Année 2023/2024 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Sonia BOCCA

Née le 18 avril 1995 à Borgomanero (Italie)

TITRE

Violence à l'encontre de onze femmes médecins généralistes : conséquences sur leur pratique.

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2024 date devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Alain AUMARECHAL, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Elise ANDRE, Médecine générale - Langeais

Docteur Nathalie JAN, Médecine Générale – Loches

Résumé

Introduction : Les violences à l'encontre des professionnels de santé ne cessent de s'accroître. L'Observatoire de la Sécurité des Médecins recense en dix ans une augmentation des signalements de 36%. Les agressions touchent plus fréquemment les femmes (56%). La féminisation progressive de la profession et les contraintes de démographie s'ajoutent à ces difficultés.

Objectif : Explorer ce que les femmes médecins généralistes pensent de leur pratique après avoir vécu des violences dans leur activité professionnelle.

Méthode : Etude qualitative avec une approche inspirée par la théorisation ancrée par le biais d'entretiens semi-dirigés. Les soignantes ont été recrutés par la méthode de la « boule de neige ». Les entretiens ont été intégralement retranscrits et analysés au fur et à mesure avec le logiciel Sonal®.

Résultats : Onze femmes médecins généralistes installées en Indre-et-Loire ont été interrogées.
L'étude a permis de mettre en évidence que la violence est subjective : c'est un ressenti, pouvant être différent entre deux participantes.
Les femmes ayant moins d'expérience ont tendance à avoir un vécu plus violent de certaines situations et un sentiment d'insécurité plus prononcé. A contrario, les médecins plus expérimentées semblent adopter un processus de remise en question de leur pratique, impliquant le partage des expériences avec leurs collègues. Elles déterminent leur seuil de tolérance pour une situation ressentie comme violente et imposent un cadre aux patients. Cela leur permet d'être plus à l'aise dans leur pratique et de limiter le vécu violent.
L'étude retrouve également la mise en place de stratégies de prévention, notamment dans l'organisation des soins : modification des horaires de travail, installation en cabinets de groupe, arrêt des visites, refus de gardes. Le temps médical est diminué dans la majorité des cas et la qualité des soins en est donc impactée. D'autres stratégies étaient mises en place pour renforcer le sentiment de sécurité, sans pour autant avoir un véritable impact sur les violences : posséder une bombe au poivre, mettre en place une télésurveillance, utiliser un système de verrouillage automatique des portes du cabinet.
La violence ne provenait pas que des patients : la charge administrative à laquelle les médecins sont confrontées semble être parfois aussi vécue comme une violence.

Conclusions : Favoriser la sécurité des médecins pourrait accroître le temps de travail des femmes médecins généralistes, ainsi que leur bien-être au travail. Des applications d'alerte, ou des traceurs GPS, pourraient par exemple être proposés pour sécuriser les visites à domicile, y compris pendant les gardes. Le discours des interrogées laisse transparaître le souhait d'être soutenues et accompagnées également lors des démarches administratives (certificats, appels au spécialistes, organisation des soins, etc.).

Violence against eleven female general practitioners: consequences on their practice.

Summary

Introduction: Violence against healthcare professionals continues to increase. The French Physician Safety Observatory records a 36% increase in reports in ten years. Assaults more frequently affect women (56%). The progressive feminization of the profession and demographic constraints add to these difficulties.

Objective: Explore what female general practitioners think about their practice after experiencing violence in their professional activity.

Method: Qualitative study with an approach inspired by grounded theory through semi-structured interviews was used. The caregivers were recruited using the "snowball" method. The interviews were fully transcribed and progressively analysed using Sonal® software.

Results: Eleven female general practitioners based in Indre-et-Loire were interviewed.
The study highlighted that violence is subjective: it is a feeling that can be opposed between two participants.
Women with less experience tend to feel certain situations as more violent and have a greater feeling of insecurity. Conversely, more experienced doctors seem to adopt a process of questioning, involving sharing experiences with their colleagues. They determine their tolerance threshold for a situation perceived as violent and impose a framework on patients. This allows them to be more comfortable in their practice and to limit violent experiences.
The study also finds the implementation of prevention strategies, particularly in the organization of care: modification of working hours, installation in group practices, stopping of visits, refusal of on-call duty. Medical time is reduced in most cases and the quality of care is therefore impacted. Other strategies were put in place to reinforce the feeling of security, without having a real impact on violence: having a pepper bomb, setting up remote surveillance, using an automatic locking system for the office doors.
The violence did not only come from patients, but the administrative burden that doctors face seems to sometimes be experienced as violence.

Conclusions: Promoting the safety of doctors could increase the working hours of female general practitioners, as well as their well-being at work. Alert applications, or GPS trackers, could for example be offered to secure home visits, including during on-call periods. It seems that the respondents wish to be supported and accompanied also during administrative procedures (certificates, calls to specialists, organization of care, etc.).

Mots clés

Violence

Ressenti

Femme

Expérience

Key words

Violence

Feeling

Woman

Experience

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

****

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE (†) - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....Cardiologie
APETOH Lionel .....Immunologie
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....Cardiologie
BACLE Guillaume.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....Cardiologie
BERNARD Louis .....Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....Urologie
BUCHLER Matthias.....Néphrologie
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....Anatomie
DI GUISTO Caroline .....Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan .....Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent .....Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....Thérapeutique
HANKARD Régis.....Pédiatrie
HERAULT Olivier .....Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....Physiologie
LABARTHE François .....Pédiatrie
LAFFON Marc .....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....Pneumologie
MARRET Henri.....Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....Pédiatrie
MOREL Baptiste.....Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....Physiologie
REMERAND Francis.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BISSON Arnaud.....Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie
HOARAU Cyrille.....Immunologie
KERVARREC Thibault.....Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....Dermatologie
LEFORT Bruno.....Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien.....Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....Bactériologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....Médecine Générale
MOLINA Valérie.....Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....Médecine Générale
RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie .....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice .....Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie .....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud .....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale
LAMANDE Marc .....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie
BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole .....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid .....Orthophoniste
IMBERT Mélanie .....Orthophoniste
SIZARET Eva .....Orthophoniste

Pour l'orthoptie
BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

Remerciements

A ma présidente de jury

Madame la Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Professeur des Universités – Médecine générale.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assurée, Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A mes juges.

Monsieur le Docteur Alain AUMARECHAL, Maître de conférence associé - Médecine générale.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez certain, Docteur, de mon respect et de ma plus grande reconnaissance.

Madame la Docteur Elise ANDRE, Médecine générale

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Soyez sûre, Docteur, de ma réelle reconnaissance.

A ma directrice.

Madame la Docteur Nathalie JAN, Médecine générale.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de m'accompagner dans ce projet. Soyez assurée, Docteur, de toute ma reconnaissance.

A ma famille, toujours présente.

A mon chéri

A ma maman,

Al mio papà,

A mia sorella,

A Mathieu,

A mes neveux,

Agli zii e ai cugini,

Ai nonni e pépé et mémé,

A mes amis, les anciens et les nouveaux. Les français et les italiens.

A Martina,

Alle amiche di sempre,

Alle amiche di scuola,

A Pierre, Chloé, Océane, Syrielle et tous les autres…

A Clément

A Daphné,

A Marine,

A mes enseignants et maîtres de stages.

Ai miei professori,

A mes maîtres de stage,

A Nathalie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes de cette Faculté,

de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,

et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,

je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères et consœurs si j'y manque.

Table des matières

I- Introduction

II- Méthode

- a. Etude
- b. Population
- c. Recueil de données
    - i. Guide d'entretien
    - ii. Analyse des entretiens
- d. Ethique

III- Résultats

- a. Population
- b. Définition de violence
- c. Causes de la violence
- d. Conséquences de la violence et changements opérés

IV- Discussion

- a. Les résultats
- b. Forces et limites
    - i. Type d'enquête et entretiens
    - ii. L'échantillon
    - iii. Scientificité
    - iv. Recueil et analyse de données
        1. Suffisance et saturation
        2. Triangulation
- c. Perspectives

V- Conclusion

VI- Annexes

- a. Annexe 1 : Guide d'entretien
- b. Annexe 2 : Guide d'entretien retravaillé au fur et à mesure des entretiens
- c. Annexe 3 : Formulaire de consentement
- d. Annexe 4 : Note d'information à destination des participants
- e. Annexe 5 : Verbatim complet (*disponible sur demande*)

I- Introduction

La violence envers les acteurs de santé est de plus en plus abordée, notamment dans les médias et au sein du Conseil de l'Ordre. A Tours, des exemples d'agressions ont défrayé la chronique : une menace par arme à feu à l'encontre de Médecins Généralistes de SOS médecin en avril 2022 (1,2) ; un dentiste poignardé en novembre 2022 (3). Cependant, d'autres agressions ayant eu lieu dans le département n'ont pas été médiatisées. La prise de conscience est donc encore insuffisante en regard des risques importants encourus.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a de ce fait créé en 2003 l'Observatoire pour la Sécurité des Médecins (OSM) qui publie un bulletin annuel recensant ces évènements. En 2022, ce dernier a recueilli 1244 fiches de signalement (contre 1009 en 2021), dont 48 en Région Centre et 5 en Indre-et-Loire. Les victimes sont des femmes dans 56% des cas (4,5). D'autres études confirment que celles-ci sont plus touchées (6–8). Le nombre d'événements ne cesse d'augmenter (5,9), malgré une sous-déclaration des agressions (9,10). En comparaison à 2011, le nombre de signalements a augmenté d'un tiers (822 signalements).

Ce climat d'insécurité génère des changements dans la pratique professionnelle, à l'origine d'une détérioration du rapport médecin-patient et de la qualité de vie du médecin (7,8,10–12).

Dans un contexte de féminisation de la profession et de désertification médicale, nous nous sommes interrogées sur l'impact des violences sur la pratique de la médecine générale des femmes. Plus particulièrement, l'objectif de l'étude est d'explorer ce qu'elles pensent de l'évolution de leur pratique suites à de situations vécues comme impactantes depuis qu'elles exercent leur métier.

II- Méthode

a. L'étude

Pour réaliser cette évaluation, la méthode qualitative a été choisie, avec une approche inspirée de la théorisation ancrée (13). Le but était d'élaborer un modèle explicatif à la lumière des expériences des participantes.

b. Population

Les personnes incluses étaient des femmes titulaires d'un Doctorat de Médecine Générale et installées en Indre et Loire. Un premier contact a été réalisé par téléphone, soit directement, soit en passant par le secrétariat, afin d'organiser la rencontre. Les deux premiers sujets interrogés nous ont été conseillés par un confrère. Pour la suite du recrutement, la technique de la « boule de neige » a été adoptée : les

médecins étaient sollicités au-fur-et-à-mesure de l'avancée de l'étude sur les conseils des participantes précédemment interrogées (13). L'échantillonnage théorique jusqu'à saturation des données a permis le recrutement de onze sujets.

c. Recueil des données

Le recueil des données a eu lieu grâce à des entretiens semi-dirigés. Ceux-ci étaient individuels en dehors du dernier qui était un entretien de deux médecins. Ils étaient réalisés au cabinet ou au domicile des participantes.

i. Le guide d'entretien

Les entretiens ont été guidés par quatre questions ouvertes (Annexe 1).

Le guide d'entretien était modulable en fonction des réponses des médecins, mais permettait de recentrer le discours du médecin interviewé pour aborder tous les thèmes et se focaliser sur le sujet de l'étude (13). Certaines questions ont été modifiées après la réalisation des premiers entretiens, car paraissaient plus pertinentes (Annexe 2).

Le guide d'entretien partait d'une question générale concernant l'évolution de la pratique des médecins interrogées entre le moment de l'installation et le moment de l'entretien. Ce n'est que seulement après avoir laissé librement s'exprimer les médecins que le sujet des violences a été abordé. Tous les sujets interrogés savaient que le travail de cette thèse concernait les violences en cabinet de médecine générale, mais la question de recherche et l'hypothèse n'ont jamais été mentionnées avant l'entretien.

ii. Analyse des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés par le biais d'un smartphone. Leur durée était comprise entre 20 et 40 minutes (Table 1). Les enregistrements ont été retranscrits intégralement sous forme de Verbatim sur le logiciel Word® (*disponible sur demande*).

L'étiquetage initial, l'analyse axiale, l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisés à l'aide du logiciel Sonal®.

L'analyse des trois premiers entretiens a bénéficié d'une triangulation par confrontation des résultats de deux chercheurs : Marine Breton, interne en médecine générale, et Sonia Bocca, l'autrice.

d. Ethique

Notre étude se situe en dehors du cadre de la loi Jardé et l'accord du Comité de protection des Personnes (CPP) n'était pas nécessaire. Un consentement signé a été obtenu pour chaque participante (Annexe 3) et une fiche de renseignements (Annexe 4) a été délivrée regroupant les coordonnées du délégué à la protection des données et les coordonnées de l'autrice.

Les entretiens ont été anonymisés et les enregistrements audios ont été détruits à la fin de l'étude. Certains passages dans les verbatims ont dû être supprimés, car pouvant permettre l'identification des participants interrogés (Annexe 5). De ce fait, l'enregistrement de cette étude à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'a pas été nécessaire.

III- Résultats

a. Population

L'étude a porté sur onze femmes, âgées de 30 à 48 ans, avec des pratiques différentes, comme figurant dans la Table 1.

	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Secrétariat	Permanence de soins	Visite à domicile	Date d'installation	Maître de stage Universitaire	Durée entretien (en minutes)
A12	37	Rural	MSP	Présentiel	Oui	Oui	2014	Oui	37
B11	37	Urbain	Cabinet de groupe	Virtuel	Non	Oui	2017	Non	40
C10	38	Rural	MSP	Présentiel	Oui	Oui	2013	Oui	35
D9	39	Rural	MSP	Présentiel	Oui	Oui	2013	Oui	30
E8	48	Semi-rural	Cabinet de groupe	Virtuel	Non	Oui	2009	Non	22
F7	45	Semi-rural	MSP	Présentiel	Oui	Oui	2010	Oui	25
G6	43	Urbain	Cabinet de groupe	Présentiel	Non	Oui	2013	Oui	40
H5	40	Urbain	Cabinet	Virtuel	Non	Oui	2012	Oui	20
I4	48	Semi-rural	Cabinet de groupe	Présentiel	Oui	Oui	2008	Non	22
J3	30	Semi-rural	MSP	Présentiel	Oui	Oui	2022	Non	25
K2	35	Semi-rural	MSP	Présentiel	Oui	Oui	2015	Oui	25

Table 1.

b. Définition de violence

En demandant aux femmes interrogées de définir la violence, elles étaient unanimes : c'est un ressenti (« *Pour moi, on pense toujours que la violence est quelque chose qui se voit. Alors que pour moi, c'est quelque chose de ressenti. (…) C'est un ressenti de menace. C'est un ressenti de mal-être et d'une poussée d'adrénaline qui devrait pas arriver à ce moment-là. Avec quand même un sentiment de peur en dessous* » Entretien H5). La violence est donc subjective, avec une perception qui peut être opposée entre deux sujets. Une violence verbale par exemple, engendre chez l'une une émotion négative (« *Super peur* » Entretien A12), et chez l'autre de l'indifférence (*« c'est des cas psychiatriques, c'est pas de la violence…* » Entretien E8).

Au cours des entretiens, les femmes interrogées ont été victimes de violences verbales : insultes (« *je suis passée par tous les noms d'oiseaux* » Entretien A12), menaces (« *parfois il y en a qui disent : je vais venir !* » Entretien I4), propos sexistes et misogynie (« *Je voudrais un rendez-vous avec le médecin homme* » Entretien D9 ; « *un homme m'avait même accueilli avec le pistolet, le fusil parce qu'il ne voulait pas que ce soit une femme* » Entretien J3). Les violences physiques et sexuelles ont été évoquées, deux y avaient été confrontées (« *il m'avait tripotée les fesses* » Entretien E8, « *m'avait agrippée* » Entretien J3).

Une vulnérabilité en tant que femme est parfois exprimée (« *Et le fait qu'on soit une femme, effectivement je pense que c'est une tare* » Entretien D9), parfois démentie (« *Est-ce que vous vous sentez plus vulnérable ou pas ? K2 : Moi ? Pas du tout* ». Entretien K2). Le fait d'être mère a été évoqué comme un facteur de vulnérabilité majeur (« *peur pour mes enfants* » Entretien A12).

c. Causes de la violence

Des facteurs favorisant la violence ont été identifiés au fur et à mesure des entretiens. Les patients les plus à risque d'être agresseurs, sont majoritairement ceux atteints de pathologies psychiatriques ou dépendants de substances psychoactives, mais aussi ayant des antécédents judiciaires. La souffrance psychique ou physique du patient engendre également impatience et agressivité. Les patients ayant des exigences décrites comme abusives sont à l'origine de demandes vécues comme pénibles (« *il faut les prendre par la main, il faut appeler l'ORL parce qu'ils n'ont pas réussi à le joindre ; il faut leur faire l'ordonnance ; il faut faire des ordos à tire-larigot alors qu'on ne les a même pas vus* » Entretien F7).

Le rôle des médias a été évoqué comme favorisant une mauvaise opinion publique des médecins et donc favorisant les violences (« *comme si on était des feignasses. De t'façon je pense que… ce qui a été diffusé à la télé sur nous, voilà, pour dire qu'on était des feignants, bah s'est intégré dans la société quoi* » Entretien D9). Cette représentation aurait été majorée par la pandémie de COVID-19. Depuis cette période de crise, certains sujets décrivent une agressivité et une impatience accrue (« *je trouve qu'il*

leur faut tout, tout de suite » Entretien H5), ainsi que des difficultés financières (« *ils ont des difficultés financières avec toutes les augmentations donc ils sont irritables* », Entretien A12).

Le web a impacté la relation de confiance entre le patient et le médecin. Les patients feraient d'avantage confiance aux informations retrouvées sur les moteurs de recherche (« *ils vérifient ce qu'on dit sur internet* » Entretien C10). Mais internet est aussi utilisé pour les réseaux sociaux. Certaines femmes s'en privent (« *je suis pas sur les réseaux sociaux* » Entretien D9), certaines ont des profils ne permettant pas de les reconnaître (« *Je pense qu'on ne me trouve pas sur Facebook ni sur d'autres réseaux* » Entretien I4), d'autres sont victimes de cyberharcèlement (« *il m'a envoyé un message comme quoi j'étais la femme de sa vie* », Entretien G6). Deux médecins ont été victimes de diffamation sur internet (« *une des personnes qui m'a mis un commentaire sur internet* » Entretien A12, « *j'ai eu un avis péjoratif sur Google*® » Entretien J3).

Une participante faisant de la régulation au Service d'accès aux soins (SAS) expliquait que les agressions verbales sont quotidiennes (« *je trouve qu'il y a beaucoup plus d'agressivité. Mais c'est normal, les gens ne nous connaissent pas* » Entretien G6). En entrant dans ce dispositif, elle avait reçu une formation spécifique pour faire face aux violences verbales.

Grâce à ces trois exemples, nous pouvons émettre l'hypothèse que la raison de cette agressivité soit la distance imposée par les plateformes téléphoniques ou numériques, qui déshumanise le médecin et limite l'échange au cours de la relation de soin.

d. Conséquences de la violence et changements opérés

Face aux menaces et/ou violences, certaines femmes décident de quitter la consultation grâce à une organisation de leur bureau permettant d'avoir une sortie de secours à proximité.

Des moyens de défense, jamais utilisés, les rassurent (« *on avait pris l'ampoule de Loxapac* » Entretien J3, « *j'ai une bombe au poivre* » Entretien K2).

Les gardes dans certaines structures ou les visites à domicile, sont refusées lorsque les conditions de sécurité ne sont pas suffisantes pour elles (« *J'ai pas fait de garde à la maison médicale (…) je ne me sentais pas en sécurité* » Entretien F7).

Une réorganisation du planning est faite pour que le médecin ne soit jamais seule dans la structure et que les collègues soient prévenus de la venue d'un patient craint (« *on n'était jamais toutes seules* » Entretien E8).

Des changements d'horaires sont également mis en place, avec un planning qui permet aux femmes de quitter le cabinet tôt le soir, horaire où les médecins se sentent plus vulnérables (« *Pas être la dernière à sortir le soir* » Entretien F7).

Une participante a évoqué un changement dans sa pratique, dicté par la culpabilité. Des reproches de patients l'ont amenée à une prescription plus rapide des examens complémentaires (« *il va avoir son RDV d'imagerie, son ordonnance de kiné avant même que j'aie le résultat d'imagerie* » Entretien B11). Cette attitude est également adoptée à cause d'un système de santé jugé inefficace pour répondre aux besoins de la population actuelle. Cette situation engendre une surcharge de travail vécue comme violence : les médecins passent du temps à appeler les centres d'imagerie et les spécialistes pour essayer de rapprocher les rendez-vous urgents (« *des journées de 14h !* » Entretien E8).

Un médecin évoque même la politique de santé comme une agression au sens propre (« *Ils veulent remettre ça* (les gardes) (…). *Ils ont rien fait* (…). *Ce qui m'agace un peu, c'est qu'ils nous tapent dessus, alors que nous, on fait ce qu'on peut quoi !* » Entretien E8).

Un sentiment d'intrusion dans la vie privée est souvent rapporté (« *c'est une intrusion* » Entretien A12). Les femmes préfèrent donc éloigner leur domicile du cabinet, anonymiser leur véhicule (retrait du caducée) et neutraliser leur tenue vestimentaire, lorsqu'elles le peuvent (« *faisaient des remarques sur mes fesses, sur la façon dont j'étais habillée* » Entretien B11).

Lorsque qu'aucune solution n'est trouvée et que les médecins se sentent dépassées, elles demandent de l'aide aux confrères et également, dans la grande majorité des cas, au Conseil de l'Ordre.

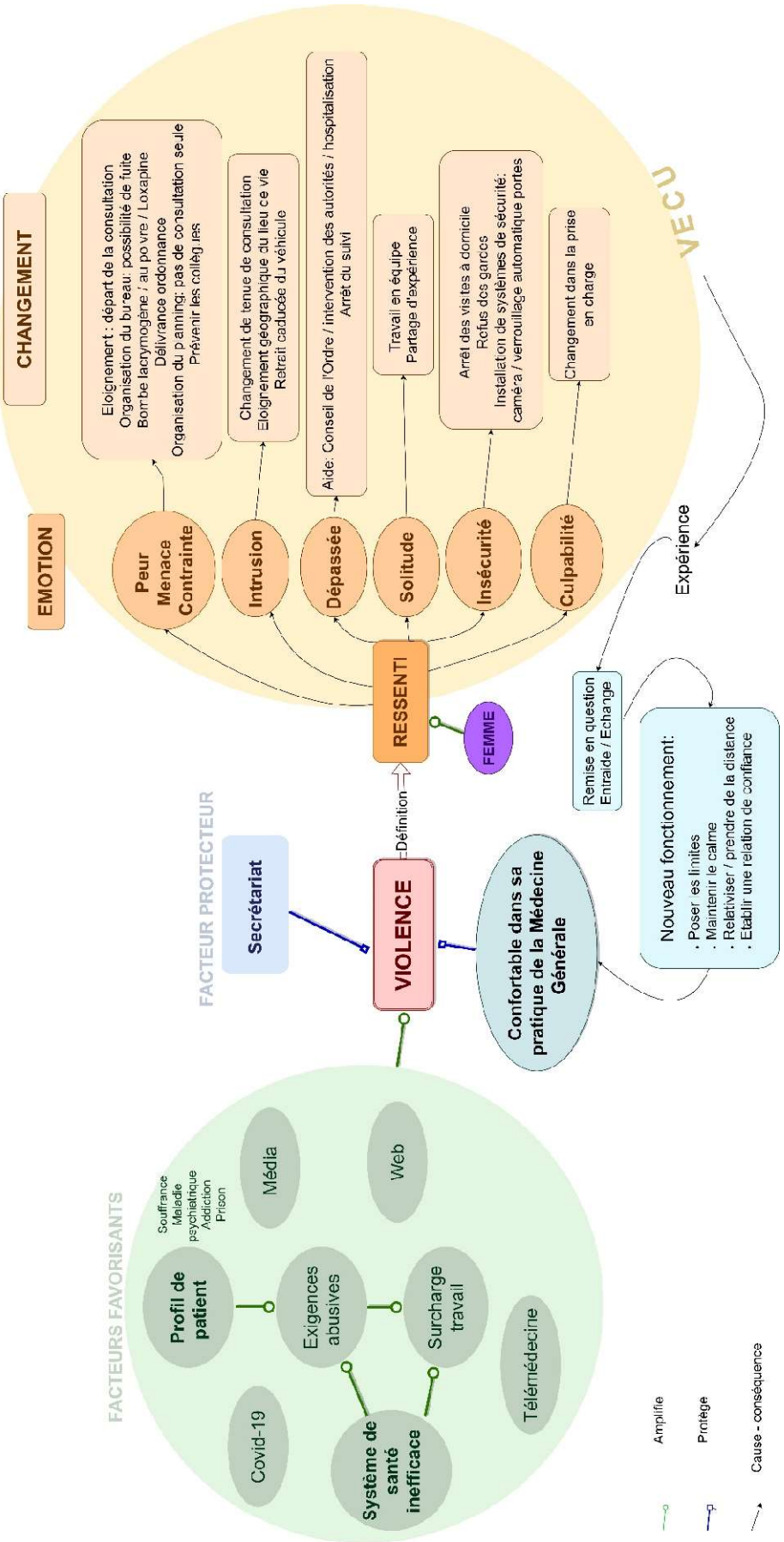
Ces violences subies impliquent des conséquences à l'origine de comportements : les uns immédiats, sous l'emprise des émotions vécues, et les autres à plus long terme visant à empêcher ou à mieux vivre les futurs épisodes. C'est l'expérience acquise au cours de ces agressions et le partage quasi-systématique avec les confrères, qui permet aux femmes de mettre en place des stratégies. Le plus souvent, elles sont confrontées à leurs limites, les reconnaissent, et le vécu pénible de la situation leur permet d'imposer ces limites aux patients. Cela leur permet d'avoir une pratique plus tolérable. Dans la grande majorité des cas, elles interrompent le suivi des patients avec lesquels la relation de confiance n'est plus possible du fait de ces violences.

Pour la plus jeune, cette interruption paraît complexe, car en désaccord avec le principe de justice (universalité) du serment d'Hippocrate (cité en début de cette thèse). Pour les plus expérimentées, cela semble être plus facile.

Dans le langage non verbal, il y avait également moins d'hésitations dans les réponses, une posture moins en retrait et des mots plus affirmés chez les médecins plus expérimentées et a contrario, les

médecins plus jeunes ont parfois été envahies par les émotions, avec des pleurs et un réel sentiment de peur exprimé, manifestant également une crainte de représailles envers leur famille (« *J'ai peur pour mes enfants. J'suis désolée [larmes]* », Entretien A12).

Il nous semble important d'évoquer ici le rôle central du secrétariat qui n'est ni une cause ni une conséquence. Le secrétariat est une ressource : leur travail permet de décharger de tâches administratives chronophages et pénibles, mais les secrétaires sont aussi considérées comme de véritables barrières (« *premier rempart* » Entretien A12), et moyens de défense (« *elle [la secrétaire] a regardé l'heure à laquelle il est rentré et elle m'a appelée pour vérifier que tout allait bien* », Entretien C10). Or toutes les femmes interrogées les ont citées comme première victime des violences (« *je pense que là, il y a une deuxième thèse à faire : c'est sur les violences au secrétariat* », Entretien D9). Des mesures ont dû être prises pour les secrétariats présentiels : le recadrage des patients violents verbalement mais aussi des mesures de protection physiques *(« elle se sent plus protégée derrière son truc, derrière sa barrière »*, Entretien G6).



Modèle explicatif.

IV- Discussion

a. Les résultats

Notre étude constituait, à notre connaissance, le premier travail réalisé dans notre département consacré aux conséquences des agressions subies par des femmes médecins généralistes dans le cadre de leur profession. Un travail d'Amandine Fanara pour une Thèse de Doctorat en Médecine Générale, portait sur le ressenti et vécu des femmes médecins généralistes victimes de violences en 2012, et montrait déjà la mise en place de moyens de protection: équipement du cabinet, changement du mode d'exercice, attitude particulière face aux patients (14). Une thèse, parue en 2020, porte sur les stratégies de prévention et protection vis-à-vis des violences (15). Les autres travaux retrouvés portaient sur les médecins généralistes, tout sexe confondu, et étaient pour la plupart des études quantitatives.

La revue de la littérature a permis d'identifier certains changements dans la pratique professionnelle (15) (tout sexe confondu) :

- Réaménagement du temps de travail : arrêt des visites à domicile (7), arrêt de la participation à la permanence de soins (14), consultations sur rendez-vous uniquement (14,16), diminution volontaire du nombre de gardes (6)
- Refus de suivi de certains patients (15,16)
- Souhait de quitter le milieu libéral (6)
- Diminution du temps de travail (7,10)
- Réaménagement du cabinet : installation de caméras (7,9,12,15,16), mise en place d'un secrétariat (7,14,15), achat de matériel de défense (15,16)
- Installation en cabinet de groupe (7,12,15)

Sur le plan personnel, les agressions ont entraîné :

- Stress psychologique : anxiété, syndrome de stress post-traumatique (17)
- Changement de comportement et modification de la relation médecin-patient (10) : acceptation de requêtes injustifiées de patients (7), attitudes plus conciliantes envers certains profils (addictions, antécédent pénal) (15).

Notre étude est en accord avec les résultats retrouvés dans la littérature. Son originalité repose sur la proposition d'un modèle de changement de la pratique du médecin, en lien avec l'acceptation de ses limites.

Si toutes les femmes interrogées avaient modifié leur pratique, les émotions exprimées étaient multiples, avec une intensité variable. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) défini la violence comme suit : *« menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui*

ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » (18). Si l'atteinte corporelle paraît évidente dans cette définition, c'est la violence psychologique qui est majoritairement évoquée lors des entretiens. Cette violence a impacté l'activité de ces femmes à des degrés divers allant de l'indifférence (celles qui avaient plus d'expérience) à une souffrance plus marquée, de laquelle résulte une remise en question permanente de leur pratique.

b. Forces et limites

i. Type d'enquête et entretiens

Le choix de la méthode a été dicté par l'objectif qui était à la fois d'analyser les ressentis et à la fois d'en évaluer les conséquences. L'entretien a permis d'analyser le sens que les médecins donnent à leur pratique et aux évènements auxquels elles ont été confrontées (19). Il s'agit donc d'une étude déclarative, qui ne permet pas une vérification de la véracité des faits.

Des entretiens individuels avaient initialement été choisis : la thématique étant très sensible, nous avions craint que la réalisation d'entretiens collectifs ne permette pas aux femmes de s'exprimer librement. Cependant, l'étude s'est conclue avec un focus group de deux médecins qui ont souhaité participer conjointement pour des raisons d'organisation. Cela a ouvert une discussion entre les deux femmes avec des ressentis de violences différents, appuyant les résultats jusque-là obtenus.

Tous les entretiens ont eu lieu dans un endroit calme et sans interruption, soit au domicile de l'interrogée, au cabinet ou dans la salle de pause.

ii. Echantillon

Dans un souci de logistique, la population s'est portée sur le département de l'Indre et Loire. L'échantillonnage était diversifié, prenant en compte des professionnels exerçant dans des structures différentes et avec une grande diversité des pratiques (rural, semi-rural, urbain, zones à urbaniser en priorité) et des âges et durées d'installation différentes.

Plus de la moitié des interrogées sont maîtres de stage universitaires (MSU). Cela a pu biaiser les résultats : la littérature montre en effet une plus grande propension des MSU à la remise en question et à la réflexivité avec en conséquence une pratique modifiée (20,21). De plus, sur 498 médecins généralistes installées en Indre-et-Loire (22), 47 uniquement sont MSU. La population étudiée n'est donc pas représentative de la population de médecins généralistes du département (23).

Cinq praticiennes contactées ont refusé la participation : une personne ayant manifesté son désintérêt sur le sujet, deux sans réponse, une pour départ en congé maternité et une pour un souci de d'organisation. Le fait que les médecins sollicitées étaient majoritairement maîtres de stage, a pu aussi contribuer à amoindrir le nombre de refus de participation, car plus enclins à participer aux thèses des étudiants (21).

iii. Scientificité

La scientificité définie une démarche scientifique et se différencie d'une démarche spéculative (13,24).

S'agissant d'une étude qualitative, et étant donné notre inexpérience, cela a inévitablement exposé à des biais de collecte et a sans doute exposé l'étude à l'influence des opinions du chercheur pour les premiers entretiens réalisés ; la technique s'est toutefois affinée au fur et à mesure des entretiens.

Les biais relatifs à l'analyse ont été minimisés par la triangulation des premiers entretiens.

Nous avons essayé de respecter la grille de qualité d'une recherche qualitative proposée par Jean-Pierre Lebeau dans son ouvrage (13).

iv. Recueil et analyse de données

1. Suffisance et saturation

La suffisance signifie que le recueil de données a suffi à décrire le phénomène étudié (25). Etant donné l'approche choisie (inspirée de la théorisation ancrée), la saturation des données a été recherchée avec un recueil qui a été réalisé au fur et à mesure des entretiens. Elle s'est poursuivie jusqu'à saturation théorique des données, soit lorsque toute donnée nouvelle n'apportait aucun élément supplémentaire à la compréhension du phénomène à l'étude (13,26).

2. Triangulation

La triangulation des données est définie par la diversité des points de vue et permet de dégager une vision plus riche de la thématique (26). L'analyse des trois premiers verbatims a été réalisée par deux chercheurs de façon indépendante (Marine Breton, interne en médecine générale, et Sonia Bocca, autrice). Les analyses ont été mises en commun pour aboutir à un consensus. A la lumière de celui-ci, la suite de l'analyse n'a été réalisée que par l'autrice.

c. Les perspectives

Selon les résultats de cette étude, nous pouvons suggérer que la pratique d'une femme médecin généraliste peut être améliorée lorsque celle-ci impose, dès le début de sa pratique, ses souhaits : imposer une séparation par rapport à sa vie privée, se questionner sur les relations avec les patients avec lesquels elles se sentent en insécurité, mettre en place des systèmes de sécurité si cela lui semble rassurant (bombe au poivre, télésurveillance), mettre un frein aux demandes abusives. Nous pouvons imaginer que les patients, informés de la pression quotidienne imposée par de telles demandes, soient plus compréhensifs et tolérants. La relation de confiance qui en résulterait étant plus équilibrée, cela serait profitable aux deux parties.

Le sentiment d'insécurité semble être central pour ces femmes et impactant tant le plan professionnel que personnel, avec une souffrance réelle et parfois un épuisement. Plusieurs femmes évoquent avoir apporté des modifications à leur planning. Se retrouver seules le soir, leur procure ce sentiment d'insécurité. Par conséquent, les consultations s'arrêtent plus tôt. Les visites à domicile chez certains patients sont évitées. Une participante communique tous ses déplacements au conjoint. Cela montre à quel point la violence peut contribuer à la diminution du temps médical.

Comme évoqué dans l'introduction de cet article, nous vivons dans une période historique où la démographie médicale est défavorable. Nous pensons donc que l'amélioration des conditions de sécurité pourrait dégager du temps médical en faveur des patients. Des traceurs GPS sont déjà proposés pour certains véhicules de SOS médecin et permettent d'envoyer des alertes silencieuses aux autorités en cas de besoin. Certaines collectivités financent des applications smartphone similaires permettant une plus grande sécurité aux praticiens lors des déplacements au domicile des patients (27). Elargir de tels dispositifs à tous les praticiens pourrait les rassurer.

La charge administrative à laquelle les médecins sont confrontées semble être parfois vécue comme une violence. Le système de santé a été décrit comme « inefficace pour absorber les demandes » et la politique de santé comme « injuste ». Cela semble engendrer une méfiance contre-productive. Le discours des interrogées laisse transparaître le souhait d'être soutenues et accompagnées lors de ce type de démarches administratives (certificats, appels au spécialistes, organisation des soins, etc.). Nous pensons que cela pourrait également libérer du temps médical.

L'échange avec les confrères semble être primordial. Cela confirme donc l'intérêt des groupes d'échanges de pratique, comme les groupes Balint qui ont d'ailleurs été cités (Entretien B11).

A noter qu'un des biais de cette étude, est que les médecins étaient majoritairement constituées de MSU qui sont plus enclins aux changements de pratique (20). Il serait intéressant d'étendre cette étude à une population plus diversifiée pour vérifier la pertinence des résultats.

Enfin, les femmes interrogées ont toutes mis à l'honneur avec le rôle primordial des secrétaires dans la prévention des violences. Elles semblent malheureusement être les premières victimes. Une participante proposait même de leur dédier une thèse (Entretien D9).

V- Conclusion

Ce travail s'intéressait aux changements opérés par les femmes médecins généralistes à la suite de violences subies au cabinet. Les résultats ont été inattendus avec la mise en place de stratégies pour éviter leur survenue mais aussi leur retentissement.

Si cette thèse portait bien sur les femmes, un des résultats pourrait en réalité être universel. La charge administrative, la politique de santé actuelle, l'image renvoyée par les médias, ne ciblent pas que les femmes médecins généralistes, mais bien toute la profession. Il serait intéressant d'explorer le ressenti d'un échantillon plus large de population.

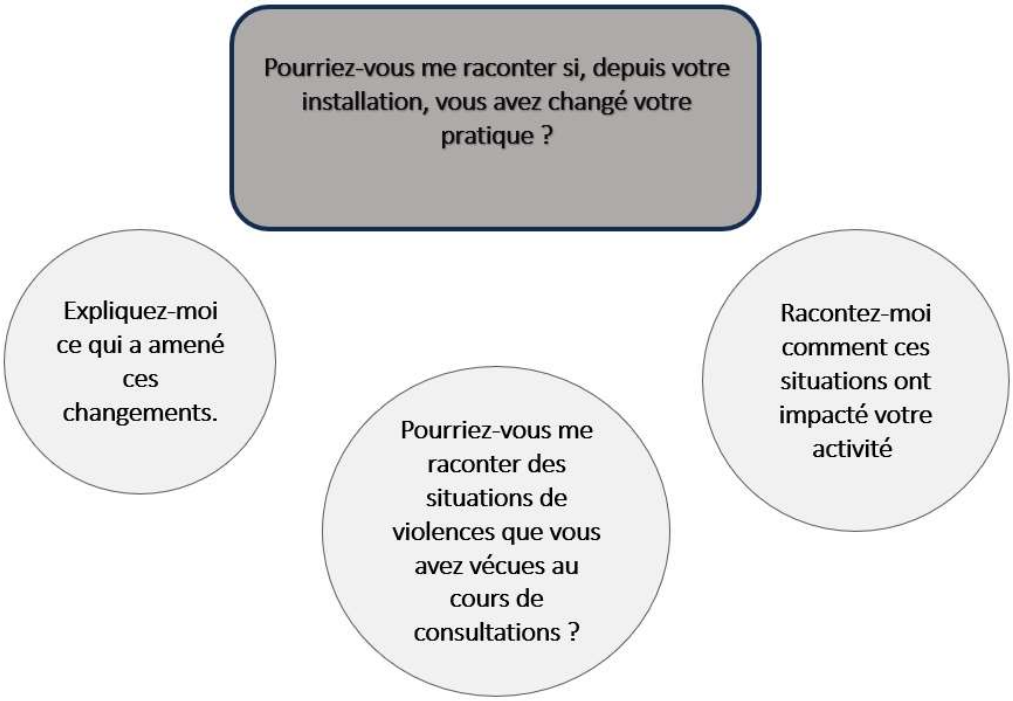
La présence du soutien du Conseil de l'Ordre semble être rassurante, mais les dispositifs mis en place par cette institution semblent être inconnus par la majorité des médecins. Pour autant, les femmes interrogées font appel au Conseil en premier recours pour avis et conseil.

Les entretiens montraient qu'il est primordial d'avoir un réseau professionnel et/ou soutien familial pour échanger. Il est également essentiel d'être à l'aise dans sa pratique de la Médecine Générale, afin de ne pas se laisser submerger par des situations vécues comme violentes.

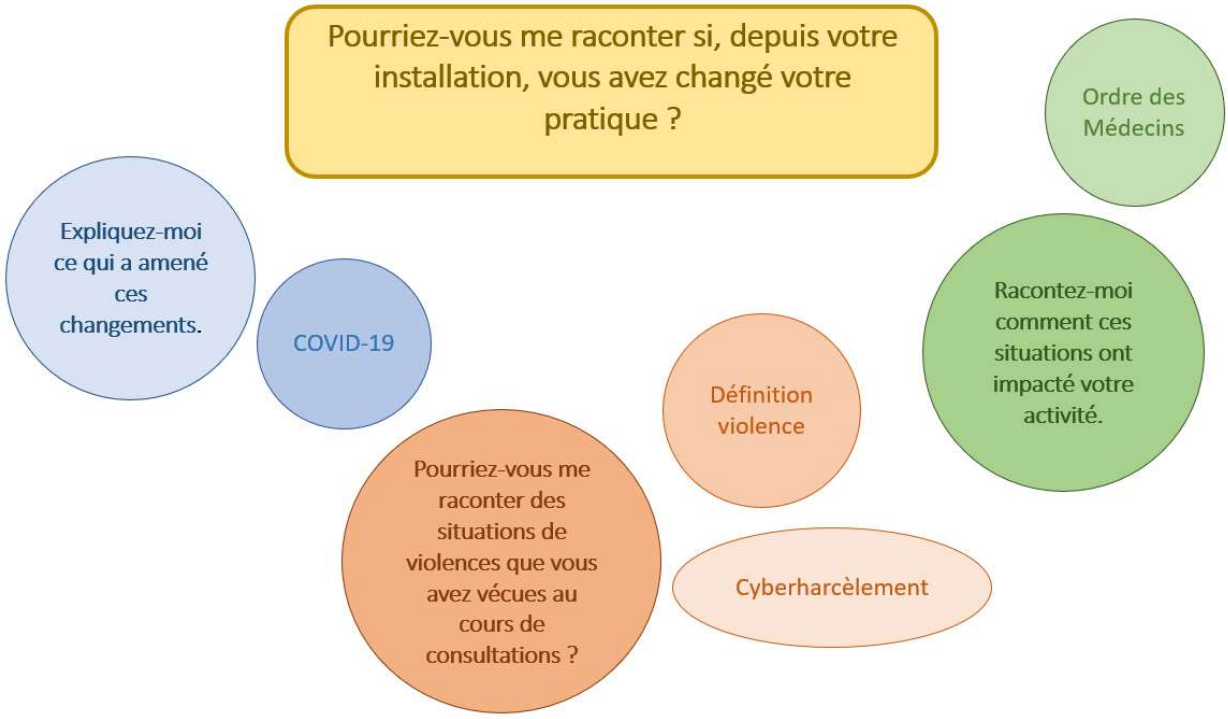
Bien que cette thèse mette en évidence des stratégies de prévention et de protection vis-à-vis de la violence en Médecine générale, elle ne porte que sur un échantillon restreint de femmes exerçant en Indre-et-Loire, majoritairement MSU et exerçant quasi-exclusivement en groupe.

VI- Annexes

a. Annexe 1 – Guide d'entretien



b. Annexe 2 – Guide d'entretien retravaillé au fur et à mesure des entretiens



c. Annexe 3 – Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Conséquences des agressions subies au cabinet sur la pratique professionnelle par des femmes médecins généralistes.

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de Médecins généralistes femmes

Introduction : En 2022, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a recueilli 1244 fiches de signalement (contre 1009 en 2021). Les victimes sont des femmes dans 56% des cas. Ces chiffres ne cessent d'augmenter d'année en année. En comparaison à 2011 par exemple, le nombre de signalements a augmenté d'un tiers (822 signalements). Certaines études confirment que les femmes sont plus touchées. Ces résultats m'ont interpellée et à la suite de témoignages de consœurs, j'ai réalisé que ce climat d'insécurité génère des changements dans la pratique professionnelle, ce qui est appuyé par plusieurs études.

L'objectif de ce projet est d'explorer comment ces violences subies modifient la pratique des médecins.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par BOCCA Sonia suivant vos disponibilités, à votre cabinet.

Il durera de 30 à 50 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par BOCCA Sonia, BRETON Marine (étudiante) et Dr JAN Nathalie (Directrice de thèse).

Les résultats seront utilisés dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)_____ Signature (investigateur)_____

Date_____ Date_____

Nom_____ Nom_____

d. Annexe 4 – Note d'information à destination des participants

Conséquences des agressions sur la pratique professionnelle auprès de femmes médecins généralistes.

Université de Tours / UFR de Médecin

Note d'information à destination des participants

Madame,

Vous êtes invitée à participer à une étude réalisée dans le cadre de la poursuite d'un projet de thèse de Madame Sonia BOCCA, étudiante à l'UFR de Médecine de l'Université de Tours.

La présente notice d'information explicite l'ensemble des éléments portés à votre connaissance sur ce projet de recherche, votre participation et ses conséquences. Elle vous appartient : vous pouvez la conserver, la partager avec un proche ou avec votre médecin.

Vous êtes invitée à participer à ce projet de recherche car vous êtes installée comme médecin généraliste et vous êtes une femme.

BUT DU PROJET DE RECHERCHE

Explorer comment les femmes médecins généralistes modifient leur pratique à la suite d'agressions subies à leur cabinet

METHODOLOGIE

Etude qualitative avec approche par théorisation ancrée

RISQUES POSSIBLES / CONTRAINTES PARTICULIERES : /

DROITS EN TANT QUE PARTICIPANT A LA RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est libre et volontaire. Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier. Votre décision de participer ou de ne pas participer n'entraîne aucune conséquence pour vous, ni dans vos relations avec l'Université de Tours.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision

Vous pouvez également décider, à tout moment, de ne plus participer à ce projet de recherche et demander que les données qui ont été collectées auprès de vous fassent l'objet d'une suppression par un courriel adressé à dpo@univ-tours.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : Direction des affaires juridiques et du patrimoine – 60, rue du Plat d'Etain, 37 000 Tours.

TRAITEMENT DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Votre participation à ce projet de recherche implique un traitement de données à caractère personnel soumis au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après « RGPD »). L'Université de Tours est responsable de ce traitement de données à caractère personnel.

Ce traitement poursuit une finalité de recherche scientifique et a pour base légale l'exécution d'une mission d'intérêt public.

DROITS SUR LES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données à caractère personnel. Vous disposez également d'un droit d'opposition à leur traitement et d'un droit à la limitation de leur traitement. Ces droits ne pourront pas s'exercer s'ils sont susceptibles de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche auprès :

- Du professionnel ou de l'étudiant en charge de la recherche : Sonia BOCCA – sonia.bocca@univ-tours.fr;
- Du Délégué à la protection des données de l'Université de Tous : Direction des affaires juridiques et du patrimoine – 60, rue du Plat d'Etain, 37 000 Tours – 02 47 36 78 59 - dpo@univ-tours.fr.

Une réponse vous sera apportée dans un délai d'un mois. Vous disposez du droit d'adresser une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

GESTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Dans le cadre de cette étude, les informations suivantes sont collectées et analysées :

- Votre ressenti et vos expériences
- Des données démographiques générales : votre âge, votre lieu d'installation (rural, semi-rural, urbain) et votre mode d'exercice.

Ces données sont traitées par :

- Mme Sonia BOCCA, Mme Marine BRETON, étudiantes à l'Université de Tours ;
- Dr Nathalie JAN, directrice de thèse et maître de stage universitaire.

Sont destinataires des données collectées dans le cadre de ce projet de recherche :

- Mme Sonia BOCCA, étudiante à l'Université de Tours ;
- Dr Nathalie JAN, directrice de thèse et maître de stage universitaire.

Pour garantir la sécurité et la confidentialité de vos données, les mesures suivantes sont mises en place :

- Anonymisation complète des données recueillies.

Les données directement identifiantes sont conservées pour une durée de 18 mois par l'étudiant en charge de la recherche. Elles feront ensuite l'objet d'une suppression définitive.

DIFFUSION

Seules des données ne permettant pas de vous identifier seront publiées et diffusées sous la forme d'une thèse de Médecine Générale.

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à votre médecin traitant et/ou à vos proches pour avis.

Nous vous remercions, Madame, de votre participation.

CONTACTS

Etudiant / professionnel en charge du projet de recherche
Sonia Bocca : sonia.bocca@etu.univ-tours.fr
0X.XX.XX.XX.XX

Délégué à la protection des données
Direction des affaires juridiques et du patrimoine
60, rue du Plat d'Etain, 37 000 Tours
dpo@univ-tours.fr
02 47 69 78 59

Bibliographie

1. Lasceve C. [cité 2 déc 2022]. Tours : après une agression, SOS Médecins en grève pour 24 heures, ce mercredi 20 avril. Disponible sur: https://www.lanouvellerepublique.fr/tours/tours-apres-des-menaces-sos-medecins-en-greve-pour-24-heures-ce-mercredi-20-avril

2. M.J. [Internet]. 2022 [cité 2 déc 2022]. Plus de médecin à son arrivée : le patient saccage le cabinet. Disponible sur : https://www.egora.fr/actus-pro/violence/77952-plus-de-medecin-a-son-arrivee-le-patient-saccage-le-cabinet

3. Brosset O. [cité 1 févr 2024]. Agression en cabinet dentaire à Tours : « Je me sens comme un miraculé ». Disponible sur : https://www.lanouvellerepublique.fr/tours/agression-en-cabinet-dentaire-a-tours-je-me-sens-un-miracule

4. Observatoire de la sécurité des médecins. Recensement national des incidents par la section EP du CNOM. Fiches 2022. 2022. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1dxm17k/cnom_observatoire_securite_2022.pdf

5. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2022 [cité 2 déc 2022]. Résultats 2021 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/resultats-2021-lobservatoire-securite-medecins

6. Union régionale des médecins libéraux d'Ile de France. Enquête sur les conditions d'exercice des médecins libéraux d'Ile de France. Mai 2000. Disponible sur : https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_010622.pdf

7. Blériot E. L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique : état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante [Thèse d'exercice de Médecine]. Nantes : Université de Nantes; 2013.

8. Rastrelli S. Violences subies par les médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine en 2017 et 2018 et leurs conséquences professionnelles [Thèse d'exercice de Médecine]. Limoges : Université de Limoges; 2019.

9. Clinet ML, 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. 2015;44(11):e321-9.

10. Capsec-Laporterie-Moureau C. Conséquences des agressions dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux de Gironde [Thèse d'exercice de Médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2021.

11. Rivière A. Le médecin généraliste face à la violence [Thèse d'exercice de Médecine]. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2013.

12. Delgatte F. Violence à l'encontre des spécialistes de médecine générale des Hauts-de-France dans l'exercice de leur profession: représentations et ressources dont ils disposent [Thèse d'exercice de Médecine]. Lille : Université du droit et de la santé; 2017.

13. Lebeau J-P. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud : Global Média Santé; CNGE; 2021.

14. Fanara A. Violence des patients : ressenti et vécu des femmes médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice de Médecine]. Nancy : Université de Lorraine; 2012.

15. Laennec, T. Gestion par les Médecins Généralistes en soins primaires des risques de violence dirigés à leur encontre: analyse par étude qualitative des stratégies de Prévention et de Protection [Thèse d'exercice de Médecine]. Marseille: Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2019.

16. Huber F. 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 [Thèse d'exercice de Médecine]. Nancy : Université de Lorraine; 2017.

17. Demaie J. Attitude et ressenti du médecin généraliste picard face à un patient agressif: analyse qualitative [Thèse d'exercice de Médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne; 2019.

18. Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002. Disponible sur : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf?sequence=1

19. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris: Armand Colin; 2022.

20. Lopes C. La Maitrise de stage : une démarche réflexive dans la dynamique du Développement Professionnel Continu [Thèse d'exercice de Médecine]. Nice : Université de Nice- Sophia Antipolis; 2014.

21. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste [Thèse d'exercice de Médecine]. Nice: Université de Nice-Sophia Antipolis ; 2014.

22. Agence Régionale de Santé - Centre Val de Loire. Liste démographie médecins. 2023. Disponible sur : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/demographie-des-professionnels-de-sante-2

23. Union Régionale des professionnels de santé, Médecins Libéraux Centre-Val de Loire. Exercice : Devenez Maître de Stage des Universités. Trait Union. juin 2023; Disponible sur : https://urpsml-centre.org/wp-content/uploads/2023/06/TRAIT-DUNION-Juin-2023-URPS-ML.pdf

24. Définitions : scientificité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/scientificit%C3%A9/71472

25. Larousse É. Définitions : suffisance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suffisance/75258

26. Sawadogo HP. Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. [cité 22 févr 2023]; Disponible sur: https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/

27. Union régionale des professionnels de santé - Médecins d'Occitanie. France 3 Occitanie présente l'application CORMEDAL [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.medecin-occitanie.org/france-3-occitanie-presente-lapplication-cormedal/

Vu, le Directeur de Thèse

Docteur JAN Nathalie

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Résumé

Introduction : Les violences à l'encontre des professionnels de santé ne cessent de s'accroître. L'Observatoire de la Sécurité des Médecins recense en dix ans une augmentation des signalements de 36%. Les agressions touchent plus fréquemment les femmes (56%). La féminisation progressive de la profession et les contraintes de démographie s'ajoutent à ces difficultés.

Objectif : Explorer ce que pensent les médecins généralistes femmes des violences faites aux soignants.

Méthode : Etude qualitative avec une approche inspirée par la théorisation ancrée par le biais d'entretiens semi-dirigés. Les soignantes ont été recrutés par la méthode de la « boule de neige ». Les entretiens ont été intégralement retranscrits et analysés au fur et à mesure avec le logiciel Sonal®.

Résultats : Onze femmes médecins généralistes installées en Indre-et-Loire ont été interrogées.
L'étude a permis de mettre en évidence que la violence est subjective : c'est un ressenti, pouvant être différent entre deux participantes.
Les femmes ayant moins d'expérience ont tendance à avoir un vécu plus violent de certaines situations et un sentiment d'insécurité plus prononcé. A contrario, les médecins plus expérimentées semblent adopter un processus de remise en question sur leur pratique, impliquant le partage des expériences avec leurs collègues. Elles déterminent leur seuil de tolérance pour une situation ressentie comme violente et imposent un cadre aux patients. Cela leur permet d'être plus à l'aise dans leur pratique et de limiter le vécu violent.
L'étude retrouve également la mise en place de stratégies de prévention, notamment dans l'organisation des soins : modification des horaires de travail, installation en cabinets de groupe, arrêt des visites, refus de gardes. Le temps médical est diminué dans la majorité des cas et la qualité des soins en est donc impactée. D'autres stratégies étaient mises en place pour renforcer le sentiment de sécurité, sans pour autant avoir un véritable impact sur les violences : posséder une bombe au poivre, mettre en place une télésurveillance, utiliser un système de verrouillage automatique des portes du cabinet.
La violence ne provenait pas que des patients : la charge administrative à laquelle les médecins sont confrontées semble être parfois aussi vécue comme une violence.

Conclusions : Favoriser la sécurité des médecins pourrait accroître le temps de travail des femmes médecins généralistes, ainsi que leur bien-être au travail. Des applications d'alerte, ou des traceurs GPS, pourraient par exemple être proposés pour sécuriser les visites à domicile, y compris pendant les gardes. Le discours des interrogées laisse transparaître le souhait d'être soutenues et accompagnées également lors des démarches administratives (certificats, appels au spécialistes, organisation des soins, etc.).

BOCCA Sonia

38 pages – un tableau – trois figures

Résumé :

Introduction : Les violences à l'encontre des professionnels de santé ne cessent de s'accroître. L'Observatoire de la Sécurité des Médecins recense en dix ans une augmentation des signalements de 36%. Les agressions touchent plus fréquemment les femmes (56%). La féminisation progressive de la profession et les contraintes de démographie s'ajoutent à ces difficultés.

Objectif : Explorer ce que les femmes médecins généralistes pensent de leur pratique après avoir vécu des violences dans leur activité professionnelle.

Méthode : Etude qualitative avec une approche inspirée par la théorisation ancrée par le biais d'entretiens semi-dirigés. Les soignantes ont été recrutés par la méthode de la « boule de neige ». Les entretiens ont été intégralement retranscrits et analysés au fur et à mesure avec le logiciel Sonal®.

Résultats : Onze femmes médecins généralistes installées en Indre-et-Loire ont été interrogées.
L'étude a permis de mettre en évidence que la violence est subjective : c'est un ressenti, pouvant être différent entre deux participantes.
Les femmes ayant moins d'expérience ont tendance à avoir un vécu plus violent de certaines situations et un sentiment d'insécurité plus prononcé. A contrario, les médecins plus expérimentées semblent adopter un processus de remise en question sur leur pratique, impliquant le partage des expériences avec leurs collègues. Elles déterminent leur seuil de tolérance pour une situation ressentie comme violente et imposent un cadre aux patients. Cela leur permet d'être plus à l'aise dans leur pratique et de limiter le vécu violent.
L'étude retrouve également la mise en place de stratégies de prévention, notamment dans l'organisation des soins : modification des horaires de travail, installation en cabinets de groupe, arrêt des visites, refus de gardes. Le temps médical est diminué dans la majorité des cas et la qualité des soins en est donc impactée. D'autres stratégies étaient mises en place pour renforcer le sentiment de sécurité, sans pour autant avoir un véritable impact sur les violences : posséder une bombe au poivre, mettre en place une télésurveillance, utiliser un système de verrouillage automatique des portes du cabinet.
La violence ne provenait pas que des patients : la charge administrative à laquelle les médecins sont confrontées semble être parfois aussi vécue comme une violence.

Conclusions : Favoriser la sécurité des médecins pourrait accroître le temps de travail des femmes médecins généralistes, ainsi que leur bien-être au travail. Des applications d'alerte, ou des traceurs GPS, pourraient par exemple être proposés pour sécuriser les visites à domicile, y compris pendant les gardes.
Le discours des interrogées laisse transparaître le souhait d'être soutenues et accompagnées également lors des démarches administratives (certificats, appels au spécialistes, organisation des soins, etc.).

Mots clés : Violence – Ressenti - Femme – Expérience

Jury :

Président du Jury :	Professeur Clarisse DIBAO-DINA
Directeur de thèse :	Docteur Nathalie JAN
Membres du Jury :	Docteur Alain AUMARECHAL
	Docteur Elise ANDRE

Date de soutenance : 16 mai 2024