



**HAL**  
open science

**Vécu de l'insécurité des médecins ayant fait un  
signalement au conseil de l'ordre : étude qualitative par  
entretiens semi-dirigés auprès de 23 médecins de  
Meurthe-et-Moselle**

Fanny Huber

► **To cite this version:**

Fanny Huber. Vécu de l'insécurité des médecins ayant fait un signalement au conseil de l'ordre : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 23 médecins de Meurthe-et-Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932019

**HAL Id: hal-01932019**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932019v1>**

Submitted on 23 Nov 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
2017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

**THÈSE**  
pour obtenir le grade de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Fanny HUBER**

le 6 Février 2017

**VECU DE L'INSECURITE DES MEDECINS AYANT FAIT UN  
SIGNALEMENT AU CONSEIL DE L'ORDRE**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 23 médecins de Meurthe-et-Moselle

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président

M. le Docteur Alexis HAUTEMANIERE

Juge

M. le Docteur Laurent MARTRILLE

Juge

M. le Docteur Alain CRITON

Directeur et juge



**Président de l'Université de Lorraine**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen  
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Assesseurs :**

**Premier cycle :** Dr Guillaume GAUCHOTTE  
**Deuxième cycle :** Pr Marie-Reine LOSSER  
**Troisième cycle :** Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques :* Pr Bruno CHENUUEL

*Formation à la recherche :* Dr Nelly AGRINIER  
*Animation de la recherche clinique :* Pr François ALLA

*Affaires juridiques et Relations extérieures :* Dr Frédérique CLAUDOT  
*Vie Facultaire et SIDES :* Pr Laure JOLY  
*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER  
*Etudiant :* M. Lucas SALVATI

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume VOGIN  
*Commission de prospective facultaire :* Pr Pierre-Edouard BOLLAERT  
*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER  
*PACES :* Dr Chantal KOHLER  
*Plan Campus :* Pr Bruno LEHEUP  
*International :* Pr Jacques HUBERT

=====

**DOYENS HONORAIRES**

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

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY  
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE  
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL  
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY  
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean  
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD  
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard  
HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE  
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE  
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU  
Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS  
Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL  
Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT  
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ  
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET  
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER  
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN  
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT  
Professeur Michel VIDAILHET

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

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

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

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

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faïez ZANNAD

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY  
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET  
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)**

Docteure Chantal KOHLER

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Jean-Marie ESCANYE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**2<sup>ème</sup> sous-section** (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section** (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

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

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

**54<sup>ème</sup> Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

### 5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

### 7<sup>ème</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

### 19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

### 60<sup>ème</sup> Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

### 64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

### 65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

### 66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

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

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

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

## **REMERCIEMENTS**

A notre Maître et Président de Thèse,

**Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO**

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous vous sommes profondément reconnaissante d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous nous avez témoigné et de l'aide que vous nous avez apportée.

Votre expertise et vos conseils avisés furent précieux dans la correction de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

**Monsieur le Docteur Alexis HAUTEMANIERE**

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Service d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous nous avez porté en acceptant de juger notre travail.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

**Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE**

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Service de Médecine Légale et Droit de la Santé

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être  
membre du jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que  
vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de  
notre sincère gratitude.

A notre Maître et Juge,

**Monsieur le Docteur Alain CRITON**

Médecin généraliste

Vous nous avez fait l'immense honneur de diriger cette thèse.

Nous vous remercions pour votre accueil chaleureux comme maître de stage et de nous avoir sensibilisée aux personnes en situation de précarité.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissante de nous avoir suivie et encouragée avec enthousiasme tout au long de ce travail.

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, de juger notre travail, veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

**A Monsieur Frédéric BALARD**, Maître de Conférence en Sociologie à l'Université de Lorraine

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré et les conseils que vous m'avez donnés concernant la méthode qualitative.

**Au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meurthe et Moselle**

Pour leur accueil et leur soutien, et particulièrement au Docteur Jean Luc FENOT et à Madame Aurélia HABER.

**Aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail**

Merci de votre accueil bienveillant et de m'avoir consacré un peu de temps malgré vos emplois du temps déjà bien remplis. Sans vous, cette thèse n'aurait pas été possible.

**À tous les praticiens que je remplace**

Merci pour votre confiance et votre sympathie

**À tous les médecins, les internes, les externes, les patients et à toutes les équipes paramédicales** rencontrés durant ma formation, qui m'ont permis d'apprendre ce métier difficile.

### *À ma famille*

#### *À mes parents*

Qui avez sacrifié beaucoup pour que je puisse réaliser ces études (même si je sais que vous direz le contraire). Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnels, de l'apprentissage de la lecture à la correction de cette thèse en passant par la participation à mes nombreuses lubies. Sans vous je n'en serais pas là. Pardon pour mes changements d'humeur à l'évocation de la phrase « alors la thèse ? »

#### *À ma sestra Emilie*

Ma petite sœur que j'adore malgré nos caractères très différents qui font parfois des étincelles. A nos parties de Sing Star, nos virées en Allemagne, nos re-re-visionnages des films de notre enfance, nos maisons de « Là-haut » ... Et merci à JJ de supporter une belle sœur si bruyante !

#### *À mon grand frère Gilou*

Pour les bêtises de notre enfance, notre colocation nancéienne, nos private joke (P... et la chocolaterie...). J'espère que tu es fier de ton docteur Google ! *A Gaëlle ma belle-sœur préférée* : merci de m'avoir supportée pendant mes 6 mois chez Robert. Je suis fière d'avoir été votre Cupidon en blouse blanche et que vous ayez respecté notre contrat en me permettant de devenir la marraine de votre petit ange *Robin*, qui me manque chaque jour et que j'aurais tant aimé voir grandir. Un grand merci à sa petite sœur, ma filleule *Roxane* pour avoir redonné le sourire à toute la famille.

#### *À mes grands-parents paternels*

Pour avoir cru en moi et m'avoir hébergée lors de mon stage dans le Bitcherland. Merci Mémé Agathe pour les bons petits plats (et de t'être adaptée à mon régime alimentaire peu commun). Merci Pépé Mansuy pour la bonne ambiance que tu mets toujours pendant les repas de famille avec la chanson du Grizzli.

#### *À ma marraine Marie-Anne*

Pour être toujours présente pour moi

#### *À ma cousine Cindy*

Pour nos franches rigolades lors de mes séjours à Schillig

*Au reste de ma famille* : Marie-Claire, Lucien, Virgile, Nicole, Roger, Renée, Alain, Tristan, Michaël, François, Liselotte, Céline, Jean-François...

#### *Une pensée à mon parrain Jean Claude, Mémé Alice et Pépé Edmond*

J'espère que vous êtes fiers de moi de là où vous êtes...

#### *À Charlie*

Pour ton soutien quotidien

### *À mes amis et plus particulièrement*

#### *À SAV*

*Suzanne* ma « sœur de cœur » merci d'être là pour moi depuis déjà 10 ans, dans les bons et les mauvais moments de la vie. A nos fous rires, nos confidences, nos DIY, nos exploits sportifs... *Vincent* merci pour ton humour décapant et les bons moments passés en soirée et en vacances (j'arrête de pleurer si tu joues à Citadelle). Un grand merci à ma filleule *Albane* : je suis fière d'être ta marraine et heureuse quand je t'entends appeler « faNNy, faNNy » avec ton beau sourire depuis que tu es toute petite. Nos soirées nancéiennes me manquent : revenez en Lorraine !!

#### *À Hélène*

Ma jumelle diabolique ou « sœur de cœur bis » si tu préfères ;-). Merci d'être là pour moi au quotidien avec ta bonne humeur contagieuse, ton débit de parole impressionnant et ton franc-parler que j'adore (promis la vache arrive). A nos road trips passés et ceux à venir, merci d'accepter de visiter même les contrées les plus froides en ma compagnie !

#### *À Anne-Laure*

D'ex voisine d'examen à amie, merci d'être toujours là et d'avoir volé à mon secours plusieurs fois ces dernières années : merci entre autres d'avoir été ma coloc de quelques jours, d'avoir sauvé ma voiture et de m'avoir appris les rudiments du ski. Ton sourire communicatif pardonne tes goûts alimentaires douteux !

#### *À mes expatriés Bretons et leur petite Camille*

*Elise* merci d'avoir partagé avec moi notre stage chez Robert, sans toi ça n'aurait pas été pareil. Je garde un souvenir mémorable de nos soirées de départ. Merci *Mathieu* de t'être si bien intégré à notre groupe. Je réfléchirai sérieusement à mon installation sur la presqu'île quand tu auras tenu ta promesse, photos à l'appui bien sûr !

#### *À Benjamain*

Pour m'avoir remercié dans ta thèse. Merci aussi de m'avoir donné confiance en moi et de vouloir rester présent pour Charlie malgré la distance. Bam bam bam !

#### *Aux Neuneugeoises*

*Lavinia, Caro Caro Caro et Marion* j'ai adoré débiter mon internat à vos côtés dans notre belle coloc : vive le tea time, les fous rires, Paul le bonhomme de neige, notre sapin de Noël bancal...

#### *A mes bébés internes devenues grandes dermatologues*

*Tannvir* ma non-amie et *Zineb* la paRisienne : nos rencontres autour de Nicolas le jardinier vont me manquer maintenant que vous avez quitté Nancy. J'espère vous revoir toutes les deux très bientôt.

#### *A Michèle,*

Ancienne voisine au grand cœur : merci pour ta relecture attentive

## SERMENT

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

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

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

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

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

# TABLE DES MATIERES

<b>PARTIE 1</b>	<b>PRESENTATION DU SUJET</b>	<b>20</b>
I.	DÉFINITION DE L'INSÉCURITÉ	20
II.	PRÉVALENCE DE L'INSÉCURITÉ À L'ÉTRANGER	20
A.	<i>En Europe</i>	20
B.	<i>Dans le monde</i>	21
III.	SITUATION EN FRANCE	22
A.	<i>Création de l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins</i>	22
B.	<i>Résultats 2015 de l'ONSM</i>	23
C.	<i>Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS)</i>	24
IV.	PARTICULARITÉS LÉGALES DES AGRESSIONS DE MÉDECINS	25
A.	<i>Echelle de gravité</i>	25
B.	<i>Peines encourues</i>	26
V.	MESURES DE LUTTE CONTRE L'INSÉCURITÉ	27
A.	<i>Protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordres (SSJO)</i>	27
B.	<i>Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé</i>	28
C.	<i>Autres mesures</i>	29
VI.	BIBLIOGRAPHIE	31
<b>PARTIE 2</b>	<b>ARTICLE</b>	<b>33</b>
I.	INTRODUCTION	33
II.	MATERIEL ET METHODE	34
III.	RESULTATS	35
A.	<i>Caractéristiques de la population étudiée</i>	35
1.	Inclusion	35
2.	Données sociodémographiques et activité médicale	35
B.	<i>Analyse des verbatims par sous-thèmes</i>	37
1.	Typologie de l'insécurité	37
1.1	De l'insécurité au sentiment d'insécurité	37
1.2	Situations à risques : diversité des situations	38
1.2.1	Contexte d'exercice	38
1.2.2	Relatif au patient	39
1.2.3	Relatif au médecin	40
1.3	Le signalement et ses suites	41
1.3.1	Signalement au Conseil de l'Ordre	41
1.3.2	Prise en charge du Conseil de l'Ordre	42
1.3.3	Prise en charge des forces de l'ordre et de la justice	43
1.3.3.1	Dépôt de plainte	43
1.3.3.2	Avis sur la prise en charge des forces de l'ordre	44
1.3.3.3	Prise en charge de la justice	44
2.	L'expérience de l'insécurité sur la pratique	44
2.1	Ressenti de l'insécurité	44
2.2	Conséquences de l'insécurité	45
2.3	Modification de la pratique quotidienne	46
3.	Opinions et pistes d'amélioration	48
3.1	Opinions et perspectives d'avenir	48
3.2	Pistes d'amélioration	49
IV.	DISCUSSION	50
A.	<i>Sur la méthode</i>	50
1.	Choix de la méthode	50
2.	Recueil des données	50
3.	Analyse des résultats	50
B.	<i>Sur les résultats</i>	50
1.	Représentativité de la population	50
2.	Comparaison avec la littérature	51
C.	<i>Apport de l'étude et perspectives d'amélioration</i>	56
V.	CONCLUSION	57
VI.	BIBLIOGRAPHIE	58

## **ABREVIATIONS UTILISEES**

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ONSM : Observatoire National pour la Sécurité des Médecins

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

MG : Médecin Généraliste

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Fiche de signalement.....	62
Annexe 2 : Déclaration à la CNIL .....	64
Annexe 3 : Courrier envoyé aux médecins.....	66
Annexe 4 : Coupon réponse.....	68
Annexe 5 : Guide d'entretien.....	70
Annexe 6 : Tableaux caractéristiques échantillon.....	72
Annexe 7 : Version de l'article soumis à publication.....	75

# **PRESENTATION DU SUJET**

---

## **I. DÉFINITION DE L'INSÉCURITÉ**

L'insécurité est définie comme un manque de sécurité ou une inquiétude provoquée par l'éventualité d'un danger. Elle dérive du terme latin *securitas* qui signifie sentiment d'absence de danger, de tranquillité d'esprit (1).

J-P Brodeur expliquait que la notion de sentiment d'insécurité provenait de la traduction de l'expression anglaise *fear of crime* (2). Des recherches prouvant que le sentiment d'insécurité variait de façon indépendante au taux de criminalité (3,4), les sociologues ont compris que ce concept ne se limitait pas à la peur du crime.

S. Roché évoquait notamment que le sentiment d'insécurité était une peur des désordres, au sens d'atteintes aux biens, aux personnes et à l'ordre public (les incivilités) (5), ce sentiment étant exacerbé lorsqu'une idée de menace et celle de la perte de la maîtrise se combinent.

## **II. PRÉVALENCE DE L'INSÉCURITÉ À L'ÉTRANGER**

L'insécurité des médecins est un sujet d'actualité en France mais aussi à l'étranger où elle apparaît comme un problème de santé publique.

### **A. En Europe**

En 2015 une étude allemande menée sur 831 médecins de soins primaires a montré que 91% des médecins interrogés avaient été agressés au moins une fois dans leur carrière et 73% l'avaient été au cours des 12 derniers mois.

Plusieurs enquêtes réalisées au Royaume-Uni retrouvaient une prévalence élevée de la violence à l'égard des médecins généralistes (6–8), jusqu'à 78% de médecins agressés. En 2006 la Health Policy and Economic Research Unit a réalisé une étude sur les médecins

d'Irlande du Nord : 43% des médecins interrogés déclaraient que la violence constituait un problème et plus d'un quart pensaient que le niveau de violence avait progressé l'année précédant l'enquête.

Une étude de 2016 de R. Mikkola et al (9) réalisée auprès des infirmières et médecins de 16 hôpitaux finlandais montrait que presque tout le personnel des urgences avait connu une peur liée au travail, incluant l'insécurité.

## **B. Dans le monde**

En Turquie, Z.Baykan et al (10) ont interrogés 597 médecins en 2015 à propos de la violence. 86,4% ont indiqué qu'ils avaient été exposés à au moins un type de violence dans leur carrière. Au cours de la dernière année 68,6% avaient subi des violences verbales et 27,5% des menaces physiques.

En 2011, en Palestine, 80,4% des 271 médecins et infirmiers de l'enquête de M. Kitaneh et al (11) ont déclaré avoir été exposés à la violence au cours des 12 derniers mois, dont 20,8% de violence physique.

Dans l'étude australienne de S. Koristas et al (12) 57% des médecins généralistes avaient connu au moins une forme de violence et d'agression au cours des 12 derniers mois. L'abus verbal était le plus cité (44%), suivi des dommages matériels ou du vol (23%) et de l'intimidation (22%). On comptait également 8% de harcèlement sexuel, 3% de violence physique et 1% d'agression sexuelle.

L'article canadien de Miedema et al (13) sur la prévalence des incidents violents auxquels ont été confrontés 774 médecins de famille au cours de leur carrière retrouvait là encore un chiffre très important : 98% avaient vécu au moins un incident mineur, 75% au moins un incident majeur et 39% un incident grave (agression physique, sexuelle ou harcèlement sexuel).

### **III. SITUATION EN FRANCE**

#### **A. Création de l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins**

En 2001, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a commandé une enquête prospective pour établir un « état des lieux » du nombre d'agressions des médecins dans leur exercice. Cette étude a été menée par l'institut de sondage IPSOS sur un échantillon représentatif national de 801 médecins de tous les secteurs d'exercice : 87% des médecins avaient déjà au moins une fois été confrontés à une altercation verbale avec un patient, 43% à une altercation physique, 36% au vandalisme et 36% aux vols. Dans cette étude apparaissait la question « Si le Conseil de l'Ordre décidait de mettre en place un dispositif de déclaration d'incident permettant à chaque médecin victime d'un incident ou d'une agression d'en faire part » 85 % des médecins interrogés jugeaient cette disposition utile.

Suite à ces résultats le CNOM a donc décidé de créer l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins (ONSM) en 2003 lors d'une table ronde associant professionnels de santé et représentants des ministères de la santé et de l'intérieur.

Il a pour but de :

- 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 exposées les médecins dans leur exercice professionnel

L'ONSM a mis en place une fiche de signalement d'incidents (annexe 1). Elle est disponible sur leur site internet et il est possible de télétransmettre la déclaration en ligne depuis peu.

Cette fiche a pour objectif de permettre au CNOM de connaître plus précisément la nature des événements au niveau local, d'analyser les problèmes rencontrés par les praticiens et d'étudier les réponses possibles. Elle permet aussi au médecin agressé de recevoir un soutien de l'institution ordinaire s'il le souhaite.

## **B. Résultats 2015 de l'ONSM**

En 2015, 924 fiches de signalements ont été transmises à l'ONSM (14), nombre nettement supérieur à la moyenne constatée depuis sa création, qui est de 724 déclarations par an. Il existe une stabilité globale élevée depuis 2010.

Les départements les plus touchés sont le Nord, les Bouches-du-Rhône, l'Isère et la Seine-Maritime.

La Meurthe-et-Moselle est 13<sup>e</sup> avec 18 déclarations en 2015 (+ 7 en un an). Le taux de victimation (nombre moyen annuel d'incidents déclarés par praticien) est de 0,67 %, supérieur au résultat national de 0,46 %.

La surreprésentation des généralistes a atteint son plus haut niveau en 2015 : 65% des déclarations contre 45% l'année précédente. Les autres spécialités les plus touchées restent les ophtalmologues (6%), les médecins du travail (4%) et les psychiatres (3%).

On comptait parmi les incidents :

- 69% d'agressions verbales et menaces
- 19% de vols ou tentatives de vols
- 8% d'agressions physiques
- 8% de vandalisme

Les principaux motifs d'agression étaient les mêmes que les années précédentes, à savoir un reproche relatif à une prise en charge (33%), le vol (18%), un refus de prescription (16%) ou un temps d'attente jugé excessif (9%).

La majorité des incidents ont eu lieu en milieu urbain (75%) et dans le cadre d'un exercice de ville (71%) bien que les signalements d'évènements en établissement de soins aient progressé de 11 points en un an (22%).

Les incidents sans suite légale ont atteint un niveau jamais observé en 2015 : 56% contre 52% en 2014. Seuls 32% ont donné lieu à un dépôt de plainte et 12% à un dépôt de main courante.

## **C. Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS)**

Outre l'ONSM qui recueille les fiches d'incidents des médecins de tous exercices, il existe un autre observatoire qui recueille les incidents de violence des médecins en établissement de soins.

L'ONVS a été créé en 2005 suite à la circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 (15) qui instaure une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements de soins.

Il est composé de représentants du monde hospitalier, de représentants du ministère de l'intérieur et de la justice ainsi que du CNOM, du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers et du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Il a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés.

En 2014, 14502 signalements ont été recueillis dont 1075 médecins victimes d'agressions (16).

Les autres résultats du rapport ne séparent pas les résultats par métier, ce sont des chiffres globaux des établissements de soins et non des médecins uniquement.

Les événements signalés étaient des atteintes aux personnes dans 72% des cas et des atteintes aux biens dans 28% des cas. Les motifs principaux étaient un reproche relatif à une prise en charge (58,6%) puis l'alcoolisation (12,1%) et le temps d'attente jugé excessif (11,6%).

## **IV. PARTICULARITÉS LÉGALES DES AGRESSIONS DE MÉDECINS**

### **A. Echelle de gravité**

L'ONVS a défini une échelle de gravité des événements de violence en milieu de santé à partir du code pénal :

- L'atteinte 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 objet dangereux), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente,)
- L'atteinte 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,)

## **B. Peines encourues**

La loi sur la Sécurité Intérieure (17) renforce la protection des professionnels de santé et leurs familles contre les agressions : le premier alinéa de l'article 433-3 du code pénal (18): *« est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre d'une personne investie d'un mandat électif public [...]d'un professionnel de santé en service et de toute autre personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, ou à l'encontre, et du fait de ces fonctions, du conjoint, des ascendants et des descendants en ligne directe de cette personne ou de toute autre personne vivant habituellement à son domicile. La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsqu'il s'agit d'une menace de mort ou d'une menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes »*

Le CNOM conseille de porter plainte systématiquement. Il peut d'ailleurs s'associer à la plainte et se porter partie civile, voire même se substituer au confrère en cas de crainte de représailles.

## **V. MESURES DE LUTTE CONTRE L'INSÉCURITÉ**

### **A. Protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordres (SSJO)**

Les conseils nationaux des ordres des professionnels de santé et les ministères de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé ont signé en avril 2011 le protocole national Santé-Sécurité-Justice-Ordres (19) dont l'objectif est d'améliorer la sécurité des professionnels de santé.

En 2015, 54 départements, dont les 4 départements Lorrains, possédaient une déclinaison territoriale de ce protocole. Ceci a permis des mesures concrètes pour assurer la sécurité des professionnels : un numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale uniquement destiné aux médecins et la mise à disposition d'un référent sécurité dédié au sein des services de police et de gendarmerie.

Le référent sûreté :

- Oriente les médecins dans leurs démarches juridiques
- Réalise gratuitement un audit de sûreté des locaux en proposant des solutions concrètes
- Aide à la constitution d'un dossier de vidéo-protection car l'utilisation d'un tel système est très réglementée

En Meurthe-et-Moselle les référents sont :

- Police nationale : Mr Christian Petiteville (03.83.17.27.80)

- Gendarmerie nationale : Chef Michel Thomas (03.83.92.57.00)

## **B. Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé**

L'ONSM a créé, en collaboration avec l'ONVS et les conseils nationaux des professionnels de santé, un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé (20). Il fait 12 pages et est téléchargeable sur le site du CNOM.

Il s'articule autour de différents thèmes : la sécurité (au cabinet, au domicile du praticien, lors d'un déplacement et au domicile du patient), la conduite à tenir en cas d'agression et les suites judiciaires.

Des conseils de prévention y sont donnés :

- Réaliser une analyse préalable des risques et des vulnérabilités du cabinet
- Renforcer la sécurisation des issues
- Avoir recours à un dispositif technique de surveillance
- Protéger ses matériels et ses biens (matériel dangereux et ordonnanciers dans des rangements fermant à clé)
- Adopter une posture sécuritaire : vigilance accrue afin de repérer tout fait inhabituel
- Sécuriser sa recette
- Prévenir les forces de l'ordre en cas d'absence prolongée

La conduite à tenir en cas d'agression est également évoquée :

- Une réaction de force est déconseillée : l'intégrité physique est plus importante que le matériel
- Essayer de garder son calme et son sang-froid

- Ne pas opposer de résistance sauf pour se protéger personnellement des violences physiques
- Faire baisser la tension en essayant de dialoguer. Parler calmement en respectant le vouvoiement. Tenter de rassurer
- Eviter tout regard ou toute attitude qui pourraient être perçus comme provoquants
- Ne pas chercher à s'enfermer ou à s'isoler avec l'agresseur afin de parlementer ; au contraire, tenter de le persuader de se rendre dans un endroit moins confiné
- Ne pas le menacer de représailles judiciaires.
- Ne pas faire de gestes brusques ou qui pourraient être mal interprétés
- Observer l'agresseur afin de noter un maximum de renseignements nécessaires à sa recherche et à son identification
- Préserver toutes les empreintes (traces et indices) que l'agresseur a pu laisser en ne touchant à rien et les signaler aux policiers ou gendarmes intervenants
- Donner rapidement l'alerte
- En cas de cambriolage, faire l'inventaire de ce qui a été dérobé, conserver les lieux en l'état pour permettre au service enquêteur de relever tout indice utile.
- Informer la CPAM si vol de feuilles de soin ou ordonnancier
- Si nécessaire, profiter du soutien psychologique qui est proposé

### **C. Autres mesures**

L'ONVS met à disposition des fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence (21) dont une à destination de l'agent victime dans son exercice professionnel.

Le site internet du CNOM propose aussi :

- une affiche « pour une relation patient-médecin en toute confiance » à installer dans son cabinet (22)

- Une fiche de prévention des conflits entre médecin et patient(23)
- Un rapport sur les solutions des situations à risque de contentieux (24)

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. INSÉCURITÉ : Définition de INSÉCURITÉ [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/ins%C3%A9curit%C3%A9>
2. Brodeur J-P. La peur de la peur. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*. 1993;(30):19-27.
3. Skogan WG. Disorder and Decline: Crime and the Spiral of Decay in American Cities. 1990 [cité 30 déc 2016]; Disponible sur: <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/disorder-and-decline-crime-and-the-spiral-of-decay-in-american-ci>
4. Hale C. Fear of Crime: A Review of the Literature. *International Review of Victimology*. 1 janv 1996;4(2):79-150.
5. Roché S. Expliquer le sentiment d'insécurité : pression, exposition, vulnérabilité et acceptabilité. *Revue française de science politique*. 1998;48(2):274-305.
6. Health Policy and Economic Research Unit. Violence in the workplace. The experience of doctors in Northern Ireland. *BMA*. nov 2006;1-18.
7. Health Policy and Economic Research Unit. Violence at work: the experience of UK doctors. *BMA*. 15 mai 2003;1-26.
8. 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*. 1 sept 2002;24(5):575-98.
9. Mikkola R, Huhtala H, Paavilainen E. Work-related fear and the threats causing fear among emergency department nursing staff and physicians in Finland. *J Clin Nurs*. 2 nov 2016;
10. Baykan Z, Öktem İS, Çetinkaya F, Naçar M. Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. *Int J Occup Saf Ergon*. 2015;21(3):291-7.
11. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 20 déc 2012;12:469.
12. 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*. déc 2007;57(545):967-70.
13. 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. *Can Fam Physician*. mars 2010;56(3):e101-8.
14. CNOM, IPSOS. Observatoire de la sécurité des médecins en 2015 [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_integralite\\_cnom\\_2015\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_integralite_cnom_2015_0.pdf)

15. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Circulaire N°DHOS/P1/2005/327 [Internet]. juill 11, 2005. Disponible sur: [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_12079.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_12079.pdf)
16. Observatoire National des Violences en milieu de Santé. Rapport annuel 2015 - Données 2014 [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan\\_national\\_onvs-2014-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_national_onvs-2014-2.pdf)
17. Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure - Article 59.
18. Code pénal - Article 433-3. Code pénal.
19. Conseils Nationaux des Ordres des Professionnels de Santé, Ministre de la Justice et des Libertés, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministre de l'Intérieur. Protocole Santé Sécurité Justice Ordres [Internet]. avr, 2011. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole\\_professions\\_de\\_sante\\_ordres.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf)
20. ONVS. Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé [Internet]. 2012 [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012.pdf>
21. ONVS. Fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social [Internet]. 2011 [cité 3 janv 2017] p. 30. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiches\\_reflexes\\_onvs.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiches_reflexes_onvs.pdf)
22. CNOM. Affiche pour une relation patient-médecin en toute confiance [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche\\_confiance\\_format\\_a3.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche_confiance_format_a3.pdf)
23. CNOM. Pour une relation médecin-patient en toute confiance. Prévenir les conflits [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/fiche\\_prevention\\_des\\_conflits.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/fiche_prevention_des_conflits.pdf)
24. CNOM. Situations à risque de contentieux: quelles solutions ? [Internet]. 2014 [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/situations\\_a\\_risque\\_de\\_contentieux\\_cnom\\_bld.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/situations_a_risque_de_contentieux_cnom_bld.pdf)

## **PARTIE 2    ARTICLE**

---

### **I. INTRODUCTION**

L'insécurité est l'un des problèmes majeurs évoqués ces dernières années et les professionnels de santé ne sont pas épargnés, comme nous l'a montré l'actualité dernièrement (1,2).

Sa définition est complexe mais on peut dire qu'elle s'oppose à la sécurité, définie par le Trésor de la Langue Française Informatisé comme étant un état d'esprit confiant et tranquille qui résulte du sentiment, bien ou mal fondé, que l'on est à l'abri de tout danger.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a créé en 2003 l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins (ONSM) dont le but est de répondre aux questions des médecins qui souffrent d'un sentiment d'insécurité, de faciliter leurs démarches lorsqu'ils ont été agressés, de prévenir ces agressions et d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle sont exposés les médecins dans leur exercice professionnel (3).

En 2015 (4) l'ONSM fait état de la persistance d'un niveau élevé d'insécurité à l'égard des médecins : 924 fiches de signalement (annexe 1) lui ont été transmises, dont 18 en Meurthe-et-Moselle. La moyenne observée est de 724 incidents par an, il s'agit du deuxième niveau le plus élevé depuis 2003.

Outre celle de l'ONSM, plusieurs études (5–9) ont permis de dresser un état des lieux des situations d'insécurité auxquelles étaient confrontés les médecins et quelques études parlent du ressenti des médecins généralistes (10,11) mais nous disposons de peu d'informations sur le vécu à distance de ces médecins, toutes spécialités confondues.

L'objectif de notre travail était de recueillir les opinions et le ressenti des médecins ayant signalé une situation d'insécurité. L'objectif secondaire était de caractériser les situations d'insécurité vécues.

## **II. MATERIEL ET METHODE**

Notre étude était une recherche qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Le seul critère d'inclusion était le signalement d'une situation d'insécurité au conseil départemental de l'ordre des médecins de Meurthe-et-Moselle (CDOM) entre 2008 et 2015.

Après déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (annexe 2) le CDOM a envoyé un courrier (annexe 3) expliquant notre recherche à ces médecins. Il leur était demandé s'ils accepteraient de répondre à un entretien en retournant un coupon réponse préaffranchi (annexe 4). En cas de réponse favorable ils étaient recontactés par téléphone ou par mail pour convenir de la date d'entretien.

L'entretien était réalisé à l'aide d'un guide d'entretien constitué de questions ouvertes (annexe 5) élaboré après revue de la littérature avec l'aide d'un sociologue, maître de conférences de l'Université de Lorraine. Les entretiens ont été enregistrés sur smartphone avec l'accord de chaque participant. Ils se sont déroulés sur leur lieu de travail habituel excepté pour trois d'entre eux (deux entretiens au domicile du participant, un médecin étant retraité et l'autre pour convenance personnelle et le troisième sur une base aérienne, le médecin y étant réserviste).

Les enregistrements étaient anonymisés et retranscrits intégralement sous forme de Verbatim sur le logiciel Word puis analysés selon la méthode d'analyse thématique (12).

Les verbatims ont ensuite été regroupés en sous-thèmes à l'aide du logiciel N'Vivo 11.

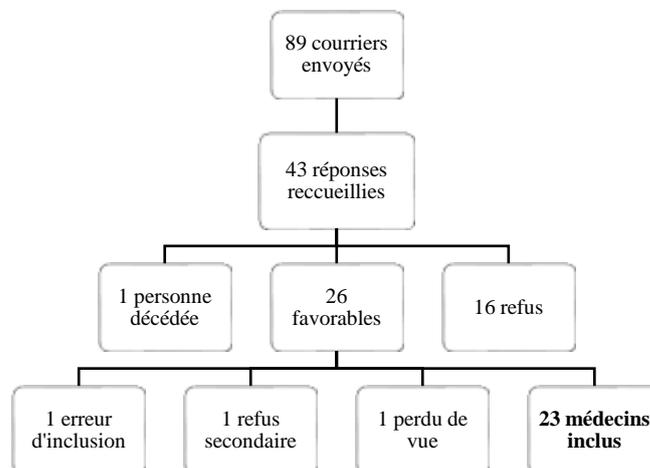
### III. RESULTATS

#### A. Caractéristiques de la population étudiée

##### 1. Inclusion

Sur les 89 courriers envoyés aux médecins ayant fait un signalement au Conseil de l'Ordre entre 2008 et 2015 nous avons inclus 23 personnes (figure 1)

Figure 1: Inclusion



##### 2. Données sociodémographiques et activité médicale

Plusieurs spécialités étaient représentées : médecine générale dont un retraité, angiologie, urologie, gériatrie, psychiatrie, cardiologie, neurologie, chirurgie générale et médecine d'expertise/conseil.

Deux médecins généralistes étaient maîtres de stages.

Tableau 1 Caractéristiques échantillon

Caractéristiques		Effectif	Pourcentage
<b>Sexe</b>	Homme	13	56,5
	Femme	10	43,5
<b>Age (années)</b>	≤40	1	4
	40-50	9	39
	51-60	10	43
	≥61	3	13
<b>Lieu</b>	Urbain	19	83
	Rural	4	17
<b>Expérience (années)</b>	≤10	2	9
	11-20	6	26
	21-30	10	43
	≥31	5	22
<b>Activité</b>	Libérale exclusive	15	65
	Hospitalier	2	9
	Mixte Hôpital / Libérale	4	17
	Mixte Salariée/Libérale	2	9
<b>Cabinet libéral (/21)</b>	De groupe	8	38
	- Dont non présent en même temps au cabinet	2	9
	Individuel	13	62
<b>Secrétariat</b>	Sur place	9	39
	Téléphonique	9	39
	Non	5	22
<b>Consultations</b>	RDV	11	48
	Libre	11	48
	Mixte	1	4
<b>Visites à domicile des MG (/15)</b>	< 1 par jour	2	13
	1-3/jour	9	60
	>4 par jour	4	27
<b>Gardes</b>	Oui	11	48
	Non	12	52
<b>Nombres d'actes quotidiens</b>	<15	6	26
	16-25	8	35
	26-39	8	35
	>40	1	4

## B. Analyse des verbatims par sous-thèmes

Les entretiens ont été réalisés entre juillet et octobre 2016 (durée : 6 à 39 minutes). Les médecins ont été renommés de Dr A à Dr W.

### 1. Typologie de l'insécurité

#### 1.1 De l'insécurité au sentiment d'insécurité

Les médecins interrogés ont évoqué différents types d'insécurité rencontrés (tableau 2)

Tableau 2 Types d'insécurité

Atteinte aux biens	Atteinte aux personnes	Autres
- Vol - Vol à main armée - Dégradation des locaux	- Agression physique (dont tentative d'agression sexuelle) - Agression verbale (dont propos à caractères sexuels) - Intimidation - Sitting au cabinet - Séquestration - Diffamation - Menace par voie postale - Pression exercée par les collègues	- Plainte injustifiée déposée à l'Ordre - Falsification d'ordonnance - Refus de régler

Une forme particulière d'insécurité a été mentionnée : l'insécurité « par procuration », lorsqu'un autre membre du cabinet ou un patient était en danger. Elle concernait la secrétaire « *ils sont plus agressifs avec elle qu'avec moi* » (Dr B), le médecin remplaçant, la femme de ménage et d'autres patients.

Il existait une perception diffuse de l'insécurité : onze médecins ressentaient un sentiment d'insécurité au travail : « *j'me sens en... en insécurité* » (Dr I), « *j'suis pas complètement sereine* » (Dr O), « *on reste fragile de côté-là* » (Dr P). Celui-ci n'était pas lié à la gravité des faits (exemple : Dr G malgré une agression à main armée ne se sentait pas en insécurité).

Plusieurs suggéraient que le fait de ne pas exercer son métier sereinement participait au sentiment d'insécurité :

- Dr V parlait de peur professionnelle : peur d'une nouvelle plainte déposée à son encontre. Quatre médecins ont été victimes de fausses accusations.
- Pour les Drs F, T et U les critiques du patient ou de sa famille étaient mal vécues « *on est euh critiqué vertement et ça ça fait mal parce que quand on s'est donné du mal pour un patient et qu'on s'prend ça en pleine euh figure* » (Dr U).
- Dr A parlait de « *violence sociale* » expliquant que les problèmes sociaux empiétaient sur la partie médicale des consultations
- Les Drs K, O et U citaient le manque de respect et les incivilités « *des propos déplacés (...) oui l'absence complète de respect pour le médecin* » (Dr K)
- Dr Q mentionnait le contexte institutionnel « *le système ici il est complètement dysfonctionnel (...) tout a été organisé mais mal. Et les gens sont tous sous pression et... y a une ambiance qui n'est pas bonne quoi* »
- Insécurité dans l'actualité (attentats récents ou agressions d'autres professionnels de santé)

## ***1.2 Situations à risques : diversité des situations***

Les médecins interrogés identifiaient des situations à risque d'insécurité, pouvant être liés à plusieurs facteurs.

### ***1.2.1 Contexte d'exercice***

- Situation géographique du cabinet : Dr I évaluait un sur-risque en milieu urbain
- Lieu de la consultation
  - Hors du cabinet : les médecins se sentaient plus en sécurité dans leur cabinet qu'en visite chez des patients inconnus « *à domicile c'est vrai qu'on marche beaucoup plus*

*sur des œufs » (Dr K) ou lors des gardes de nuit « sortir la nuit sur des gens qu'je ne connaissais pas euh j'me sentais pas du tout en sécurité » (Dr O). Drs L et R appréhendaient les visites dans les quartiers réputés difficiles.*

- Hôpital : Dr D mentionnait les patients hospitalisés contre leur gré pouvant devenir agressifs

- Horaire :

- Fin de journée et nuit « *c'est surtout l'soir quand il fait nuit (...) dans un cabinet où on est seule bon ben... faut faire confiance » (Dr N)*
- Salle d'attente vide « *Y avait personne d'autre en salle d'attente, c'était euh... j'vous dis ben c'est fragile quoi en fait (Dr C) »*
- Retard « *c'est quelqu'un qui était très très énervé quand j'suis arrivée, pour un délai d'intervention euh qu'il jugeait trop long » (Dr K).*

### ***1.2.2 Relatif au patient***

- Patients inconnus et pratiquant le nomadisme médical

- Patients en addiction (toxicomanie ou exogénose chronique), parfois imprévisibles

- Patients présentant des pathologies psychiatriques

- Le milieu socio professionnel : deux médecins trouvaient que les agresseurs pouvaient être issus de tout milieu socio professionnel « *en reprenant mes fiches j'me suis rendue compte que c'était un ancien toxicomane (...) Mais quand j'y repense c'était de tout (...) c'était de tout hein » (Dr U). Les patients précaires ne posaient pas de problème au Dr N « ils sont... en telle demande qu'ils sont super sympas (...) y a aucune crainte (...) ils sont très gentils, ils nous remercient ».*

- L'agresseur est parfois un confrère : « *j'suis revenue, ils m'ont traitée d'carotteuse, de... tout c'que tu veux et j'ai trouvé vraiment qu'ils étaient agressifs (...) Je l'vis encore comme une agression* » (Dr Q à propos de ses collègues hospitaliers).

Des attentes particulières des patients participaient également à la naissance d'une situation d'insécurité :

- Arrêts de travail
- Demande de psychotropes ou de traitement substitutif
- Demande d'examen complémentaire « *je n'satisfais pas immédiatement et là ça y est ça échappe* » (Dr U)
- Expertise avec conséquence financière « *ils peuvent ne pas être contents (...) ils auront pas l'indemnisation qu'ils espéraient* » (Dr W).

### ***1.2.3 Relatif au médecin***

- Le sexe : cinq consœurs estimaient que les femmes sont plus exposées : « *les médecins femmes j'pense que c'est une cible* » (Dr L).

- La spécialité pratiquée :

- Structure d'urgences et de permanence des soins « *on est PLEINS à avoir déjà eu l'problème (...) des agressions verbales oui on... on en a tous, ça c'est sûr. Agression physique on est pas mal* »
- Médecine générale plus exposée
- L'activité de médecin conseil du Dr W pouvant pénaliser financièrement ses patients, il existe un risque de conflit
- D'après le Dr H, angiologue, sa patientèle âgée diminuait le risque

- Le tempérament du médecin : Dr O parlait de son fort caractère « *moi j'ai pas du tout un caractère à... m'laisser faire* » alors que Dr E était plus diplomate « *j'ai quand même la chance de de bénéficier d'un tempérament calme (...) ça rend service* »

- Le manque de communication est apparu plusieurs fois comme néfaste :

- Entre médecin et patient (Dr U)
- Entre confrères
  - Absence d'échanges entre le médecin traitant et le médecin spécialisé (Dr U)
  - Entre MG en l'absence de permanence des soins « *c'est parce qu'il y a pas une coordination des remplacements et qu'on... les médecins communiquent pas leur absence* » (Dr N).
  - Communication avec le SAMU : « *j'ai appelé le le SAMU pour avoir de l'aide ils m'ont dit « ben non débrouillez-vous* » » (Dr F). A l'inverse Dr K expliquait que la bonne communication avec la régulation du SAMU était un atout dans son quotidien « *on s'connait bien avec les médecins du SAMU (...) on passe par le SAMU ça va plus vite ça évite les explications* »

### ***1.3 Le signalement et ses suites***

#### ***1.3.1 Signalement au Conseil de l'Ordre***

Plusieurs médecins cherchaient conseil auprès du CDOM malgré la sensibilisation au signalement effectuée préalablement.

Les motivations à signaler étaient diverses :

- A titre informatif : pour alimenter les statistiques (Docteurs A, C et I) ou à titre personnel comme Dr H qui voulait voir apparaître le nom de son agresseur dans les dossiers du CDOM (suite à menace de mort)

- A titre protecteur
  - Contre une fausse accusation (Dr M)
  - Utilisation frauduleuse de matériel volé (ordonnances, carte professionnelle)
- Droit de réponse en cas de plainte à l'ordre (Docteurs D, K et U).
- Appel au secours (Dr U)
- But thérapeutique : Dr Q avait signalé sur conseil de son psychiatre
- Récurrence : la multiplication de ces évènements poussait certains à se manifester (Dr A, Dr B) sans pour autant signaler des faits ultérieurs « *C'était p't'être pas quelque chose de dramatique (...) ce jour-là j'ai pas admis* » (Dr A).

Les raisons évoquées de ne pas signaler au CDOM

- La lourdeur administrative
- Le manque de temps (Dr I, Dr N)
- Une agression physique semblait plus justifier un signalement qu'une « simple » situation d'insécurité (Dr I, Dr G).

### ***1.3.2 Prise en charge du Conseil de l'Ordre***

- Un tiers des médecins n'avait pas d'attente autre qu'administrative « *mais j'attends rien de l'ordre (...) Pff qu'est-ce qu'ils peuvent faire ?* » (Dr B)
- Certains attendaient une prise en charge judiciaire ou sociétale
- Dr H aurait apprécié un accompagnement juridique et une convocation du patient mis en cause

Les avis sur la prise en charge différaient :

- Les points positifs évoqués étaient les qualités relationnelles et d'écoute du conseiller ordinal avec une prise en charge empathique au téléphone. Ils appréciaient d'être mis en contact avec le référent sûreté.

- D'un autre côté il était reproché au Conseil de l'Ordre un manque d'initiative et de prise de nouvelles. Ils supposaient qu'une prise en charge spécifique était réservée aux cas graves « *j'imagine le l'aide du Conseil de l'Ordre pour des faits quand même beaucoup plus graves (...) mettant en cause euh la vie du médecin ou (...) un traumatisme psychologique important* » (Dr E). Lors d'une plainte à leur encontre les Dr H et Dr V avaient l'impression que le Conseil de l'Ordre prenait plus le parti du patient. Deux médecins qualifiaient la prise en charge d'inutile.

### ***1.3.3 Prise en charge des forces de l'ordre et de la justice***

#### ***1.3.3.1 Dépôt de plainte***

Beaucoup de médecins n'envisageaient de porter plainte qu'en cas d'agression physique ou de choc psychologique important (Dr D et sa famille). Ils le faisaient d'eux même ou sur conseil du CDOM ou de l'entreprise.

Divers objectifs ont été cités :

- Statistiques
- À titre légal (assurances)
- Responsabiliser les patients agressifs « *j'aurais p't'être dû porter plainte, que ça lui... que ça lui serve de leçon et puis qu'il recommence pas* » (Dr H).
- Légitimer les refus de soins ultérieurs des patients très agressifs (Dr K)

Les raisons de ne pas porter plainte étaient la lourdeur administrative, le manque de temps, la fréquence des agressions verbales, la peur d'éventuelles représailles, le risque d'irresponsabilité pénale en cas de pathologie psychiatrique et l'empathie envers un patient victime d'ennuis judiciaires (Dr C).

### *1.3.3.2 Avis sur la prise en charge des forces de l'ordre*

Dr J et Dr T appréciaient la prise de rendez-vous et le pré-dépôt de plainte sur internet. Dr W regrettait le manque de clarté des explications données (confusion entre déposition et plainte). Ils avaient l'impression d'être écoutés, notamment par le référent sûreté qui était de bon conseil bien que pas toujours joignable.

En dehors du dépôt de plainte Dr K et Dr U précisait que les forces de l'ordre étaient utiles au quotidien pour désamorcer des conflits ou lors de situations dangereuses.

### *1.3.3.3 Prise en charge de la justice*

Ils déploraient la lenteur des procédures, le manque d'information et le peu de sanctions « *c'était quand même lamentable et là j'estime que là la justice fait pas son boulot* » (Dr V)

## ***2. L'expérience de l'insécurité sur la pratique***

### ***2.1 Ressenti de l'insécurité***

De multiples sentiments étaient exprimés :

- Culpabilité « *on se dit mais qu'est-ce j'ai fait (...) Qu'est-ce que j'ai fait de mal ? (...)*  
*Après on on finit par avoir une culpabilisation euh déplacée j'trouve* » (Dr U)
- Trahison
- Peur qui s'estompait avec le temps
- Frustration
- Résignation
- Impuissance
- Détachement du fait d'agressions verbales fréquentes
- Inquiétude pour la santé de l'agresseur (pathologie psychiatrique, troubles cognitifs)
- Regret de ne pas avoir porté plainte /du signalement
- Colère suite à la divulgation de son signalement au patient

Plusieurs facteurs influençaient le ressenti de ces évènements :

- État d'esprit du jour : Dr Q expliquait qu'elle n'aurait pas vécu la situation de la même manière si elle n'avait pas été aussi fatiguée. Idem pour Dr J le jour de sa reprise d'activité après son congé maternité. Le Dr G par contre était plus serein peu avant son départ à la retraite
- L'expérience serait gage d'une meilleure gestion des situations conflictuelles
- Origine du conflit « *mettre fin à l'arrêt c'était le remettre dans ses problèmes (...) donc je savais qu'il n'était pas... personnel* » (Dr W)
- Contexte : l'exercice en cabinet de groupe ou milieu hospitalier/salarié permet à la victime de compter sur le soutien de ses collègues
- Lieu habituellement sécurisant « *ça s'rait je pense différent si j'me faisais agresser ici* » (Dr F)

## ***2.2 Conséquences de l'insécurité***

Les situations d'insécurité vécues ont eu des retentissements divers :

- Psychologique : du choc psychologique bref au burn-out en passant par des troubles de l'humeur et du sommeil (cauchemars, insomnie).
- Physique : des plaies chez 2 médecins et un ulcère de stress chez un troisième
- Vie privée : la famille de certains médecins était choquée par l'incident. Parfois le conjoint était plus affecté, demandait un investissement dans du matériel de défense « *Ma femme est pas toujours rassurée (...) ma femme m'a acheté une petite bombe que j'ai dans mon tiroir mais qu'il n'a jamais utilisé* » (Dr E). Dr J et Dr V étant préoccupés avaient été moins présents pour leur entourage. Dr Q expliquait que sa vie familiale s'était compliquée car ses filles ne comprenaient pas sa détresse psychologique.

- Professionnels : plusieurs médecins remettaient leur pratique professionnelle en cause, avec des interrogations sur l'arrêt d'exercice ou la diversification de l'activité. Dr B a validé une formation d'expertise médicale car il exprimait une lassitude d'exercice. Pour rompre l'isolement Dr L a décidé de s'associer avec des paramédicaux et Dr U de reprendre une activité hospitalière en plus du cabinet libéral. Dans le cas d'une agression à main armée, l'associé (Dr P) et les confrères de quartier étaient très affectés par la situation « *c'est vrai qu'au lendemain d cette histoire, j'ai des confrères qui ont installé (...) un système de de caméra pour contrôler l'ouverture d la porte* » (Dr G).

### ***2.3 Modification de la pratique quotidienne***

Les médecins qui se sentaient en insécurité au quotidien ont opéré des aménagements préventifs.

Certains ont modifié leur organisation de travail :

- Horaires : Dr I quittait son cabinet avant la fermeture des commerces voisins. Dr J demandait à son secrétariat de ne pas divulguer ses horaires de consultation et de donner rendez-vous aux nouveaux patients aux heures où elle n'était pas seule.
- Meilleure tenue du dossier médical pour Dr V ayant peur de plaintes à son encontre
- Dr I ne laissait plus ses tampons ni ses ordonnanciers au cabinet
- Dr Q se montrait moins accommodante avec ses collègues (refus de prise en charge des urgences en dehors des gardes)
- Refus de soins :
  - Refus de prise en charge de patients toxicomanes
  - Refus de suivre leurs agresseurs et parfois des membres de leur famille

- Elaboration d'une liste noire dans certaines structures suite à de graves agressions
- Le refus de nouveaux patients conduisait à un sentiment de sécurité

Sécurisation du cabinet : télésurveillance, dispositif d'alerte, scellement du mobilier, achat de matériel de défense (bombe lacrymogène, pistolet de défense). Le coût du matériel de télésurveillance pouvait freiner l'investissement jugé inutile par certains au vu de la soudaineté des événements. Ils pensaient à verrouiller la porte pendant la consultation et fermer le cabinet dès la fin de la dernière consultation. Cependant ils avaient tendance à oublier ces mesures à distance de l'incident.

Avec l'expérience ils élaboraient des stratégies pour gérer ces situations

- Observation attentive de l'environnement lors des visites à domicile (Dr K)
- Etude de l'attitude des nouveaux patients (Dr R)
- Utilisation de techniques de pacification : garder son calme *ne faut surtout pas répondre (...) Il faut rester calme et posé* » (Dr H), baisser le ton, s'asseoir, renforcer la communication voire accéder aux demandes.
- Au contraire Docteurs S et U tentaient de faire preuve d'autorité
- Partir sans prévenir quand la situation n'était plus gérable (Dr K)
- Appel de renforts (Dr K)

### ***3. Opinions et pistes d'amélioration***

#### ***3.1 Opinions et perspectives d'avenir***

Les médecins interrogés supposaient qu'en dehors des vols d'ordonnanciers ils étaient victimes au même titre que d'autres métiers en contact avec le public. Pour Dr W le médecin était plus exposé en raison de son pouvoir décisionnaire.

Plusieurs médecins trouvaient qu'il existait une recrudescence de l'insécurité dans le milieu médical. Dr T n'avait pas cette impression et Dr H pensait que l'insécurité restait marginale.

Pour eux le contexte sociétal avait un rôle important dans la genèse de l'insécurité. Ils trouvaient qu'il existait une aggravation de l'incivisme et que l'égoïsme prédominait. Ils se plaignaient de vivre dans un monde violent (attentats récents). Dr U pensait que l'insécurité était liée aux conditions économiques défavorables « *le médecin est le pouls de la société* ».

Le manque de reconnaissance politique était également évoqué : manque de moyens du médecin généraliste (Dr A), manque de considération.

Le rapport à l'avant/après était contrasté. Ils constataient une amélioration de leurs conditions d'exercice qui renforçait leur sécurité : réduction des visites à domicile, régulation des gardes, apparition du téléphone portable et paiement par carte bancaire diminuant les risques de vols. Cependant ils déploraient une surcharge de travail, notamment administrative réduisant le temps consacré au patient. Dr U considérait que la médecine évoluait dans le mauvais sens. Dr B s'indignait du nombre de demandes injustifiées. Pour Dr Q le mercantile prenait le pas sur l'humain à l'hôpital.

Trois médecins abordaient les perspectives d'avenir. Dr U trouvait que les conditions s'amélioreraient depuis un an peut-être en raison de la chute de la démographie médicale et qu'il fallait rester optimiste. Au contraire Dr P imaginait qu'il y aurait plus de tension à l'avenir en raison du temps d'attente. Dr A était très pessimiste, il expliquait que le médecin

traitant disparaîtrait et que les conditions de travail allaient se détériorer avec la nouvelle loi Santé.

### ***3.2 Pistes d'amélioration***

Quelques pistes ont été évoquées pour minimiser le risque d'insécurité :

- Rompre l'isolement en s'installant dans un cabinet de groupe ou en embauchant une secrétaire. Les maîtres de stages trouvaient que la présence d'un stagiaire était sécurisante.
- Sécurisation du cabinet, Dr R imaginait un dispositif d'alerte simplifié, que possédaient déjà deux médecins.
- Dr K précisait que la tenue du dossier était importante pour avertir ses collègues d'un danger potentiel

Les formations à la gestion de l'insécurité étaient peu mentionnées, seuls Dr B et Dr W ont participé à une formation sur la gestion de l'agressivité.

La prise en charge spécifique des patients à risque était une piste. Dr E s'était formé à la prise en charge des patients en addiction et Dr N avait créé un réseau pour les patients toxicomanes (consultation gratuite auprès d'une psychologue et d'une éducatrice spécialisée). Dr N aurait également apprécié que la sécurité sociale lutte plus contre les abus. Dr S estimait que l'on devrait être averti lorsqu'un patient avait un antécédent judiciaire.

## **IV. DISCUSSION**

### **A. Sur la méthode**

#### ***1. Choix de la méthode***

Notre objectif était de recueillir des opinions et des sentiments, variables non quantifiables, ce qui fait appel à une méthode de recherche qualitative. Les entretiens individuels semi dirigés semblaient appropriés en raison du caractère sensible et privé des sujets évoqués.

#### ***2. Recueil des données***

L'inexpérience de l'enquêteur a sans doute renforcé les biais classiques connus des recherches par entretiens selon Neuman (13).

Un entretien a été perturbé par des allées et venues dans une pièce commune et d'autres par le téléphone.

#### ***3. Analyse des résultats***

La lecture et l'analyse thématique ont été réalisées par une seule personne, novice, ce qui a pu entraîner une exploitation erronée ou insuffisante des résultats. L'absence de triangulation des données nuit également à la validité externe de la recherche. Une seconde analyse des verbatim, par un chercheur formé ou un sociologue, permettrait d'y pallier.

L'étude n'étant pas quantitative, les chiffres mentionnés ne sont pas significatifs.

### **B. Sur les résultats**

#### ***1. Représentativité de la population***

Notre échantillon est assez représentatif des médecins ayant fait des signalements au Conseil de l'Ordre entre 2008 et 2015 au niveau national (tableau 3).

Tableau 3 Représentativité population

<b>Caractéristiques</b>		<b>National (%)</b>	<b>Echantillon(%)</b>
<b>Sexe</b>	Homme	55,3	56,5
	Femme	43,7	43,5
<b>Spécialité</b>	MG	60,7	65,2
	Autre spécialité	38,7	34,8
<b>Lieu</b>	Urbain	80	82,6
	Rural	15,4	17,4
<b>Cadre de l'incident</b>	Exercice de ville	73,5	87
	Etablissement de soins	18	8,7
	Autre cadre	5,5	4,3

(Les totaux au niveau national ne sont pas toujours égaux à 100% car certaines données manquaient)

Les médecins interrogés étaient d'âge et d'expérience variés. Comme au niveau national, les agressions verbales étaient les plus fréquentes.

## ***2. Comparaison avec la littérature***

### ➤ Types d'insécurité

Les formes d'insécurité décrites dans notre étude étaient superposables à celles de l'ONSM (4).

Un cas particulier est apparu : la violence institutionnelle. Elle n'est pas clairement évoquée par l'ONSM mais 1% des agresseurs étaient des collègues en 2015. L'enquête européenne Presst-Next de 2005 (14) montrait que la pression temporelle était significativement liée à plus de déclarations d'évènements violents et que les soignants exposés aux différents aspects de l'insuffisance du travail d'équipe avaient globalement une augmentation d'un quart des épisodes violents.

Dr B expliquait qu'il voyait une agression dans le fait que la médecine soit devenue un service de consommation comme un autre. Ce phénomène était évoqué par N. Kopp dans son

article sur les incivilités subies à l'hôpital (15): la société d'hyperconsommation, y compris d'hyperconsommation de la médecine, était évoquée dans les facteurs étiologiques d'incivilités.

➤ Sentiment d'insécurité au quotidien

Le sociologue Philippe Robert (16) expliquait qu' « insécurité et victimation se superposent mal et que le ressenti n'est pas un simple décalque du risque encouru ».

Dans notre étude près de la moitié des médecins se sentaient en insécurité au quotidien. Bien que non significatif ce chiffre important diffère du résultat d'autres études. Marie Laure Clinet et al (17) dont la recherche quantitative portait sur les sous-déclarations des violences subies par 93 MG exerçant en libéral montrait en 2014 que 14% éprouvaient un sentiment d'insécurité au quotidien. L'enquête de victimation des pays de la Loire de 2014 (10) retrouvait la même valeur. Une thèse de 2007 sur l'insécurité en médecine générale en Rhône-Alpes (9) notait que 84,6% des 2079 MG interrogés n'éprouvaient aucun sentiment d'insécurité et que 3% ayant vécu une situation marquante majoraient ce sentiment.

Nous pouvons émettre deux hypothèses pour expliquer cette différence. D'une part nous n'avons interrogé que des médecins victimes d'insécurité contrairement aux autres études citées. D'autre part plusieurs médecins de notre étude ont mentionné les attentats récents. En effet une étude d'Hugues Lagrange (18) montrait qu'un indicateur de préoccupation sécuritaire augmente lorsque les moyens de communication de masse relatent un événement insécurisant spectaculaire, cette influence n'étant généralement pas durable. L'enquête 2016 « Cadre de vie et sécurité » (19) montrait d'ailleurs que 30,4 % des personnes citaient le terrorisme et les attentats comme le problème le plus préoccupant ( plus 12 points en un an).

### ➤ Situations à risques

La moitié des femmes de notre étude pensaient qu'elles étaient une cible privilégiée alors que les études ne montrent pas de prévalence féminine : 45% des victimes étaient des femmes en 2015 (4), chiffre en relation avec la population médicale de référence. Les femmes ont tendance à se sentir plus vulnérables comme le montre l'enquête de victimation des pays de la Loire de 2014 (10): 10 % des praticiens hommes déclaraient craindre au moins un peu pour leur sécurité personnelle, contre 20 % des femmes, ce sentiment étant significativement plus élevé à autres caractéristiques identiques (Odds Ratio 2,5).

De même les médecins craignaient plus les visites à domicile alors qu'elles ne représentent que 3% des agressions (4).

Concernant le profil des agresseurs, comme dans d'autres études (9,20), notre panel pensait que les patients ayant des pathologies psychiatriques ou des addictions sont plus à risque de violence. Dans son article sur le risque de violence et les troubles mentaux graves J-L Dubreucq (21) expliquait que bien que la prévalence de la violence soit plus élevée chez des patients atteints d'un trouble mental grave qu'au sein de la population générale, le nombre absolu d'actes violents attribuables aux malades mentaux est très faible. On retrouve chez les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique les mêmes facteurs de risque de violence que ceux observés dans la population générale, à savoir l'âge (être jeune), le sexe (homme), le statut socioéconomique (chômage, pauvreté, milieu défavorisé), la tranquillité du quartier de résidence, l'abus dépendance d'alcool ou d'autres drogues et les antécédents de violence. Par ailleurs l'étude de Magin et Al (22) retrouvait une notion de tolérance envers les agresseurs porteurs d'une pathologie psychiatrique, comme l'ont mentionné plusieurs médecins de notre enquête.

Dans notre étude seuls deux médecins pensaient que la violence pouvait émaner de n'importe qui, élément évoqué également dans la thèse d'A. Fanara sur le ressenti et le vécu des femmes MG en Meurthe-et-Moselle (11).

➤ CDOM

Il est intéressant de noter que bien que tous les médecins ayant participé à notre enquête aient signalé au moins un fait d'insécurité, la plupart d'entre eux ne déclaraient pas systématiquement d'autres incidents. Le phénomène de sous déclaration et ses causes sont connus (17,23). Dans le travail de thèse d'Y. Fournane (23) les raisons mentionnées pour ne pas déclarer rejoignent les nôtres : méconnaissance des voies de recours, absence de résultat de la procédure, manque d'impact des mesures prises par le CNOM, dépôt de plainte privilégié, empathie envers les patients, résignation, perte de temps, risque du métier, subjectivité de la violence, peur des représailles.

Une autre hypothèse quant à la sous-déclaration pourrait être que les établissements de santé déclarent de leur côté les agressions de leurs employés à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS). Le rapport 2015 de l'ONVS (24) rapporte 1075 victimes de violence chez les médecins hospitaliers, chiffre nettement supérieur à celui de l'ONSM : 99 incidents en établissement de soins (25).

Il n'existe pas à notre connaissance de recherche portant sur l'avis de la prise en charge de l'insécurité par le CDOM.

➤ Conséquences de l'insécurité

Dans son enquête sur la violence en médecine générale R. Hobbs évoquait l'intérêt du suivi des MG après une agression (26). Dans notre étude seul un médecin a déclaré avoir suivi une psychothérapie et des médecins ayant subi des agressions graves ont décliné l'aide psychologique proposée car estimaient ne pas en avoir besoin.

Comme deux médecins de notre étude P. Magin et al mentionnaient la notion de culpabilité ressentie suite à une agression (22). En revanche l'incidence sur la vie privée était peu évoquée dans la littérature.

Dans cette même étude P. Magin et al ont réparti les réactions des MG face aux patients agressifs en trois stratégies. La stratégie primaire consistait à éviter le conflit en réduisant les visites à domicile, en évitant certaines catégories de patients, en ne prenant pas de nouveaux patients, en pratiquant le black-listing et en évitant l'isolement. Ces pratiques ont également été évoquées dans notre étude, notamment la réduction de l'isolement : avoir un secrétariat, l'aide des forces de l'ordre et les deux maîtres de stage mentionnaient que la présence d'un stagiaire pouvait réduire le sentiment d'insécurité pour une femme. Les stratégies secondaires consistaient en la prévention des agressions en sécurisant le cabinet, en utilisant des techniques de non-violence et le retrait physique, comme mentionné par Dr K dans notre étude. Les stratégies tertiaires n'apparaissaient pas dans notre étude : il s'agissait de mesures pour faire face à la violence déjà établie par des mesures de self défense ou des mesures non conventionnelles comme feindre une crise cardiaque.

Le refus de soins était l'une des conséquences de l'insécurité dans notre enquête. M. Pickin et al (27) retrouvaient comme raison principale de refus de soin les comportements violents. Ce refus est légal et inscrit dans l'article R.4127-47 du code de la santé publique « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles » (28).

#### ➤ Formation

Lorsque nous abordions le sujet de la formation, les médecins de notre étude paraissaient penser que l'expérience personnelle était plus utile. Dans sa thèse C. Kiss (29) mettait en évidence l'absence de formation initiale des médecins à l'insécurité. Ils trouvaient que

l'expérience était le principal mode d'enseignement et que la formation médicale continue ne présentait pas d'intérêt.

### **C. Apport de l'étude et perspectives d'amélioration**

A notre connaissance notre étude est la seule explorant l'expérience de l'insécurité chez des médecins d'activités médicales variées ayant tous signalé un fait d'insécurité au CDOM. De ce fait en plus des motifs de sous déclaration retrouvés dans d'autres études, nos résultats permettent de comprendre les motivations des médecins à signaler au CDOM ou à la justice, ainsi que leurs opinions sur leur prise en charge. S'agissant d'une étude qualitative les résultats ne peuvent être extrapolés, il serait intéressant de la compléter par une étude quantitative à échelle nationale.

#### ➤ Perspectives d'avenir

Les sous-déclarations empêchent de connaître l'ampleur réelle de l'insécurité chez les médecins en France, il serait plus facile de combattre ce phénomène si les chiffres réels étaient connus. Il serait par exemple utile de regrouper les données de l'ONVS et de l'ONSM.

La charge administrative était citée comme un frein au signalement. Depuis peu, l'ONSM a mis en place sur le site internet du CNOM une procédure de télé déclaration de signalement, ce qui sera certainement un gain de temps pour les médecins (30).

Par ailleurs, le 15 décembre 2016, le ministre de l'intérieur reconnaissait, après un entretien avec le président du CNOM, que « la sécurité des professionnels de santé constituait un enjeu majeur (...) ». Plusieurs mesures ont été prises pour évaluer la pertinence et l'efficacité des mesures prises dans le cadre des protocoles en cours, un plan de communication appelant l'attention sur le respect dû aux professionnels de santé dans l'intérêt de la population sera élaboré (31).

## V. CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en lumière les ressentis et opinions à distance des médecins ayant fait un signalement d'insécurité au CDOM.

A la différence d'autres études près de la moitié des médecins interrogés ressentaient de l'insécurité au quotidien dans leur travail, avec des répercussions sur leur vie privée. La fréquence des incivilités et le sentiment de déclassement de la profession paraissent jouer un rôle important dans ce phénomène. Il ne semble pas exister de lien entre la gravité des événements et l'intensité douloureuse du ressenti du médecin victime d'insécurité.

Notre étude suggère que même les médecins ayant signalé une situation d'insécurité ont tendance à sous-déclarer. Une recherche prospective sur la prévalence du « vécu en insécurité » pourrait permettre de mieux appréhender ces situations en limitant le biais de mémorisation.

Les médecins étaient globalement satisfaits de la prise en charge initiale du CDOM mais auraient apprécié un suivi à distance. Il pourrait être utile de modifier la fiche de signalement en incluant une question sur le suivi désiré.

Ils semblaient accorder plus de crédit aux enseignements de leur propre expérience qu'aux formations post universitaires qui pourraient leur être proposées. Nous émettons l'hypothèse que de tels enseignements trouveraient avantageusement leur place dans la formation initiale des médecins.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Un médecin violemment agressé aux urgences de l'hôpital de Saint-Denis [Internet]. leparisien.fr. 2016 [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/saint-denis-93200/un-medecin-violemment-agresse-aux-urgences-de-l-hopital-de-saint-denis-16-09-2016-6125839.php>
2. L'Ordre des médecins soutient la journée « Santé morte » en Nouvelle-Aquitaine | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1945>
3. L'observatoire pour la sécurité des médecins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>
4. CNOM, IPSOS. Observatoire de la sécurité des médecins en 2015 [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_integralite\\_cnom\\_2015\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_integralite_cnom_2015_0.pdf)
5. Jmal-Hammami K, Loukil-Feki M, Moalla E, Gargouri I, Masmoudi ML, Marouen-Jamoussi S. Les agressions sur les lieux du travail en milieu hospitalier. Arch Mal Prof Environ. 1 sept 2006;67(4):626-30.
6. Hérin F, Tran S, Savall F, Dédouit F, Telmon N, Rougé D. Les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail : étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires, de l'unité médico-légale de Rangueil (Toulouse). Rev Médecine Légale. mars 2014;5(1):15-21.
7. Blériot E. L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique: état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante [Th. D]. [France]; 2013.
8. Costargent G, Vernerey M, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA. Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé. Paris: IGAS; 2001 oct p. 71p.
9. Elhadad Michel M. L'Insécurité en médecine générale en Rhône-Alpes: étude rétrospective auprès des médecins généralistes de la région [Th. D]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard;
10. Durand D, Buyck JF, Tuffreau F, ORSPL, URML des Pays de la Loire. Enquête de victimisation auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel 2014 - 2016 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Nantes: ORS; 2015 mai p. 8p.
11. Fanara A, Université Henri Poincaré Nancy 1. Violence des patients : ressenti et vécu des femmes médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Th. D]. 2012.
12. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014. page 19.

13. Neuman WL. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Allyn and Bacon; 1997. 578 p.
14. Estryn-Behar M, Duville N, Menini M-L, Camerino D, Le Foll S, le Nézet O, et al. Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins: Résultats de l'enquête européenne Presst-Next. *Presse Médicale*. janv 2007;36(1, Part 1):21-35.
15. Kopp N. Incivilités subies par les acteurs de santé à l'hôpital. Aspects éthiques et sociétaux. *Éthique Santé*. sept 2013;10(3):149-54.
16. Robert P, Pottier M-L. Les préoccupations sécuritaires : une mutation ? *Rev Fr Sociol*. 45(2):211-41.
17. Clinet M-L, Vaysse B, Gignon M, Jarde O, Manaouil C. Violences subies par les médecins généralistes exerçant en libéral : sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens. *Presse Médicale*. nov 2015;44(11):e321-9.
18. Lagrange H. Médias et insécurité. *Int Rev Community Dev*. 1993;(30):181.
19. ONDRP. La criminalité en France [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.inhesj.fr/fr/content/rapport-annuel-2016>
20. Martin C, Université de Poitiers. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale : enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. [Internet] [Th. D]. 2012. Disponible sur: [http://www.cogemspc.fr/theses/liste\\_these/these\\_sarrazin.pdf](http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_sarrazin.pdf)
21. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. déc 2005;163(10):852-65.
22. 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*. 6 janv 2006;23(3):273-8.
23. Fournane Y. Pourquoi les médecins généralistes ne donnent-ils que rarement suite aux violences qui leurs sont faites ? [Internet] [Th. D]. Université de Lorraine; 2014. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2014\\_FOURNANE\\_YAMINA.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_FOURNANE_YAMINA.pdf)
24. DGOS. Rapport annuel 2014 (rapport de 2015 sur les données 2014) de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé [Internet]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan\\_national\\_onvs-2014-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_national_onvs-2014-2.pdf)
25. CNOM, IPSOS. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_medecins\\_2014.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2014.pdf)
26. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ*. 9 févr 1991;302(6772):329-32.
27. Pickin M, Sampson F, Munro J, Nicholl J. General practitioners' reasons for removing patients from their lists: postal survey in England and Wales. *BMJ*. 12 mai 2001;322(7295):1158-9.

28. Article R4127-47 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912913&dateTexte=&categorieLien=cid>
29. Kiss C. Sentiment d'insécurité chez les femmes médecins généralistes: Etude qualitative dans les Bouches-du-Rhône [Th. D]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines;
30. Fiche de signalement d'agression - Ordre des Médecins Démarches en lignes [Internet]. [cité 26 déc 2016]. Disponible sur: [https://sve.ordre.medecin.fr/loc\\_fr/default/requests/62/update?\\_\\_CSRFTOKEN\\_\\_=53bc9a9b-e591-47d5-94e9-bd8fdf575911](https://sve.ordre.medecin.fr/loc_fr/default/requests/62/update?__CSRFTOKEN__=53bc9a9b-e591-47d5-94e9-bd8fdf575911)
31. Ministre de l'Intérieur. Communiqué: Sécurisation des professionnels de santé [Internet]. 2016 [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Se-curisation-des-professionnels-de-sante>

# ANNEXES

ANNEXE 1  
FICHE DE SIGNALEMENT CNOM

## 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_, à \_\_\_\_ heures.

Cachet et signature  
(à défaut  
n° RPPS : \_\_\_\_\_)

### 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

Menaces

Coups et blessures volontaires

Intrusion dans le cabinet

Autre (à préciser) \_\_\_\_\_

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.

### 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

remple le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201 \_\_\_\_

Je désire rencontrer un conseiller départemental

ANNEXE 2  
DECLARATION A LA CNIL

RÉCÉPISSÉ

[REDACTED]  
HUBER FANNY  
[REDACTED]  
[REDACTED]

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1950469 v 0

du 21 avril 2016

**A LIRE IMPÉRATIVEMENT**

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

**Organisme déclarant**

Nom : HUBER FANNY

Service :

Adresse : [REDACTED]

Code postal : 54000

Ville : NANCY

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

8621Z

Tél : [REDACTED]

Fax :

**Traitement déclaré**

**Finalité :** IL S'AGIT D'UNE ÉTUDE DANS LE CADRE DE MA THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE, DONT LE TITRE EST RESENTIS ET OPINIONS DES MÉDECINS VICTIMES D'AGRESSION EN MEURTHE ET MOSELLE ENTRE 2008 ET 2015. L'OBJECTIF EST D'ÉVALUER LE RESENTI À DISTANCE DES MÉDECINS VICTIMES D'AGRESSION. LES DONNÉES SERONT RÉCOLTÉES LORS D'ENTRETIENS INDIVIDUELS, RETRANSCRITS ANONYMEMENT. LES THÈMES ABORDÉS CONCERNERONT LE RESENTI À DISTANCE VERSUS LE RESENTI PRÉCOCE DES MÉDECINS AGRÉSÉS ET LEURS...

Fait à Paris, le 21 avril 2016  
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

ANNEXE 3  
COURRIER ENVOYE AUX MEDECINS AYANT FAIT UN  
SIGNALEMENT

Nancy le 28 avril 2016

Mme HUBER Fanny  
Médecin généraliste remplaçant

**Objet : Ressentis et opinions des médecins victimes d'agression en Meurthe et Moselle entre 2008 et 2015**

Chère consœur, cher confrère,

En 2014 l'Observatoire de la Sécurité des Médecins fait état de la **persistance d'un niveau élevé de violence à l'égard des médecins** : 901 fiches de signalement lui ont été transmises dont 11 en Meurthe et Moselle.

Il s'agit du troisième niveau le plus élevé depuis 2003.

Cependant nous disposons de **peu d'informations sur le devenir et le ressenti à distance** des médecins ayant été agressés.

C'est pourquoi j'ai décidé d'y consacrer **mon travail de thèse** : il s'agira d'une recherche qualitative dirigée par le Dr Alain CRITON (Maître de Stage Universitaire) et par le Pr Paolo DI PATRIZIO (Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy et Conseiller Ordinal).

Cette recherche sera réalisée sous la forme d'une vingtaine d'**entretiens individuels** semi dirigés, **retranscrits anonymement**. Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée (n° 1950469v0).

Sachant que **vous avez par le passé signalé des violences, votre éclairage nous serait particulièrement utile**.

Si vous acceptez de me rencontrer, vous pouvez retourner votre coupon réponse à l'Ordre des Médecins de Meurthe et Moselle qui me fera connaître votre accord et vos coordonnées.

Je me permettrai alors de prendre contact avec vous pour convenir d'un rendez-vous.

Dans l'attente de vos réponses, je vous prie d'agréer, chère consœur, cher confrère, avec mes salutations confraternelles, l'assurance de ma considération distinguée.

En me tenant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous remercie par avance pour votre précieuse collaboration.

Fanny HUBER

ANNEXE 4  
COUPON REPONSE

## Coupon réponse

Participation à l'étude « **Ressentis et opinions des médecins victimes d'agression en  
Meurthe et Moselle entre 2008 et 2015** »

Docteur .....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

E-mail .....

- OUI** je souhaite participer à l'étude et accepte d'être contacté(e) pour un entretien  
 **NON** je ne souhaite pas participer à l'étude

**Merci de bien vouloir compléter et renvoyer le coupon au Conseil de l'Ordre dans  
l'enveloppe pré affranchie ci jointe**

ANNEXE 5  
GUIDE D'ENTRETIEN

Je suis médecin généraliste remplaçant, nous nous rencontrons dans le cadre de la réalisation de ma thèse.

Elle porte sur le ressenti et les opinions des médecins victimes d'insécurité, ayant fait un signalement au Conseil de l'Ordre.

Nous allons donc procéder à un entretien anonyme, qui va être enregistré avec votre accord pour faciliter le recueil des résultats.

#### Profil de l'interviewé

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice
- Durée d'exercice
- Mode de travail
  - o Secrétariat
  - o Cabinet de groupe ou non
  - o Visites à domicile
  - o Gardes
  - o Sur RDV ou libre
  - o Nombre actes quotidien

1. Pour commencer : pourriez-vous me raconter l'expérience ayant conduit au signalement que vous avez fait au Conseil de l'Ordre ?

Relance : avez-vous porté plainte ?

2. Avez-vous déjà ressenti de l'insécurité avant ou après cet évènement ?

3. L'avez-vous déclaré également au Conseil de l'Ordre ? Si non, pourquoi avoir déclaré celui-ci et pas un autre ?

Relance : - prise en charge par le CDOM / forces de l'ordre ?

- si cet évènement se produisait aujourd'hui réagiriez-vous différemment ?

4. Comme nous sommes à quelques années de cet évènement, pouvez-vous me dire si et comment cet évènement a modifié votre quotidien ?

Relance : - persistance sentiment insécurité ?

- changement dans la pratique quotidienne / impact sur la vie privée ?

ANNEXE 6  
TABLEAUX CARACTERISTIQUES ECHANTILLON

Médecin	Sexe	Age	Spécialité	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Durée d'exercice
<b>Dr A</b>	homme	56	MG	Urbain	libéral	27
<b>Dr B</b>	homme	57	MG	Urbain	libéral	30
<b>Dr C</b>	homme	49	MG	Rural	libéral	19
<b>Dr D</b>	homme	50	cardiologue	Urbain	mixte (70% libéral / 30% hospitalier)	23
<b>Dr E</b>	homme	67	MG	Urbain	libéral	38
<b>Dr F</b>	homme	60	MG	Rural	libéral	34
<b>Dr G</b>	homme	68	MG retraité	Urbain	libéral	36
<b>Dr H</b>	homme	57	médecin vasculaire	Urbain	libéral	27
<b>Dr I</b>	homme	37	MG	Urbain	libéral	6
<b>Dr J</b>	femme	42	psychiatre	Urbain	libéral	10
<b>Dr K</b>	femme	42	MG	Urbain	Réseau urgences	15
<b>Dr L</b>	femme	54	MG	Urbain	libéral	24
<b>Dr M</b>	homme	50	urologue	Urbain	mixte	20
<b>Dr N</b>	femme	52	MG	Urbain	mixte (1 jour/semaine au CHU)	25
<b>Dr O</b>	femme	55	MG	Urbain	libéral	27
<b>Dr P</b>	homme	46	MG	Urbain	libéral	15
<b>Dr Q</b>	femme	46	chirurgien général	Urbain	hospitalier	21
<b>Dr R</b>	homme	44	MG	Semi rural	libéral	13
<b>Dr S</b>	femme	43	MG	Rural	libéral	15
<b>D T</b>	femme	64	gériatre	Urbain	hospitalier	41
<b>Dr U</b>	femme	56	neurologue	Urbain	mixte (libéral/hospitalier 50%)	28
<b>Dr V</b>	homme	58	MG	Urbain	mixte (libéral/réserviste dans l'armée)	31
<b>Dr W</b>	femme	53	médecin expert et médecin conseil	Urbain	mixte (libéral /salarié 50%)	29

Médecin	Cabinet	Secrétariat	Gardes	Visites	RDV ou libre	Actes par jour
<b>Dr A</b>	seul	téléphonique	non	oui	RDV	30
<b>Dr B</b>	seul	téléphonique	non	peu	RDV	30-40
<b>Dr C</b>	seul	non	non	peu	mixte	30
<b>Dr D</b>	association (2)	oui	oui au CH	non	RDV	30
<b>Dr E</b>	seul	non	oui (WE)	oui	mixte	15
<b>Dr F</b>	seul depuis 1991	oui	oui	oui	mixte	25
<b>Dr G</b>	seul	non	non	oui	mixte	15-20
<b>Dr H</b>	seul	oui	non	non	RDV	30
<b>Dr I</b>	seul	non	oui	oui	mixte	20
<b>Dr J</b>	association (3)	téléphonique	non	non	RDV	12
<b>Dr K</b>	association	oui	oui	Quasi exclusif	mixte	20
<b>Dr L</b>	seule	téléphonique	non	beaucoup	RDV	18
<b>Dr M</b>	association	oui	oui	non	RDV	20-30
<b>Dr N</b>	- association (seule au cabinet) - maître de stage	téléphonique	non	oui	mixte	30-40
<b>Dr O</b>	seule	non	non	oui	mixte	20-30
<b>Dr P</b>	association	téléphonique	oui (2 WE/an)	oui	RDV	30-35
<b>Dr Q</b>	CH	oui	oui (1 jour/3)	non		15
<b>Dr R</b>	- seul - maître de stage	téléphonique	non	beaucoup	RDV	30
<b>Dr S</b>	association (seule au cabinet)	téléphonique	non	oui	mixte	25
<b>D T</b>	CHU	oui	oui (astreinte 1 WE/mois)	non		15-20
<b>Dr U</b>	association + CH	téléphonique	non	non	RDV	16/semaine
<b>Dr V</b>	seul	non	non	beaucoup	libre	40-45
<b>Dr W</b>	seule + entreprise	oui	oui	non	RDV	8

ANNEXE 7  
ARTICLE SOUMIS À PUBLICATION

**Vécu de l'insécurité des médecins ayant fait un signalement au Conseil de l'Ordre**  
**Experience of the insecurity of physicians who reported to the County Council of the**  
**Medical Order**

F. Huber <sup>1</sup>, A. Criton <sup>1</sup>, P. Di Patrizio <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine

*Auteur correspondant :*

Fanny Huber

Mail : fanny.huber@orange.fr

*Titre courant :* Vécu de l'insécurité chez les médecins

## **Summary**

**Background :** There is a resurgence of insecurity experienced by health professionals, including doctors. To assess this phenomenon, the « Observatoire National pour la Sécurité des Médecins » has put in place an incident reporting form. Our study aims to explore the feelings and opinions of physicians who reported a situation of insecurity during their practice at the Council of the Medical Order.

**Methods :** A qualitative study by semi-directed interviews was conducted among physicians who reported an insecurity to the Council of the Order of Meurthe-et-Moselle between 2008 and 2015. The interviews were transcribed and a thematic analysis of the content from the verbatim was made using the N'vivo software.

**Results :** Twenty-three physicians from ten medical specialties were interviewed. Almost half of them felt a sense of daily insecurity in their work, with repercussions on their private life. Factors influencing feelings about these events have been identified. They were generally satisfied with taking charge of the council but would have appreciated remote monitoring. They tended to under-report incidents.

**Conclusion :** Our study allows us to understand physician's motivations to report a situation of insecurity and suggests that these statements should be reinforced. It does not seem to be any connection between the supposed severity of the events and the pain intensity of the feelings of the insecure physician. It may be useful to modify the record by including a question on the desired follow-up.

**Key words :** Workplace violence. Exposure to Violence. Attitude oh Health Personnel. Emotions. General practice. Hospital Medicine

## **Résumé**

**Position du problème** : Il existe une recrudescence de l'insécurité de la profession. Pour évaluer ce phénomène l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins a mis en place une fiche de déclaration des incidents. Notre étude vise à explorer le ressenti et les opinions des médecins ayant déclaré une situation d'insécurité à l'ordre des médecins.

**Méthodes** : Etude qualitative menée par entretiens semi dirigés auprès des médecins ayant fait un signalement au Conseil de l'Ordre de Meurthe-et-Moselle entre 2008 et 2015. Les entretiens ont été retranscrits et une analyse thématique du contenu du verbatim a été réalisé à l'aide du logiciel N'vivo.

**Résultats** : Vingt-trois médecins de dix spécialités médicales ont été interrogés. Près de la moitié d'entre eux ressentaient un sentiment d'insécurité au quotidien dans leur travail, avec des répercussions sur leur vie privée. Des facteurs influençant le ressenti ont été identifiés. Ils étaient globalement satisfaits de la prise en charge du Conseil de l'Ordre mais auraient apprécié un suivi à distance. Ils avaient tendance à sous-déclarer les incidents.

**Conclusion** : Notre étude permet de comprendre les motivations des médecins à signaler une situation d'insécurité et suggère qu'il faudrait renforcer ces déclarations. Il ne semble pas exister de lien entre la gravité supposée des événements et l'intensité douloureuse du ressenti du médecin victime d'insécurité. Il pourrait être utile de modifier la fiche de signalement en incluant une question sur le suivi désiré.

**Mots clés** : Violence au travail. Exposition à la violence. Attitude du personnel soignant. Emotions. Médecine générale. Médecine hospitalière

## INTRODUCTION

L'insécurité est l'un des problèmes majeurs évoqués ces dernières années et les professionnels de santé ne sont pas épargnés, comme l'actualité nous le montre régulièrement.

Sa définition est complexe mais on peut dire qu'elle s'oppose à la sécurité, définie par le Trésor de la Langue Française Informatisé comme étant « un état d'esprit confiant et tranquille qui résulte du sentiment, bien ou mal fondé, que l'on est à l'abri de tout danger. »

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a créé en 2003 l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins (ONSM) dont le but est de répondre aux questions des médecins qui souffrent d'un sentiment d'insécurité, de faciliter leurs démarches lorsqu'ils ont été agressés, de prévenir ces agressions et d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle sont exposés les médecins dans leur exercice professionnel (1).

En 2015 (2) l'ONSM fait état de la persistance d'un niveau élevé d'insécurité à l'égard des médecins : 924 fiches de signalement lui ont été transmises, dont 18 en Meurthe-et-Moselle. La moyenne observée est de 724 incidents par an, il s'agit du deuxième niveau le plus élevé depuis 2003.

Outre celle de l'ONSM, plusieurs études (3-7) ont permis de dresser un état des lieux des situations d'insécurité auxquelles étaient confrontés les médecins et quelques études parlent du ressenti des médecins généralistes (8,9) mais nous disposons de peu d'informations sur le vécu à distance de ces médecins, toutes spécialités confondues.

L'objectif de notre travail était de recueillir les opinions et le ressenti des médecins ayant signalé une situation d'insécurité. L'objectif secondaire était de caractériser les situations d'insécurité vécues.

## **MATERIEL ET METHODES**

Notre étude était une recherche qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Le seul critère d'inclusion était le signalement d'une situation d'insécurité au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle (CDOM) entre 2008 et 2015.

Après déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés le CDOM a envoyé un courrier expliquant notre recherche à ces médecins. Il leur était demandé s'ils accepteraient de répondre à un entretien en retournant un coupon réponse préaffranchi. En cas de réponse favorable ils étaient recontactés par téléphone ou par mail pour convenir de la date d'entretien.

L'entretien était réalisé à l'aide d'un guide d'entretien constitué de questions ouvertes élaboré après revue de la littérature avec l'aide d'un sociologue, maître de conférences de l'Université de Lorraine. Les entretiens ont été enregistrés sur smartphone avec l'accord de chaque participant. Ils se sont déroulés sur leur lieu de travail habituel excepté pour trois d'entre eux (deux entretiens au domicile du participant, un médecin étant retraité et l'autre pour convenance personnelle et le troisième sur une base aérienne, le médecin y étant réserviste).

Les enregistrements étaient anonymisés et retranscrits intégralement sous forme de Verbatim sur le logiciel Word puis analysés selon la méthode d'analyse thématique (10).

Les verbatims ont ensuite été regroupés en sous-thèmes à l'aide du logiciel N'Vivo 11.

## RESULTATS

### *I. Caractéristiques de la population étudiée*

#### *Inclusion*

Sur les 89 courriers envoyés aux médecins ayant fait un signalement au Conseil de l'Ordre entre 2008 et 2015 nous avons inclus 23 personnes (figure 1).

#### *Données sociodémographiques et activité médicale*

Plusieurs spécialités étaient représentées (tableau 1) : médecine générale dont un retraité, angiologie, urologie, gériatrie, psychiatrie, cardiologie, neurologie, chirurgie générale et médecine d'expertise/conseil. Deux médecins généralistes étaient maîtres de stages.

### *II. Analyse des verbatims par sous-thèmes*

Les entretiens ont été réalisés entre juillet et octobre 2016 (durée : 6 à 39 minutes). Les médecins ont été renommés de Dr A à Dr W.

#### *1. Typologie de l'insécurité*

##### *1.1 De l'insécurité au sentiment d'insécurité*

Les médecins interrogés ont évoqué différents types d'insécurité rencontrés (tableau 2).

Une forme particulière d'insécurité a été mentionnée : l'insécurité « par procuration », lorsqu'un autre membre du cabinet ou un patient était en danger. Elle concernait la secrétaire « *ils sont plus agressifs avec elle qu'avec moi* » (Dr B), le médecin remplaçant, la femme de ménage et d'autres patients.

Il existait une perception diffuse de l'insécurité : onze médecins ressentaient un sentiment d'insécurité au travail : « *j'me sens en... en insécurité* » (Dr I), « *j'suis pas complètement*

*sereine* » (Dr O), « *on reste fragile de côté-là* » (Dr P). Celui-ci n'était pas lié à la gravité des faits (exemple : Dr G malgré une agression à main armée ne se sentait pas en insécurité).

Plusieurs suggéraient que le fait de ne pas exercer son métier sereinement participait au sentiment d'insécurité :

- Dr V parlait de peur professionnelle : peur d'une nouvelle plainte déposée à son encontre. Quatre médecins ont été victimes de fausses accusations.
- Pour les Drs F, T et U les critiques du patient ou de sa famille étaient mal vécues « *on est euh critiqué vertement et ça ça fait mal parce que quand on s'est donné du mal pour un patient et qu'on s'prend ça en pleine euh figure* » (Dr U).
- Dr A parlait de « *violence sociale* » expliquant que les problèmes sociaux empiétaient sur la partie médicale des consultations
- Les Drs K, O et U citaient le manque de respect et les incivilités « *des propos déplacés (...) oui l'absence complète de respect pour le médecin* » (Dr K)
- Dr Q mentionnait le contexte institutionnel « *le système ici il est complètement dysfonctionnel (...) tout a été organisé mais mal. Et les gens sont tous sous pression et... y a une ambiance qui n'est pas bonne quoi* »
- Insécurité dans l'actualité (attentats récents ou agressions d'autres professionnels de santé)

## 1.2 Situations à risques : diversité des situations

Les médecins interrogés identifiaient des situations à risque d'insécurité, pouvant être liés à plusieurs facteurs.

### 1.2.1 Contexte d'exercice

- Situation géographique du cabinet : Dr I évaluait un sur-risque en milieu urbain

- Lieu de la consultation

- Hors du cabinet : les médecins se sentaient plus en sécurité dans leur cabinet qu'en visite chez des patients inconnus « *à domicile c'est vrai qu'on marche beaucoup plus sur des œufs* » (Dr K) ou lors des gardes de nuit « *sortir la nuit sur des gens qu'je ne connaissais pas euh j'me sentais pas du tout en sécurité* » (Dr O). Drs L et R appréhendaient les visites dans les quartiers réputés difficiles.
- Hôpital : Dr D mentionnait les patients hospitalisés contre leur gré pouvant devenir agressifs

- Horaire :

- Fin de journée et nuit « *c'est surtout l'soir quand il fait nuit (...) dans un cabinet où on est seule bon ben... faut faire confiance* » (Dr N)
- Salle d'attente vide « *Y avait personne d'autre en salle d'attente, c'était euh... j'vous dis ben c'est fragile quoi en fait* (Dr C) »
- Retard « *c'est quelqu'un qui était très très énervé quand j'suis arrivée, pour un délai d'intervention euh qu'il jugeait trop long* » (Dr K).

### 1.2.2 Relatif au patient

- Patients inconnus et pratiquant le nomadisme médical

- Patients en addiction (toxicomanie ou exogénose chronique), parfois imprévisibles

- Patients présentant des pathologies psychiatriques

- Le milieu socio professionnel : deux médecins trouvaient que les agresseurs pouvaient être issus de tout milieu socio professionnel « *en reprenant mes fiches j'me suis rendue compte*

*que c'était un ancien toxicomane (...) Mais quand j'y repense c'était de tout (...) c'était de tout hein » (Dr U). Les patients précaires ne posaient pas de problème au Dr N « ils sont... en telle demande qu'ils sont super sympas (...) y a aucune crainte (...) ils sont très gentils, ils nous remercient ».*

- L'agresseur est parfois un confrère : *« j'suis revenue, ils m'ont traitée d'carotteuse, de... tout c'que tu veux et j'ai trouvé vraiment qu'ils étaient agressifs (...) Je l'vis encore comme une agression » (Dr Q à propos de ses collègues hospitaliers).*

Des attentes particulières des patients participaient également à la naissance d'une situation d'insécurité :

- Arrêts de travail
- Demande de psychotropes ou de traitement substitutif
- Demande d'examen complémentaire *« je n'satisfais pas immédiatement et là ça y est ça échappe » (Dr U)*
- Expertise avec conséquence financière *« ils peuvent ne pas être contents (...) ils auront pas l'indemnisation qu'ils espéraient » (Dr W).*

### *1.2.3 Relatif au médecin*

- Le sexe : cinq consœurs estimaient que les femmes sont plus exposées : *« les médecins femmes j'pense que c'est une cible » (Dr L).*

- La spécialité pratiquée :

- Structure d'urgences et de permanence des soins *« on est PLEINS à avoir déjà eu l problème (...) des agressions verbales oui on... on en a tous, ça c'est sûr. Agression physique on est pas mal »*

- Médecine générale plus exposée
- L'activité de médecin conseil du Dr W pouvant pénaliser financièrement ses patients, il existe un risque de conflit
- D'après le Dr H, angiologue, sa patientèle âgée diminuait le risque

- Le tempérament du médecin : Dr O parlait de son fort caractère « *moi j'ai pas du tout un caractère à... m'laisser faire* » alors que Dr E était plus diplomate « *j'ai quand même la chance de de bénéficier d'un tempérament calme (...) ça rend service* »

- Le manque de communication est apparu plusieurs fois comme néfaste :

- Entre médecin et patient (Dr U)
- Entre confrères
  - Absence d'échanges entre le médecin traitant et le médecin spécialisé (Dr U)
  - Entre MG en l'absence de permanence des soins « *c'est parce qu'il y a pas une coordination des remplacements et qu'on... les médecins communiquent pas leur absence* » (Dr N).
  - Communication avec le SAMU : « *j'ai appelé le le SAMU pour avoir de l'aide ils m'ont dit « ben non débrouillez-vous »* » (Dr F). A l'inverse Dr K expliquait que la bonne communication avec la régulation du SAMU était un atout dans son quotidien « *on s'connait bien avec les médecins du SAMU (...) on passe par le SAMU ça va plus vite ça évite les explications* »

### 1.3 Le signalement et ses suites

#### 1.3.1 Signalement au Conseil de l'Ordre

Plusieurs médecins cherchaient conseil auprès du CDOM malgré la sensibilisation au signalement effectuée préalablement.

Les motivations à signaler étaient diverses :

- A titre informatif : pour alimenter les statistiques (Docteurs A, C et I) ou à titre personnel comme Dr H qui voulait voir apparaître le nom de son agresseur dans les dossiers du CDOM (suite à menace de mort)
- A titre protecteur
  - Contre une fausse accusation (Dr M)
  - Utilisation frauduleuse de matériel volé (ordonnances, carte professionnelle).
- Droit de réponse en cas de plainte à l'ordre (Docteurs D, K et U).
- Appel au secours (Dr U)
- But thérapeutique : Dr Q avait signalé sur conseil de son psychiatre
- Récurrence : la multiplication de ces évènements poussait certains à se manifester (Dr A, Dr B) sans pour autant signaler des faits ultérieurs « *C'était p't'être pas quelque chose de dramatique (...) ce jour-là j'ai pas admis* » (Dr A).

#### Les raisons évoquées de ne pas signaler au CDOM

- La lourdeur administrative
- Le manque de temps (Dr I, Dr N)
- Une agression physique semblait plus justifier un signalement qu'une « simple » situation d'insécurité (Dr I, Dr G).

#### 1.3.2 Prise en charge du Conseil de l'Ordre

- Un tiers des médecins n'avait pas d'attente autre qu'administrative « *mais j'attends rien de l'ordre (...) Pfff qu'est-ce qu'ils peuvent faire ?* » (Dr B)
- Certains attendaient une prise en charge judiciaire ou sociétale
- Dr H aurait apprécié un accompagnement juridique et une convocation du patient mis en cause

Les avis sur la prise en charge différaient :

- Les points positifs évoqués étaient les qualités relationnelles et d'écoute du conseiller ordinal avec une prise en charge empathique au téléphone. Ils appréciaient d'être mis en contact avec le référent sûreté.
- D'un autre côté il était reproché au Conseil de l'Ordre un manque d'initiative et de prise de nouvelles. Ils supposaient qu'une prise en charge spécifique était réservée aux cas graves « *j'imagine le l'aide du Conseil de l'Ordre pour des faits quand même beaucoup plus graves (...) mettant en cause euh la vie du médecin ou (...) un traumatisme psychologique important* » (Dr E). Lors d'une plainte à leur encontre les Dr H et Dr V avaient l'impression que le Conseil de l'Ordre prenait plus le parti du patient. Deux médecins qualifiaient la prise en charge d'inutile.

### 1.3.1 Prise en charge des forces de l'ordre et de la justice

#### 1.3.3.1 Dépôt de plainte

Beaucoup de médecins n'envisageaient de porter plainte qu'en cas d'agression physique ou de choc psychologique important (Dr D et sa famille). Ils le faisaient d'eux même ou sur conseil du CDOM ou de l'entreprise.

Divers objectifs ont été cités :

- Statistiques
- À titre légal (assurances)
- Responsabiliser les patients agressifs « *j'aurais p't'être dû porter plainte, que ça lui... que ça lui serve de leçon et puis qu'il recommence pas* » (Dr H).
- Légitimer les refus de soins ultérieurs des patients très agressifs (Dr K)

Les raisons de ne pas porter plainte étaient la lourdeur administrative, le manque de temps, la fréquence des agressions verbales, la peur d'éventuelles représailles, le risque

d'irresponsabilité pénale en cas de pathologie psychiatrique et l'empathie envers un patient victime d'ennuis judiciaires (Dr C).

### *1.3.3.2 Avis sur la prise en charge des forces de l'ordre*

Dr J et Dr T appréciaient la prise de rendez-vous et le pré-dépôt de plainte sur internet. Dr W regrettait le manque de clarté des explications données (confusion entre déposition et plainte). Ils avaient l'impression d'être écoutés, notamment par le référent sûreté qui était de bon conseil bien que pas toujours joignable.

En dehors du dépôt de plainte Dr K et Dr U précisait que les forces de l'ordre étaient utiles au quotidien pour désamorcer des conflits ou lors de situations dangereuses.

### *1.3.3.3 Prise en charge de la justice*

Ils déploraient la lenteur des procédures, le manque d'information et le peu de sanctions « *c'était quand même lamentable et là j'estime que là la justice fait pas son boulot* » (Dr V)

## *2. L'expérience de l'insécurité sur la pratique*

### *2.1 Ressenti de l'insécurité*

De multiples sentiments étaient exprimés :

- Culpabilité « *on se dit mais qu'est-ce j'ai fait (...) Qu'est-ce que j'ai fait de mal ? (...)*  
*Après on on finit par avoir une culpabilisation euh déplacée j'trouve* » (Dr U)
- Trahison
- Peur qui s'estompait avec le temps
- Frustration
- Résignation
- Impuissance
- Détachement du fait d'agressions verbales fréquentes

- Inquiétude pour la santé de l'agresseur (pathologie psychiatrique, troubles cognitifs)
- Regret de ne pas avoir porté plainte /du signalement
- Colère suite à la divulgation de son signalement au patient

Plusieurs facteurs influençaient le ressenti de ces évènements :

- État d'esprit du jour : Dr Q expliquait qu'elle n'aurait pas vécu la situation de la même manière si elle n'avait pas été aussi fatiguée. Idem pour Dr J le jour de sa reprise d'activité après son congé maternité. Le Dr G par contre était plus serein peu avant son départ à la retraite
- L'expérience serait gage d'une meilleure gestion des situations conflictuelles
- Origine du conflit « *mettre fin à l'arrêt c'était le remettre dans ses problèmes (...) donc je savais qu'il n'était pas... personnel* » (Dr W)
- Contexte : l'exercice en cabinet de groupe ou milieu hospitalier/salarié permet à la victime de compter sur le soutien de ses collègues
- Lieu habituellement sécurisant « *ça s'rait je pense différent si j'me faisais agresser ici* » (Dr F)

## 2.2 Conséquences de l'insécurité

Les situations d'insécurité vécues ont eu des retentissements divers :

- Psychologique : du choc psychologique bref au burn-out en passant par des troubles de l'humeur et du sommeil (cauchemars, insomnie).
- Physique : des plaies chez 2 médecins et un ulcère de stress chez un troisième
- Vie privée : la famille de certains médecins était choquée par l'incident. Parfois le conjoint était plus affecté, demandait un investissement dans du matériel de défense « *Ma femme est pas toujours rassurée (...) ma femme m'a acheté une petite bombe que*

*j'ai dans mon tiroir mais qu'il n'a jamais utilisé » (Dr E). Dr J et Dr V étant préoccupés avaient été moins présents pour leur entourage. Dr Q expliquait que sa vie familiale s'était compliquée car ses filles ne comprenaient pas sa détresse psychologique.*

- Professionnels : plusieurs médecins remettaient leur pratique professionnelle en cause, avec des interrogations sur l'arrêt d'exercice ou la diversification de l'activité. Dr B a validé une formation d'expertise médicale car il exprimait une lassitude d'exercice. Pour rompre l'isolement Dr L a décidé de s'associer avec des paramédicaux et Dr U de reprendre une activité hospitalière en plus du cabinet libéral. Dans le cas d'une agression à main armée, l'associé (Dr P) et les confrères de quartier étaient très affectés par la situation *« c'est vrai qu'au lendemain d cette histoire, j'ai des confrères qui ont installé (...) un système de caméra pour contrôler l'ouverture d la porte » (Dr G).*

### 2.3 Modification de la pratique quotidienne

Les médecins qui se sentaient en insécurité au quotidien ont opéré des aménagements préventifs.

Certains ont modifié leur organisation de travail :

- Horaires : Dr I quittait son cabinet avant la fermeture des commerces voisins. Dr J demandait à son secrétariat de ne pas divulguer ses horaires de consultation et de donner rendez-vous aux nouveaux patients aux heures où elle n'était pas seule.
- Meilleure tenue du dossier médical pour Dr V ayant peur de plaintes à son encontre
- Dr I ne laissait plus ses tampons ni ses ordonnanciers au cabinet
- Dr Q se montrait moins accommodante avec ses collègues (refus de prise en charge des urgences en dehors des gardes)

- Refus de soins :

- Refus de prise en charge de patients toxicomanes
- Refus de suivre leurs agresseurs et parfois des membres de leur famille
- Elaboration d'une liste noire dans certaines structures suite à de graves agressions
- Le refus de nouveaux patients conduisait à un sentiment de sécurité

Sécurisation du cabinet : télésurveillance, dispositif d'alerte, scellement du mobilier, achat de matériel de défense (bombe lacrymogène, pistolet de défense). Le coût du matériel de télésurveillance pouvait freiner l'investissement jugé inutile par certains au vu de la soudaineté des événements. Ils pensaient à verrouiller la porte pendant la consultation et fermer le cabinet dès la fin de la dernière consultation. Cependant ils avaient tendance à oublier ces mesures à distance de l'incident.

Avec l'expérience ils élaboraient des stratégies pour gérer ces situations

- Observation attentive de l'environnement lors des visites à domicile (Dr K)
- Etude de l'attitude des nouveaux patients (Dr R)
- Utilisation de techniques de pacification : garder son calme *ne faut surtout pas répondre (...) Il faut rester calme et posé* » (Dr H), baisser le ton, s'asseoir, renforcer la communication voire accéder aux demandes.
- Au contraire Docteurs S et U tentaient de faire preuve d'autorité
- Partir sans prévenir quand la situation n'était plus gérable (Dr K)
- Appel de renforts (Dr K)

### 3. Opinions et pistes d'amélioration

#### 3.1 Opinions et perspectives d'avenir

Les médecins interrogés supposaient qu'en dehors des vols d'ordonnanciers ils étaient victimes au même titre que d'autres métiers en contact avec le public. Pour Dr W le médecin était plus exposé en raison de son pouvoir décisionnaire.

Plusieurs médecins trouvaient qu'il existait une recrudescence de l'insécurité dans le milieu médical. Dr T n'avait pas cette impression et Dr H pensait que l'insécurité restait marginale.

Pour eux le contexte sociétal avait un rôle important dans la genèse de l'insécurité. Ils trouvaient qu'il existait une aggravation de l'incivisme et que l'égoïsme prédominait. Ils se plaignaient de vivre dans un monde violent (attentats récents). Dr U pensait que l'insécurité était liée aux conditions économiques défavorables « *le médecin est le pouls de la société* ».

Le manque de reconnaissance politique était également évoqué : manque de moyens du médecin généraliste (Dr A), manque de considération.

Le rapport à l'avant/après était contrasté. Ils constataient une amélioration de leurs conditions d'exercice qui renforçait leur sécurité : réduction des visites à domicile, régulation des gardes, apparition du téléphone portable et paiement par carte bancaire diminuant les risques de vols. Cependant ils déploraient une surcharge de travail, notamment administrative réduisant le temps consacré au patient. Dr U considérait que la médecine évoluait dans le mauvais sens. Dr B s'indignait du nombre de demandes injustifiées. Pour Dr Q le mercantile prenait le pas sur l'humain à l'hôpital.

Trois médecins abordaient les perspectives d'avenir. Dr U trouvait que les conditions s'amélioreraient depuis un an peut-être en raison de la chute de la démographie médicale et qu'il fallait rester optimiste. Au contraire Dr P imaginait qu'il y aurait plus de tension à l'avenir en raison du temps d'attente. Dr A était très pessimiste, il expliquait que le médecin

traitant disparaîtrait et que les conditions de travail allaient se détériorer avec la nouvelle loi Santé.

### *3.2 Pistes d'amélioration*

Quelques pistes ont été évoquées pour minimiser le risque d'insécurité :

- Rompre l'isolement en s'installant dans un cabinet de groupe ou en embauchant une secrétaire. Les maîtres de stages trouvaient que la présence d'un stagiaire était sécurisante.
- Sécurisation du cabinet, Dr R imaginait un dispositif d'alerte simplifié, que possédaient déjà deux médecins.
- Dr K précisait que la tenue du dossier était importante pour avertir ses collègues d'un danger potentiel

Les formations à la gestion de l'insécurité étaient peu mentionnées, seuls Dr B et Dr W ont participé à une formation sur la gestion de l'agressivité.

La prise en charge spécifique des patients à risque était une piste. Dr E s'était formé à la prise en charge des patients en addiction et Dr N avait créé un réseau pour les patients toxicomanes (consultation gratuite auprès d'une psychologue et d'une éducatrice spécialisée). Dr N aurait également apprécié que la sécurité sociale lutte plus contre les abus. Dr S estimait que l'on devrait être averti lorsqu'un patient avait un antécédent judiciaire.

## **DISCUSSION**

### **I. Sur la méthode**

#### *1. Choix de la méthode*

Notre objectif était de recueillir des opinions et des sentiments, variables non quantifiables, ce qui fait appel à une méthode de recherche qualitative. Les entretiens individuels semi dirigés semblaient appropriés en raison du caractère sensible et privé des sujets évoqués.

#### *2. Recueil des données*

L'inexpérience de l'enquêteur a sans doute renforcé les biais classiques connus des recherches par entretiens selon Neuman (11).

Un entretien a été perturbé par des allées et venues dans une pièce commune et d'autres par le téléphone.

#### *3. Analyse des résultats*

La lecture et l'analyse thématique ont été réalisées par une seule personne, novice, ce qui a pu entraîner une exploitation erronée ou insuffisante des résultats. L'absence de triangulation des données nuit également à la validité externe de la recherche. Une seconde analyse des verbatim, par un chercheur formé ou un sociologue, permettrait d'y pallier.

L'étude n'étant pas quantitative, les chiffres mentionnés ne sont pas significatifs.

### **II. Sur les résultats**

#### *1. Représentativité de la population*

Notre échantillon est assez représentatif des médecins ayant fait des signalements au Conseil de l'Ordre entre 2008 et 2015 au niveau national (tableau 3).

Les médecins interrogés étaient d'âge et d'expérience variés. Comme au niveau national, les agressions verbales étaient les plus fréquentes.

## *2. Comparaison avec la littérature*

### *2.1 Types d'insécurité*

Les formes d'insécurité décrites dans notre étude étaient superposables à celles de l'ONSM (2).

Un cas particulier est apparu : la violence institutionnelle. Elle n'est pas clairement évoquée par l'ONSM mais 1% des agresseurs étaient des collègues en 2015. L'enquête européenne Presst-Next de 2005 (12) montrait que la pression temporelle était significativement liée à plus de déclarations d'évènements violents et que les soignants exposés aux différents aspects de l'insuffisance du travail d'équipe avaient globalement une augmentation d'un quart des épisodes violents.

Dr B expliquait qu'il voyait une agression dans le fait que la médecine soit devenue un service de consommation comme un autre. Ce phénomène était évoqué par N. Kopp dans son article sur les incivilités subies à l'hôpital (13): la société d'hyperconsommation, y compris d'hyperconsommation de la médecine, était évoquée dans les facteurs étiologiques d'incivilités.

### *2.2 Sentiment d'insécurité au quotidien*

Le sociologue Philippe Robert (14) expliquait qu' « insécurité et victimation se superposent mal et que le ressenti n'est pas un simple décalque du risque encouru ».

Dans notre étude près de la moitié des médecins se sentaient en insécurité au quotidien. Bien que non significatif ce chiffre important diffère du résultat d'autres études. Marie Laure Clinet et al (15) dont la recherche quantitative portait sur les sous-déclarations des violences subies

par 93 MG exerçant en libéral montrait en 2014 que 14% éprouvaient un sentiment d'insécurité au quotidien. L'enquête de victimation des pays de la Loire de 2014 (8) retrouvait la même valeur. Une thèse de 2007 sur l'insécurité en médecine générale en Rhône-Alpes (7) notait que 84,6% des 2079 MG interrogés n'éprouvaient aucun sentiment d'insécurité et que 3% ayant vécu une situation marquante majoraient ce sentiment.

Nous pouvons émettre deux hypothèses pour expliquer cette différence. D'une part nous n'avons interrogé que des médecins victimes d'insécurité contrairement aux autres études citées. D'autre part plusieurs médecins de notre étude ont mentionné les attentats récents. En effet une étude d'Hugues Lagrange (16) montrait qu'un indicateur de préoccupation sécuritaire augmente lorsque les moyens de communication de masse relatent un événement insécurisant spectaculaire, cette influence n'étant généralement pas durable. L'enquête 2016 « Cadre de vie et sécurité » (17) montrait d'ailleurs que 30,4 % des personnes citaient le terrorisme et les attentats comme le problème le plus préoccupant ( plus 12 points en un an).

### *2.3 Situations à risques*

La moitié des femmes de notre étude pensaient qu'elles étaient une cible privilégiée alors que les études ne montrent pas de prévalence féminine : 45% des victimes étaient des femmes en 2015 (2), chiffre en relation avec la population médicale de référence. Les femmes ont tendance à se sentir plus vulnérables comme le montre l'enquête de victimation des pays de la Loire de 2014 (8): 10 % des praticiens hommes déclaraient craindre au moins un peu pour leur sécurité personnelle, contre 20 % des femmes, ce sentiment étant significativement plus élevé à autres caractéristiques identiques (Odds Ratio 2,5).

De même les médecins craignaient plus les visites à domicile alors qu'elles ne représentent que 3% des agressions (2).

Concernant le profil des agresseurs, comme dans d'autres études (7,18), notre panel pensait que les patients ayant des pathologies psychiatriques ou des addictions sont plus à risque de violence. Dans son article sur le risque de violence et les troubles mentaux graves J-L Dubreucq (19) expliquait que bien que la prévalence de la violence soit plus élevée chez des patients atteints d'un trouble mental grave qu'au sein de la population générale, le nombre absolu d'actes violents attribuables aux malades mentaux est très faible. On retrouve chez les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique les mêmes facteurs de risque de violence que ceux observés dans la population générale, à savoir l'âge (être jeune), le sexe (homme), le statut socioéconomique (chômage, pauvreté, milieu défavorisé), la tranquillité du quartier de résidence, l'abus dépendance d'alcool ou d'autres drogues et les antécédents de violence. Par ailleurs l'étude de Magin et Al (20) retrouvait une notion de tolérance envers les agresseurs porteurs d'une pathologie psychiatrique, comme l'ont mentionné plusieurs médecins de notre enquête.

Dans notre étude seuls deux médecins pensaient que la violence pouvait émaner de n'importe qui, élément évoqué également dans la thèse d'A. Fanara sur le ressenti et le vécu des femmes MG en Meurthe-et-Moselle (9).

#### *2.4 CDOM*

Il est intéressant de noter que bien que tous les médecins ayant participé à notre enquête aient signalé au moins un fait d'insécurité, la plupart d'entre eux ne déclaraient pas systématiquement d'autres incidents. Le phénomène de sous déclaration et ses causes sont connus (15,21). Dans le travail de thèse d'Y. Fournane (21) les raisons mentionnées pour ne pas déclarer rejoignent les nôtres : méconnaissance des voies de recours, absence de résultat de la procédure, manque d'impact des mesures prises par le CNOM, dépôt de plainte privilégié, empathie envers les patients, résignation, perte de temps, risque du métier, subjectivité de la violence, peur des représailles.

Une autre hypothèse quant à la sous-déclaration pourrait être que les établissements de santé déclarent de leur côté les agressions de leurs employés à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS). Le rapport 2015 de l'ONVS (22) rapporte 1075 victimes de violence chez les médecins hospitaliers, chiffre nettement supérieur à celui de l'ONSM : 99 incidents en établissement de soins (23).

Il n'existe pas à notre connaissance de recherche portant sur l'avis de la prise en charge de l'insécurité par le CDOM.

### *2.5 Conséquences de l'insécurité*

Dans son enquête sur la violence en médecine générale R. Hobbs évoquait l'intérêt du suivi des MG après une agression (24). Dans notre étude seul un médecin a déclaré avoir suivi une psychothérapie et des médecins ayant subi des agressions graves ont décliné l'aide psychologique proposée car estimaient ne pas en avoir besoin.

Comme deux médecins de notre étude P. Magin et al mentionnaient la notion de culpabilité ressentie suite à une agression (20). En revanche l'incidence sur la vie privée était peu évoquée dans la littérature.

Dans cette même étude P. Magin et al ont réparti les réactions des MG face aux patients agressifs en trois stratégies. La stratégie primaire consistait à éviter le conflit en réduisant les visites à domicile, en évitant certaines catégories de patients, en ne prenant pas de nouveaux patients, en pratiquant le black-listing et en évitant l'isolement. Ces pratiques ont également été évoquées dans notre étude, notamment la réduction de l'isolement : avoir un secrétariat, l'aide des forces de l'ordre et les deux maîtres de stage mentionnaient que la présence d'un stagiaire pouvait réduire le sentiment d'insécurité pour une femme. Les stratégies secondaires consistaient en la prévention des agressions en sécurisant le cabinet, en utilisant des techniques de non-violence et le retrait physique, comme mentionné par Dr K dans notre

étude. Les stratégies tertiaires n'apparaissent pas dans notre étude : il s'agissait de mesures pour faire face à la violence déjà établie par des mesures de self défense ou des mesures non conventionnelles comme feindre une crise cardiaque.

Le refus de soins était l'une des conséquences de l'insécurité dans notre enquête. M. Pickin et al (25) retrouvaient comme raison principale de refus de soin les comportements violents. Ce refus est légal et inscrit dans l'article R.4127-47 du code de la santé publique « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ».

## *2.6 Formation*

Lorsque nous abordions le sujet de la formation, les médecins de notre étude paraissaient penser que l'expérience personnelle était plus utile. Dans sa thèse C. Kiss (26) mettait en évidence l'absence de formation initiale des médecins à l'insécurité. Ils trouvaient que l'expérience était le principal mode d'enseignement et que la formation médicale continue ne présentait pas d'intérêt.

## **III. Apport de l'étude et perspectives d'amélioration**

A notre connaissance notre étude est la seule explorant l'expérience de l'insécurité chez des médecins d'activités médicales variées ayant tous signalé un fait d'insécurité au CDOM. De ce fait en plus des motifs de sous déclaration retrouvés dans d'autres études, nos résultats permettent de comprendre les motivations des médecins à signaler au CDOM ou à la justice, ainsi que leurs opinions sur leur prise en charge. S'agissant d'une étude qualitative les résultats ne peuvent être extrapolés, il serait intéressant de la compléter par une étude quantitative à échelle nationale.

### *Perspectives d'avenir*

Les sous-déclarations empêchent de connaître l'ampleur réelle de l'insécurité chez les médecins en France, il serait plus facile de combattre ce phénomène si les chiffres réels étaient connus. Il serait par exemple utile de regrouper les données de l'ONVS et de l'ONSM.

La charge administrative était citée comme un frein au signalement. Depuis peu, l'ONSM a mis en place sur le site internet du CNOM une procédure de télé déclaration de signalement, ce qui sera certainement un gain de temps pour les médecins.

Par ailleurs, le 15 décembre 2016, le ministre de l'intérieur reconnaissait, après un entretien avec le président du CNOM, que « la sécurité des professionnels de santé constituait un enjeu majeur (...) ». Plusieurs mesures ont été prises pour évaluer la pertinence et l'efficacité des mesures prises dans le cadre des protocoles en cours, un plan de communication appelant l'attention sur le respect dû aux professionnels de santé dans l'intérêt de la population sera élaboré.

### **CONCLUSION**

Notre étude a permis de mettre en lumière les ressentis et opinions à distance des médecins ayant fait un signalement d'insécurité au CDOM.

A la différence d'autres études près de la moitié des médecins interrogés ressentaient de l'insécurité au quotidien dans leur travail, avec des répercussions sur leur vie privée. La fréquence des incivilités et le sentiment de déclassement de la profession paraissent jouer un rôle important dans ce phénomène. Il ne semble pas exister de lien entre la gravité des événements et l'intensité douloureuse du ressenti du médecin victime d'insécurité.

Notre étude suggère que même les médecins ayant signalé une situation d'insécurité ont tendance à sous-déclarer. Une recherche prospective sur la prévalence du « vécu en

insécurité » pourrait permettre de mieux appréhender ces situations en limitant le biais de mémorisation.

Les médecins étaient globalement satisfaits de la prise en charge initiale du CDOM mais auraient apprécié un suivi à distance. Il pourrait être utile de modifier la fiche de signalement en incluant une question sur le suivi désiré.

Ils semblaient accorder plus de crédit aux enseignements de leur propre expérience qu'aux formations post universitaires qui pourraient leur être proposées. Nous émettons l'hypothèse que de tels enseignements trouveraient avantageusement leur place dans la formation initiale des médecins.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. L'observatoire pour la sécurité des médecins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>
2. CNOM, IPSOS. Observatoire de la sécurité des médecins en 2015 [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_integralite\\_cnom\\_2015\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_integralite_cnom_2015_0.pdf)
3. Jmal-Hammami K, Loukil-Feki M, Moalla E, Gargouri I, Masmoudi ML, Marouen-Jamoussi S. Les agressions sur les lieux du travail en milieu hospitalier. Arch Mal Prof Environ. 1 sept 2006;67(4):626-30.

4. Hérin F, Tran S, Savall F, Dédouit F, Telmon N, Rougé D. Les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail : étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires, de l'unité médico-légale de Rangueil (Toulouse). Rev Médecine Légale. mars 2014;5(1):15-21.
5. Blériot E. L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique: état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante [Th. D]. [France]; 2013.
6. Costargent G, Vernerey M, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA. Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé. Paris: IGAS; 2001 oct p. 71p.
7. Elhadad Michel M. L'Insécurité en médecine générale en Rhône-Alpes: étude rétrospective auprès des médecins généralistes de la région [Th. D]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard;
8. Durand D, Buyck JF, Tuffreau F, ORSPL, URML des Pays de la Loire. Enquête de victimisation auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel 2014 - 2016 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Nantes: ORS; 2015 mai p. 8p.
9. Fanara A, Université Henri Poincaré Nancy 1. Violence des patients : ressenti et vécu des femmes médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Th. D]. 2012.
10. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014. 152-19 p.
11. Neuman WL. Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. Allyn and Bacon; 1997. 578 p.

12. Estryng-Behar M, Duville N, Menini M-L, Camerino D, Le Foll S, le Nézet O, et al. Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins: Résultats de l'enquête européenne Presst-Next. *Presse Médicale*. janv 2007;36(1, Part 1):21-35.
13. Kopp N. Incivilités subies par les acteurs de santé à l'hôpital. Aspects éthiques et sociétaux. *Éthique Santé*. sept 2013;10(3):149-54.
14. Robert P, Pottier M-L. Les préoccupations sécuritaires : une mutation ? *Rev Fr Sociol*. 45(2):211-41.
15. Clinet M-L, Vaysse B, Gignon M, Jarde O, Manaouil C. Violences subies par les médecins généralistes exerçant en libéral : sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens. *Presse Médicale*. nov 2015;44(11):e321-9.
16. Lagrange H. Médias et insécurité. *Int Rev Community Dev*. 1993;(30):181.
17. ONDRP. La criminalité en France [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.inhesj.fr/fr/content/rapport-annuel-2016>
18. Martin C, Université de Poitiers. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale : enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. [Internet] [Th. D]. 2012. Disponible sur: [http://www.cogemspc.fr/theses/liste\\_these/these\\_sarrazin.pdf](http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_sarrazin.pdf)
19. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. déc 2005;163(10):852-65.
20. 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*. 6 janv 2006;23(3):273-8.

21. Fournane Y. Pourquoi les médecins généralistes ne donnent-ils que rarement suite aux violences qui leurs sont faites ? [Internet] [Th. D]. Université de Lorraine; 2014. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2014\\_FOURNANE\\_YAMINA.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_FOURNANE_YAMINA.pdf)
22. DGOS. Rapport annuel 2014 (rapport de 2015 sur les données 2014) de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé [Internet]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan\\_national\\_onvs-2014-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_national_onvs-2014-2.pdf)
23. CNOM, IPSOS. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 [Internet]. [cité 23 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_medecins\\_2014.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2014.pdf)
24. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ*. 9 févr 1991;302(6772):329-32.
25. Pickin M, Sampson F, Munro J, Nicholl J. General practitioners' reasons for removing patients from their lists: postal survey in England and Wales. *BMJ*. 12 mai 2001;322(7295):1158-9.
26. Kiss C. Sentiment d'insécurité chez les femmes médecins généralistes: Etude qualitative dans les Bouches-du-Rhône [Th. D]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines;

*Figure 1 Inclusion*

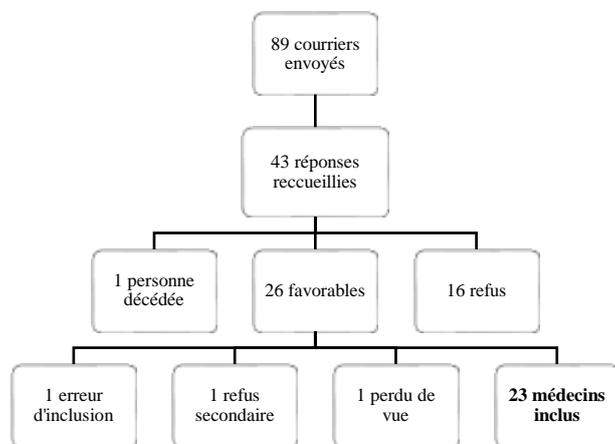


Tableau 1 Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques		Effectif	Pourcentage
<b>Sexe</b>	Homme	13	56,5
	Femme	10	43,5
<b>Age (années)</b>	≤40	1	4
	40-50	9	39
	51-60	10	43
	≥61	3	13
<b>Lieu</b>	Urbain	19	83
	Rural	4	17
<b>Expérience (années)</b>	≤10	2	9
	11-20	6	26
	21-30	10	43
	≥31	5	22
<b>Activité</b>	Libérale exclusive	15	65
	Hospitalier	2	9
	Mixte Hôpital / Libérale	4	17
	Mixte Salariée/Libérale	2	9
<b>Cabinet libéral (/21)</b>	De groupe	8	38
	- Dont non présent en même temps au cabinet	2	9
	Individuel	13	62
<b>Secrétariat</b>	Sur place	9	39
	Téléphonique	9	39
	Non	5	22
<b>Consultations</b>	RDV	11	48
	Libre	11	48
	Mixte	1	4
<b>Visites à domicile des MG (/15)</b>	< 1 par jour	2	13
	1-3/jour	9	60
	>4 par jour	4	27
<b>Gardes</b>	Oui	11	48
	Non	12	52
<b>Nombres d'actes quotidiens</b>	<15	6	26
	16-25	8	35
	26-39	8	35
	>40	1	4

Tableau 2 Types d'insécurité évoqués

Atteinte aux biens	Atteinte aux personnes	Autres
- Vol	- Agression physique (dont tentative	- Plainte injustifiée
- Vol à main armée	d'agression sexuelle)	déposée à l'ordre
- Dégradation des locaux	- Agression verbale (dont propos à caractères sexuels)	- Falsification d'ordonnance
	- Intimidation	- Refus de régler
	- Sitting au cabinet	
	- Séquestration	
	- Diffamation	
	- Menace par voie postale	
	- Pression exercée par les collègues	

Tableau 3 Représentativité de la population

Caractéristiques		National (%)	Echantillon(%)
<b>Sexe</b>	Homme	55,3	56,5
	Femme	43,7	43,5
<b>Spécialité</b>	MG	60,7	65,2
	Autre spécialité	38,7	34,8
<b>Lieu</b>	Urbain	80	82,6
	Rural	15,4	17,4
<b>Cadre de l'incident</b>	Exercice de ville	73,5	87
	Etablissement de soins	18	8,7
	Autre cadre	5,5	4,3

VU

NANCY, le **03 janvier 2017**  
Le Président de Thèse

NANCY, le **5 janvier 2017**  
Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Paolo DI PATRIZIO**

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9417

NANCY, le **10 janvier 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

---

## **RESUME DE LA THESE**

**Introduction** : Il existe une recrudescence de l'insécurité subie par les professionnels de santé et notamment les médecins. Pour évaluer ce phénomène l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins a mis en place une fiche de déclaration des incidents. Notre étude vise à explorer le ressenti et les opinions des médecins ayant déclaré une situation d'insécurité lors de leur exercice à l'Ordre des Médecins.

**Matériel et Méthodes** : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été menée auprès des médecins ayant fait un signalement d'insécurité au Conseil de l'Ordre de Meurthe-et-Moselle entre 2008 et 2015. Les entretiens ont été retranscrits et une analyse thématique du contenu du verbatim a été réalisé à l'aide du logiciel N'vivo.

**Résultats** : Vingt-trois médecins de dix spécialités médicales ont été interrogés. Près de la moitié d'entre eux ressentaient un sentiment d'insécurité au quotidien dans leur travail, avec des répercussions sur leur vie privée. Des facteurs influençant le ressenti ont été identifiés. Ils étaient globalement satisfaits de la prise en charge du Conseil de l'Ordre mais auraient apprécié un suivi à distance. Ils avaient tendance à sous-déclarer les incidents.

**Conclusion** : Notre étude permet de comprendre les motivations des médecins à signaler une situation d'insécurité et suggère qu'il faudrait renforcer ces déclarations. Il ne semble pas exister de lien entre la gravité supposée des événements et l'intensité douloureuse du ressenti du médecin victime d'insécurité. Il pourrait être utile de modifier la fiche de signalement en incluant une question sur le suivi désiré.

---

## **TITRE EN ANGLAIS**

Experience of the insecurity of physicians who reported to the County Council of the Medical Order.

*Qualitative study by semi-directed interviews with 23 doctors from Meurthe-et-Moselle*

---

**THÈSE**: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

---

**MOTS CLÉS** : insécurité, médecin, fiche de signalement

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR** :

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**

**Faculté de Médecine**

9 avenue de la Forêt de Haye

54500 VANDŒUVRE-LÈS-NANCY Cedex

---