personnel (moyenne des médecins : 31%)</b></li> <li>• 53% d'entre eux ne craignent jamais la violence au cabinet, et 55% jamais en visite (moyenne des médecins : 46%)</li> <li>• <b>66% d'entre eux n'ont jamais déclaré d'agression verbale (moyenne de l'ensemble des médecins : 57%)</b></li> </ul>

**Plus de risque d'agression verbale pour le personnel en cas d'accès libre.**

Entre 2010 et 2012, le nombre moyen d'incident subi par les médecins laissant un accès libre est de:

- **2 épisodes de violence verbale contre 7 en moyenne pour l'ensemble des médecins**
- **0,7 épisode d'agression verbale contre 2,5 en moyenne pour l'ensemble des médecins**
- **3,5 actes de violences (tous types confondus) contre 12 pour l'ensemble des médecins**

#### 4.8.2 Accès par interphone ou visiophone

3 praticiens régulent l'accès par interphone (2 médecins) et visiophone (1 praticien)

### 4.9 Type d'exercice

15% de non réponse (nr =11)

#### 4.9.1 Exercice rural

18% des médecins pratiquent en milieu rural soit 13 praticiens

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>85% d'entre eux participent aux gardes</b> (moyenne des médecins: 44%), et en font davantage que leurs confrères urbains.</li><li>• 77% d'entre eux sont installés en maison individuelle</li><li>• 62% d'entre eux sont installés depuis moins de 15 ans (moyenne des médecins : 31%)</li><li>• Pour 54% d'entre eux, la violence ne représente aucune difficulté</li><li>• 38% n'exercent pas en cabinet de groupe.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>85% d'entre eux n'ont jamais eu d'agression verbale (moyenne des médecins : 56%)</b></li><li>• <b>77% d'entre eux ne comptent pas d'agression de personnel (moyenne des médecins : 45%)</b></li><li>• 77% d'entre eux ne craignent jamais la violence au cabinet, ni en visite</li><li>• <b>39% d'entre eux ont subi de la violence verbale (moyenne des médecins : 56%)</b></li><li>• 23% d'entre eux comptent au moins un agression du personnel (moyenne des médecins : 34%)</li><li>• 15% d'entre eux ont subi au moins 1 acte de vandalisme (contre 26% pour l'ensemble des médecins)</li><li>• <b>15% d'entre eux ont subi au moins une agression verbale (moyenne des médecins : 42%)</b></li><li>• 8% d'entre eux ont subi au moins une agression physique (moyenne des médecins : 3%)</li></ul>

**Les médecins ruraux, qui réalisent davantage de garde que leurs Confrères, subissent moins d'actes de violence verbale que les autres, et comptent moins d'agressions de personnel.**

#### 4.9.2 Exercice semi-urbain

28% des médecins exercent en milieu semi-urbain (20 praticiens)

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"><li>tous laissent un accès libre au cabinet</li><li>tous font des visites à domicile</li><li>75% d'entre eux sont installés plus de 15 ans</li><li>90% d'entre eux exercent en cabinet de groupe</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>55% d'entre eux craignent parfois la violence en visite</li><li><b>pour 45% d'entre eux, la violence a augmenté sur les 5 dernières années (moyenne des médecins : 24%)</b></li></ul>

**Les médecins semi-urbains ont une perception de majoration de la violence plus importantes que leurs confrères.**

#### 4.9.3 Exercice urbain

21% des médecins travaillent en milieu urbain de centre-ville, 11% en milieu urbain résidentiel, et 6% en zone urbaine sensible totalisant ainsi 27 médecins.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"><li>93% d'entre eux reçoivent uniquement sur rendez-vous (moyenne des médecins : 76%)</li><li>85% d'entre eux pratiquent en cabinet de groupe</li><li>70% d'entre eux ne font pas de gardes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>56% d'entre eux appréhendent parfois la violence au cabinet</li><li>Pour 52% d'entre eux, la violence a stagné sur les 5 dernières années</li><li><b>48% d'entre eux ont eu une agression de personnel (moyenne des médecins 34%)</b></li></ul>

Les médecins urbains présentent un plus grand risque d'agressions de personnel que les autres.

### 4.10 Activité

15% de non réponse (nr =11)

#### 4.10.1 Moins de 20 actes par jour

10 praticiens (14% des médecins) réalisent moins de 20 actes par jour.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70% d'entre eux sont des femmes</li> </ul>	

#### 4.10.2 De 20 à 25 actes par jour

16 praticiens (23% des médecins) déclarent réaliser en moyenne entre 20 et 25 actes quotidiens.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous laissent un accès libre</li> <li>• 94% d'entre eux exercent en groupe</li> </ul>	

#### 4.10.3 De 26 à 30 actes par jour

17 praticiens (24% des médecins) déclarent réaliser en moyenne entre 26 et 30 actes quotidiens.

#### 4.10.4 Plus de 30 actes quotidiens

17 praticiens (24% des médecins) déclarent réaliser plus de 30 actes quotidiens.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous font des visites, et laissent un accès libre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>82% d'entre eux n'ont jamais subi de violence verbale (moyenne des médecins : 57%)</b></li> <li>• <b>18% d'entre eux ont eu au moins une agression verbale (moyenne des médecins 43%)</b></li> </ul>

**Les médecins réalisant plus de 30 actes quotidiens déclarent moins d'actes de violence verbale que leurs Confrères, mais présentent un plus grand risque quant à la violence physique.**

**Entre 2010 et 2012, le nombre moyen d'agression physique subi par les médecins réalisant plus de 30 actes quotidiens est de 0,1 contre 0,02 en moyenne pour l'ensemble des médecins.**

## 4.11 Consultations libres ou sur rendez-vous

15% de non réponse (nr =11)

### 4.11.1 Consultations sur rendez-vous exclusivement

76% des médecins (54 médecins) consultent uniquement sur rendez-vous

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% d'entre eux sont des femmes, 59% d'entre eux sont des hommes</li> <li>• 41% d'entre eux sont installés depuis moins de 15 ans</li> <li>• 46% d'entre eux exercent en milieu urbain</li> <li>• 50% d'entre eux ne font pas de garde</li> <li>• 68% d'entre eux emploient une secrétaire</li> <li>• 83% d'entre eux exercent en cabinet de groupe</li> <li>• 93% laissent une entrée libre au cabinet</li> <li>• 96% font des visites à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>¼ d'entre eux rapportent au moins un acte de violence contre le personnel incriminant le temps d'attente trop long.</b></li> <li>• <b>31% des médecins qui reçoivent uniquement sur rendez-vous ont eu au moins une agression verbale (moyenne des médecins : 42%).</b></li> <li>• 41% d'entre eux estiment que la violence ne représente pas réellement de difficulté.</li> <li>• 41% à remarquent une stabilisation de la violence sur les 5 dernières années.</li> <li>• <b>43% d'entre eux ont subi au moins une agression de personnel, verbale 9 fois sur 10 (moyenne des médecins : 34%)</b></li> <li>• <b>48% d'entre eux ne craignent jamais la violence au cabinet (moyenne des médecins : 40%)</b></li> <li>• <b>2/3 d'entre eux n'ont jamais eu d'agression verbale (moyenne de non agression verbale pour l'ensemble des médecins : 57%)</b></li> </ul>

Le personnel des médecins recevant uniquement sur rendez-vous subissent plus d'actes de violence (le plus souvent verbal). Le temps d'attente est à l'origine de 25% des incidents concernant le personnel des médecins recevant uniquement sur rendez-vous. Entre 2010 et 2012, le nombre moyen d'incident subi par les médecins consultant uniquement sur rendez-vous est de

- 0,1 épisode d'intimidation physique contre 0,4 en moyenne pour l'ensemble des médecins
- 0,5 épisode d'agression verbale contre 2,5 en moyenne pour l'ensemble des médecins
- 1,3 épisodes de violence verbale contre 7 en moyenne pour l'ensemble des médecins
- 2,5 actes de violence (tous types confondus) contre 12 pour l'ensemble des médecins

#### 4.11.2 Consultations libres

9% des médecins (6 praticiens) ne consultent pas exclusivement sur rendez-vous.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous sont installés depuis plus de 15 ans.</li> <li>66% d'entre eux ne connaissent pas la fiche de déclaration à l'Ordre</li> </ul>	

#### 4.12 Visites

15% de non réponse (nr =11)

2 médecins ne font pas de visites. 82% des médecins (58 praticiens) proposent des à visites à domicile

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>29% d'entre eux réalisent plus de 30 actes quotidiens,</li> <li>34% d'entre eux exercent en milieu semi-urbain.</li> <li>41% d'entre eux sont des femmes</li> <li>53% d'entre eux font des gardes</li> <li>60% d'entre eux sont installés depuis plus de 15 ans</li> <li>66% d'entre eux ont une secrétaire</li> <li>83% d'entre eux partagent un cabinet de groupe.</li> <li>90% d'entre eux consultent uniquement sur rendez-vous</li> <li>93% d'entre eux permettent un accès libre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>29% considèrent que la violence ne représente aucune difficulté.</li> <li><b>31% d'entre eux ont déjà été victime d'au moins 1 agression verbale (moyenne des médecins 42%)</b></li> <li>38% d'entre eux craignent parfois la violence en visite (moyenne des médecins : 30%)</li> <li>41% comptent au moins un antécédent d'agression de personnel.</li> <li>45% redoute la violence en cabinet</li> <li>50% d'entre eux ne redoutent jamais la violence au cabinet</li> <li><b>55% d'entre eux ne craignent jamais la violence en visite (moyenne des médecins : 46%)</b></li> <li><b>67% d'entre eux n'ont jamais subi d'agression verbale (contre 57% en moyenne pour l'ensemble des médecins)</b></li> </ul>

Les médecins qui effectuent des visites à domicile craignent, moins la violence en déplacement et subissent moins d'agressions verbales que leurs Confrères. Entre 2010 et 2012, le nombre moyen d'incident subi par les médecins réalisant des visites à domicile est de

- 0,7 épisode d'agression verbale contre 2,5 en moyenne pour l'ensemble des médecins
- 2 épisodes de violence verbale contre 7 en moyenne pour l'ensemble des médecins
- 3,4 épisodes violents (tous types confondus) contre 12 pour l'ensemble des médecins

#### 4.13 Retrait du caducée

30% de non réponse (nr =21)

##### 4.13.1 Caducée en place

46% des médecins (33 praticiens) ne le retirent pas.

Démographie médicale	Violence
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>¾ d'entre eux n'ont jamais été victime d'agression verbale (moyenne des médecins de 56%)</b></li> <li>• 73% d'entre eux n'ont jamais subi d'acte de vandalisme</li> <li>• <b>Parmi eux, 60% n'ont jamais subi de violence verbale (moyenne des médecins : 40%).</b></li> <li>• <b>58% d'entre eux ne rapportent pas d'agression de personnel (moyenne des médecins : 45%)</b></li> <li>• 21% d'entre eux ont été victime d'au moins une agression verbale (moyenne des médecins : 42%)</li> <li>• 6% d'entre eux ont été victime d'au moins une intimidation physique. (moyenne des médecins : 15%)</li> </ul>

Les médecins laissant le Caducée sont moins souvent victimes d'actes de violence verbale que leurs Confrères

#### 4.13.2 Retrait du Caducée

17 médecins représentant 24% de l'échantillon retirent leur caducée en visite

Démographie médicale	Violence
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>17% d'entre eux ont été victime d'acte de vandalisme (contre 25% pour l'ensemble des médecins)</b></li></ul>

Il n'est pas retrouvé de différence en terme de violence notamment matérielle selon le retrait ou non du Caducée, mais une discrète tendance baissière des actes de vandalisme en cas de retrait du Caducée.

#### 4.14 Gardes

15% de non réponse (nr =11)

##### 4.14.1 Participation au tour de gardes

44% des médecins (31 praticiens) participent au tour de gardes

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"><li>• 35% d'entre eux exercent en milieu rural</li><li>• 48% d'entre eux sont des femmes</li><li>• 58% d'entre eux exercent en maison individuelle.</li><li>• l'entrée au cabinet est libre dans 97% des cas</li><li>• Tous font des visites</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La violence ne représente aucune difficulté pour 39% des médecins qui font des gardes (moyenne des médecins : 24%)</li><li>• <b>61% d'entre eux n'ont jamais eu d'agression de personnel (moyenne des médecins : 45%)</b></li><li>• 61% d'entre eux craignent parfois la violence en garde</li><li>• <b>65% ne craignent jamais la violence au cabinet (moyenne des médecins : 41%)</b></li></ul>

**Les praticiens effectuant des gardes rapportent moins d'incidents concernant le personnel, et craignent moins la violence au cabinet que leurs Confrères.**

#### 4.14.2 Pas de garde

41% (29 médecins) n'en font pas

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"><li>• 38% pratiquent la médecine en centre-ville</li><li>• 65% d'entre eux exercent en milieu urbain</li><li>• 69% d'entre eux sont des hommes, et autant sont installés depuis plus de 15 ans.</li><li>• 76% d'entre eux louent les services d'une secrétaire</li><li>• 90% d'entre eux travaillent en cabinet de groupe.</li><li>• 93% reçoivent uniquement sur rendez-vous</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 14% d'entre eux craignent la violence en garde lorsqu'ils en faisaient auparavant (moyenne des médecins : 32%)</li><li>• 34% d'entre eux rapportent un acte de violence contre un membre du personnel incriminant le temps d'attente (moyenne des médecins : 18%)</li><li>• 55% d'entre eux craignent parfois la violence au cabinet. (moyenne des médecins : 38%)</li></ul>

**Il n'a pas été retrouvé de différence en terme de violence selon la participation ou non au tour de gardes**

#### 4.15 Lieu de l'incident

**94% des incidents surviennent au cabinet médical**

#### 4.16 Type de Violence

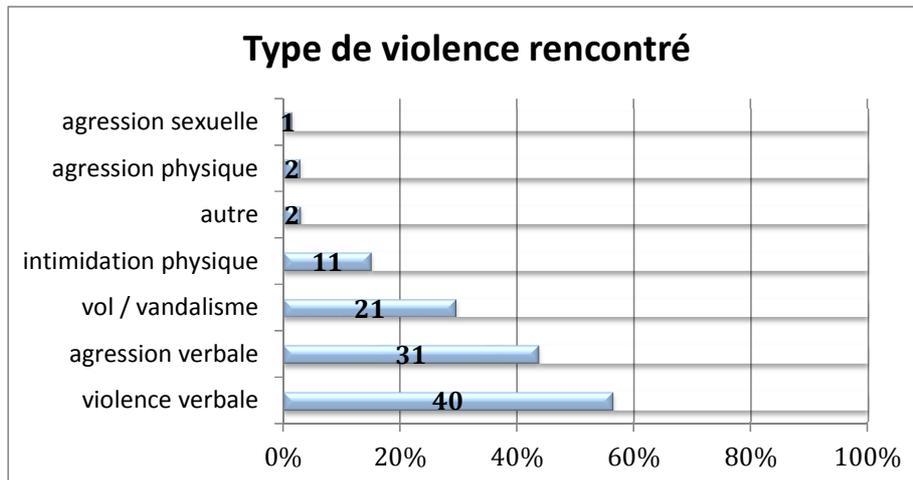


Figure 22

Parmi les médecins de l'étude,

- 56% déclarent avoir subi au moins un épisode de violence verbale totalisant 40 médecins. (*nr* = 2)
- 43% des médecins (31 praticiens) ont été victime d'au moins une agression verbale. (*nr* = 1)
- 30% des médecins (21 praticiens) signalent au moins un acte de vol et/ou de vandalisme. (*nr* = 3)
- 15% des praticiens (11 médecins) confessent au moins une intimidation physique. (*nr* = 2)
- 3% révèlent au moins une agression physique. (*nr* = 3)
- 3% une autre forme de violence (pour moitié agression de la secrétaire, et pour moitié « harcèlement administratif »)
- 1 médecin indique avoir été agressée sexuellement. (*nr* = 5)
- 1 praticien rapporte 75 agressions verbales et un autre 250 violences verbales

## 4.17 Méconnaissance de la fiche de déclaration d'incident de l'Ordre

75% de non réponse (Seulement 18 médecins avaient répondu à cette question.)

23% des médecins (89% de ceux qui ont répondu soit 16 médecins) ne connaissent pas la fiche de déclaration d'incident à l'Ordre.

- 50% d'entre eux ne craignent jamais la violence en garde
- 75% d'entre eux ne redoutent jamais la violence au cabinet
- Aucun d'entre eux n'a subi de violence verbale
- Aucun d'entre eux n'a subi de vol ni d'acte de vandalisme

**Le nombre élevé de non-réponse ne permet pas ici de conclure**

## 4.18 Violence verbale : différences

### 4.18.1 Violence verbale (*Cri, impolitesse ou injure*)

40 médecins (56% de l'échantillon) affirment avoir subi des violences verbales.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"><li>• 15% d'entre eux n'ont pas secrétaire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>60% d'entre eux ont subi au moins 1 agression verbale (moyenne des médecins : 42%)</b></li><li>• 45% d'entre eux confessent au moins un acte de violence dirigé contre un membre de leur personnel (moyenne 34%).</li><li>• <b>40% d'entre eux n'ont pas eu d'agression verbale (contre 56% en moyenne)</b></li><li>• 35% d'entre eux ont subi au moins 1 acte de vandalisme (moyenne des médecins : 25%)</li><li>• 23% d'entre eux ne craignent jamais la violence au cabinet (moyenne des médecins : 41%)</li><li>• <b>58% d'entre eux n'ont pris aucune mesure (moyenne des médecins : 44%)</b></li></ul>

**Les médecins victimes de violences verbales comptent plus d'agressions verbales. Ils prennent également moins de mesure par la suite que leurs Confrères.**

#### 4.18.2 Pas de violence verbale

41% soit 30 médecins, n'ont déclaré aucune violence verbale.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>41% des médecins qui n'ont pas subi de violence verbale n'emploient pas de secrétaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>86% d'entre eux n'ont pas subi d'acte de vandalisme ni de vol (moyenne des médecins : 70%)</li> <li><b>83% d'entre eux n'ont pas subi d'agression verbale (moyenne des médecins : 56%)</b></li> <li>69% des médecins qui n'ont jamais subi de violence verbale ne retirent pas leur caducée en visite (moyenne des médecins : 46%)</li> <li><b>62% des médecins qui n'ont jamais subi de violence verbale ne craignent jamais la violence en cabinet (moyenne 40%) ni en visite (moyenne 46%), et 34% ne la craignent jamais en garde (moyenne 17%)</b></li> <li>62% d'entre eux ne rapportent pas d'agression de personnel (moyenne des médecins : 45%)</li> <li>pour 41% d'entre eux, la violence ne représente aucune difficulté (moyenne des médecins : 24%)</li> <li>17% d'entre eux ont subi au moins 1 agression verbale (moyenne des médecins : 42%)</li> </ul>

Les médecins qui n'ont pas été victimes de violence verbale sont moins victimes d'agressions verbales, craignent moins la violence en cabinet, en visite ou en garde, et éprouvent moins de difficultés face à la violence que leurs Confrères. Les membres de leur personnel présentent également un plus faible risque d'agression.

## 4.19 Agression verbale : différences

### 4.19.1 Agression verbale (*Intimidation, menace, harcèlement*)

42% des médecins, totalisant 31 praticiens, ont subi une agression verbale.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% d'entre eux sont installés depuis plus de 15 ans (moyenne des médecins : 50%)</li> <li>• 7% d'entre eux exercent en milieu rural (moyenne de 18%).</li> <li>• 17% d'entre eux sont des femmes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>80% d'entre eux ont déjà eu au moins une violence verbale (moyenne des médecins : 56%)</b></li> <li>• <b>60% des médecins ayant eu au moins 1 agression verbale laissent un accès libre au cabinet (moyenne des médecins : 79%)</b></li> <li>• <b>60% des médecins victimes d'au moins une agression verbale font des visites à domicile (moyenne des médecins : 82%)</b></li> <li>• <b>57% des médecins ayant eu au moins une agression verbale, consultent uniquement sur rendez-vous (moyenne des médecins : 76%)</b></li> <li>• <b>40% des médecins ayant subi une agression verbale ont été victime d'acte(s) de vandalisme et de vol (moyenne des médecins : 25%)</b></li> <li>• <b>30% d'entre eux ont subi au moins une intimidation physique (moyenne des médecins : 15%)</b></li> <li>• 27% d'entre eux ne déplorent pas d'agression de personnel. (moyenne des médecins : 45%)</li> <li>• 23% d'entre eux ne craignent jamais la violence en visite (moyenne des médecins : 46%)</li> <li>• 17% d'entre eux n'ont subi aucune violence verbale. (moyenne des médecins : 41%)</li> <li>• Aucun d'entre eux ne craint jamais la violence en garde (moyenne des médecins : 17%),</li> </ul>

**L'agression verbale expose à davantage de violence verbale, d'intimidation physique, de vol ou de vandalisme**

**Les médecins victimes d'agressions verbales font moins de visites à domicile et permettent un accès libre au cabinet moins fréquemment que leurs Confrères.**

#### 4.19.2 Pas d'agression verbale

56% soit 40 médecins ne signalent pas d'agression verbale

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 98% d'entre eux réalisent des visites à domicile</li> <li>• 90% d'entre eux reçoivent uniquement sur rendez-vous (moyenne des médecins : 76%)</li> <li>• 93% des médecins n'ayant jamais eu d'agression verbale laissent un accès libre au cabinet</li> <li>• 83% d'entre eux pratiquent en cabinet de groupe.</li> <li>• 65% d'entre eux sont installés depuis plus de 15 ans (moyenne des médecins : 50%)</li> <li>• 63% d'entre eux laissent leur caducée en visite</li> <li>• 45% d'entre eux sont des femmes (moyenne : 34% de femmes)</li> <li>• 40% d'entre eux ne connaissent pas la fiche de déclaration à l'Ordre</li> <li>• 28% d'entre eux travaillent en milieu rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>85% d'entre eux n'ont pas été victime de vol ni de vandalisme (moyenne des médecins : 70%)</b></li> <li>• <b>63% d'entre eux ne redoutent jamais la violence au cabinet, 65% en visite (moyenne des médecins : 41% au cabinet, 46% en visite)</b></li> <li>• <b>58% d'entre eux n'ont pas eu d'agression de leur personnel (moyenne des médecins : 45%)</b></li> <li>• <b>40% d'entre eux ont subi de la violence verbale (moyenne des médecins : 56%)</b></li> <li>• <b>5% d'entre eux ont eu une intimidation physique (moyenne des médecins : 15%)</b></li> </ul>

**Les médecins qui n'ont pas été victimes d'agression verbale craignent moins la violence que leurs Confrères et présentent moins d'agressions de leur personnel, de violences verbales, d'intimidations physiques, de vols ou d'acte de vandalisme.**

#### 4.20 Vol et actes de vandalisme : différences

*4% de non réponse (nr = 3)*

##### 4.20.1 Vol et acte de vandalisme

21 médecins (26% de l'effectif) ont été victimes d'au moins un vol et/ou acte de vandalisme.

Démographie médicale	Violence
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2/3 d'entre eux ont également été victime d'agression verbale (moyenne des médecins : 42%)</li> <li>• 1/3 d'entre eux ont eu une intimidation physique (moyenne des médecins : 15%)</li> </ul>

#### 4.20.2 Pas de vol ni acte de vandalisme

50 médecins (74% de l'effectif) n'ont subi ni vol ni acte de vandalisme

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 32% d'entre eux ne connaissent pas la fiche de déclaration d'incident à l'Ordre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>98% d'entre eux n'ont pas été victime d'agression physique (moyenne des médecins 93%)</b></li> <li>• <b>68% d'entre eux non pas subi d'agression verbale (moyenne des médecins 56%)</b></li> <li>• <b>50% d'entre n'ont pas été victime de violence verbale (moyenne des médecins : 41%)</b></li> <li>• <b>32% d'entre eux rapportent au moins une agression verbale (contre 42% en moyenne)</b></li> <li>• <b>8% d'entre eux ont eu 1 intimidation physique (moyenne des médecins : 15%)</b></li> </ul>

**Nous retrouvons moins de violence verbale, d'agression verbale, d'intimidation et d'agression physiques pour les médecins qui n'ont pas été victime de vol ni de vandalisme**

#### 4.21 Intimidation physiques : différences

3% de non réponse (n=2)

##### 4.21.1 Intimidation physique (*Geste menaçant sans passage à l'acte*)

15% des médecins ont eu au moins une intimidation physique, représentant 11 médecins

Démographie médicale	Violence
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>82% d'entre eux ont eu une agression verbale (moyenne des médecins : 42%)</b></li> <li>• <b>55% d'entre eux jugent que la violence a augmenté sur les 5 dernières années (moyenne des médecins : 24%)</b></li> <li>• <b>55% d'entre eux ont été victime de vol et/ou de vandalisme (moyenne des médecins : 25%)</b></li> <li>• <b>36% d'entre eux craignent souvent la violence en garde (moyenne des médecins : 10%)</b></li> </ul>

**Les médecins victimes d'intimidation physique rapportent plus d'agressions verbales, de vols ou de vandalisme.**

#### **4.21.2 Pas d'intimidation physique**

82% des médecins (58 praticiens) non pas subi d'intimidation physique

Démographie médicale	Violence
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>98% d'entre eux n'ont pas eu d'agression physique (moyenne des médecins : 93%)</b></li> <li>• <b>79% d'entre eux n'ont pas subi de vol ni de vandalisme (moyenne des médecins : 70%)</b></li> <li>• <b>66% d'entre eux n'ont pas subi d'agression verbale (moyenne des médecins : 56%)</b></li> </ul>

**Les médecins qui ne sont pas victimes d'intimidations physiques rapportent moins d'agression physique, de vol ou vandalisme et d'agression verbale que leurs Confrères.**

## 4.22 Agression physiques : différences

4% de non réponse (nr = 3)

### 4.22.1 Agression physique

3% des médecins soit 2 praticiens ont été victimes d'agression physique.

### 4.22.2 Pas d'agression physique

93% des médecins soit 66 praticiens n'ont pas été victimes d'agression physique

## 4.23 Perception de la violence

### 4.23.1 Evolution de la violence sur les 5 dernières années

34% de non réponse (nr=24)

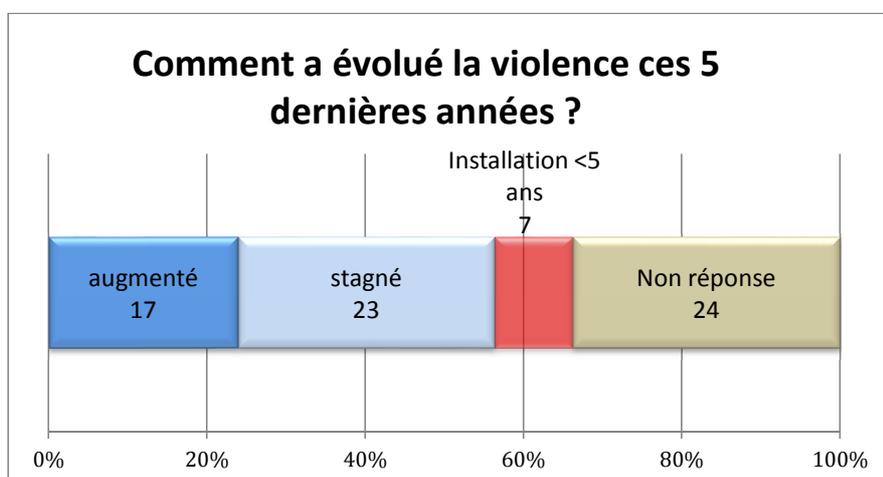


Figure 23

10 % des médecins (7 au total) exercent depuis moins de 5 ans, et n'ont pu répondre à la question.

**Aucun médecin n'a remarqué de baisse de la violence dans le cadre de son activité professionnelle sur les 5 dernières années.**

32% des médecins (soit 23 praticiens) rapportent une stabilisation de la violence dans leur pratique sur les 5 dernières années

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>61% d'entre eux exercent en milieu urbain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>57% d'entre eux notent au moins un acte de violence envers un membre du personnel (contre 34% en moyenne)</li> <li>61% d'entre eux craignent parfois la violence au cabinet (moyenne des médecins : 38%)</li> </ul>

24% des médecins (17 praticiens) considèrent que la violence s'est majorée sur les 5 dernières années

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>53% d'entre eux exercent en milieu semi-urbain (moyenne des médecins : 28%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>35% d'entre eux ont eu une intimidation physique (moyenne des médecins : 15%)</li> </ul>

#### 4.23.2 Violence et difficultés

21% de non réponse (nr=15)

Pour 24% des médecins (17 praticiens), la violence ne représente aucune difficulté

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>41% d'entre eux exercent en milieu rural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aucun d'entre eux ne rapporte d'agression verbale (moyenne des médecins : 56%)</li> <li>71% d'entre eux n'ont jamais subi de violence verbale (moyenne des médecins : 41%)</li> <li>53% d'entre eux n'ont jamais subi de violence (tous types confondus)</li> </ul>

**Les médecins déclarant n'avoir aucune difficulté avec la violence sont ceux qui y sont le moins confrontés.**

**Aucun médecin ne rapporte d'importante difficulté en rapport avec la violence.** 24% des médecins (soit 17 praticiens) déclarent quelques difficultés engendrées par cette violence, alors que 55% des praticiens expriment peu de difficultés voire aucune difficulté en rapport avec la violence. (nr = 15 soit 21%)

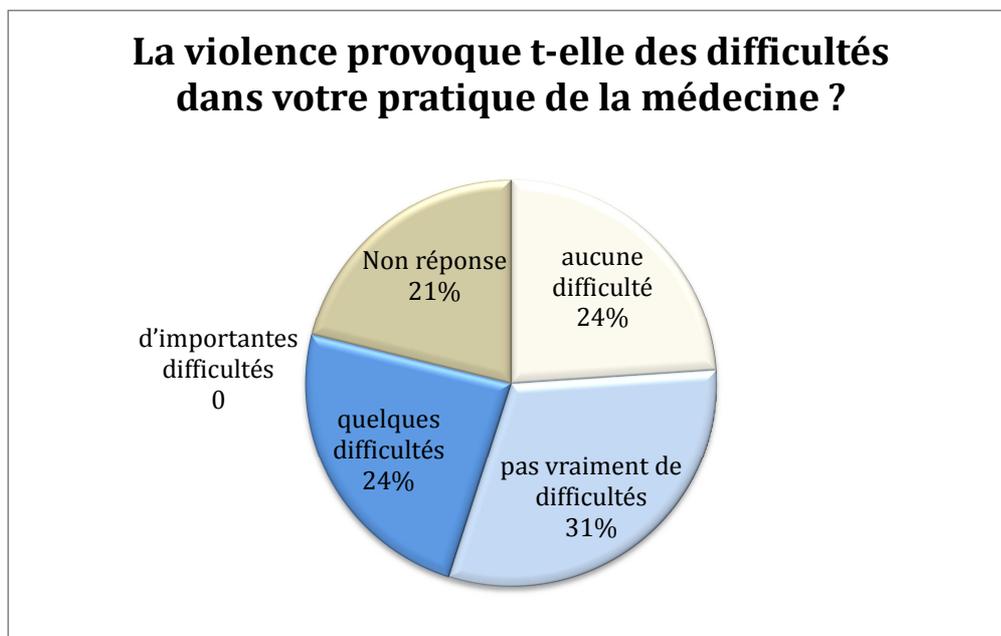


Figure 24

#### 4.23.3 Au cabinet

18% de non réponse (nr=13)

41% des médecins (29 praticiens) ne craignent **jamais** la violence au cabinet.

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>34% d'entre eux exercent en milieu rural (contre 18% en moyenne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>86% d'entre eux n'ont jamais subi d'agression verbale (moyenne des médecins : 56%)</li> <li>66% d'entre eux ne déplorent pas d'acte de violence envers le personnel. (moyenne des médecins : 45%)</li> <li>62% d'entre eux n'ont jamais subi de violence verbale (moyenne des médecins : 41%)</li> <li>45% d'entre eux n'ont jamais subi d'acte de violence (tous types confondus)</li> <li>41% d'entre eux ne connaissent pas la fiche de déclaration d'incident de l'Ordre</li> </ul>

**Les médecins déclarant ne jamais craindre la violence au cabinet ont été victime de moins d'agression verbale, de violence verbale, et de violence envers le personnel que leurs Confrères.**

38% des médecins (27 praticiens) craignent **parfois** la violence au cabinet

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 55% d'entre eux exercent en milieu urbain (38% en moyenne)</li> <li>• 59% d'entre eux ne font pas de garde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 56% d'entre eux ont au moins un antécédent de violence envers un membre du personnel (moyenne des médecins : 34%)</li> </ul>

3% des médecins (2 praticiens) redoutent **souvent** la violence au cabinet.

#### 4.23.4 En visite

23% de non réponse (nr=16)

46% des médecins (33 praticiens) ne craignent **jamais** la violence au cours de leurs visites :

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% d'entre eux exercent en milieu rural (18% en moyenne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>79% d'entre eux ne rapportent aucune agression verbale. (moyenne des médecins : 56%)</b></li> </ul>

**Les médecins ne craignant jamais la violence en visite sont victimes de moins d'agression verbale que leurs Confrères**

31% des médecins (22 praticiens) craignent **parfois** la violence en visite

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% d'entre eux exercent en milieu semi-urbain (28% en moyenne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 77% d'entre eux craignent également parfois la violence au cabinet (moyenne des médecins : 38%)</li> <li>• 50% d'entre eux n'ont jamais été victimes d'actes de vol ni de vandalisme (moyenne des médecins : 70%)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 55% d'entre eux rapportent au moins une agression de personnel (moyenne de 34%)</li> <li>• 32% d'entre eux ont eu une intimidation physique (moyenne des médecins : 15%)</li> <li>• Aucun d'entre eux ne craint jamais la violence en garde. (moyenne 17%)</li> </ul>
--	--

**Aucun médecin ne craint souvent la violence en visite**

#### 4.23.5 En garde

*39% de non réponse (nr=28)*

17% des médecins (12 praticiens) ne craignent jamais la violence en garde,

Démographie médicale	Violence
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aucun d'entre eux n'a été victime d'agression verbale (moyenne des médecins : 42%)</b></li> <li>• Aucun d'entre eux ne craint la violence au cabinet</li> <li>• 83% d'entre eux n'expriment aucune difficulté relative à la violence (moyenne des médecins : 24%)</li> <li>• <b>83% d'entre eux non pas subi de violence verbale (moyenne des médecins : 41%)</b></li> <li>• 2/3 d'entre eux ne connaissent pas la fiche de déclaration d'incident. (moyenne des médecins : 23%)</li> </ul>

**Les médecins déclarant ne jamais craindre la violence en garde sont moins victime d'agression verbale, de violence verbale que leurs Confrères**

32% des médecins (23 praticiens) craignent **parfois** la violence en garde

Démographie médicale	Violence
	<ul style="list-style-type: none"> <li>70% d'entre eux ne comptent pas d'agression de personnel (moyenne des médecins : 45%)</li> </ul>

10% des médecins (7 praticiens) craignent **souvent** la violence en garde

Démographie médicale	Violence
<ul style="list-style-type: none"> <li>85% d'entre eux sont des femmes</li> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>57% d'entre eux ont subi une intimidation physique (moyenne des médecins : 15%)</li> </ul>

**Les médecins craignant souvent la violence en garde ont subi davantage d'intimidation physique que leurs Confrères.**

1 médecin craint la violence **en permanence** au cours des gardes.

Sur les 42 praticiens effectuant des gardes, seulement 19% (12 praticiens) ne craignent pas la violence en garde.

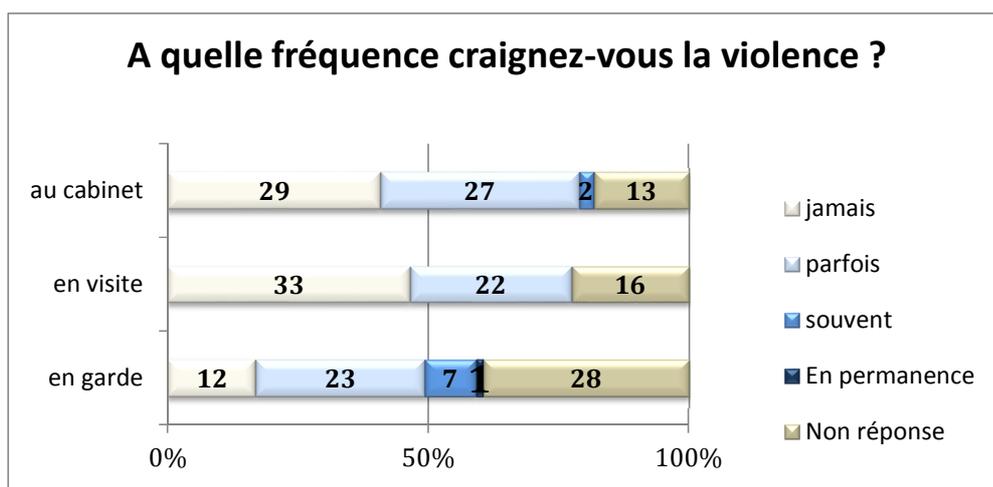


Figure 25

## 4.24 Agression sexuelle

*7% de non réponse (n=5)*

Il y a 1 cas d'agression sexuelle envers une femme médecin.

92% des médecins (65 praticiens) n'ont pas subi d'agression sexuelle

- 6% d'entre eux craignent souvent la violence en garde
- 11% d'entre eux ont vécu une intimidation physique
- 89% d'entre eux n'ont pas subi d'intimidation physique
- 97% n'ont pas subi d'agression physique

## 4.25 Médecins non agressés

*0% de non-réponse*

20 médecins déclarent n'avoir subi aucun acte de violence entre 2010 et 2012

- **80% d'entre eux ne connaissent pas la fiche de déclaration à l'Ordre**
- **80% des médecins non agressés n'ont pris aucune mesure particulière de protection**
- 70% d'entre eux ne retirent jamais le caducée en visite
- **65% des médecins non agressés ne craignent jamais la violence au cabinet**
- Pour 45% d'entre eux, la violence ne représente aucune difficulté
- 40% des médecins non agressés ne craignent jamais la violence pendant les gardes

## 4.26 Synthèse

Des différences statistiquement significatives sont retrouvées entre les médecins agressés et non agressés :

Corrélations Négatives	Corrélations Positives
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins d'agressions verbales, de violences verbales et d'incidents</b> en général pour les <b>médecins</b> réalisant <b>des visites à domicile</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès au cabinet « régulé » pour les praticiens subissant davantage d'agression ou de violence verbale, ainsi que les praticiens subissant plus d'incidents en général (tous types confondus)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins d'agressions verbales</b> pour le médecin en <b>milieu rural</b> et en <b>cabinet de groupe</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Plus d'agressions verbales</b> pour le <b>personnel</b> en <b>cabinet de groupe</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins réalisant <b>plus de 30 actes quotidiens</b> déclarent <b>moins d'actes de violence verbale</b> que leurs Confrères</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins réalisant <b>plus de 30 actes quotidiens</b> présentent <b>plus d'actes de violences physiques</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins d'agressions</b> du médecin (tous types confondus) en présence d'une <b>secrétaire</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Plus d'agressions verbales</b> pour le <b>personnel</b> en cas d'<b>accès libre</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins d'agressions de personnel</b> en milieu <b>rural</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Plus d'agressions de personnel</b> en milieu <b>urbain</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins d'intimidations physiques, d'agressions verbales, de violences verbales, et de violences en général</b> (tous types de violence confondus) pour les médecins recevant uniquement <b>sur rendez-vous</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le <b>personnel</b> des médecins recevant uniquement <b>sur rendez-vous</b> subit davantage d'<b>actes de violence (le plus souvent verbal)</b>.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins d'agressions verbales</b> pour les médecins <b>installés</b> depuis <b>plus de 15 ans</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins victimes de <b>violences verbales</b> subissent <b>plus d'agressions verbales</b> et <b>réciroquement</b>.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les <b>médecins</b> dont le <b>personnel</b> n'a <b>pas</b> essuyé d'<b>acte de violence</b> subissent <b>moins d'agressions verbales</b> que leurs Confrères</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins victimes de <b>violences verbales</b> prennent également <b>moins de mesures</b> par la suite que leurs Confrères</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins d'agressions verbales</b> chez les <b>femmes</b> médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Plus de vols</b> ou <b>vandalisme</b> en cas d'<b>agression verbale</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins d'agressions du personnel, d'intimidations physiques, de violences verbales</b> et de <b>vols</b> ou <b>vandalisme</b> pour les <b>médecins</b> qui n'ont <b>pas</b> été <b>victimes d'agression verbale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins <b>victimes d'intimidation physique</b> comptent <b>plus d'agressions verbales</b>, de <b>vols</b> ou de <b>vandalisme</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins déclarant <b>ne jamais craindre</b> la violence en <b>garde</b> sont <b>moins victime d'agressions verbales, de violences verbales</b> que leurs Confrères</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins <b>craignant souvent</b> la violence <b>en garde</b> ont subi <b>davantage d'intimidations physiques</b> que leurs Confrères</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins déclarant <b>ne jamais craindre la violence</b> au <b>cabinet</b> ont été victime de <b>moins d'agressions</b></li> </ul>	

<b>verbales, de violences verbales, et de violences envers le personnel</b> que leurs Confrères.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins ne craignant <b>jamais la violence en visite</b> sont victimes de <b>moins d'agressions verbales</b> que leurs Confrères</li> </ul>	.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins de violences verbales, d'agressions verbales, d'intimidations et d'agressions physiques</b> pour les <b>médecins</b> qui n'ont <b>pas été victime de vol ni de vandalisme</b></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins déclarant n'avoir <b>aucune difficulté avec la violence</b> sont ceux qui y sont le <b>moins confrontés</b>.</li> </ul>	

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les médecins agressés (tous type d'incidents confondus) et non agressés en ce qui concerne :

- **L'âge moyen du praticien (50 ans versus 49 ans)**
- **La participation au tour de garde**
- **Le retrait ou non du caducée sur le véhicule**

## 5 L'insécurité médicale : les faits marquants

*Cette partie traite uniquement des **faits** considérés comme **marquants** par les praticiens qui les ont vécus. Les pourcentages sont ici calculés sans tenir compte des non-réponses.*

Parmi les 71 questionnaires, 23 médecins déclarant n'avoir subi aucune situation d'insécurité **marquante** entre 2010 et 2012 au cours de leur activité professionnelle. Les 48 questionnaires des médecins agressés ont abouti à la description de 95 incidents marquants:

- 15 praticiens n'ont décrit qu'un seul incident
- 19 en ont décrit 2
- 14 en ont décrit 3

### 5.1 Caractéristiques des médecins ayant signalé au moins un fait marquant

#### 5.1.1 Âge du praticien

*(nr=10)*

L'âge moyen des praticiens ayant déclaré au moins un fait marquant était de 49 ans, et l'âge médian de 50 ans. Le plus jeune avait 29 ans, et le doyen 64 ans.

#### 5.1.2 Genre du praticien

*(nr=10)*

Parmi les 48 praticiens qui décrivent au moins une situation marquante, il y a 15 femmes pour 23 hommes. 10 praticiens n'ont pas précisé leur genre.

### **5.1.3 Date d'installation**

*(nr=12)*

L'installation date en moyenne de 1995 (médiane à 1996). Les valeurs extrêmes s'échelonnent entre 1976 et 2012.

### **5.1.4 Secrétariat**

*(nr=11)*

25 médecins déclarent avoir une secrétaire, contre 12 qui déclarent le contraire

### **5.1.5 Cabinet de groupe**

*(nr=10)*

32 praticiens exercent en groupe, alors que 6 médecins travaillent seuls.

### **5.1.6 Accès au cabinet**

*(nr=11)*

35 praticiens proposent une entrée libre au cabinet. 2 médecins régulent l'entrée au cabinet grâce à un interphone.

### **5.1.7. Type de cabinet**

*(nr=10)*

Le cabinet se situe en maison individuelle pour 19 médecins, et en immeuble pour également 19 praticiens, dont 7 se situent à l'étage soit 18% (moyenne de l'ensemble des médecins exerçants à l'étage : 13%).

**Il y a une forte tendance a plus d'agression physique (faits marquants) lorsque le cabinet se situe à l'étage dans un immeuble.**

### **5.1.8 Type d'exercice**

*(nr=10)*

L'exercice est semi-urbain pour 13 médecins, rural pour 7 médecins, et urbain pour 18 généralistes :

- 10 en centre ville
- 4 en quartier urbain résidentiel
- 4 en zone urbaine sensible

### **5.1.9 Activité**

*(nr=10)*

11 médecins réalisent entre 20 et 25 actes quotidiens, et autant de praticiens plus de 30 actes. 10 médecins effectuent 26 à 30 actes par jour. 6 médecins reçoivent moins de 20 patients quotidiennement.

#### **5.1.10 Consultations sur rendez-vous**

*(nr=10)*

36 médecins consultent uniquement sur rendez-vous, 2 praticiens aménagent des plages de consultations libres.

#### **5.1.11 Visites**

*(nr=10)*

37 médecins proposent des consultations à domicile, un praticien ne le faisait pas.

#### **5.1.12 Retrait du Caducée**

*(nr=18)*

**13 praticiens retirent leur Caducée au cours des visites à domicile soit 65% des médecins déclarant au moins un fait marquant. (Moyenne des médecins de l'échantillon : 34%)**

### 5.1.13 Gardes

(nr=10)

37 médecins participent au tour de garde, un praticien n'en faisait pas, pour un taux de participation aux gardes de 97% (Moyenne des médecins de l'échantillon : 52%).

### 5.1.14 Synthèse

Par rapport à l'ensemble des 71 médecins de l'étude, les médecins déclarant au moins un fait marquant se démarquent par davantage de :

- praticiens exerçants à l'étage (+40% en proportion)
- praticiens retirant le Caducée en visite (presque deux fois plus en proportion : 65% largement supérieur à 34%)
- praticiens participant au tour de gardes (presque deux fois plus en proportion : 97% versus 52%)

## 5.2 Lieu de l'incident

### 5.2.1 Au cabinet

Les incidents surviennent dans la grande majorité des cas au cabinet (79 cas), alors que le praticien n'était seul que dans 31% des cas.

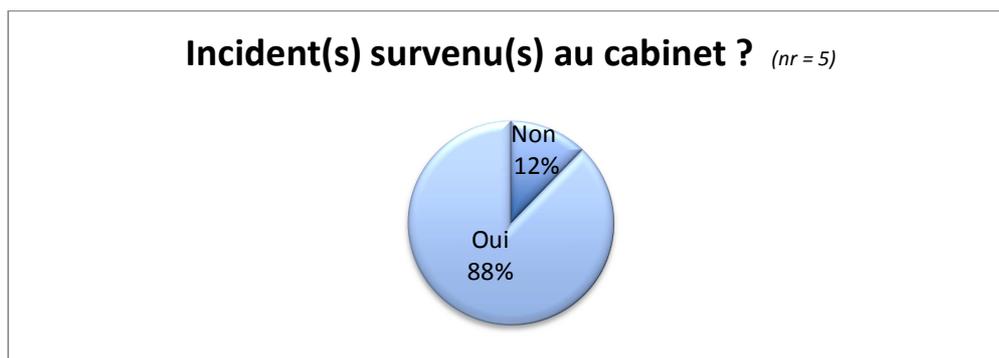


Figure 26

### Seul au cabinet ? (nr = 18)

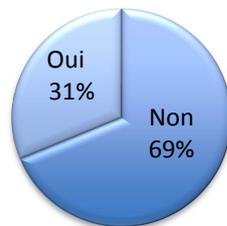


Figure 27

### 5.2.2 En visite

(nr=3)

Dans la majorité des cas, les médecins agressés en visite ne sont pas seul à seul avec le patient, puisqu'une tierce personne (proche du patient) est présente au domicile au moment de l'incident dans 40 cas sur 48 soit 83% des cas.

### Seul avec le patient en visite ?

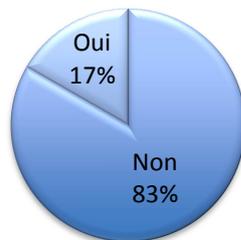


Figure 28

## 5.3 Le moment

### 5.3.1 De la semaine

(nr=1)

Ces actes de violences se produisent en semaine dans 94% du temps (88 cas), en garde de semaine dans 5% des cas, et en week-end pour 1% des cas

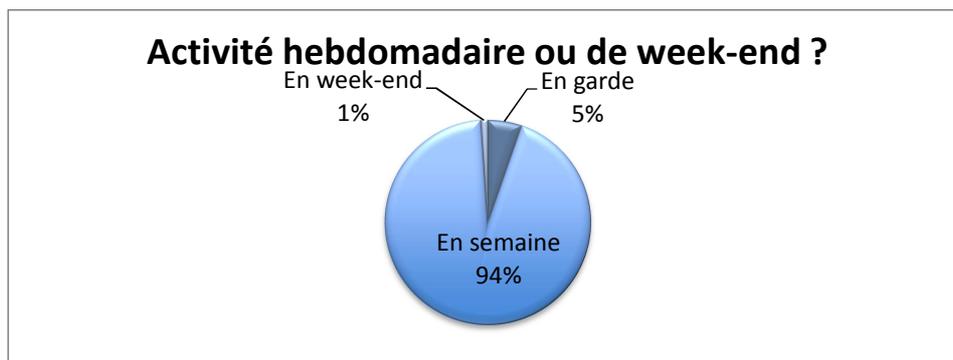


Figure 29

### 5.3.2 De la journée

(nr=10)

Les actes de violence sont perpétrés l'après-midi dans 38% des cas, le matin une fois sur 3 et après 18h dans 29% des cas.

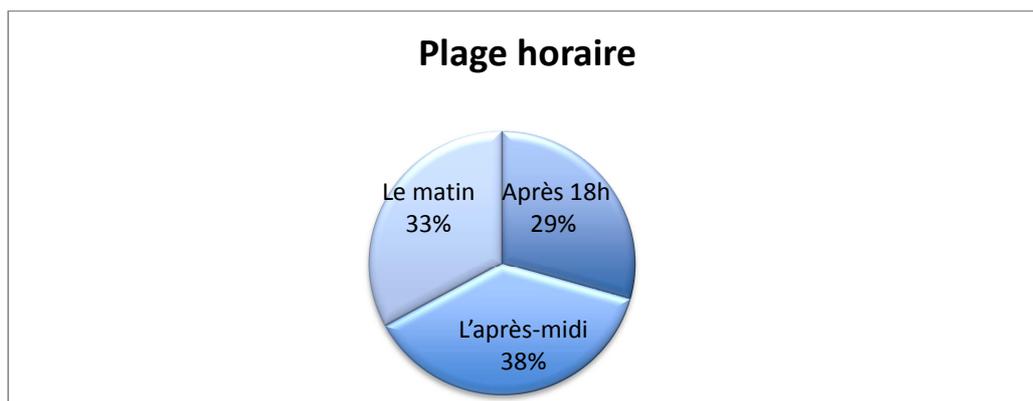


Figure 30

L'incident survient le plus souvent dans **l'après-midi**

### 5.3.3 De la consultation

(nr=10)

Les actes de violence peuvent survenir en dehors des consultations à hauteur de 39% des cas (incluant vol et vandalisme), en début de consultation une fois sur 3 et en fin de consultation dans 28% des cas.

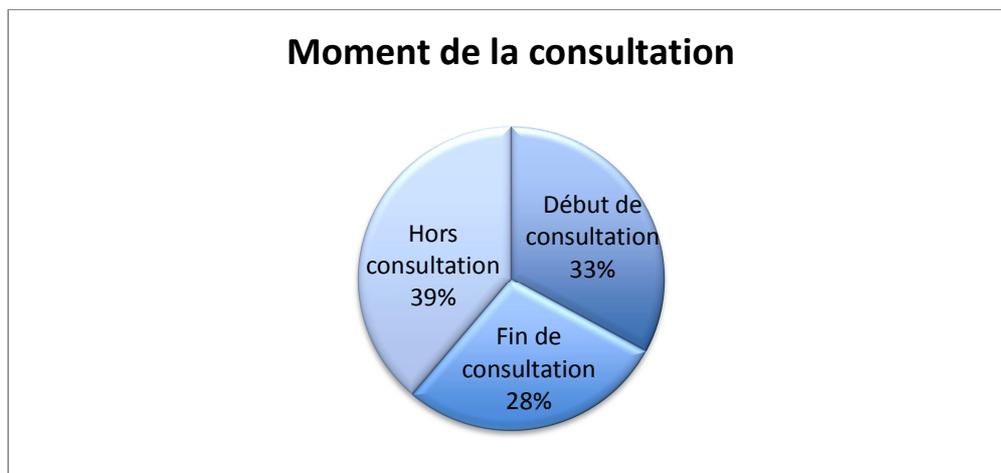


Figure 31

L'incident se produit le plus souvent **pendant la consultation**.

## 5.4 L'auteur

### 5.4.1 Genre

(nr = 7)

Lorsque l'agresseur est identifié, l'acte de violence est commis par un homme 67 fois, soit 76% des situations

### Genre de l'auteur

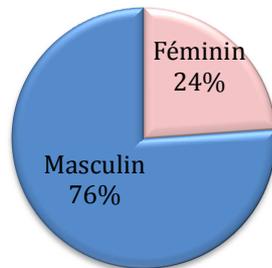


Figure 32

L'agresseur est le plus souvent de **sexe masculin**.

#### 5.4.2 Nature

(nr=1)

L'auteur de l'agression est un patient 2 fois sur 3 (62 cas), un accompagnant dans 14% des cas, quelqu'un d'autre dans 11% des cas (collègue de travail, gendarme, ...). Dans 9% des cas, il s'agit d'inconnu.

### Nature de l'auteur

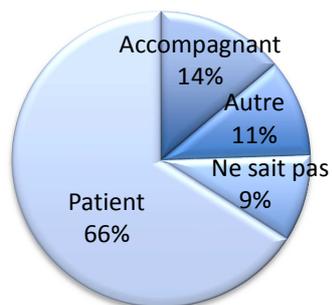


Figure 33

Il s'agit le plus fréquemment **d'un patient**.

Lorsqu'il s'agit d'un patient, celui-ci est connu du cabinet dans 79% des 95 cas décrits.

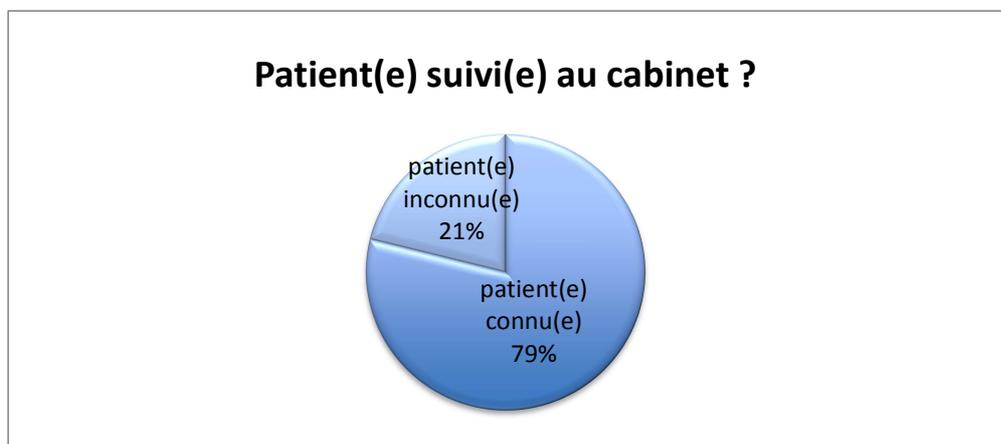


Figure 34

Le patient à l'origine de l'incident est très fréquemment **suivi au cabinet**.

L'auteur de l'acte de violence est récidiviste envers le praticien dans 22% des cas.



Figure 35

Le plus souvent **non-récidiviste**.

### 5.4.3 Âge

L'âge de l'agresseur est estimé par sa victime à moins de 25 ans dans 8% des cas, de 25 à 45 ans dans la moitié des cas, et de plus de 45 ans dans 42% des cas

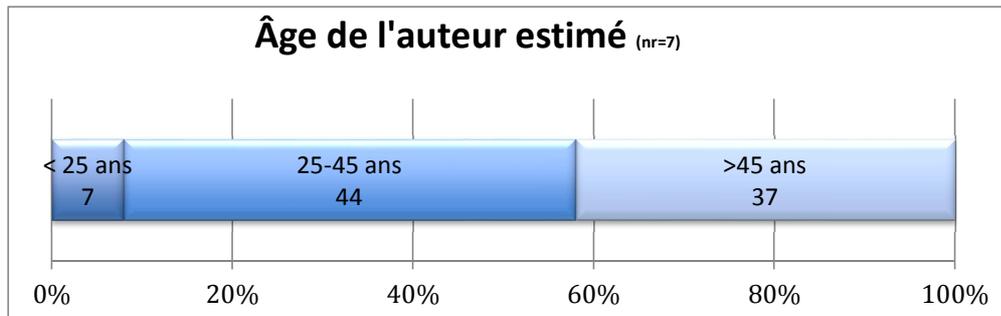


Figure 36

L'agresseur est âgé le plus souvent de **25 à 45 ans**.

### 5.5 Incidents : type et dénombrement des faits marquants

(nr=0)

Les violences et agressions verbales représentent 62% du total des incidents marquants, tandis que les intimidations ou agressions physiques 21%, et les actes de vol et de vandalisme 16%. Une agression sexuelle est rapportée sur les 95 faits marquants.

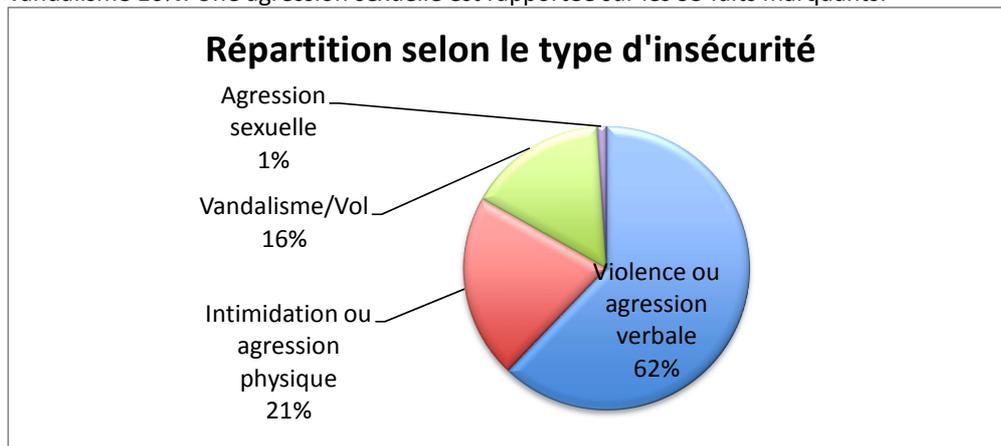


Figure 37

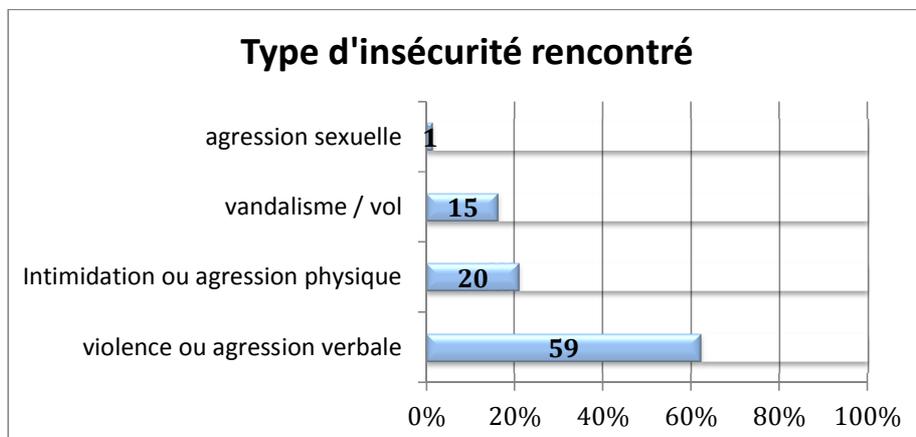


Figure 38

## 5.6 Motifs

(nr=0)

Les motifs à l'origine des 95 incidents sont :

- un refus de prescription dans 35 cas
- des troubles du comportement du patient : 13 cas
- un temps d'attente jugé trop long : 10 cas
- d'autres motifs : 9 cas
- un état de manque : 6 cas
- le respect du secret médical : 6 cas
- un état d'ébriété : 5 cas
- un refus de visite : 4 cas
- sans motif évident : 3 cas
- vol : 3 cas
- un comportement raciste envers le praticien : 1 cas

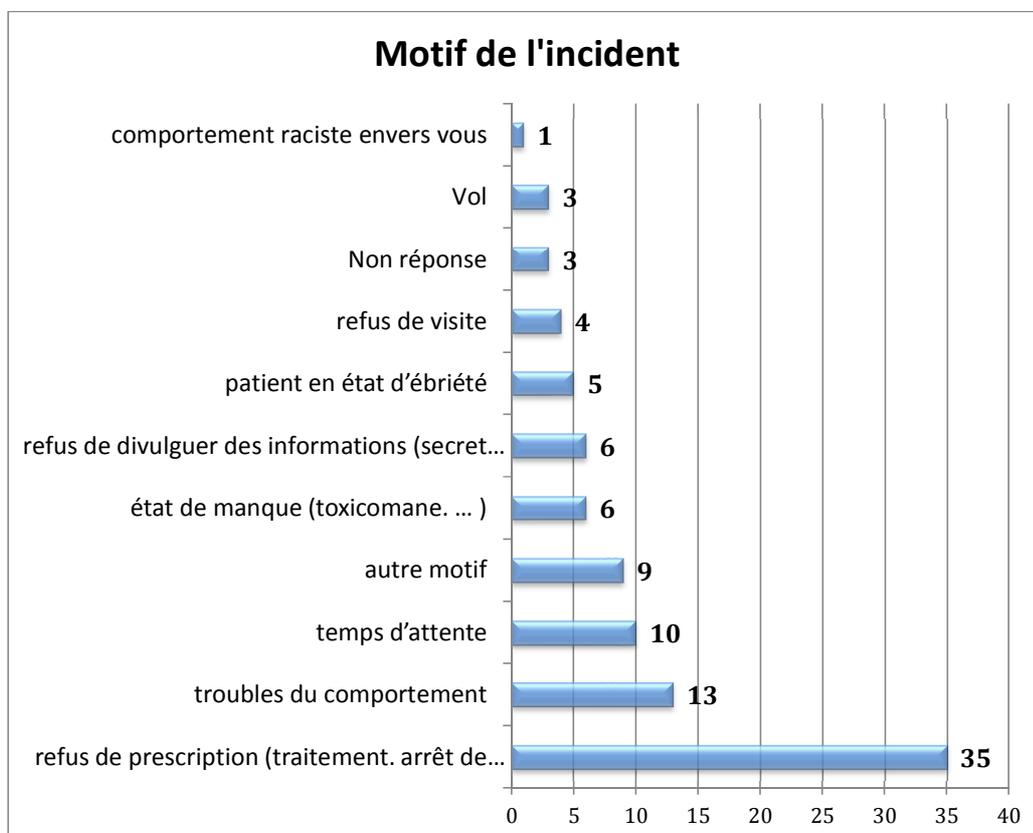


Figure 39

Les 9 autres motifs invoqués sont :

1. Patient venu directement au cabinet car refusait d'attendre
2. Mécontentement du patient car départ du praticien du cabinet médical
3. Critique des prescriptions et des résultats
4. Visite demandée en urgence pour un problème non urgent
5. Praticien embrassé sur la bouche par un patient
6. Récupération par une patiente d'un courrier confidentiel adressé à l'hôpital faisant état de troubles psychiatriques
7. Propos agressifs racistes et insultants envers des confrères
8. Geste mal interprété
9. Refus de redonner un rendez-vous suite à plusieurs rendez-vous non honorés

## 5.7 Conséquences

(nr=0)

Pour 76 des 95 incidents marquants, aucune conséquence n'est déclarée par les médecins.

Sur les 48 médecins victimes d'incidents marquants, 33 déclarent n'en avoir subi aucune conséquence.

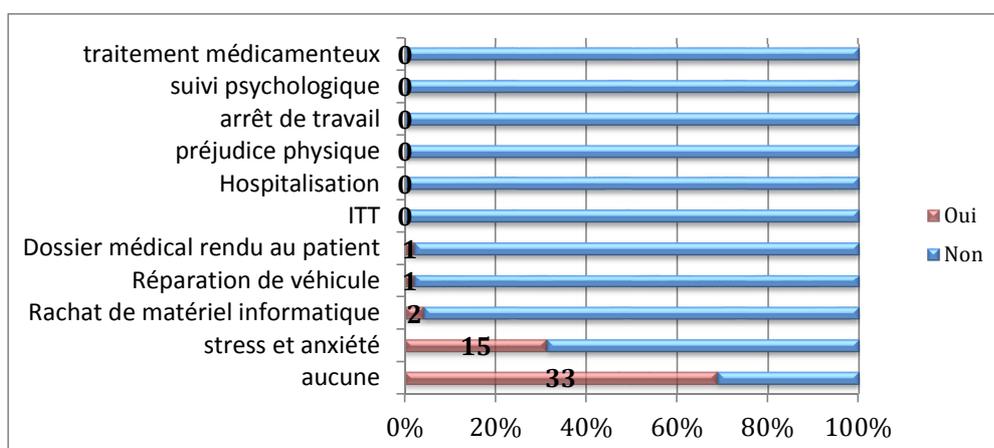


Figure 40

Les conséquences d'actes de violence rapportées par les médecins agressés sont :

- Stress et anxiété dans 15 cas soit 31% des médecins agressés
- Rachat de matériel informatique dans 2 cas
- Réparation de véhicule : 1 cas
- Dossier médical rendu au patient : 1 cas

## 5.8 Déclarations

*(nr=0)*

Dans les suites de l'incident marquant, parmi les 48 médecins agressés, 32 n'ont fait aucune déclaration. Sept praticiens rapportent au moins 1 incident à un confrère, 4 praticiens déclarent au moins 1 incident à l'Ordre, 3 praticiens portent plainte à la police (8 plaintes), un praticien pose 2 mains courantes, ainsi qu'une déclaration à l'assurance est signalée. (fig. 41)

Les 8 plaintes ont pour motif :

- 2 intimidations ou agressions physiques
- 6 vols/actes de vandalisme

Les 2 mains courantes ont été déposées pour :

- 1 acte de vandalisme
- 1 agression verbale

L'incident n'est pas déclaré à l'Ordre car il est jugé mineur plus d'une fois sur deux. La procédure est jugée inutile dans 30% des cas. La marche à suivre est méconnue dans 17% des cas, et le manque de temps incriminé dans 15% des cas. (fig.42)

Parmi les 48 médecins victimes d'incidents, il n'y a pas eu de déclaration à police pour 32 d'entre eux, l'incident étant jugé mineur. 12 médecins jugent la mesure inutile, 6 manquent de temps alors que 3 médecins déclarent ne pas connaître la procédure. (fig.43)

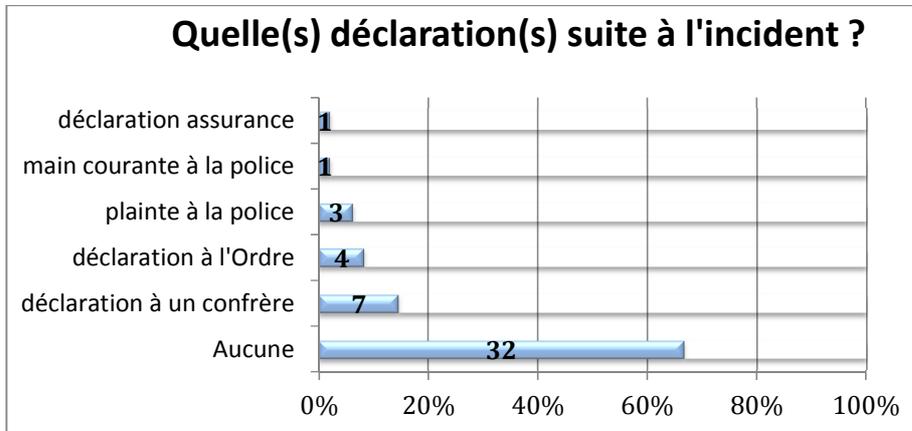


Figure 41

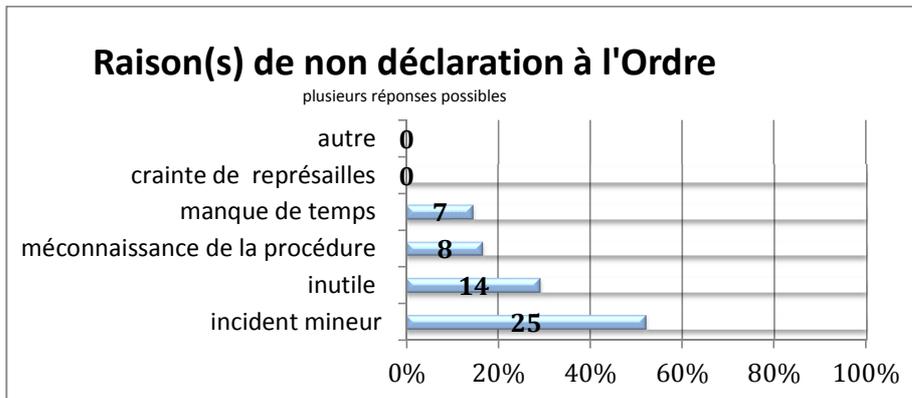


Figure 42 (Total >100% car plusieurs réponses possibles)

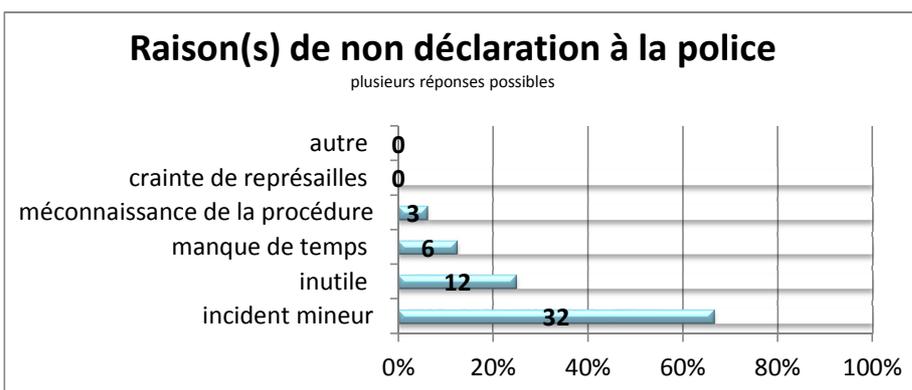


Figure 43 (Total >100% car plusieurs réponses possibles)

La fiche de déclaration d'incident à l'Ordre est connue par 15 médecins parmi les 48. Ils sont deux de plus à connaître son existence après avoir été victime d'un incident

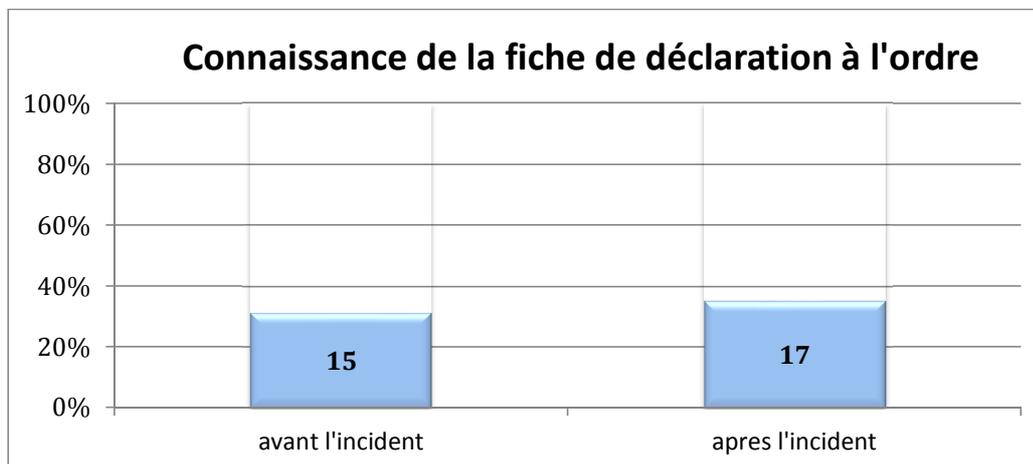


Figure 44

Neuf médecins déclarent connaître l'existence d'une assurance accident du travail et maladie professionnelle [\(annexe 7\)](#) proposée par la sécurité sociale, alors que 38 praticiens l'ignorent.



Figure 45

Parmi les médecins qui savent qu'une telle assurance leur était proposée, 12% le savent après l'incident.



Figure 46

## 5.9 Mesures prises

*(nr=0)*

65 % des médecins agressés déclarent n'avoir pris aucune mesure. Parmi les mesures prises, deux médecins installent une vidéosurveillance, deux instaurent une consultation exclusivement sur rendez-vous. Deux médecins mettaient fin à leur participation au tour de gardes. Deux médecins font l'acquisition d'une matraque. Deux confrères ferment à clés leurs locaux dès que possible. Un médecin installe le matériel informatique dans une pièce dédiée et protégée.

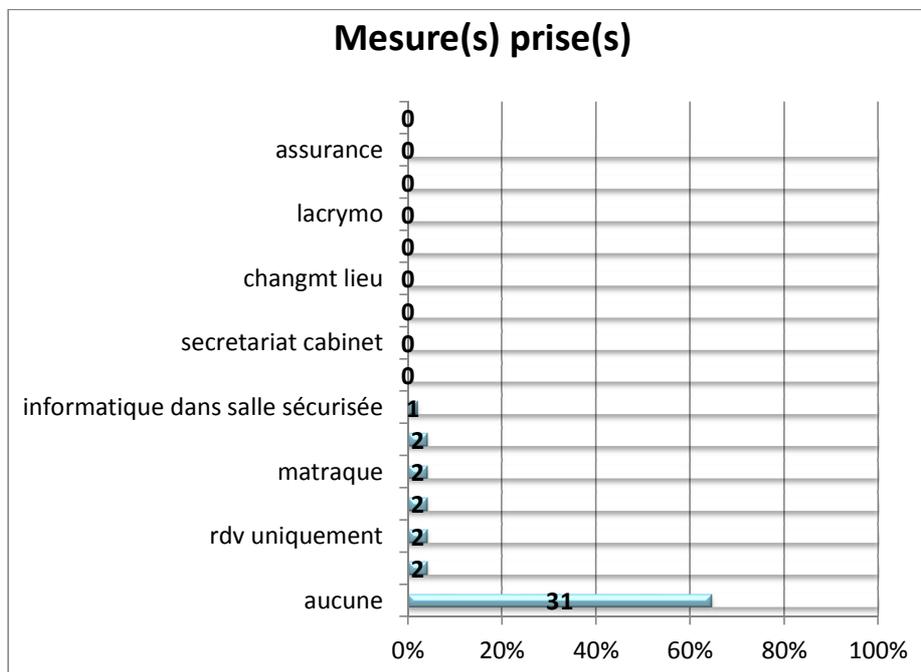


Figure 47

83% des médecins ne se sentent pas davantage en sécurité, et également 83% des praticiens n'ont pas remarqué de baisse de l'insécurité avec ces mesures.

## 5.10 Caractéristiques des agressions

2 types de faits marquants sont individualisés dans l'étude :

- 1) matérielle, auteur inconnu, avec vol et vandalisme, avec déclaration à la police : 3 cas
- 2) violence ou agression verbale, auteur de plus de 45 ans, sans conséquence, ni déclaration : 23 cas

# Discussion

## 1 Validité de l'étude et biais

### 1.1 Biais de mesure ou biais d'information

Le biais d'information est intrinsèquement lié au type même d'étude (rétrospectif). En effet, sur 3 années, la perception des événements est possiblement altérée, avec des incidents qui ont pu être oublié, et certains faits marquants ont pu être cités hors période d'étude.

Biais de non-réponse : la longueur du questionnaire (5 pages web), ainsi que le nombre important de questions et d'items a pu décourager certaines réponses.

### 1.2 Nombre de sujets étudiés

Le nombre de médecins interrogés ne dépend pas de la taille de la population, si l'échantillon est représentatif. 71 médecins ont répondu au questionnaire. En terme de représentativité, l'échantillon est comparable à la population des médecins de la Loire-Atlantique (qui comptait en 2011, d'après le Conseil Départemental, 1819 médecins généralistes) :

- la moyenne d'âge est de 49 ans (53) dans l'échantillon ainsi que dans la population médicale.
- Les femmes sont représentées à 40% dans l'échantillon, ce qui correspondait à la moyenne nationale (42) de 2010 et 2011 (43), et 42% en 2012. Elles sont 45% dans la population des médecins de Loire Atlantique (53).
- La profession se féminise à partir des couches les plus jeunes. En effet, dans l'échantillon, parmi les médecins exerçant depuis plus de 15 ans, 1/3 sont des femmes alors que les médecins exerçant depuis moins de 15 ans sont , pour moitié, de sexe féminin. Notion retrouvée également dans le rapport sur la démographie médicale des Pays de la Loire datant de 2011(53).

### 1.3 Facteurs de confusion

Répondre au questionnaire implique une certaine subjectivité des répondeurs. Ainsi, pour des situations similaires, certains praticiens ont pu les percevoir comme incidents, d'autres non. Cela s'explique par la susceptibilité propre de chaque. La perception par le praticien d'une agression est très personnelle, et le sentiment d'être victime variable d'un individu à l'autre. Les différences culturelles, sociales et individuelles peuvent influencer la perception des comportements agressifs ou hostiles. Les notions d'acceptabilité et d'inacceptabilité de situations données dépendent des valeurs sociales et des normes culturelles de chacun.

### 1.4 Biais de sélection et biais de représentativité

Biais de non réponses : les médecins agressés se sentent davantage concernés par la problématique de la violence car ils sont personnellement impliqués. Ils seraient donc plus susceptibles de répondre au questionnaire, ce qui pose la question de la représentativité de l'échantillon des répondants. Parmi les 20 médecins non agressés de l'étude, tous ont répondu entièrement au questionnaire, ce qui souligne l'intérêt porté à ce sujet par tous les médecins.

N'ayant pu récupérer de liste exhaustive de courriels valides de médecins généralistes du département, et ce malgré de multiples sollicitations de divers organismes (CHU de Nantes, URML, DMG, ADOPS, Ordre des médecins, laboratoires pharmaceutiques), nous avons procédé à un tirage au sort de médecins afin de constituer un échantillon.

Biais de sélection : le tirage au sort des médecins a été effectué à partir des pages jaunes. Le nombre relativement élevé de médecins n'exerçant plus s'explique par l'absence de mise à jour récente du fichier de médecins généralistes en activité dans le département.

## 2 Discussion

Les données recueillies ont permis d'étudier l'exposition des médecins aux actes de violence, à quelle fréquence, de caractériser cette violence (verbale, physique, matérielle, sexuelle), sa victime ainsi que son auteur, les mesures prises en conséquences ainsi que la perception qu'ont les médecins de cette violence.

## Nombre d'incidents, déclarations et sous-déclarations

En 2012, la Loire-Atlantique figure en 47<sup>e</sup> position des départements les moins sûrs (42) en rapportant le nombre d'incidents déclarés au nombre de médecins du département (taux de victimation de 0,3%), gagnant ainsi 11 places par rapport à 2011 (taux de victimation de 0,28%). Les données de 2010 n'ont pas été communiquées malgré diverses sollicitations du CNOM.

L'Ordre Départemental des Médecins de Loire Atlantique comptabilise :

- 20 déclarations d'incidents en 2010 (11<sup>e</sup> au classement national par nombre d'incidents)
- 11 déclarations en 2011 (24<sup>e</sup>)
- 12 déclarations en 2012 (25<sup>e</sup>)

totalisant ainsi 43 incidents sur les 3 années révolues, bien loin des 95 incidents marquants relatés par 48 omnipraticiens à travers le questionnaire. L'incident n'est pas déclaré à l'Ordre car il est jugé mineur plus d'une fois sur deux. La procédure est jugée inutile dans 30% des cas. La marche à suivre est méconnue dans 17% des cas, et le manque de temps incriminé dans 15% des cas. Il existe donc bien une sous-déclaration à l'Ordre des incidents vécus par les médecins.

La procédure n'est pas inutile car, même si elle n'évite pas le préjudice, la déclaration permet l'enregistrement de l'incident, important au niveau statistique, afin d'établir les tendances et de vérifier l'efficacité de mesures mises en places à différents niveaux. La marche à suivre – méconnue pour 17% des médecins agressés (et certainement davantage au sein de la population médicale) malgré diverses informations – ainsi que le manque de temps invoqué dans 15% des cas (14 médecins) appellent à la mise en place d'une déclaration d'incident simple et rapide, en ligne, et qu'il faudrait largement médiatiser. Une telle procédure n'est proposée pour l'instant qu'au format papier.

La sous déclaration se retrouve également pour les plaintes et mains courantes. Plusieurs hypothèses peuvent tenter de l'expliquer :

- Les médecins victimes ont des réticences à effectuer de tels recours
- Les situations de violence marquantes étant le plus fréquemment verbales (62%), la plainte pourrait paraître inutile voire injustifiée, malgré leurs répétitions.
- Sensation de solitude voire d'abandon face au problème de la violence

Les plaintes sont plus fréquentes concernant la violence matérielle et physique, car il est plus facile d'en apporter la preuve comparativement aux agressions et à la violence verbales pour lesquelles il n'y a eu aucune plainte dans notre étude, témoignant d'une certaine « tolérance » pour ne pas dire résignation de la profession.

## **Motifs à l'origine de l'incident**

Temps d'attente et refus de prescription constituent près de la moitié des motifs à l'origine d'un incident, témoignant d'une tendance évolutive de la relation médecin-patient dans laquelle le patient ne saurait devenir client-consommateur et le médecin simple prestataire de service. A noter une agression à caractère raciste, « provoquée » par les origines du praticien, motif qui n'est pas isolé (11,36). Ces chiffres diffèrent légèrement de ce qui est retrouvé par l'étude du CNOM sur les 3 dernières années : reproche relatif à la prise en charge, vol, refus de prescription et temps d'attente excessif composent le quatuor de tête des motifs les plus fréquents (70%).

Alors que le médecin essaie de soigner son patient, le médecin peut être perçu par son patient comme responsable de la maladie, et s'attend donc à une certaine obligation de guérison. Ce décalage peut être source de conflit à l'origine de situation de violence.

Le praticien est également considéré par le patient comme celui qui peut lever certaines difficultés alors qu'il n'en a pas toujours le droit. Le refus face à la requête du patient peut également engendrer des incidents.

## **Age du praticien**

Plusieurs auteurs relatent un plus grand risque de violence pour les jeunes praticiens (21,23,35) ou les médecins récemment installés (17,19), ce qui peut s'expliquer par un manque d'expérience du praticien à savoir désamorcer certaines situations périlleuses ou bien par un abus de certains patients profitant d'un médecin en manque de repère.

Dans notre étude, cette tendance se retrouve, puisqu'il existe un risque diminué d'agression verbale pour les médecins installés depuis plus de 15 ans. Les médecins installés depuis un moment connaissent bien leurs patients, et profitent d'une certaine expérience et d'un certain respect dont les plus jeunes praticiens ne bénéficient pas, du moins pas autant. Il n'a néanmoins pas pu être démontré de différence significative en terme de violence selon l'âge du praticien.

## **Genre et féminisation de l'exercice**

Parmi les médecins de l'étude exerçant depuis plus de 15 ans, 1/3 sont des femmes alors que les médecins exerçant depuis moins de 15 ans sont, pour moitié, de sexe féminin. Il n'y a pas de différence significative du ratio homme/femme en fonction de la durée d'installation supérieure ou non à 15 ans, mais plus une tendance à la féminisation.

Plus la population est jeune, et plus les femmes sont représentées. Cette tendance se confirme au niveau national (36,42), pour atteindre, chez les médecins de moins de 35 ans 56% de l'effectif (54). Cette tendance s'accroît actuellement pour atteindre jusqu'à 64% de femmes dans certaines facultés (55), très loin des 10% nationales de 1962. Cette évolution s'opère également au niveau international (18,55). La féminisation de la médecine soulève la question de la vulnérabilité des praticiennes. Dans notre étude, les femmes médecins ne se font pas plus agresser que leurs confrères, elles subissent même moins d'agressions verbales.

Ce n'est pas le cas de plusieurs auteurs, qui soulignent que le genre féminin est plus à risque d'agression :

- Tous types d'agressions (11,12,16,17,22,23,35,39,43)
- Pour les agressions verbales (28,29)
- Pour les agressions sexuelles (19) (21) (22)

D'autres auteurs en revanche classent les hommes dans un groupe à risques :

- pour les agressions physiques (21) (22) (29)
- pour les agressions verbales et physiques (21)

### **Secrétariat et agression de personnel**

Dans notre étude, la présence d'une secrétaire réduit le risque d'agression du médecin (tous types confondus), en tentant de désamorcer certaines situations à risque ou en prévenant le praticien de l'état d'énervement d'un patient, résultat retrouvé dans une autre thèse de 2003 dans le Bas-Rhin (33). Etant en première ligne, ceci explique qu'elles puissent être victimes elles mêmes de violences. De plus, dans notre travail, un acte de violence envers le personnel expose le praticien à plus d'agression verbale, et l'inverse est également retrouvé, puisque les médecins qui n'ont pas essuyé d'acte de violence verbale rapportent moins d'agression de personnel que leurs Confrères, le personnel jouant malgré lui un véritable rôle de sentinelle de la violence. Par ailleurs, 66% des refus de prescription causant une agression de personnel ont lieu chez des médecins installés depuis moins de 15 ans. Le jeune médecin serait-il plus stricte ou moins à l'aise avec certaines prescriptions ? Les praticiens installés depuis plus de 15 ans connaissent-ils davantage leurs patients, facilitant ainsi l'accès à certaines requêtes de leurs patients ? La réponse semble être ici multifactorielle.

Si quantitativement les chiffres d'agressions des secrétaires ne diffèrent pas (50) vraiment de ceux des médecins, qualitativement les secrétaires sont plutôt victimes d'agressions verbales (12,26,50), résultats également retrouvé dans notre travail.

Il arrive même que la secrétaire soit l'auteur de l'acte de violence contre le médecin (10,41).

## **Cabinet de groupe**

D'après les données recueillies, seul le risque d'agression verbale du médecin est diminué en cabinet de groupe. Le risque pour toutes les autres formes de violence n'est pas modifié par le type d'installation (seul ou en groupe). Ce résultat est corroboré par un autre travail (35) qui ne retrouve pas de différence en terme de violence subie selon le type d'installation, sauf pour les violences verbales. En revanche, dans notre étude, le personnel subit davantage d'agressions verbales car, du fait de l'exercice en groupe, exposé à un plus grand nombre de patient.

## **Situation du cabinet**

Dans notre étude, il y a un plus grand risque d'agression physique lorsque le cabinet se situe à l'étage dans un immeuble, configuration dans laquelle le praticien se retrouve en situation d'isolement propice à de telles agressions. Les résultats (35) d'une autre thèse étayent ce résultat, puisque le risque d'intimidation physique, d'agression verbale et de violence verbale est réduit pour les omnipraticiens exerçant en maison individuelle.

## **Accès au cabinet**

Il est retrouvé un plus grand risque d'agression verbale envers le personnel en cas d'accès libre au cabinet. Les modalités d'accès au cabinet (libre ou régulé par interphone ou visiophone) semblent plutôt à percevoir comme une conséquence, dans la mesure où les médecins se faisant moins agresser laissent plus facilement un accès libre que les autres, alors que l'accès au cabinet est régulé chez les praticiens victimes de plusieurs incidents, dont les chiffres d'actes de violence subi seraient vraisemblablement majoré sans restriction d'accès.

## **Type d'exercice**

Les réponses aux questionnaires permettent d'établir que 18% des médecins exercent en milieu rural, et 84% d'entre eux n'ont jamais vécu d'agression verbale. 28% des médecins qui n'ont jamais eu d'agression verbale exercent en milieu rural. Il y aurait-il plus de violences dans les milieux urbains? La communication est-elle mieux préservée dans les milieux ruraux? L'accès aux soins étant généralement plus difficile en campagne, il y a une volonté plus ou moins consciente des patients de ménager leur médecin afin de le conserver le plus longtemps possible, et en bonne santé, dans le secteur. C'est en tout cas le type de témoignage que j'ai pu recueillir auprès de patient lors de mes remplacements majoritairement effectués en milieu rural.

En 2012, 58% des incidents(36) sont recensés en centre-ville (contre 50% en 2010 et 55% en 2011), 26% en banlieue (contre 31% en 2010 et 28% en 2011), et 16% (contre 15% en 2010 et 14%) en milieu rural (3% de non réponse). Si la ville enregistre le plus d'incidents, elle compte aussi un plus grand nombre de médecins généralistes, expliquant une certaine « urbanisation » de la violence.

Les données statistiques ont permis de retrouver moins d'agressions verbales pour les médecins ruraux, et moins d'actes de violence commis à l'encontre du personnel en milieu rural, contrairement à leurs homologues urbains, qui présentent un plus grand risque d'agression du personnel. Selon les auteurs, l'exercice est plus périlleux en centre ville (39,42), alors que pour d'autres, il l'est plus dans l'exercice rural (12) voire dans les déserts médicaux(29).

### **Activité**

Plusieurs travaux exposent le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (>39h) comme facteur de risque d'agression (12,17,19). Cette notion est retrouvée dans notre étude pour les praticiens effectuant plus de 30 actes quotidiens : une activité soutenue surexpose le praticien au risque d'agression physique. En revanche, ils déclarent moins d'actes de violence verbale que leurs Confrères, possiblement parce que l'incident n'est pas rapporté notamment du fait d'un manque de temps en rapport avec cette grande activité.

### **Visites**

Au moins 46% des médecins de l'étude ne craignent pas la violence lors des visites, contre 41% au cabinet et seulement 17% en garde. Ce résultat peut s'expliquer ainsi : les médecins acceptent volontiers de se déplacer chez les patients qu'ils connaissent et avec qui ils se sentent en sécurité. Cette tendance est confirmée par notre étude : les médecins rendant visites à domicile sont moins victimes d'agressions verbales, de violences verbales et d'incidents (tous types confondus).

2 praticiens ont cessé de faire des visites à domicile, après avoir déclaré de très nombreux incidents. L'arrêt des visites, même s'il n'a pas été clairement mentionné ainsi, semble bien être la conséquence d'une violence trop fréquente, et potentiellement dangereuse pour le praticien dans une situation de vulnérabilité lors de visites à domicile.

Dans notre étude, le risque de violence est beaucoup plus important lorsque le patient n'est pas seul à son domicile, configuration dans laquelle surviennent 83% des incidents en visite.

Pour plusieurs auteurs, la réalisation de visites à domicile expose au risque d'incident (17) (35).

## Gardes

Lors d'une activité de garde, le médecin est amené à prendre en charge des patients inconnus pouvant être source d'inquiétude, à l'origine de ce chiffre élevé de 81% de praticiens (30 médecins) craignant un incident en garde, et ce alors même que 94% des incidents et 88% des incidents marquants surviennent au cabinet médical. Les médecins installés depuis moins de 15 ans présentent une tendance à craindre davantage la violence en garde que leurs Confrères.

Notre étude ne retrouve pas de différence en terme de violence subie selon la participation au tour de garde. Les médecins qui ne font plus de gardes craignaient moins la violence en garde (lorsqu'ils en faisaient encore) que ce qui en font encore. L'arrêt des gardes par certains médecins, notamment urbains doit faire intervenir entre autres facteurs : SOS médecin disponible en ville, services d'urgences facilement accessibles aux patients, démotivation du praticien.

## Mesures prises et méconnaissance de la fiche de déclaration d'incident

Que l'incident soit commis à l'encontre du médecin ou de sa secrétaire, il y a une absence de réaction de la part des médecins généralistes. 62,5% des médecins n'ont pris aucune mesure lors d'une agression de leur personnel secrétaire, et ils sont 65% à n'avoir pris aucune mesure en cas de fait marquant, chiffre plus élevé que les 52% des praticiens anglais(24). Seulement 4 médecins ont réalisés au moins une déclaration ordinaire sur les 95 incidents, et le fait d'avoir été victime d'un incident n'améliore pas la connaissance de la fiche de déclaration. C'est un des objectifs du protocole national de santé(56) : la sensibilisation au signalement, afin de mieux définir, comprendre et combattre cette violence.

Alors que la question « connaissez-vous la fiche de déclaration d'incident de l'Ordre des Médecins » a été posée à 2 moments différents, selon que le praticien ait été agressé ou non, le taux de non réponse à cette question de 75% souligne peut-être le manque de connaissance des praticiens vis à vis de la marche à suivre, et renvoie donc à toute l'importance de la sensibilisation au signalement qu'il est nécessaire d'effectuer auprès des médecins. Le taux de non réponse très élevé ne permet pas de conclure, mais suscite quelque interrogation : la question était-elle mal posée ? Probablement, car les praticiens victimes d'incidents marquants avaient déjà répondu à cette question ( $nr = 25$  soit 35%) et n'ont donc pas répondu une 2<sup>nd</sup>e fois.

80% des médecins n'ayant pas été victime d'incident ne connaissent pas la fiche de déclaration d'incident à l'Ordre, alors que la moyenne de l'ensemble de l'échantillon était de 23 %. 40% des médecins qui n'avaient pas subi d'agression verbale ne connaissaient pas la fiche de déclaration. Lors d'une moindre exposition, les praticiens connaissent moins les recours et la marche à suivre, et ne sont susceptible de s'y intéresser qu'une fois, directement ou non, concernés.

Parmi les mesures prises n'était pas proposée, dans le questionnaire, la limitation volontaire de l'activité du praticien afin de se protéger de la violence. Une case permettant un commentaire libre n'a que très rarement été utilisée.

D'autres travaux confirment [la carence de réponse](#) ~~manque de réactivité~~ de certains médecins face à la violence avec des mesures prises (34,35) variant selon les praticiens de 37% à 57%.

### **Mode de fonctionnement (sur rendez vous)**

Les coordonnées du patient sont fréquemment relevées au moment de la prise de rendez-vous (au moins le 1<sup>er</sup>), ce qui permet de dissuader certaines incivilités. C'est ce qui est retrouvé dans notre travail, avec un risque diminué d'intimidation physique, d'agression verbale, de violence verbale, et de violence en général (tous types de violence confondus) pour les 90% de médecins (54 praticiens) recevant uniquement sur rendez-vous. Ceci n'est pas confirmé dans un autre travail (34) plus spécifiquement centré sur la violence à l'encontre des médecins dans les zones urbaines sensibles de l'agglomération toulousaine. En revanche, les membres du personnel des médecins recevant uniquement sur rendez-vous ont un plus grand risque de subir un acte de violence (le plus souvent verbal) que les autres. En effet, dans une société où l'individu désire tout, et tout de suite, il apparaît parfois délicat de lui faire comprendre qu'il est difficile d'accéder à sa requête.

### **Caducée :**

Dans notre étude, il n'y a pas de différence significative mais une discrète tendance à la baisse des actes de vandalisme en cas de retrait du Caducée. Les médecins sont 2 fois plus nombreux (en proportion) à le retirer au cours de leurs visites, empêchant ainsi toute dégradation ciblée ou volontaire. La légère tendance baissière pourrait témoigner d'une mesure préventive efficace dans certains lieux d'exercice, pouvant faire suite à des dégradations antérieures à notre période d'étude. La formulation de la question dans le questionnaire ne permet pas de le savoir. De plus, les médecins laissant le Caducée sont moins souvent victimes d'actes de violence verbale que leurs Confrères, comme si le fait de laisser son Caducée pouvait refléter le climat de violence ambiante.

### **Lieu de l'incident**

94% des incidents et 88% des incidents marquants ont lieu au cabinet, ce qui est aisément compréhensible, car c'est au cabinet que sont effectués la grande majorité des actes.

Elhadad (35) retrouvait 83% des incidents au cabinet, mais 55% des agressions physiques

survenaient lors des visites.

Nous n'avons pas retrouvé cette tendance, puisque parmi les 20 intimidations ou agressions physiques enregistrées dans les faits marquants, 16 ont eu lieu au cabinet. C'est donc au cabinet médical qu'il y a le plus de risque d'être victime d'un incident, notamment physique, notion retrouvée également chez les généralistes britanniques (25)

## **L'auteur**

Certaines caractéristiques de l'auteur de l'incident reviennent de façon récurrente. Ainsi, par ordre de fréquence, on retrouve dans la littérature :

- une consommation de drogues/alcool (14,26-28,39,41)
- un auteur de sexe masculin (14,28,39,40)
- des antécédents de violence (7,28,40,41)
- pathologies psychiatriques (17,39,40)
- pathologies somatiques (26,40)
- anxiété (27,39)
- misère sociale (15)
- patient suivi au cabinet (14)

Ces résultats concordent avec les résultats retrouvés dans notre étude : l'auteur est de sexe masculin 3 fois sur 4, un patient 2 fois sur 3, suivi du cabinet 8 fois sur 10, récidiviste 1 fois sur 5. Des troubles du comportement de l'auteur sont retrouvés dans 13 cas (14% des faits marquants), et une consommation d'alcool ou de drogue dans 11 cas (12% des cas).

## **Type d'agression**

Les violences et agressions verbales représentent 62% du total des incidents marquants, résultat superposable aux chiffres du CNOM pour les 3 dernières années (36). Les intimidations ou agressions physiques, constituant 21% des faits marquants, sont supérieures quantitativement à ce qui est enregistré par le CNOM. Les actes de vol et de vandalisme culminant à 16% des faits marquants sont difficilement comparables avec les chiffres du CNOM, leur étude ayant séparé vol (12%) et vandalisme (23%). Une agression sexuelle est rapportée sur les 95 faits marquants.

Depuis 2010, on assiste à une explosion du nombre d'agressions ou violences verbales (42), alors que les vols, actes de vandalisme et agressions physiques restent globalement stables. Cette explosion du nombre d'agression verbale est plutôt inquiétante, car l'agression ou la violence verbale peut dégénérer en une agression physique.

Le médecin victime de violence verbale prend moins de mesures que ses Confrères victimes d'autres formes de violence. Il est plus souvent victime d'agressions verbales qui l'exposent à davantage de vol ou actes de vandalisme, l'exposant à plus d'intimidation physique, et lui faisant craindre souvent la violence en garde. Le médecin victime d'acte de violence verbale

ne prend le plus souvent pas de mesure, peut-être parce qu'il la juge anecdotique, alors qu'il est amené à subir d'autres formes de violence.

### **Accès aux soins et insécurité :**

L'impact de la violence sur la pratique médicale reste très importante, et retentit sur l'exercice et l'installation des médecins dans certaines régions, soulevant le problème d'accès aux soins dans les territoires sensibles (16,23). Et parmi les 10 premiers départements classés par taux de victimation (Vaucluse, Loire, Cher, Seine-Saint-Denis, Savoie, Cantal, Creuse, Tarn-et-Garonne, Indre, Hautes-Pyrénées), 7 départements sont sous la menace d'un départ massif (certainement multifactoriel) d'ici à 2017 et une faible présence de jeunes générations en secteur libéral (57)(57).

### **Valeurs aberrantes**

Certaines valeurs peuvent paraître aberrantes, comme le nombre élevés de 250 violences verbales subies en cabinet en 3 ans par un praticien ou les 75 agressions verbales (en cabinet) rapportées par un autre praticien. On peut s'interroger sur les valeurs élevées de ces réponses : ces valeurs sont-elles exagérées témoignant d'un agacement du médecin lassé de remplir son questionnaire? Sont-elles les témoins d'une sensibilité exacerbée de praticiens qui perçoivent certains événements comme incidents, alors que ces événements ne sont pas perçus ainsi par leurs confrères, du moins dans une moindre mesure ? Sont-elles révélatrices de praticiens en crise ou victime de surmenage ? Les questionnaires étant strictement anonyme, il n'a pas été possible de contacter ces deux praticiens afin de mieux préciser les choses, mais ces données élevées ne font que confirmer une surexposition des médecins généralistes à la violence.

### **Médecins déclarants au moins 1 fait marquant**

Par rapport à l'ensemble des 71 médecins de l'étude, les médecins déclarant au moins un fait marquant se démarquent par davantage de :

- praticiens exerçants à l'étage (+40% en proportion)
- praticiens retirant le Caducée en visite (presque deux fois plus en proportion : 65% >> 34%)
- praticiens participant au tour de gardes (presque deux fois plus en proportion 97% >> 52%)

## Et les autres spécialités ...

En première ligne dans le réseau de soins, les médecins généralistes restent les plus touchés par l'insécurité en 2010, 2011 et 2012. S'ils constituent 46% de la population médicale nationale, les médecins généralistes sont surreprésentés respectivement à 62%, 60% et 56% des médecins victimes ayant déclaré un incident (36), alors que les médecins spécialistes, qui représentent 54% de la population médicale, remarquent une hausse progressive de 38% en 2010 à 44% à 2012 du pourcentage de médecin victime. Les médecins spécialistes sont-ils davantage sensibilisés à la déclaration d'incidents ? S'agit-il d'une « spécialisation » de la violence ?

Sur la période de l'étude figurent toujours dans les cinq spécialités les plus affectées par la violence :

- L'ophtalmologie
- La gynécologie-obstétrique
- La psychiatrie
- La médecine du travail
- La dermatologie

On peut évoquer certaines explications, comme par exemple un délai de rendez-vous assez long, auquel s'ajoute le temps excessif passé en salle d'attente, pour un temps d'examen parfois jugé trop court par le patient ; ou une violence en psychiatrie inhérente même à la pathologie du patient.

## Evolution de la violence en France, en Loire-Atlantique :

### *Au niveau national*

D'après l'ONDRP, son dernier rapport (1) révèle une stabilité des vols avec violence pour l'ensemble de la population (environ 0,5% de la population) ainsi qu'une baisse des vols sans violence.

Les violences physiques (hors ménages) se maintiennent à 1,3% de la population en 2010 et 2011.

Les insultes déclinent sensiblement à 8,7% de la population contre 9,8% en 2009 et 2010

Les agressions sexuelles se stabilisent à 0,7% de la population sur les 3 dernières années.

En 2011, 11,7% des gens se sentent en insécurité dans leur quartier sentiment en hausse constante depuis 2008

Pour le CNOM, entre 2010 et 2012, le nombre de déclarations à l'Ordre est passé de 920 incidents en 2010 (année record), à 822 en 2011 et à 798 incidents en 2012, se maintenant toujours au dessus de la moyenne de 666 déclarations annuelles, due à une recrudescence de violence sur les 3 dernières années (bien qu'une baisse discrète se devine sur les 3 ans)

Les chiffres de l'ONDRP de 2011 et les données de l'observatoire pour la sécurité des médecins pour l'année 2012 sont tout à fait superposables au niveau national.

### *Au niveau départemental*

Dans son rapport 2013, l'ONDRP (58) rapporte pour 2012 en Loire-Atlantique, une augmentation des atteintes aux biens en 2012 (+6,1 à +19,1% selon les services), une augmentation des atteintes physiques (près de 20%).

Alors que les chiffres nationaux semblent s'améliorer, les données chiffrées de la Loire-Atlantique paraissent en revanche plus sombre puisque les atteintes matérielles sont en hausse (vol et vandalisme) ainsi que les atteintes physiques. Cette dégradation semble se confirmer également d'après les données de l'observatoire pour la sécurité des médecins pour l'année 2012 et précédentes.

### **Perception et crainte de la violence :**

Dans une étude de Magin datant de 2004, parmi les médecins déclarant que la violence est un énorme problème dans la pratique de la médecine générale, 89,5% avaient été victimes d'agression, et 70,2% pensaient que cette violence croissait sur les 5 dernières années (16). 83,8% des médecins souvent inquiets lors de visites à domicile en garde avaient été victime d'agression dans l'année précédente. L'analyse des résultats permet de dire que 67% des médecins non agressés ne craignent jamais la violence pendant les gardes, alors que la moyenne de l'échantillon était de 17%. 46% des médecins ne craignaient jamais la violence au cours de leurs visites, et 79% d'entre eux n'avaient jamais eu d'agression verbale. 65% de ceux qui n'avaient jamais eu d'agression verbale ne craignaient jamais la violence en visite. Ainsi, le fait d'avoir été exposé à un acte de violence favorise la crainte de celle-ci par la suite. A contrario, moins les médecins sont exposés à cette violence, et moins ils la redoutent par la suite.

Dans notre étude, aucun médecin n'a remarqué de baisse de la violence dans le cadre de son activité professionnelle sur les 5 dernières années, sentiment retrouvé également au Royaume-Uni (25) bien qu'une très légère décroissance de la violence était retrouvée pour 0,8% des médecins en 2008 (24). Alors que 49% des médecins (soit 23 praticiens) rapportent une stabilisation de la violence dans leurs pratiques sur les 5 dernières années, 36% des médecins (17 praticiens) considèrent que la violence s'est majorée sur les 5 dernières années. Les chiffres britanniques ne sont pas exactement similaires, puisque la violence avait augmenté pour 17,3% des omnipraticiens, et était restée stable pour 73,2% des généralistes.

Aucun médecin de l'étude ne rapporte d'importante difficulté en rapport avec la violence. Ce qui ne semble pas être le cas de nos confrères anglais, puisqu'ils étaient 7,9% à considérer la violence comme un très sérieux problème en 2003, et 6,3% en 2008 (24)

Les médecins consultant uniquement sur rendez-vous présentent un risque diminué pour presque toutes les formes de violence, ce qui tend à expliquer que près d'1 médecin sur 2 ne craint jamais la violence au cabinet (moyenne des médecins : 40%)

# Conclusions

Notre étude avait pour objectif de préciser les caractéristiques des atteintes subies par les omnipraticiens, recueillir leurs ressentis vis à vis de cette violence, et constater d'éventuelles modifications d'exercice afin de prévenir cette violence.

Notre travail rétrospectif a recueilli 71 questionnaires pour un taux de réponse de 18,6%, ce qui représente 2,4% de l'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique, dont l'échantillon est représentatif de la population médicale du département.

La violence, qu'elle soit verbale, physique ou matérielle, concerne presque 3 médecins sur 4, parmi lesquels certains sont plus ou moins exposés que les autres. Ainsi, il est retrouvé moins d'agressions verbales pour différents sous-groupes : chez les praticiens de sexe féminin, installés depuis plus de 15 ans, réalisant des visites à domicile ou exerçant en groupe. Moins d'incidents (tous types de violence confondus) sont également enregistrés chez les praticiens employant une secrétaire, recevant sur rendez-vous. En revanche, les médecins réalisant plus de 30 actes quotidiens présentent un risque majoré d'agression physique, et les médecins victimes de violence ou d'agressions verbales régulent l'accès au cabinet

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les médecins agressés (tous type d'incidents confondus) et non agressés en ce qui concerne l'âge moyen du praticien, le type d'exercice, et la participation aux gardes ainsi que le retrait ou non du caducée.

Près de 2 médecins sur 3 ne prennent aucune mesure à la suite d'incidents. Le dépôt de plainte, bien que rarement réalisé, est réservé aux atteintes matérielles et visant l'intégrité physique.

L'exposition à la violence sensibilise les praticiens qui la craignent par la suite davantage. Les conditions d'exercice de la médecine générale ne se sont pas améliorées, du moins la perception qu'ont les praticiens de leur pratique, puisqu'aucun médecin n'a constaté de baisse de la violence sur les 5 dernières années.

La diffusion de ce questionnaire à l'ensemble des praticiens du département voire de la région, sous tutelle des instances dirigeantes, permettrait de mieux évaluer les difficultés des praticiens liées à la violence afin de mieux la comprendre, la combattre, et favoriser l'installation, ou éviter le départ, de praticiens des zones sous-dotées malheureusement trop nombreuses.

## Bibliographie

1. BAUER A, SOULLEZ C. Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Paris: Institut National des Hautes Études de la Sécurité et de la Justice; 1–60.
2. Un médecin séquestré et brutalisé dans son cabinet. Ouest France. Le Mans; 2012 Dec 20.
3. Un médecin généraliste agressé à son cabinet pour avoir refusé d'écrire non substituable [Internet]. MG France. 2012 [consulté le 11 déc. 2012]. 1–1. Disponible à l'adresse: <http://www.mgfrance.org/content/view/1858/2493/>
4. CNOM. L'insécurité des médecins : une entrave à l'exercice professionnel. Douzième Jeudi de l'Ordre. 2001. 1–20.
5. CNOM. Fiche De Déclaration Pour Le Recensement National Des Incidents. 14 Oct. 2002 ;1–1. Disponible à l'adresse: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>
6. CCSS. Avis sur la violence au travail. 2001 Nov 29;1–16.
7. di Martino V. Organisation Internationale Du Travail, Conseil International Des Infirmières, Organisation Mondiale De La Santé, Internationale Des Services Publics : Directives Générales Sur La Violence Au Travail Dans Le Secteur De La Santé . Disponible à l'adresse: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_160909.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160909.pdf) , consulté le 13 avril 2012
8. BIT. Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène. 2003 Oct 10;1–27.
9. Needham I, McKenna M, Kingma M. Violence in the Health Sector. From Awareness to Sustainable Action. 2010 Oct 29. Disponible à l'adresse: [http://www.wma.net/fr/20activities/40healthsystems/60violence/Proceedings\\_Violence\\_Health\\_Sector\\_2010.pdf](http://www.wma.net/fr/20activities/40healthsystems/60violence/Proceedings_Violence_Health_Sector_2010.pdf)
10. Miedema B, Tatemichi S, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Lemire F, Manca DP, et al. Effect of colleague and coworker abuse on family physicians in Canada. Can Fam Physician. 2011 Dec;57(12):1424–31.
11. Hobbs FD. Fear of aggression at work among general practitioners who have suffered a previous episode of aggression. Br J Gen Pract. 1994 Sep;44(386):390–4.
12. Magin P, May J, McElduff P, Goode SM, Adams J, Cotter GL. Occupational violence in general practice: a whole-of-practice problem. Results of a cross-sectional study. Aust

Health Rev. 2011 Feb;35(1):75–80.

13. Tolhurst H, Talbot J, Baker L, Bell P, Murray G, Sutton A, et al. Rural general practitioner apprehension about work related violence in australia. *Aust J Rural Health*. 2003 Oct;11(5):237–41.
14. Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. Rural general practitioner experience of work-related violence in australia. *Aust J Rural Health*. 2003 Oct;11(5):231–6.
15. Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. Violence in general practice: perceptions of cause and implications for safety. *Can Fam Physician*. 2008 Sep;54(9):1278–84.
16. Magin P, 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*. 2008 Apr;14(2):336–42.
17. Magin P, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. *Med. J. Aust*. 2005 Oct 3;183(7):352–6.
18. Raymont A, Lay-Yee R, Pearson J, Davis P. New Zealand general practitioners' characteristics and workload: The National Primary Medical Care Survey. *N Z Med J*. . 2005. pp. 1–5.
19. Koritsas S, Coles J, Boyle M, Stanley J. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2007 Dec;57(545):967–70.
20. Wilkinson TJ, Gill DJ, Fitzjohn J, Palmer CL, Mulder RT. The impact on students of adverse experiences during medical school. *Med Teach*. 2006 Jan;28(2):129–35.
21. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: one-year prevalence. *N. Z. Med. J.* [Internet]. 2006;119(1237):U2050. Disponible à l'adresse: <http://journal.nzma.org.nz/journal/119-1237/2050/>
22. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: A minor, major, or severe problem? *Can Fam Physician*. 2010 Mar 29;56:101–8.
23. Miedema B, Easley J, Fortin P, Hamilton R, Tatemichi S. Disrespect, harassment, and abuse: all in a day's work for family physicians. *Can Fam Physician*. 2009 Mar;55(3):279–85.
24. Health Policy and Economic Research Unit BMA. Violence in the workplace The experience of doctors in Great Britain. <http://www.bma.org.uk/> [Internet]. 2008 Jan 15;:1–26. Disponible à l'adresse: <http://www.bma.org.uk/>

25. Health Policy and Economic Research Unit BMA. Violence at work: the experience of UK doctors. <http://www.bma.org.uk/>. 2003 May 15;:1–26.
26. Elston MA, Gabe J, Denney D, Lee R, O'Beirne M. Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. *Sociology of Health & Illness*. 2002 Oct 15;24:575–98.
27. Hobbs R. Violence in general practice : a survey of general practitioners' views. *BMJ*. 1991 Feb 9;302(6772):329–32.
28. Wright NM, Dixon CA, Tompkins CN. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *Br J Gen Pract*. 2003 Jul;53(492):557–62.
29. Ness GJ, House A, Ness AR. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *BMJ*. 2000 May 27;320(7247):1447–8.
30. Moreau S, Guyot S, Langevin V, Van de Weert C. Institut National de Recherche et de Sécurité. Quand travailler expose à un risque d'agression : Des incivilités aux violences physiques. 2010 Oct 26;:1–80.
31. Paoli P, Merllié D. Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000. 2001 Oct 23;:1–92.
32. European Agency for Safety and Health at Work T. Workplace Violence and Harassment: a European Picture. 2009 Oct 23;:1–160.
33. Heymann R. L'Insécurité en médecine Générale: enquête rétrospective auprès de 525 médecins du Bas-Rhin concernant leur exercice professionnel du 1er Janvier 2001 au 31 Décembre 2003 inclus. Université Louis Pasteur Faculté de Médecine de Strasbourg; 2004. 1–94.
34. Echeberz-Riollet T. médecine et insécurité : étude de l'insécurité et de l'exercice de la médecine générale dans les zones urbaines sensibles de l'agglomération toulousaine. Université Toulouse III - Paul Sabatier- Faculté de Médecine de Purpan; 2007. 1–110.
35. Elhadad-Michel M. L'insécurité en médecine générale en Rhone-Alpes : étude rétrospective auprès des médecins généralistes de la région. Université Claude Bernard Lyon I Faculté de Médecine Lyon Nord; 2009. 1–272.
36. CNOM. Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents 2012. 2013 Apr 18;:1–45.
37. CNOM. Etat de la déclinaison territoriale du Protocole National SSJO au 18 avril 2013 [Internet]. [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr). 2013 [Consulté le 29 avril 2013]. 1–2. Disponible à l'adresse: [http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Declinaison\\_nationale\\_janvier\\_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Declinaison_nationale_janvier_2013.pdf)
38. Friedman RA. Violence and Mental Illness — How Strong is the Link? *N Engl J Med*. 2006 Nov 16;355(20):2064–6.

39. Magin P, Adams J, Joy E. Occupational violence in general practice. *Aust Fam Physician*. 2007 Nov;36(11):955–7.
40. di Martino O, ITCIDIOM de LSIDSP V. Workplace violence in the health sector: relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector [Internet]. [www.who.int](http://www.who.int). 2003 [Consulté le 20 mai 2012]. 1–38. Disponible à l'adresse: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf)
41. Agence Européenne Pour La Sécurité Et La Santé Au Travail : La violence au travail. :1–2. Disponible à l'adresse: <http://agency.osha.eu.int>
42. CNOM. Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents 2011. Consulté le 10 mai 2012 Disponible à l'adresse: [http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/observatoire\\_securite\\_medecins\\_2011.pdf?download=1](http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/observatoire_securite_medecins_2011.pdf?download=1). 2012 May 16;:1–46.
43. CNOM. Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents 2010. 2011 Mar 18;:1–43.
44. D'Urso P, Hobbs R. Aggression and the general practitioner. *BMJ*. 1989 Jan 14;298(6666):97–8.
45. CNOM. Les 10 ans de l'Observatoire de la sécurité des médecins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-10-ans-de-l-observatoire-de-la-securite-des-medecins-1314>. 2013 [Consulté le 25 avril 2013]. 1–2. Disponible à l'adresse: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-10-ans-de-l-observatoire-de-la-securite-des-medecins-1314>
46. 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. *Fam Pract*. 2006 Jun;23(3):273–8.
47. RACGP. GP and practice team safety. <http://www.racgp.org.au/gpandpracticeteamsafety/safety>. 2012 May 16;:1–8.
48. CNOM. Le Guide Pratique Pour La Sécurité Des Professionnels De Santé. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>. 2012 May 16;:1–14.
49. Chambers F, Kelly M. Violence at Work: The Experience of General Practice Receptionists. *Ir Med J*. 2006 Jun 1;99(6):169–71.
50. Magin P, Joyce T, Adams J, Goode S, Cotter G. Receptionists' experiences of occupational violence in general practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2009 Aug

1;59(565):578–83.

51. Bayman PA, Hussain T. Receptionists' perceptions of violence in general practice. *Occupational Medicine*. 2007 Jun 4;57(7):492–8.
52. The R Project for Statistical Computing [Internet]. [www.r-project.org](http://www.r-project.org). 2013. 1–1. Disponible à l'adresse: <http://www.r-project.org>
53. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Pays de la Loire 2011. *CNOM*; 2011 [Consulté le 11 avril 2013]. 1–52. Disponible à l'adresse: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128>
54. Rhône-Alpes U. Trois études sur la féminisation de la profession médicale. Consulté le 4 janvier 2013. Disponible à l'adresse [http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm\\_etude/pj/ETUDES\\_FEMINISATION.pdf](http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/ETUDES_FEMINISATION.pdf); 2005 May. 1–44.
55. KAHN-BENSAUDE I. LA FEMINISATION : UNE CHANCE A SAISIR [Internet]. [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr). 2005 [Consulté le 3 février 2013]. 1–38. Disponible à l'adresse: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>
56. Travail Justice et Intérieur du M. Protocole national pour la sécurité des professions de santé. Consulté le 11 décembre 2012. Disponible à l'adresse : [www.csmf.org](http://www.csmf.org). 2011.. 1–11.
57. Legmann M, Romestaing P. La démographie médicale en France. Consulté le 11 mars 2013. Disponible à l'adresse : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr). 2012. 1–36.
58. ONDRP. Crimes et délits constatés par la Police et la Gendarmerie Nationales dans le département de Loire-Atlantique en 2012. 2013 May 11;1–36.

## Table des annexes

<a href="#">annexe 1</a> .....	114
<a href="#">annexe 2</a> .....	115
<a href="#">annexe 3</a> .....	116
<a href="#">annexe 4</a> .....	117
<a href="#">annexe 5</a> .....	118
<a href="#">annexe 6</a> .....	120
<a href="#">annexe 7</a> .....	132
<a href="#">annexe 1</a> .....	94
<a href="#">annexe 2</a> .....	96
<a href="#">annexe 3</a> .....	97
<a href="#">annexe 4</a> .....	98
<a href="#">annexe 5</a> .....	99
<a href="#">annexe 6</a> .....	109



Ministère  
en charge de la santé

---

## Échelle de gravité des évènements de violence en milieu de santé

9 juin 2009

Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal. Ils sont différenciés selon les atteintes aux personnes ou les atteintes aux biens puis déclinés par niveaux de gravité.

### A. Atteintes aux personnes

**Niveau 1 :** Injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), Chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures

**Niveau 2 :** Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)

**Niveau 3 :** Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle

**Niveau 4 :** Violences avec arme par nature ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoir, tout autre objet dangereux), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, ...)

### B. Atteintes aux biens

**Niveau 1 :** Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis

---

**Niveau 2 :** Vols avec effraction

**Niveau 3 :** Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale,...), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil,...)

annexe 1

## 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.

	Violence en général	Violence verbale	Violence physique	Vandalisme Vol	Agression sexuelle	Sentiment d'insécurité	Auteur
<b>Omnipraticiens</b>	-75% victimes pendant leur carrière (15) 64% victimes sur l'année (16) -57% sur(19) l'année 66% des internes (20) -98% un incident mineur, 75% un incident majeur (22) -78% sur les 2 dernières années (26) -41% victimes d'actes violents (35)					-+ fort si antécédent d'agression (16)  -(35)	-Internes victimes d'actes commis par Infirmières ou médecins seniors (20)  -Médecins (10)  -Patient 1 fois sur 2 (25)
<b>Age du praticien</b>	jeune(16) (35)						
<b>Sexe du praticien</b>	-Femme (16,17,35)	-Femme (29)  -Homme (21)	-75% des actes violents commis sur les femmes (16)  -Hommes (21) (29)	-Homme (22)	-75% des actes violents commis sur les femmes (16)  -Harcèlement (16,19) (22)	-Femme (11,13,16,18, 29)	
<b>Origine ethnique</b>	-Caucasien (22)						
<b>Date d'installation / Expérience</b>	-Peu d'expérience (16,21)	-Installation récente (17,19)	-Installation récente (17,19)				
<b>Seul / En groupe</b>	-Pas de différence(35)						
<b>Type de cabinet</b>		- moins en maison individuelle (35)					
<b>Type d'exercice</b>	Rural : 73% victime pendant leur carrière (13)  Urbain(22,26,28) (35)  Pas de différence (19)	Zone urbaine sensible (34)	Rural : 20% victime pendant leur carrière (13) Exercice rural (21)	Zone urbaine sensible (34)			Homme, suivi au cabinet (13)
<b>Activité</b>	Elevée (17)	Elevée (19)	Elevée (19)				
<b>Sur Rendez-vous/ sans rendez-vous</b>							
<b>Visite</b>	(17,22)					(13,16) (11)	
<b>Gardes</b>						(16)	
<b>Mesures prises</b>	Aucune dans 33% des cas (25)					+ chez les femmes (13)	

annexe 3

TABLE 1 *GP Strategies for dealing with violence in clinical practice*

**Primary Strategies**

1. Restriction of Practice
  - Population Level Measures
    - Geographic
    - Temporal
    - Demographic
  - Individual Level measures
    - Vetting
    - Blacklisting
2. Discouraging Violence
  - Avoiding Practitioner Isolation
  - Companions & Destination Documentation
  - Health Professional Support
  - Police Support

**Secondary Strategies**

1. Personal Measures
  - Prompt Consultation with Agitated Patients
  - Interpersonal & Negotiation Skills
  - Accessing to Patient Demands
  - Physical Retreat
2. Environmental Measures
  - Physical Boundaries
  - Escape Routes

**Tertiary Strategies**

1. Idiosyncratic Measures
  - Self-defence Measures
  - Alarm Systems
  - “Unorthodox” Measures

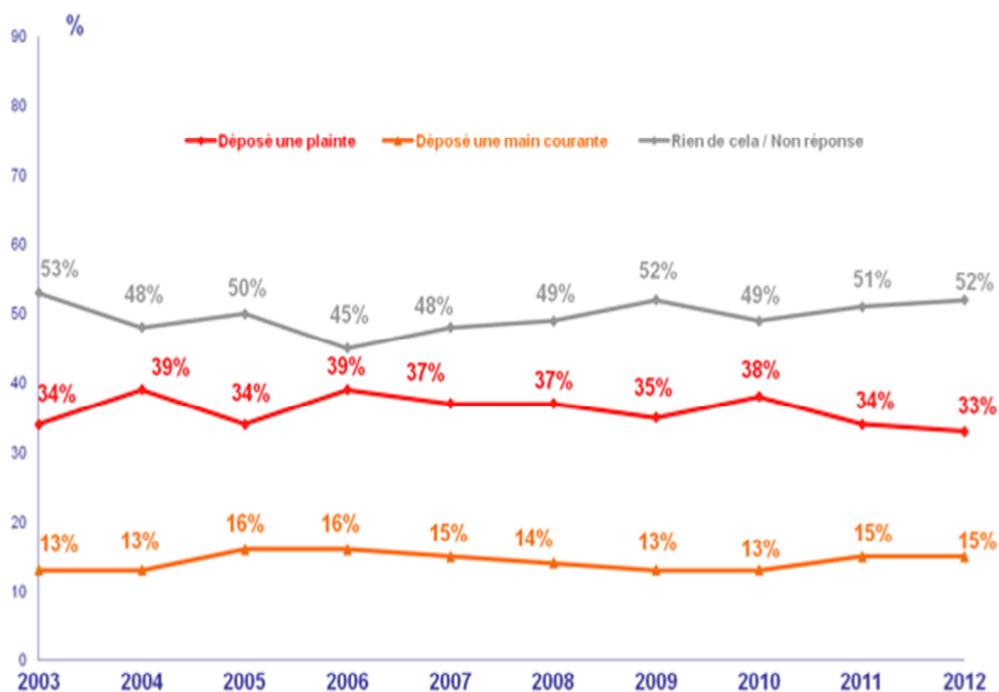


d'après P. Magin(46)

[annexe 4](#)

## Suites données à l'incident (en %)

Question : A la suite de cet incident, avez-vous ?



Conseil National de l'Ordre des Médecins : Observatoire pour la sécurité des médecins - 2012

[annexe 5](#)

[annexe 4](#)



## L'insécurité subie par les médecins généralistes en Loire-Atlantique

Chère Madame, cher Monsieur, et futur confrère,

Médecin généraliste non thésé, j'organise un travail sur « l'insécurité subie par les médecins généralistes en Loire-Atlantique », sous la direction du Dr P. DRENO, du département de médecine générale de Nantes.

L'étude consiste en une étude rétrospective par questionnaire relative aux **phénomènes de violence dont vous avez pu être victime dans le cadre de votre activité professionnelle** entre 2010 et 2012.

Il repose sur un recueil de données strictement **confidentielles et anonymes** grâce à ce questionnaire à remplir en ligne.

**Que vous ayez été ou non victime de ce genre d'incident, toutes les réponses sont indispensables** afin de mener une étude statistique de qualité. C'est pourquoi votre participation est absolument primordiale.

Les conclusions de l'étude feront l'objet d'une thèse, et seront transmises à l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique.

Je vous remercie de votre participation.

Cordialement,

Edmond BLERIOT

([edmondbleriot@gmail.com](mailto:edmondbleriot@gmail.com))

Suivant >>

Charger un questionnaire non terminé

Sortir et effacer le questionnaire

[annexe 6](#)

annexe 5

0%  100%

## Votre expérience professionnelle de l'insécurité :

Dans le cadre de votre activité de médecin, au cours des 3 dernières années - 2010, 2011 et 2012 - à quelle(s) situation(s) d'insécurité avez-vous été confrontés :

	Oui	Non	Sans réponse
Violence verbale (cri, impolitesse, injure)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Agression physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Vandalisme, dégradation matérielle ou véhicule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Agression sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Intimidation physique (geste menaçant SANS passage à l'acte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Agression verbale (intimidation, menace, harcèlement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Autre (précisez ci dessous)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Dans la suite de cette enquête, nous allons détailler au maximum 3 des situations d'insécurité que vous avez pu vivre. Veuillez détailler les 3 plus marquantes que vous avez rencontré.

Si vous n'avez pas vécu de situation d'insécurité, vous pouvez passer les 4 prochaines page sans y répondre, et reprendre le questionnaire à la partie "Perception de la violence"

Suivant >>

Reprendre plus tard

Sortir et effacer le questionnaire

### Type d'insécurité (premiere situation)

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- Violence ou agression verbale
- Intimidation ou agression physique
- Vandalisme, Vol
- Agression sexuelle
- Sans réponse

### Motif (Premiere situation)

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- refus de prescription (traitement, arrêt de travail, ...)
- temps d'attente
- refus de visite
- refus de divulguer des informations (secret médical)
- patient en état d'ébriété
- comportement raciste envers vous
- troubles du comportement
- état de manque (toxicomane, ...)
- autre : précisez
- Sans réponse

### Circonstances (Premiere situation)

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- En semaine
- En garde
- En week-end
- Sans réponse

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- Le matin
- L'après-midi
- Après 18h
- Sans réponse

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- Début de consultation
- Fin de consultation
- Hors consultation
- Sans réponse

**Etes-vous présent(e) au cabinet au moment du premier incident?**

- Oui
- Non
- Sans réponse

**Etes-vous seul(e) en visite au moment du premier incident ?**

- Oui
- Non
- Sans réponse

**Caractéristiques de l'auteur du premier incident :**

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- Homme
- Femme
- Sans réponse

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- < 25 ans
- 25-45 ans
- >45 ans
- Sans réponse

#### Il s'agissait d'un...

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- Patient
- Accompagnant
- Collègue de travail
- Ne sait pas
- Autre :
- Sans réponse

#### Récidiviste envers vous ?

- Oui
- Non
- Sans réponse

#### Conséquences de la première l'agression :

*Cochez la ou les réponses*

- aucune conséquence
- ITT
- Hospitalisation
- Préjudice physique (cicatrice, ...)
- Arrêt de travail
- Suivi psychologique
- soutien médicamenteux
- Autre :

**Vous avez déclaré la première agression à :**

*Cochez la ou les réponses*

- La police, dépôt de plainte
- La police, main courante
- L'Ordre des médecins
- L'assureur
- Un confrère
- aucune déclaration
- Autre :

**Vous n'avez pas fait de déclaration à la police car :**

*Cochez la ou les réponses*

- Vous avez jugé l'incident mineur
- Peur des représailles
- Manque de temps
- Vous jugez la déclaration inutile
- Méconnaissance de la procédure
- Autre :

**Vous n'avez pas fait de déclaration à l'ordre des médecins car :**

*Cochez la ou les réponses*

- Vous avez jugé l'incident mineur
- Peur des représailles
- Manque de temps
- Vous jugez la déclaration inutile
- Méconnaissance de la procédure
- Autre :

## Les mesures

### Mesures que vous avez prises :

Cochez la ou les réponses

- aucune
- Changement du lieu d'installation
- Bouton de téléalarme (sous le bureau, portable, ...)
- Consultations sur RDV uniquement
- Mise en place d'interphone/visiophone
- Arrêt des gardes
- Possession d'une bombe lacrymogène
- Souscription d'une assurance accident du travail et maladie professionnelle
- Caméra/télésurveillance
- Secrétariat au cabinet
- Arrêt des visites
- Association avec autres professionnels de santé
- Autre :

### Vous sentez-vous plus en sécurité avec les mesures que vous avez prises ?

- Oui  Non  Sans réponse

### Avez-vous constaté une baisse des situations d'insécurité avec les mesures que vous avez prises

- Oui  Non  Sans réponse

### Connaissez-vous la fiche de déclaration d'incident de l'Ordre ?

	Oui	Non	Sans réponse
Avant l'incident :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Après l'incident :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

## Perception de la violence

La violence provoque t-elle des difficultés dans votre pratique de médecine générale ?

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- d'importantes difficultés
- quelques difficultés
- pas vraiment de difficultés
- aucune difficulté
- Sans réponse

Sur les 5 dernières années, concernant la médecine générale, avez vous observé que la violence a :

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- augmenté
- stagné
- diminué
- vous êtes installé depuis moins de 5 ans
- Sans réponse

A quelle fréquence craignez-vous la violence au travail :

	En permanence	souvent	parfois	jamais	Sans réponse
Au cabinet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
En visite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
En garde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Connaissez-vous la fiche de déclaration d'incident de l'Ordre des médecins ?

- Oui
- Non
- Sans réponse

## A propos de vous - signalétique

vous êtes de sexe :

- Féminin  Masculin  Sans réponse

Vous êtes âgé(e) de : (en années)

vous êtes :

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- non installé(e) (remplacant(e),...)  
 installé(e) ( précisez l'année d'installation dans le champ de commentaire svp)  
 Sans réponse

Veillez saisir votre commentaire ici:

A propos de Votre Cabinet :

	Oui	Non	Sans réponse
Il s'agit d'un cabinet de groupe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Une secrétaire accueille les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Votre cabinet se situe :

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- en maison individuelle  
 en immeuble au rez-de-chaussée  
 en immeuble à l'étage  
 Sans réponse

### l'entrée des patients se fait

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- librement
- par interphone
- visiophone
- Sans réponse

### Vous exercez en milieu :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- rural
- semi-urbain
- urbain centre ville
- urbain résidentiel
- urbain zone sensible
- Sans réponse

### En moyenne, vous réalisez quotidiennement :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- < 20 actes
- 20 à 25 actes
- 26 à 30 actes
- >30 actes
- Sans réponse

	Oui	Non	Sans réponse
Consultations sur Rdv uniquement (sauf urgences)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Effectuez vous des gardes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Effectuez vous des visites à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
En visite, retirez vous le caducée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Un membre du personnel exerçant au sein du cabinet s'est-il fait agressé au moins 1 fois au cabinet dans lequel vous exercez?

Oui  Non  Sans réponse

Si oui combien de fois au cours des 3 dernières années?

*Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

1 fois  
 2 fois  
 3 fois et plus  
 Sans réponse

type d'agression

*Cochez la ou les réponses*

Verbale  
 Physique  
 Sexuelle

motif :

*Cochez la ou les réponses*

refus de prescription (traitement, arrêt de travail, ...)  
 temps d'attente  
 refus de visite  
 refus de divulguer des informations (secret médical)  
 patient en état d'ébriété  
 comportement raciste envers vous  
 troubles du comportement  
 état de manque (toxicomane, ... )  
 Autre :

Vos commentaires :

Si vous Souhaitez recevoir une copie des résultats de l'enquete veuillez saisir ici votre adresse email:

Envoyer

## APPLICATION DES DISPOSITIONS DU LIVRE VII DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE RELATIF A L'ASSURANCE VOLONTAIRE

**Art. R 743-1** - Les personnes non mentionnées aux articles L 411-1, L 411-2, L 412-2, L 412-8 et L 413-12 du Code S.S. qui désirent bénéficier de l'assurance volontaire prévue à l'article L 743-1 adressent à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans la circonscription de laquelle elles ont leur résidence habituelle une demande conforme à un modèle fixé par arrêté ministériel (art. D 482-1 du Code de la Sécurité Sociale), accompagnée d'un extrait d'acte de naissance sur papier libre.

**Art. R 743-2** - Le requérant fait connaître à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans sa déclaration, le salaire annuel devant servir de base au calcul des cotisations et, sous réserve des dispositions de l'art. R 743-3 ci-après, au calcul des prestations.

Ce salaire ne peut être inférieur au salaire minimum prévu au premier alinéa de l'art. L 434-16 du Code S.S., ni supérieur au plafond annuel moyen des cotisations de sécurité sociale (visé à l'art. L 241-3 du Code S.S.)

Dans le cas où le requérant bénéficie également pour les risques invalidité et vieillesse de l'assurance volontaire au titre de l'art. L 742-1 du Code S.S., le salaire annuel de base des cotisations et des indemnités est celui de la catégorie dans laquelle l'intéressé se trouve classé, sans pouvoir, toutefois, être inférieur au minimum prévu à l'alinéa précédent.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie vérifie si la situation du requérant entre dans les catégories mentionnées à l'art. R 743-1 et lui notifie sa décision dans un délai d'un mois à compter de la date de la réception de la demande.

**Art. R 743-3** - L'assurance volontaire ouvre droit aux prestations prévues par la législation relative aux accidents du travail à l'exception de l'indemnité journalière visée à l'art. L 433-1 du Code de la Sécurité Sociale.

**Art. R 743-9** - Les droits de l'assuré volontaire prennent effet du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la décision de la Caisse Primaire jusqu'au dernier jour du trimestre civil en cours, sous réserve de l'acquiescement des cotisations. En dehors du premier versement, les cotisations trimestrielles sont payables d'avance dans les quinze premiers jours du mois précédant le trimestre civil d'assurance.

**Art. R 743-10** - Lorsque les cotisations n'ont pas été intégralement acquittées à la fin du mois précédant le trimestre civil d'assurance, les accidents intervenus pendant ce trimestre n'ouvrent pas droit aux prestations de l'assurance volontaire.

Tout changement de résidence de l'assuré volontaire, ayant pour conséquence un changement de Caisse d'affiliation, doit être signalé dans un délai d'un mois à la Caisse Primaire de son ancienne résidence.

### PRESTATIONS EN NATURE

L'assuré volontaire bénéficie pour lui-même, au titre du Livre IV du Code de la Sécurité Sociale, des prestations suivantes :

- frais de médecine générale et spéciale,
- frais d'hospitalisation et de chirurgie,
- frais pharmaceutiques et d'accessoires,
- frais d'appareillage,
- frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle,
- reclassement,
- frais funéraires.

### PRESTATIONS EN ESPECES

L'assuré volontaire bénéficie, lorsqu'il est atteint d'une incapacité permanente partielle :

- inférieure à 10 % : d'une indemnité en capital,
- égale ou supérieure à 10 % : d'une rente.

En cas de décès de la victime, une rente de survivant peut être servie aux ayants droit.

### FORMALITES A ACCOMPLIR

Vous êtes ressortissant étranger

- ressortissant de l'espace économique européen,
- ressortissant des pays hors de l'espace économique européen,

Vous devez contacter la caisse primaire de votre lieu de résidence afin de connaître les pièces à fournir conformément à la législation en vigueur.

S 6101 c

annexe 6

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	11010	C.R.A.M.
RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION	C.P.A.M. PREST.	CENTRE PAIE	

**— DÉCLARANT**  
(1)  Monsieur  Madame  Mademoiselle

NOM .....  
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (POUR LES FEMMES, INDIQUER SUR CETTE LIGNE LE NOM DE JEUNE FILLE)

PRÉNOMS .....  
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE .....  
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE ..... (1)  Masculin  Féminin Nationalité Française  EEE  Autre  RÉSERVÉ C.P.A.M.

DATE DE NAISSANCE .....  
JOUR MOIS AN LIEU DE NAISSANCE (POUR PARIS ET D'ON INDIQUER L'ARRONDISSEMENT) N° DÉPART N° COMMUNE

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE (voir notice "formalités")**

demandeur né hors de France métropolitaine  
pays de naissance ..... commune .....

nom de naissance du père ..... premier prénom .....

nom de naissance de la mère ..... premier prénom .....

demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)  
préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité .....

demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)  
 certificat de résidence\*  carte de séjour\*  récépissé de demande de renouvellement\*  autres, andorran, monégasque\*  
\* indiquer pour ces documents, le numéro : ..... et la date de fin de validité .....

ADRESSE PRÉCISE  
N° ..... VOIE .....  
(NATURE ET NOM DE LA VOIE)

.....  
(COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEUDIT, LOTISSEMENT, CITE, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE)

COMMUNE .....  
(CODE POSTAL) (BUREAU DISTRIBUTEUR A INDIQUER S'IL EST DIFFÉRENT DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE)

Le déclarant a-t-il déjà été immatriculé aux Assurances Sociales ? (1)  OUI  NON

Si OUI, sous quel numéro d'identification [ ] [ ]

Profession .....

N° d'inscription au registre (1)  du commerce .....  des métiers .....

**CONDITIONS DANS LESQUELLES LE TRAVAIL EST EXERCÉ**  
(Le déclarant mentionnera les circonstances de nature à renseigner exactement la Caisse sur son activité professionnelle : travail à domicile, à façon pour une clientèle privée, emploi de moteurs mécaniques, utilisation ou non pour l'exercice de la profession d'un moyen de locomotion : quel ? collaborateurs, salariés ou non, etc.).

.....

.....

.....

Salaire annuel devant servir de base au calcul de la cotisation et éventuellement des rentes : [ ] €  
Ce salaire ne peut être inférieur, ni supérieur à un montant fixé légalement (voir notice - art. R 743-2)

Certifié exact à .....  
le .....  
Signature,

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI,  OUI  NON  
La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale  
Réf. S 6101 c

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	11010	C.R.A.M.
RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION	C.P.A.M. PREST.	CENTRE PAIE	

**— DÉCLARANT**  
(1)  Monsieur  Madame  Mademoiselle

NOM .....  
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (POUR LES FEMMES, INDIQUER SUR CETTE LIGNE LE NOM DE JEUNE FILLE)

PRÉNOMS .....  
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE .....  
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE ..... (1)  Masculin  Féminin Nationalité Française  EEE  Autre  RÉSERVÉ C.P.A.M.

DATE DE NAISSANCE .....  
JOUR MOIS AN LIEU DE NAISSANCE (POUR PARIS ET D'ON INDIQUER L'ARRONDISSEMENT) N° DÉPART N° COMMUNE

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE (voir notice "formalités")**

demandeur né hors de France métropolitaine  
pays de naissance ..... commune .....

nom de naissance du père ..... premier prénom .....

nom de naissance de la mère ..... premier prénom .....

demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)  
préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité .....

demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)  
 certificat de résidence\*  carte de séjour\*  récépissé de demande de renouvellement\*  autres, andorran, monégasque\*  
\* indiquer pour ces documents, le numéro : ..... et la date de fin de validité .....

ADRESSE PRÉCISE  
N° ..... VOIE .....  
(NATURE ET NOM DE LA VOIE)

.....  
(COMPLÈMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEUDIT, LOTISSEMENT, CITE, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE)

COMMUNE .....  
(CODE POSTAL) (BUREAU DISTRIBUTEUR A INDIQUER S'IL EST DIFFÉRENT DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE)

**RÉCÉPISSÉ DE DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE  
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

Votre demande d'admission à l'assurance volontaire pour les risques  
Accidents du Travail et Maladies Professionnelles a été enregistrée  
le ..... sous le Numéro .....

Nous vous ferons connaître ultérieurement notre décision.

┌ Cachet de la Caisse ┐

└ ──────────────────── ┘

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI,  OUI  NON  
La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1 0 1 0	C.R.A.M.
RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION	C.P.A.M. PREST.	CENTRE PAIE	

**— DÉCLARANT**  
(1)  Monsieur  Madame  Mademoiselle

NOM .....  
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (POUR LES FEMMES, INDIQUER SUR CETTE LIGNE LE NOM DE JEUNE FILLE)

PRÉNOMS .....  
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE .....  
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE ..... (1)  Masculin  Féminin Nationalité Française  EEE  Autre

DATE DE NAISSANCE .....  
JOUR MOIS AN LIEU DE NAISSANCE (POUR PARIS ET D'ON INDIQUER L'ARRONDISSEMENT) N° DÉPART N° COMMUNE

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE (voir notice "formalités")**

demandeur né hors de France métropolitaine  
pays de naissance ..... commune .....

nom de naissance du père ..... premier prénom .....

nom de naissance de la mère ..... premier prénom .....

demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)  
préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité .....

demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)  
 certificat de résidence\*  carte de séjour\*  récépissé de demande de renouvellement\*  autres, andorran, monégasque\*  
\* indiquer pour ces documents, le numéro : ..... et la date de fin de validité .....

ADRESSE PRÉCISE  
N° ..... VOIE .....  
(NATURE ET NOM DE LA VOIE)

.....  
(COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEUDIT, LOTISSEMENT, CITE, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE)

COMMUNE .....  
(CODE POSTAL) (BUREAU DISTRIBUTEUR À INDIQUER S'IL EST DIFFÉRENT DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE)

**— RÉPONSE I.N.S.E.E.**

Numéro national d'identité + clé de contrôle .....  
SN .....  
JN .....

1<sup>re</sup> Immatriculation pour .....

Observations .....

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI,  OUI  NON  
La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale

Réf. S 6101 c

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M.

C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1100	GRAM
RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION	C.P.A.M. PREST.	CENTRE PAIE	

**DÉCLARANT**  
(1)  Monsieur  Madame  Mademoiselle

NOM .....  
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (POUR LES FEMMES, INDIQUER SUR CETTE LIGNE LE NOM DE JEUNE FILLE)

PRÉNOMS .....  
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE .....  
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE ..... (1)  Masculin  Féminin Nationalité Française  EEE  Autre

DATE DE NAISSANCE .....  
JOUR MOIS AN LIEU DE NAISSANCE (POUR PARIS ET OYON INDIQUER L'ARRONDISSEMENT) N° DÉPART N° COMMUNE

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE**  
MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE (voir notice "formalités")

demandeur né hors de France métropolitaine  
pays de naissance ..... commune .....

nom de naissance du père ..... premier prénom .....

nom de naissance de la mère ..... premier prénom .....

demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)  
préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité .....

demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)  
 certificat de résidence\*  carte de séjour\*  récépissé de demande de renouvellement\*  autres, andorran, monégasque\*  
\* indiquer pour ces documents, le numéro : ..... et la date de fin de validité .....

ADRESSE PRÉCISE  
N° ..... VOIE .....  
(NATURE ET NOM DE LA VOIE)

.....  
(COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEUDIT, LOTISSEMENT, CITE, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE)

COMMUNE .....  
(CODE POSTAL) (BUREAU DISTRIBUTEUR A INDIQUER S'IL EST DIFFÉRENT DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE)

Le déclarant a-t-il déjà été immatriculé aux Assurances Sociales ? (1)  OUI  NON

Si OUI, sous quel numéro d'identification

Profession .....

N° d'inscription au registre (1)

du commerce

des métiers

**CONDITIONS DANS LESQUELLES LE TRAVAIL EST EXERCÉ**

(Le déclarant mentionnera les circonstances de nature à renseigner exactement la Caisse sur son activité professionnelle : travail à domicile, à façon pour une clientèle privée, emploi de moteurs mécaniques, utilisation ou non pour l'exercice de la profession d'un moyen de locomotion : lequel ? collaborateurs, salariés ou non, etc.).

Salaire annuel devant servir de base au calcul de la cotisation et éventuellement des rentes :  
Ce salaire ne peut être inférieur, ni supérieur à un montant fixé légalement  
(voir notice - art. R 743-2)

..... €

Signature,

Certifié exact à .....  
le .....

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI,  OUI  NON  
La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale



Omnipraticiens		75% —victimes pdt leur carrière (15) 64% —victimes sur l'année (16) 57% — sur (19) l'année 66% — des internes (22) 98% un incident mineur, 75% un incident majeur (24) 78% sur les 2 dernières années (28) 41% —victimes d'actes violents (ElhadadMichel: 2009wj)					+ fort si atcd d'agression (16) {ElhadadMichel: 2009wj}	Internes victimes d'actes commis par infirmière ou médecins seniors (22) Médecins (10) Patient 1 fois sur 2 (27)	<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>
Age du praticien		jeune(16) {ElhadadMichel: 2009wj}							<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>
Sexe du praticien		Femme (16,17){Elhadad Michel:2009wj} Homme (23)	Femme (31)	75% des actes violents commis sur les femmes (16)  Hommes (23) {Ness:2000wt }	Homme (24)	75% des actes violents commis sur les femmes (16)  Harcèlement (16,19) {Miedema:2010 wt }		Femme (11,13,16,18,31 )	<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Espace Avant : 0 pt, Après : 0 pt, Pas de paragraphes solidaires, Pas de lignes solidaires</p>
Origine ethnique		Caucasien (24)							<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>

Date d'installation / Expérience		Peu d'expérience (1 6,23)	Installation récente (17,19)	Installation récente (17,19)						<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>
Secrétaire										<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>
Seul / En groupe										<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>
Accès au cabinet										<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>

Type de cabinet		Maison individuelle {ElhadadMichel:2009wj}								<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>
Type d'exercice		Rural : 73% victime-pdt leur carrière (13) Urbain {Miedema:2010vt}(28,30) {ElhadadMichel:2009wj} Pas de différence (19)	Zone urbaine sensible {EcheberzRiollet:2007te}	Rural : 20% victime-pdt leur carrière (13) Exercice rural (23)	Zone urbaine sensible {EcheberzRiollet:2007te}				Homme, suivi cabinet (13)	<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>
Activité		Elevée (16)	Elevée (19)	Elevée (19)						<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Espace Avant : 0 pt, Après : 0 pt, Pas de paragraphes solidaires, Pas de lignes solidaires</p>
Sur rendez-vous/ sans rendez-vous										<p>Mis en forme : Police :Gras, Couleur de police : Texte 1</p> <p>Mis en forme : Couleur de police : Texte 1</p>



- 
- *Vu le Président du Jury,  
Monsieur le Professeur R. SENAND*

- *Vu le Directeur de Thèse,  
Monsieur le Docteur P. DRÉNO*

- *Vu le Doyen de la Faculté,  
Monsieur le Professeur J-M. ROGEZ*

**NOM** : BLÉRIOT **Prénom** : Edmond

---

**TITRE**

---

« L'INSÉCURITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN LOIRE-ATLANTIQUE : ÉTAT DES LIEUX,  
FACTEURS FAVORISANTS ET CONSÉQUENCES EN PRATIQUE COURANTE »

---

**RÉSUMÉ**

---

A une époque où l'insécurité est omniprésente dans notre société, le monde de la santé n'est pas épargné : internationale et locale, libérale et hospitalière, médicale et paramédicale, urbaine et rurale, la violence se retrouve partout.

Le travail consiste en une étude rétrospective – via un questionnaire adressé par mails aux différents médecins généralistes de Loire-Atlantique tirés au sort – relative aux phénomènes de violence auxquels ils ont pu être confrontés entre 2010 et 2012.

Près de ¼ des médecins de l'étude ont été victimes d'actes de violence, le plus souvent verbale, pour lesquels certains facteurs favorisants ou protecteurs ont pu être identifiés.

Alors que les chiffres de la violence semblent s'améliorer sur le territoire national, la tendance est plus mitigée localement, et la perception qu'ont les médecins de l'évolution de la violence dans leur exercice reste mauvaise, confirmant une aggravation de sentiment d'insécurité amorcée en 2008. La carence de réponses apportées par les médecins à cette violence témoigne de toute la difficulté du problème, auquel ce travail ne saurait apporter la solution, mais alimenter une réflexion entamée par les institutions afin d'aider à combattre un des grands maux de ce début de XXI<sup>e</sup> siècle.

---

**MOTS-CLÉS**

---

Violence, insécurité, médecine générale, Loire-Atlantique, Rétrospective

**RÉFÉRENCE**

BLÉRIOT E. L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique : état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante. Nantes. 2013. 135 pages. Thèse : Méd : Université de Nantes : 2013.