



HAL
open science

Gestion par les Médecins Généralistes en soins primaires des risques de violence dirigés à leur rencontre : Analyse par étude qualitative des stratégies de Prévention et de Protection

Thomas Laennec

► To cite this version:

Thomas Laennec. Gestion par les Médecins Généralistes en soins primaires des risques de violence dirigés à leur rencontre : Analyse par étude qualitative des stratégies de Prévention et de Protection. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02512130

HAL Id: dumas-02512130

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02512130v1>

Submitted on 19 Mar 2020

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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Gestion par les Médecins Généralistes en soins primaires des risques de
violence dirigés à leur rencontre: Analyse par étude qualitative des
stratégies de Prévention et de Protection**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 15 Novembre 2019

Par Monsieur Thomas LAENNEC

Né le 24 novembre 1987 à Oullins (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe

Assesseur

Madame le Docteur DUCROCQ Lydie

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**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**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 15 Novembre 2019

Par Monsieur Thomas LAENNEC

Né le 24 novembre 1987 à Oullins (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe

Assesseur

Madame le Docteur DUCROCQ Lydie

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Monsieur le Professeur Pierre MICHELET

Je vous remercie beaucoup de l'honneur que vous me faites en présidant ce jury de thèse.

Je vous remercie également pour toute l'attention et le temps que vous m'avez consacré, ainsi que de votre bienveillance et des précieux enseignements retirés lors de mon passage parmi vos équipes au sein de votre service.

Monsieur le Professeur Christophe BARTOLI

Je suis très honoré de pouvoir vous compter au sein de ce jury de thèse, et vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'y participer.

Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX

Je vous remercie et suis très honoré de votre présence comme membre de ce jury de thèse. Je vous remercie de votre encadrement, votre gentillesse et votre disponibilité lors de mon passage au sein de votre service.

Madame le Docteur Lydie DUCROCQ

Je te remercie beaucoup d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, de ta disponibilité et de ton ouverture d'esprit. Ce fut un réel plaisir de mener à bien ce travail sous ta supervision, au gré de tes relectures et de tes conseils avisés. Merci également pour tes grandes compétences humaines et professionnelles au quotidien, en tant que médecin généraliste, consœur et maître de stage.

Remerciements

A Claire, ma pacsette, qui supporte avec une patience infinie mes (trop nombreuses) lubies, mes digressions farfelues et mes horaires abscons. Je t'aime de tout mon cœur.

A mes parents Eric et Laurence, mes frères Quentin et Thibaut, et ma sœur Coline, pour leur bienveillance de tous les instants et leur soutien indéfectible.

A ma famille, FORMISYN et LAENNEC, grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, pour leur support et leur gentillesse, les nombreux moments partagés et à venir, qui sont le socle de ce que je suis.

A Danielle, ma grand-mère de cœur.

A David, Françoise et Laura, pour leur accueil en terre Toulonnaise, et au sein de la famille BARTOLOMEI.

A la famille BERTRAND, Pierre et Florence, Arnaud, Christophe et Tanguy pour les moments passés ensemble et le soutien de toujours.

A tous mes amis, sans qui rien n'aurait été pareil depuis quinze ans :

De Lyon et d'autres horizons : mon Faz, Louis et Mayté, Narcantouille et Justine, Hugo et Lucie, Stan, Adam, Anthony, Charpi, Lanos, Cécilia, Delphine, Manue, Anne, Gilda, Sophie, Mathilde, Marion, Kevin et leur Valentin.

A Pierre, mon petit chat Monégasque.

A Sam, pour toutes nos aventures dans les contrées les plus exotiques.

Aux Hyérois : Chloé, Céline, Olalla, Milan, Nico et Carole sans qui l'été 2016 n'aurait pas été si inoubliable.

Aux Toulonnais : Marine dont la grossesse a honteusement profité à cette thèse, Bertrand et Agathe, Iris, Doudou et leur petit Marcel, Aurélie, Flora et Robin.

Aux Marseillais : Cornélie, Kevin et Sophie, Romain et Charlotte, Toto, Pierre et Zoé.

Remerciements

Je remercie également toutes les personnes que j'ai pu croiser au gré des ans, des stages et des expériences professionnelles, et qui ont contribué à me faire grandir, tant humainement que professionnellement.

A ce titre je remercie tout particulièrement :

Le Docteur Jean-Pierre MARCEL à Apt, qui m'a tant appris sur ce qu'être médecin généraliste signifie.

Les Docteurs Jean-Philippe ALBERTI, Stéphane CHADAPAUD, Cédric FOUCAULT, Emmanuelle LANDI, et Richard VESTRI du CH Hyères pour leur encadrement attentif, leurs enseignements, et la confiance qu'ils m'ont témoignée.

Le Docteur Pierre-Benoit PIERI et le Docteur Augustin VALLET à Ajaccio pour leur accueil et la confiance qu'ils m'ont témoignée.

Le Professeur Gilles RODE et le Docteur Pierre-Olivier SANCHO de l'Hôpital Henry GABRIELLE à Lyon, pour leur bienveillance et la confiance qu'ils m'ont témoignée.

Table des matières

Lexique des abréviations utilisées	3
INTRODUCTION	4
I- Justification de l'étude	4
II- Médecins Généralistes et violence : contexte actuel	5
1- L'Observatoire de la Sécurité des Médecins (OSM)	5
2- Tendances actuelles : points de repères	5
3- Sous-déclaration des incidents violents	6
4- Effets délétères sur le médecin généraliste et la pratique médicale	7
5- Situations identifiées à risque de violence en médecine générale	7
6- Protection des médecins généralistes : recommandations	8
III- La violence : Considérations fondamentales	9
1- Difficulté de définition	9
2- Sens courant de la violence	9
3- Conception Arendtienne de la Violence	10
4- Variations culturelles	10
5- Perspectives historiques	11
6- Violence socio-affective et violence asocio-prédatrice	11
7- Motivations de l'acte violent	13
8- L'empathie, ou la résistance mentale à attaquer autrui	15
IV- Apport de la Gestion des risques, ou « Risk management »	18
1- Définitions	18
2- Classification du risque	19
3- Stratégies de réductions des risques	22
4- Solutions de réduction des risques	23
5- La gestion de crise	24
6- Principes de mise en œuvre de mesures de réduction des risques	24
V- Gestion de crise des phénomènes violents	25
1- Aspects tactiques et stratégiques	25
2- Rôle du stress	28
3- Hiérarchisation des moyens : Pyramide de Wiseman	30
4- Principes de désescalade verbale	31
5- Riposte physique	31
6- Utilisation d'armes ou « equalizers »	34

MATERIEL ET METHODES	36
I- Objectif de l'étude.....	36
II- Choix de la méthode	36
III- Choix de la population cible.....	36
IV- Etablissement du Guide d'entretien	37
V- Méthode de recueil des données	38
VI- Méthode d'analyse	38
RESULTATS	39
I- Caractéristiques des médecins interrogés.....	39
II- Objectifs principaux : stratégies de prévention et de protection	40
1- Stratégies d'évitement	43
2- Stratégies de prévention et de protection	47
3- Stratégies de gestion de la crise violente.....	56
III- Objectifs secondaires	63
1- Limites à l'adoption de mesures de sécurité	63
2- Souhais exprimés pour l'amélioration de la sécurité	68
DISCUSSION	72
I- Cas des stratégies d'évitement utilisées.....	72
II- Concernant les stratégies de prévention et de protection de la violence	73
III- Concernant les stratégies de gestion de crise	77
IV- Limites rencontrées à l'adoption de mesures de sécurité	79
V- Souhais exprimés pour l'amélioration de la sécurité	80
VI- Limites internes de l'étude	81
VII- Recommandations et utilisations pratiques.....	83
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	87

Lexique des abréviations utilisées

AFNOR : Agence Française de NORmalisation

BAC : Brigade Anti-Criminalité

Bpm : Battements Par Minute

CDOM : Conseil Départemental de L'Ordre des Médecins

CB : Carte Bancaire

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle complémentaire (bénéficiaire de la)

CNOM : Conseil National de L'Ordre des Médecins

DPC : Développement Personnel Continu

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

FC : Fréquence Cardiaque

FO : Forces de l'Ordre

ISO : International Organization for Standardization

MG : Médecin Généraliste

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

N.D.A. : Note De L'Auteur

OC : Oléorésine de Capsicum

OSM : Observatoire de la Sécurité des Médecins

PDS : Permanence De Soins

SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique

INTRODUCTION

I- Justification de l'étude

Le médecin généraliste en soins primaires, au cours de son exercice, est et sera confronté régulièrement à des situations de violence. Il est habituellement impliqué dans la prise en charge des victimes de violence, avec leur dimension physiologique, psychique et sociétale. Son rôle est également prépondérant dans le repérage et la prise en charge des violences intrafamiliales et conjugales, de par son rôle de témoin privilégié en tant que médecin de premier recours pour les problématiques sanitaires et sociales.

Il arrive cependant que le médecin puisse être lui-même victime de violence au cours de son exercice. Cette violence peut parfois être non-intentionnelle et émaner de personnes non responsables de leurs actes, dans le cas des pathologies neurologiques ou psychiatriques. Elle est le plus souvent intentionnelle [1], secondaire à des désaccords, des frustrations des patients ou de leurs accompagnants, ou encore la conséquence d'actes de malveillance dirigés à son endroit.

Cette violence peut avoir des conséquences majeures sur la santé physique et mentale du praticien et sa capacité à exercer efficacement, librement et sereinement son métier. Elle dégrade la relation médecin-malade et la relation de confiance bilatérale qu'elle implique, garante de la qualité d'écoute et de soins dans le cadre du colloque singulier.

Bien que phénomène par nature chaotique et d'évolution imprévisible, comme tout risque, l'apparition de la violence se fait cependant le plus souvent dans des contextes favorisant, présentant des facteurs de risque identifiables et prédisposant au passage à l'acte violent.

L'identification et la reconnaissance par le praticien de ces facteurs de risques, et des situations à risques les comportant au cours de son exercice quotidien, est une étape préalable à la mise en place de mesures de prévention et de protection des actes violents, dans l'objectif de diminuer leur probabilité d'occurrence et/ou de leur gravité.

Cependant l'élaboration, l'adoption et les modalités de mise en œuvre de contre-mesures est propre à chaque praticien, et fonction de sa réalité professionnelle, de sa sensibilité particulière quant à la perception des risques, de son contexte d'exercice et de ses moyens à disposition.

Cette étude a donc pour objectif d'identifier les principales stratégies déployées par les médecins généralistes, les souhaits d'amélioration ainsi que les limites rencontrées pour l'amélioration de leur sécurité afin de diminuer les risques de violence dans le contexte spécifique de la consultation de médecine générale en soins primaires.

II- Médecins Généralistes et violence : contexte actuel

1- L'Observatoire de la Sécurité des Médecins (OSM)

Devant une augmentation perçue du nombre d'actes de violence dirigés à l'encontre des professionnels de santé à la fin des années 1990, l'OSM est créé en 2002, avec pour objectif de quantifier les phénomènes liés à l'insécurité et aux violences faites aux médecins sur l'ensemble du territoire Français. Il est une entité spécifique du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). [2]

L'OSM publie un rapport annuel depuis 2005, reprenant l'ensemble des signalements réalisés par les médecins auprès de leur Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de référence suite à des violences subies au cours de leur exercice professionnel. Ce rapport est riche de nombreuses données de victimation (nombre de déclarations, sexe et spécialité du médecin concerné, lieu d'exercice, type de violence subie, auteur, motifs des violences etc.). Il constitue actuellement la source de données quantitatives de référence pour l'appréciation et le suivi des phénomènes violents subits par les médecins en France.

L'OSM est également l'interlocuteur des pouvoirs publics dans la lutte contre les actes de violence commis contre les médecins, et participe à l'élaboration des protocoles dits Santé-Sécurité-Justices-Ordres. Il permet de favoriser la coordination des différents acteurs sur tous les territoires, de mettre en place localement des solutions d'aide aux professionnels victimes de violence, de faciliter les déclarations et les dépôts de plainte, de dispenser des conseils de sûreté et d'aide à l'élaboration de solutions de prévention, ou encore de mettre en place des procédures d'alerte spécifiques en lien avec les services de police et gendarmerie. [3]

2- Tendances actuelles : points de repères

Les rapports de l'OSM retrouvaient année après année [1, 4-16] une évolution à la hausse régulière des incidents violents recensés, avec un nombre de déclaration et un taux de victimation ayant doublé en 15 ans.

Il mettait également en évidence (Rapports de l'OSM de 2004 à 2018) :

- La sur-représentation des médecins généralistes parmi les victimes de violences (60 à 70% des déclarations alors qu'ils ne représentent que 45% de la population médicale totale) avec une tendance haussière constatée au fil des ans (43% de déclarations en 2003 vs 66% en 2018), ainsi que de certaines spécialités (ophtalmologues, psychiatres, gynécologues, dermatologues et médecins du travail).
- Que la survenue des incidents violents se faisait majoritairement dans le cadre de la médecine ambulatoire (70 à 80% des cas).
- L'absence de différence significative liée au sexe du praticien.

- Que l'auteur des violences était dans la majorité des cas le patient lui-même. (50 à 60% des cas).
- Que les actes de violences recensés étaient principalement de la violence verbale et des menaces (60 à 70% des cas), les cas d'agression physique avaient diminué de moitié en 15 ans (15% en 2003 vs 7% en 2018).
- Que l'utilisation d'une arme était rare (2 à 3% des cas).
- Que les actes de vols et tentatives, et les actes de vandalismes restaient globalement stables au fil des ans (respectivement autour de 20% et 10% des cas).
- Que quatre motifs seulement généraient environ 75% des cas de violences recensés : un désaccord avec le diagnostic ou la prise en charge médicale, un refus de prescription (ordonnance, arrêt de travail, certificats...), une attente jugée excessive, le vol et tentatives.

Les données de la littérature scientifique internationale sur le sujet sont peu nombreuses. Les études quantitatives menées, principalement en Angleterre, [17-23] en Australie, [24-27] en Nouvelle-Zélande, [28,29] et dans quelques autres pays, [30,31] retrouvaient des données très semblables à celles de l'OSM, concernant les motifs et les modes de passage à l'acte violent, qui relevaient majoritairement de la violence verbale.

3- Sous-déclaration des incidents violents

Le phénomène de sous-déclaration de tous les incidents violents rencontrés au cours de la pratique par les médecins généraliste est bien documenté. [32-35]

Gabe et al. [36] avancent l'hypothèse que ce phénomène pourrait être lié au fait que les médecins généralistes sont formés avec un impératif de maîtrise du savoir et de leurs émotions, leur faisant adopter dans leur pratique une attitude de neutralité affective à l'égard des patients. Face à des situations violentes dont le ressenti émotionnel est intense, difficilement contrôlable et relève de la vie privée, les praticiens éprouveraient des difficultés à concilier ces deux aspects, les conduisant à s'auto-censurer face à des situations devant lesquelles ils s'estimeraient avoir été défaillants.

Elston et al. [21] soulignent quant à eux le problème posé par l'existence d'une « zone grise » entre le crime et la maladie, rendant la distinction entre les deux difficile, et conduisant les généralistes à tolérer dans le cadre de leur pratique des phénomènes violents par ailleurs inacceptables, et allant parfois jusqu'à se blâmer eux même.

4- Effets délétères sur le médecin généraliste et la pratique médicale

De nombreux effets secondaires néfastes à la pratique ont été décrits pour les professionnels de santé ayant subi des incidents violents. Ont ainsi été décrit : anxiété, syndromes de stress post-traumatique (SSPT), manque de confiance en soi, appréhension à exercer ou modification de la pratique, avec notamment plus grande distanciation émotionnelle par rapport aux patients, une détérioration du lien médecin-malade et une éviction de certains types de patients ou de pratiques jugées trop à risque. [27, 28, 37-42]

Les actes de violences subis par les médecins généralistes perturbent donc de manière parfois grave et durable leur rapport à leur métier, leur capacité à exercer, et la qualité des soins prodigués.

5- Situations identifiées à risque de violence en médecine générale

Des facteurs de risques ont été retrouvés dans la littérature comme augmentant la probabilité de survenue d'événement violent au cours de la consultation de médecine générale.

Ils pouvaient être :

- Liés au profil du patient, avec un risque accru pour les patients toxicomanes, psychiatriques, éthyliques chroniques, aux antécédents violents connus, très anxieux, issus de communautés défavorisées sur le plan économique et social, ou en rapport avec des différences culturelles de la perception du soin. [17-20, 24, 43-48]
- Liés au profil du médecin, avec une plus forte exposition des jeunes médecins et des médecins remplaçants, et un rôle protecteur de l'expérience.
- Liés au genre féminin du médecin, avec une surexposition pour certains types de violence (à caractère sexuel et harcèlement). [22, 24, 26, 28-30, 41, 49]
- Liés au mode d'exercice, avec une plus grande vulnérabilité des médecins exerçant en visite à domicile, particulièrement lors des horaires en soirée, la nuit, lors de la permanence de soins, lors de certaines situations spécifiques comme les réquisitions des forces de l'ordre ou les HDT. [24, 40, 50-51]

La cumulation de ces facteurs de risque pour une même situation semblait également avoir un effet majeur sur le risque de survenue d'évènement violent. [52]

6- Protection des médecins généralistes : recommandations

Différents documents existent en langue française, qui émanent principalement du CNOM.

Des recommandations aux médecins rédigés en collaboration avec le ministère de l'intérieur [53, 54] prodiguaient des conseils concernant principalement les mesures de protection des biens, le renforcement de la sécurité du cabinet (sécurisation des accès, vidéosurveillance, etc.), et les mesures de précaution à prendre lors des visites à domicile. Était fait également mention de conduite à tenir au cours d'une agression, avec l'accent mis sur la non-opposition à l'agresseur, la prise de distance, la mise en sécurité, le signalement et les suites judiciaires à entreprendre auprès des forces de l'ordre.

Un autre document [55], diffusé également par le CNOM, insistait sur la prévention et la gestion des conflits au cours de la consultation, et rappelait les principaux motifs de passage à l'acte violent, la nécessité de détection précoce et le rôle prépondérant de la communication dans la résolution pacifique des situations à l'origine de désaccords entre médecin et patient. Une affichette à destination de la salle d'attente était également proposée. [56]

III- La violence : Considérations fondamentales

1- Difficulté de définition

Le mot violence serait apparu en 1215, et issu du mot « violentia », qui est le caractère emporté, farouche et indomptable. Il serait lui-même dérivé du mot latin « vis », qui est le caractère essentiel, la vigueur, la force. [57]

Il existe cependant une difficulté de définition de la violence. Les dictionnaires en donnent usuellement plusieurs. La violence peut ainsi être :

- L'acte par lequel s'exerce la violence
- Le caractère extrême d'un sentiment
- La force irrésistible d'une chose
- Le caractère brutal d'une action

Y. Michaud [58] souligne que si nous pensons tous savoir ce qu'est la violence, la définir est plus compliqué qu'il n'y paraît de prime abord. Les différentes définitions peuvent ainsi désigner d'un côté, des faits et des actions, et de l'autre une manière d'être. La violence peut donc s'opposer dans un cas à la paix ou à l'ordre, et dans l'autre, à la mesure.

2- Sens courant de la violence

Dans le sens courant, la violence consiste principalement dans l'emploi intentionnel de la force contre quelqu'un, avec les dommages physiques pouvant en découler. La violence et la force ont souvent une signification proche, et sont difficiles à distinguer.

Bien que les définitions de la notion de violence soient multiples et variables selon les contextes, on peut néanmoins retenir, dans son expression inter-individuelle, des caractéristiques communes : l'intentionnalité de son usage, avec les conséquences de l'atteinte portée à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'un ou de plusieurs êtres vivants.

La définition donnée par E. Stanko fréquemment utilisée, [59] va ainsi dans ce sens :

« Toute forme de comportement initié par un ou des individus qui intentionnellement menacent, ou causent des dommages physiques, sexuels ou psychologiques à autrui ou à lui (eux)-même(s). »

3- Conception Arendtienne de la Violence

Hannah Arendt [60, 61] distingue le pouvoir « pouvoir-en-commun », propre à une communauté politique capable d'agir de façon concertée autour d'un espace public, et la violence qui se caractérise, elle, comme un « pouvoir-sur ».

Pour Arendt, la violence est la capacité d'une personne à exercer une force de contrainte sans tenir compte de la volonté d'autrui. Elle ne peut être pure et radicale et ne peut s'exercer librement sans être conditionnée par un objectif qui lui donne une fin dans le temps.

Elle est donc un outil, à la fois brutal et primitif mais extrêmement efficace, qui permet d'obtenir une fin déterminée :

« La violence est par nature, instrumentale ; comme tous les instruments, elle doit toujours être dirigée et justifiée par les fins qu'elle entend servir. »

Elle obéit ainsi à une finalité, et elle s'inscrit dans une logique fins-moyens. Elle est soumise à des impératifs d'efficacité objectivables qui s'incarnent notamment dans les instruments à partir desquels il est possible de l'exercer.

La violence est donc rationnelle, même si elle n'obéit parfois à une logique compréhensible uniquement de son auteur, du fait d'un raisonnement aberrant ou d'une perception distordue de la réalité. L'usage de la violence est justifié aux yeux de son auteur par les fins qui lui sont assignées.

4- Variations culturelles

La violence est également délicate à appréhender car elle recoupe un ensemble protéiforme de pratiques et d'actions, avec une expression variée dans le temps et l'espace.

Y. Michaud [58] souligne ainsi que « les évolutions de normes et les variations de sens rendent difficile la comparaison des niveaux de violence entre les sociétés, les catégories sociales ou d'époque à époque. »

Il donne comme exemple :

« La violence au sein de la famille, contre les femmes ou les enfants a pendant longtemps été considérée comme normale. – ce n'est plus le cas. [...] les violences psychologiques font également l'objet d'une sensibilité de plus en plus aigüe, au point d'en faire un peu oublier les violences physiques. »

Elle se définit donc toujours par rapport à des normes, pouvant varier historiquement et culturellement, et sur lesquelles les sensibilités et les avis peuvent différer.

5- Perspectives historiques

N'existant pas de définition universelle et figée de la violence, il est difficile d'en appréhender toutes les formes. La définition la plus fréquemment retenue est celle de la violence physique, qui porte atteinte aux biens ou aux personnes.

Bien qu'incomplète, car ne se concentrant que sur les effets les plus visibles et occultant des aspects plus insidieux comme les impacts moraux, psychiques ou sociétaux, elle a cependant l'avantage d'être la plus aisément quantifiable au fil des époques et des sociétés humaines, grâce aux témoignages et aux nombreuses sources de données existantes : études de sites archéologiques contenant des restes humains permettant de quantifier les décès consécutifs à des actes violents et données ethnographiques pour les sociétés non étatiques ; registres d'état civil, rapports de procès, bureaux et agences étatiques d'étude statistique, instituts de recherches publient des données sur les morts au cours des conflits pour les sociétés étatiques.

La compilation et l'analyse de l'ensemble de ces données statistiques, ethnographiques et archéologiques sur des temps longs, montrent que le niveau de violence aux temps préhistoriques (données archéologiques) et dans les sociétés non étatiques (données ethnographiques) était en réalité bien plus élevé que dans les sociétés modernes actuelles.

De manière tout à fait contre-intuitive, la tendance de fond au sein des sociétés humaines est donc à la diminution régulière du recours à la violence au cours de l'histoire de l'humanité, tout au moins pour ce qui concerne les actes de violence physique, sans qu'il soit possible actuellement d'individualiser les causes précises de cette évolution. [62-65]

6- Violence socio-affective et violence asocio-prédatrice

a- Bases éthologiques

Un des écueils majeurs rencontré dans l'étude de la violence est de concilier l'aspect profondément antisocial et nuisible de la violence au fonctionnement des sociétés humaines, et son caractère universel et permanent dans l'histoire de ces mêmes sociétés, traduisant donc le rôle probablement indispensable de la violence dans leur organisation et leur pérennité.

Les travaux de recherche sur les grands primates des éthologues Allemands K. Lorenz et I. Eibl-Eibesfeldt dans les années 1960, ont mis en évidence la manifestation de l'agressivité au sein de ces sociétés animales suivant deux modes, qui s'opposent point par point. [66, 67]

La violence intra-spécifique ou modèle de compétition, qui est une relation triangulaire entre deux protagonistes qui s'affrontent en vue de l'obtention d'une ressource ou d'un bénéfice.

La violence extra-spécifique ou modèle de prédation, qui est une relation bipolaire, où l'un des deux protagonistes est lui-même la ressource.

b- Adaptation aux sociétés humaines

Dans la continuité de cette distinction, Christophe Jaquemart [68, 69] retient pour ces deux modes d'expression de la violence les termes pertinents de violence socio-affective et de violence asocio-prédatrice, que nous utiliserons ici.

La violence socio-affective est une violence d'interaction sociale, triangulaire, qui implique deux protagonistes en concurrence pour l'appropriation d'un bien, (ressource, territoire, statut, etc. dans un modèle animal) ou pour la réparation d'un grief. (Revendication de réparation ou de compensation concernant une injustice dont l'un des protagonistes s'estime victime, et dont il estime l'autre protagoniste responsable dans un modèle socio-culturel)

Il s'agit d'un processus d'affrontement ritualisé, participatif et symétrique, destiné à structurer les relations hiérarchiques entre individus au sein d'une société qui s'identifient mutuellement comme tels. Chaque protagoniste participe à son tour à l'escalade du conflit, jusqu'à ce que l'un des deux négocie, se soumette ou fuie. Les règles d'engagement sont implicites et partagées par les deux protagonistes, et sont pour partie innées et stéréotypées. [70] L'affrontement est théâtralisé, l'intensité émotionnelle forte pour les deux protagonistes, la victoire principalement symbolique. Les coups les plus incapacitants sont instinctivement réprimés par chaque protagoniste, témoignage de la persistance d'un lien empathique résiduel réciproque.

Elle constitue le mode d'expression prépondérant de la violence au sein des sociétés humaines.

La violence asocio-prédatrice est quant à elle une violence asociale, bipolaire entre un prédateur et une proie. Le modèle animal en est la chasse, et elle est principalement interspécifique. [42] Le but recherché est la destruction ou l'appropriation de tout ou partie de l'un des deux protagonistes par l'autre.

La charge émotionnelle de l'agresseur est faible ou inexistante, la plus grande asymétrie en faveur du prédateur est systématiquement recherchée par celui-ci, avec une balance bénéfique/risque le plus en sa faveur, l'absence d'empathie pour la victime est totale, et la plus grande efficacité est toujours recherchée par l'utilisation des techniques les plus expéditives et vulnérantes.

Elle constitue un mode marginal d'expression de la violence au sein des sociétés humaines.

Cette distinction entre violence socio-affective et asocio-prédatrice possède des implications majeures dans la compréhension de la genèse des situations violentes, de leur dynamique, de leur évolution et des options de réponse envisageables dans une optique de d'élaboration de stratégies de gestion des risques d'actes violents.

c- Formes mixtes

L. Berkowitz [71] souligne que ces modes d'expression de la violence s'excluent l'un l'autre, et ne peuvent coexister, mais qu'au sein de la même action violente ils peuvent cohabiter, avec des comportements mixtes faisant intervenir temporellement les deux formes de manière successive.

De même, il n'y a aucun lien entre la motivation de l'action violente (survie, ressource, identité et statut social, plaisir) et sa modalité d'expression, (socio-affective ou asocio-prédatrice), toutes les combinaisons possibles ayant déjà pu être observées et décrites.

7- Motivations de l'acte violent

Les motivations conduisant à un acte violent peuvent être extrêmement diverses et sont souvent difficiles sinon à identifier, à classer. Elles sont éminemment subjectives, contextuelles et obéissent à la logique propre du ou des auteurs, et de leur déclaration à postériori, lorsque c'est possible.

Toutefois, avoir une idée, même grossière, des motivations les plus courantes entraînant l'utilisation de la violence peut s'avérer un atout majeur dans l'anticipation de la survenue d'une situation violente.

R. Miller [70] propose la classification suivante, en miroir de la pyramide des besoins de MASLOW, qui a l'avantage d'être suffisamment englobante, flexible et didactique :

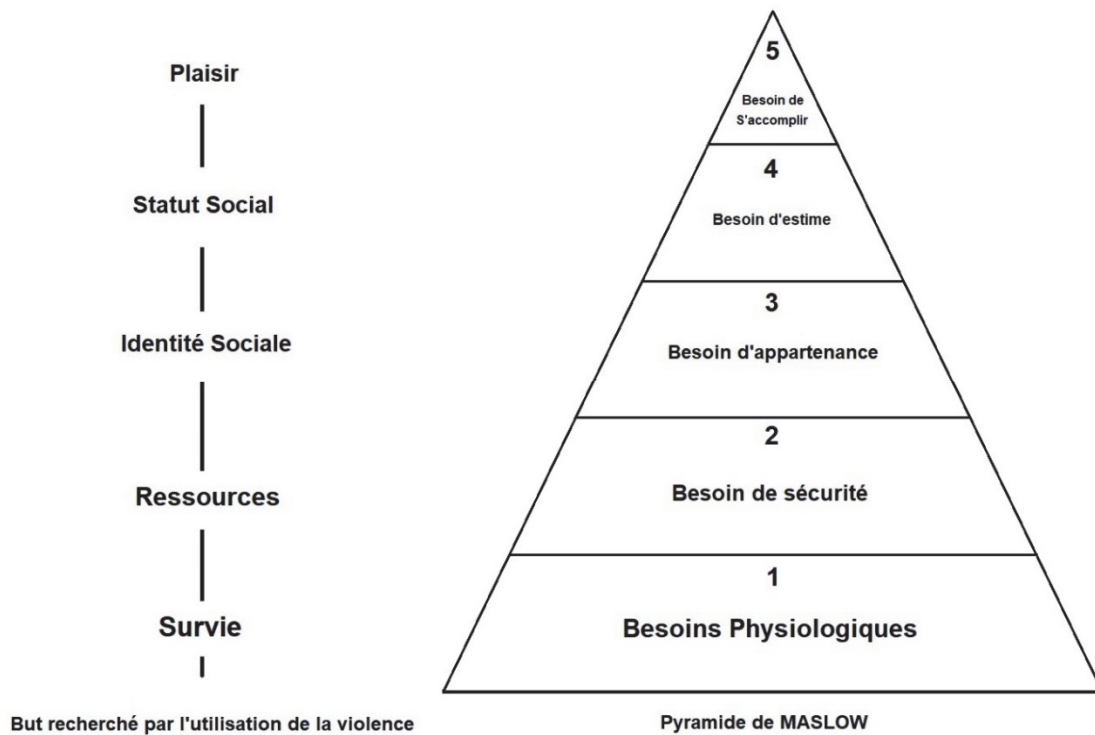


Figure 1 : motivations de la violence : adaptation de l'auteur d'après R. Miller (2008)

But recherché par l'auteur d'actes violents :

- Survie : préserver son intégrité physique ou celle d'un proche
- Ressources : appropriation et défense de ressources (naturelles, matérielles, sexuelles etc.) lui procurant un avantage
- Identité sociale : intégration à une communauté, défense d'un territoire, conformation aux traditions et protocoles etc.
- Statut social : acquisition, affirmation ou défense d'un statut au sein d'une hiérarchie sociale
- Plaisir : violence recherchée comme une fin en soi, pour le plaisir que procure son exercice sur autrui (tortures, crimes sadiques etc.)

8- L'empathie, ou la résistance mentale à attaquer autrui

a- Définition

L'empathie est la capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent. C'est une aptitude permettant de répondre émotionnellement aux affects d'un autre être vivant, conduisant l'observateur à ressentir et partager les émotions constatées, notamment la souffrance.

C'est une aptitude en partie héréditaire, qui a pu être observée chez les nouveaux nés, et qui continue ensuite à se développer sous l'influence de facteurs psycho-socio-environnementaux. [72]

Au sein d'une société, humaine ou animale, dans un contexte relationnel normal, c'est un frein naturel à l'utilisation de la violence, et un verrou comportemental destiné à empêcher de blesser gravement ou de tuer l'un de ses congénères. [68]

L'empathie est donc par essence plus forte envers les individus nous ressemblant le plus, (sexe, âge, origine ethnique, sociale etc.) et plus largement diminuée envers les individus nous semblant les plus dissemblables.

b- Rôle inhibiteur de la violence

L'empathie a donc un rôle essentiel d'inhibition de l'acte violent, dans une optique de coopération sociale et de préservation des individus d'une même espèce.

D'après Grossman, [73] un acte violent ne serait ainsi possible que lors d'une rupture temporaire d'empathie, avec une interruption temporaire de la capacité à se projeter dans l'autre, permettant à l'agresseur de désinvestir la victime de ses caractéristiques humaines, et la réduire à l'état d'objet.

Cette théorie semble se confirmer dans la pratique, avec notamment l'apport des récits recueillis auprès des militaires engagés dans des combats ou d'auteurs de crimes génocidaires, tels ceux rapportés par Jean Hatzfeld [74] auprès des Hutus au Rwanda :

« On ne voyait plus des humains. (...) Je veux dire des gens pareils à nous, partageant la pensée et les sentiments consorts... Pour moi c'était comme si j'avais laissé un autre individu prendre mes apparences vivantes, et mes manies de cœur, sans tiraillement aucun. »

« On allait et venait sans croiser une idée. Nos bras commandaient nos têtes, et nos têtes ne disaient plus rien »

c- La Vallée de l'étrange

La Vallée de l'étrange, est une théorie du roboticien Japonais Masahiro Mori. [75] Elle suggère qu'il n'y a pas de relation linéaire stricte entre l'intensité du lien empathique et le degré de ressemblance. Ainsi, pour un être qui nous serait quasi-semblable, mais dont certaines caractéristiques nous apparaîtraient comme ostensiblement différentes de nous, il existerait une zone de forte diminution des capacités affectives, entraînant l'apparition d'un fort sentiment de dégoût et de rejet.

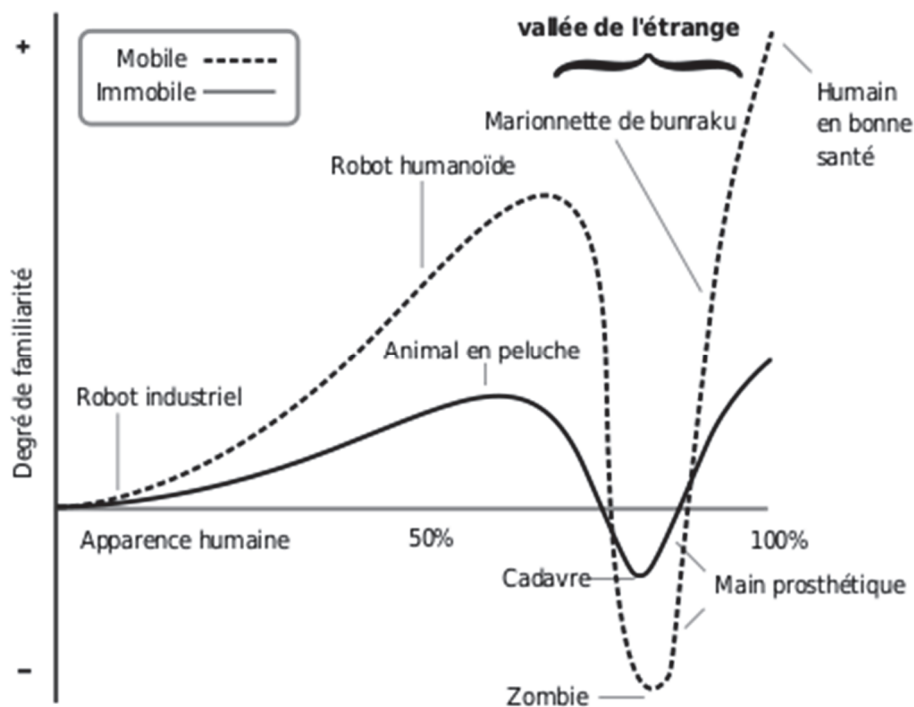


Figure 2 : La vallée de l'étrange (The Uncanny Valley) d'après Masahiro Mori. (1970)

Cette théorie met donc en perspective la redoutable efficacité de tous les conditionnements et stratégies, conscients ou non, volontaires ou subis, visant à nier tout ou partie de l'humanité d'un individu ou d'un groupe d'individus, et faciliter ainsi le passage à l'acte violent à leur rencontre.

d- Pathologies neuro-psychiatriques et empathie

La diminution des capacités empathiques au cours de certaines pathologies psychiatriques, notamment la psychopathie est un phénomène connu et bien documenté [76-79], avec une propension à utiliser la violence supérieure à celle de la population générale, associée à une sur-représentation dans le milieu carcéral.

De même l'altération du jugement, la levée d'inhibition, et les troubles du comportement dues à des lésions frontales cérébrales au cours de pathologies neurologiques ou neuro-dégénératives sont connues depuis longtemps, pouvant parfois entraîner des comportements violents, à l'égard de l'entourage ou des soignants.

e- Empathie et stratégies de prévention de la violence

L'apport de l'analyse des données militaires avec des entretiens réalisés auprès des vétérans des conflits du XIXe et XXe siècle par Du Picq, Marshall, [80, 81], puis de nombreux autres, a montré que l'efficacité des soldats au cours des combats ne reposait en réalité que sur les faibles capacités empathiques d'une minorité de soldats engagés, extrêmement efficaces pour blesser ou tuer leurs adversaires lors des affrontements. En revanche, la majorité du contingent de soldats présentait elle une inhibition forte à blesser ou tuer, et ne se contentaient que d'adopter des postures guerrières et de n'effectuer des tirs que largement au-dessus des combattants ennemis au cours des combats.

Suite à ces constatations, des conditionnements spécifiques ont été élaborés et intégrés à la formation des soldats, effectifs à partir du Conflit Vietnamien (1955-1975), où la proportion de but atteint par tir effectué augmenta drastiquement. [73]

Les grands axes de ces conditionnements ont été abondamment cités dans les ouvrages de psychologie militaire. Ils soulignent l'impératif de réduction de la charge émotionnelle inhérente à l'acte de blesser un soldat ennemi, par différents processus, dont la distanciation morale, physique, culturelle et sociale :

« Accroître la distance entre les [combattants], que ce soit en insistant sur leurs différences, ou en étirant la chaîne de responsabilité entre l'agresseur et la victime, permet une majoration du degré d'agression. » [82]

« Pour amener les hommes à penser que les ennemis auxquels ils auront à faire sont des formes inférieures de vie, [on utilise de la documentation] biaisée représentant l'ennemi comme moins qu'humain : leurs coutumes locales sont ridiculisées, et leurs dirigeants sont présentés comme des demi-dieux maléfiques. » [83]

La diminution des capacités d'empathie intrinsèques d'un individu le prédispose donc à des comportements violents, que cette diminution soit le fait de caractères héréditaires, ou environnementaux par des phénomènes de conditionnement et d'habituation à la violence, recherchés ou subis.

L'évaluation des capacités empathiques d'un individu, qu'elles soient normales ou détériorées de façon innée ou acquise, couplée à l'efficacité des mesures employées afin maintenir le lien empathique, sont des enjeux majeurs, et devraient être au centre des préoccupations de toute stratégie envisagée dans le but de d'évaluer, prévenir ou protéger des actes violents.

IV- Apport de la Gestion des risques, ou « Risk management »

1- Définitions

a- La Gestion des risques

La Gestion des risques, ou Management du risque (Risk management), est la discipline qui s'attache à identifier, évaluer et prioriser les risques relatifs aux activités d'une organisation, quelles que soient la nature ou l'origine de ces risques. Elle vise à les traiter méthodiquement, de manière à réduire et contrôler la probabilité des événements redoutés, et à réduire l'impact éventuel de ces événements.

La Gestion des Risque a vu le jour en tant que discipline dans les années 1960, principalement sous l'impulsion de compagnies d'assurances désireuses d'établir une approche méthodologique d'évaluation et de réduction des risques dans les secteurs industriels puis financiers. [84]

b- Le danger

Le danger est l'événement redouté (par lui-même et par ses conséquences). Le risque ne se confond donc pas avec le danger, mais résulte de ce que ce danger a une certaine probabilité d'occurrence et entraînerait des conséquences d'une certaine gravité. [85]

c- Le risque

Le risque est l'association de quatre facteurs : un danger identifié, une probabilité d'occurrence, sa gravité et de son acceptabilité par une entité exposée à ce danger. [86]

Il est défini le plus communément par les agences de standardisation comme : « La combinaison de la probabilité d'un dommage et de sa gravité » pour un danger identifié. [87]

d- La situation à risque

Une situation à risque est un événement contextuel particulier, dont les composantes intrinsèques augmentent la probabilité d'occurrence et/ou le niveau de gravité potentiel d'un danger identifié.

e- La réduction du risque

La réduction du risque s'attache à réduire sa probabilité d'occurrence (stratégies de prévention), réduire ses conséquences, (stratégies de protection) ou les deux en même temps.

2- Classification du risque

a- Matrice de criticité

L'exposition au risque dépend de deux éléments essentiels : la gravité des conséquences des événements indésirables potentiels et la probabilité d'occurrence de chacun de ces événements indésirables.

En combinant ces deux caractéristiques, l'évaluation des risques peut être effectuée en utilisant une matrice de risque qui s'obtient en croisant les niveaux de gravité et de probabilité d'occurrence exprimés sur une échelle de notation dont la description est le plus souvent qualitative, et permet de positionner les zones de risque.

P \ G	Insignifiant	Marginal	Critique	Catastrophique
Invraisemblable	Négligeable	Négligeable	Négligeable	Négligeable
Improbable	Négligeable	Négligeable	Acceptable	Acceptable
Rare	Négligeable	Acceptable	Indésirable	Indésirable
Occasionnel	Acceptable	Indésirable	Indésirable	Inacceptable
Probable	Acceptable	Indésirable	Inacceptable	Inacceptable
Fréquent	Indésirable	Inacceptable	Inacceptable	Inacceptable

Figure 3 : exemple de matrice de criticité selon la norme NF EN 50126 (AFNOR) [88]

b- Relation entre probabilité d'occurrence et gravité

Heinrich (1931) puis Bird (1969) [89] sont les premiers à avoir conduit des études de grande ampleur sur les accidents industriels. Ils ont établi une pyramide des risques qui montre une relation inverse entre probabilité d'occurrence et gravité :

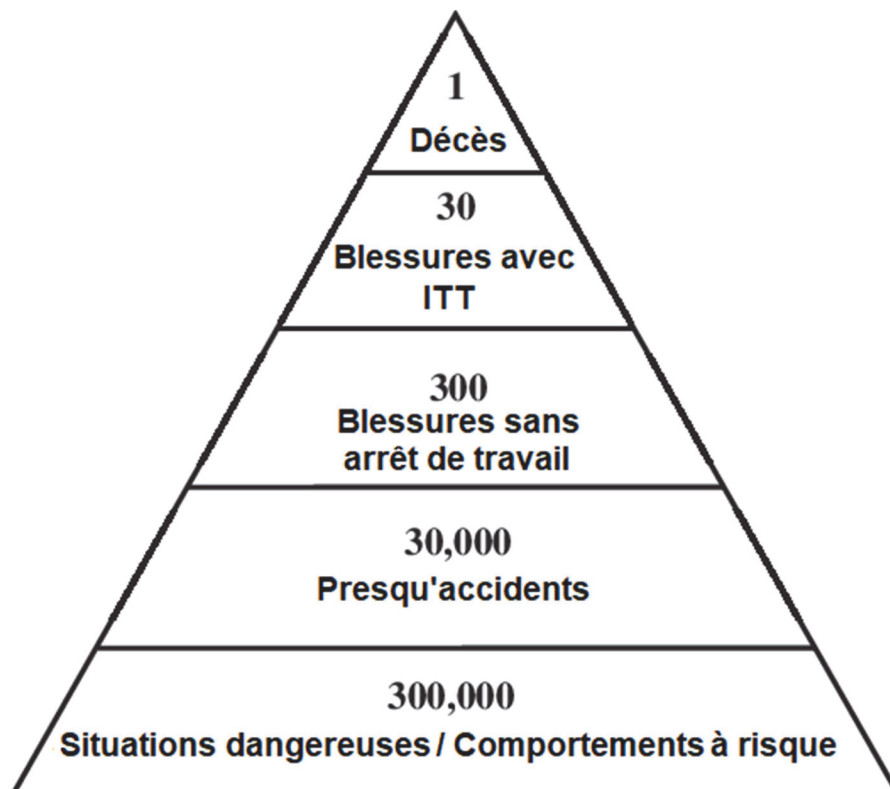


Figure 4 : Pyramide de Bird et Heinrich

Bien que par la suite critiquée, [90] notamment sur la relation arithmétique affichée entre probabilité et gravité, (qui serait en réalité surtout dépendante du contexte et du risque considéré) cette représentation en pyramide exprime le fait que dans un système équilibré, les accidents les plus graves sont les plus rares, et qu'inversement, les situations anormales mais bénignes sont les plus fréquentes.

Elle exprime également que la chance est souvent ce qui fait la différence entre une situation bénigne et une situation plus grave ; ainsi un accident évité de justesse, ne l'est le plus souvent que du fait de facteurs aléatoires et totalement non maîtrisés au moment du sinistre.

c- Perception du risque

La perception du risque n'est pas une appréciation objective des dangers, mais la conséquence d'une projection de sens, de valeurs personnelles et subjectives sur des événements ou des pratiques rencontrées.

Selon les normes ISO [91] la perception du risque est l'ensemble de valeurs ou préoccupations au travers desquelles une personne, un groupe ou un organisme considère un risque.

Il existe également un phénomène d'habituation et de distorsion de la perception du danger. Kerven et Rubise (2001) [92] soulèvent le paradoxe de la familiarité du danger, en soulignant que la fréquentation quotidienne d'un danger grave entraîne classiquement sa sous-estimation.

d- Acceptabilité du risque

L'acceptabilité concerne le risque, et ne peut donc considérer séparément la gravité du dommage ou la probabilité d'occurrence.

Un risque est tolérable uniquement s'il est impossible à réduire ou que le coût de la réduction est disproportionné par rapport à l'amélioration possible. [93]

Un risque impossible à supprimer doit être réduit au mieux par des stratégies de réduction à un niveau acceptable fixé préalablement. [94]

3- Stratégies de réductions des risques

D'après Barthélémy et Courrèges [95], il existe sept grandes stratégies de réduction des risques :

- 1) **Les stratégies de suppression (ou d'évitement)** : elles éliminent le risque par renoncement à une activité à laquelle ce risque est associé. Elles agissent sur la probabilité d'occurrence, qu'elle annule.
- 2) **Les stratégies de prévention** : elles agissent sur la probabilité d'occurrence d'un événement dommageable. Ces mesures sont généralement prises pour des événements ayant une fréquence importante. Elles agissent sur au moins l'un des éléments de la chaîne conduisant à l'évènement dommageable.
- 3) **Les stratégies de protection** : elles visent à limiter les conséquences du sinistre. On distingue deux types de mesures de protection :
 - Celles mises en place et actives avant le sinistre
 - Celles mises en place, mais qui ne sont activées qu'au moment du sinistre (aide à la gestion de crise)
- 4) **Les stratégies de ségrégation par partition** : elles diminuent la probabilité d'occurrence et la gravité de l'évènement indésirable en partitionnant un ensemble de ressources divisibles, en faisant en sorte que les sous-ensembles créés ne soient pas tous exposés en cas de survenue d'un événement dommageable. Elles sont imagées par l'adage : « ne pas mettre tous ses œufs dans le même panier ».
- 5) **Les stratégies de ségrégation par duplication** : elles diminuent la probabilité d'occurrence et la gravité de l'évènement indésirable en dupliquant un élément le plus souvent indivisible, afin de pouvoir bénéficier d'une solution de repli en cas de dommage causé à l'un des éléments.
- 6) **Les stratégies de transfert pour réduction** : elles visent à déléguer les situations dont le risque est jugé non tolérable à une entité plus compétente, en termes de connaissances, d'expérience ou de moyens. Elles diminuent la probabilité d'occurrence et la gravité.
- 7) **Les stratégies de gestion de crise** : elles ne sont effectives qu'en cas de survenue du sinistre. Elles visent uniquement à diminuer la gravité et limiter les dommages encourus.

4- Solutions de réduction des risques

Pour parvenir à réduire un risque lié à un danger identifié, peuvent être utilisées seules ou en combinaison :

- **Des solutions techniques**

- De prévention

Ex : détecteurs, équipements de sécurité, contrôle d'accès, etc.

- De protection

Ex : murs coupe-feu, équipement de protection individuels, partition des moyens ou duplication, stocks de pièce détachées et consommables etc.

- **Des solutions organisationnelles**

- De prévention

Ex : Procédures opératoires, consignes de sécurité, formation, externalisation de fonctions, etc.

- De protection :

Ex : plans de gestion de crise, formation du personnel, fournisseurs redondants, etc.

- **Des solutions juridiques**

- De prévention

Ex : dissuasion par alourdissement des peines encourues, clauses de limitations de responsabilités, etc.

- De protection :

Ex : organisation de réseaux de coopération avec obligations légales ou contractuelles, assurances, etc.

5- La gestion de crise

Les mesures de gestion de crise interviennent dans un contexte de survenue effective du danger redouté. Elles tentent de limiter au mieux et dans l'urgence les effets graves et imprévisibles liés à la nature chaotique de l'événement indésirable.

Elles sont souvent négligées avant le sinistre, particulièrement dans les cas de faible probabilité d'occurrence.

Du fait des contraintes en contexte de crise, les procédures de gestion de crises doivent être élaborées à froid, sur des scénarios recensés et hiérarchisés, et avoir été expérimentées lors de simulations de scénarios idéalement réels, ou à défaut faisant appel à l'imagerie mentale. [69]

Ils doivent prioriser les sinistres pour lesquels la réduction des conséquences est la plus pertinente. L'utilisation de matrices de criticité est à ce titre un outil particulièrement intéressant afin de hiérarchiser les risques.

6- Principes de mise en œuvre de mesures de réduction des risques

Les mesures adoptées doivent respecter certains principes pour être pertinentes de manière pérenne [95] :

- **Principe de précocité** : l'absence de certitudes ne doit pas retarder l'adoption de mesures
- **Principe d'efficacité** : Les mesures prises ne doivent pas seulement rassurer. Elles doivent réduire efficacement le risque, et montrer la preuve de leur efficacité sur la diminution de la probabilité d'occurrence ou du degré de gravité.
- **Principe de cohérence** : Les efforts consentis à la réduction d'un risque doivent être cohérents avec la criticité (gravité et probabilité d'occurrence) de ce même risque, et les mesures adoptées ne doivent pas contribuer elles-mêmes à augmenter le niveau de risque global.
- **Principe de révisabilité** : les mesures prises sont toujours provisoires, et doivent pouvoir être révisées en fonction de l'évolution du contexte et des progrès de la recherche.

V- Gestion de crise des phénomènes violents

1- Aspects tactiques et stratégiques

a. Paradigme de la supériorité systématique de l'agresseur

L'initiateur de violence (agresseur) recherchera toujours une asymétrie tactique, stratégique, physique et psychologique en sa faveur. [68]

Lorsqu'il s'engagera dans une confrontation, il présupera avoir le dessus sur sa victime, raison pour laquelle il choisit d'utiliser la violence comme moyen d'action plutôt qu'une autre approche. Il possèdera donc toujours intrinsèquement un avantage d'initiative (horaire, lieu, sélection de la victime, etc.) et de capacité (force supérieure, nombre, moyens utilisés, etc.).

L'agresseur s'attendra également toujours à la réaction de sa victime ; dans le cas de la violence socio-affective qu'elle accepte le duel et le perde, ; dans le cas de la violence asocio-prédatrice qu'elle soit impuissante à opposer toute résistance et endure les sévices.

Afin de rétablir une symétrie tactique ou plus idéalement une asymétrie en sa faveur, une victime de violence n'a d'autre choix que de rechercher de façon réactive, idéalement le plus précocement possible, à se soustraire à la menace, ou à augmenter en retour son potentiel vulnérant afin de reprendre l'avantage.

b. Options de réactions en cas de conflit violent

Les études éthologiques et anthropologiques n'ont observé que cinq grands types de comportements possibles en cas de conflit violent dans les sociétés animales et humaines [69] :

- **La soumission**
- **L'intimidation**
- **La négociation**
- **La fuite**
- **Le combat**

c. Influence du mode d'expression de la violence

En cas de conflit violent, les options de réaction possibles sont souvent conditionnées par le mode d'expression de la violence, socio-affective ou asocio-prédatrice.

Dans le cas de la violence socio-affective, il existe un lien empathique entre la victime et l'agresseur qui s'identifient mutuellement comme des individus semblables, appartenant à la même espèce ou société. La victoire est le plus souvent symbolique et la soumission, l'intimidation et la négociation sont autant de solutions qui permettent d'éviter une issue physique violente, pouvant entraîner la blessure ou le décès de l'un ou des deux individus, nuisant à la pérennité du groupe auquel ils appartiennent.

Cette séquence d'escalade ritualisée, sert également un autre objectif : dans le cas d'échec des autres options de réaction, elle aboutit à la "déshumanisation" progressive de l'opposant, entraînant une rupture temporaire de l'empathie dans un contexte d'exacerbation émotionnelle, étape préliminaire au passage à l'acte physique violent.

Toutes les options de réaction peuvent donc être envisagées : négociation, soumission, intimidation, fuite et combat, avec un bien meilleur rapport bénéfice-risque pour les trois premières dans un contexte social.

Dans la violence asocio-prédatrice, les options de réactions dépendent en grande partie de l'objet de la violence.

Pour l'option de soumission, si certaines choses peuvent être cédées à un agresseur (bien matériels, services etc.), d'autres ne peuvent en aucun cas l'être, (harcèlement, viol, meurtre, etc.) et l'appréciation de ce qui peut être abandonné ou non est éminemment subjective, propre à chaque individu, et fortement conditionné par son système de croyances personnel.

La négociation et l'intimidation ne seront souvent pas des options envisageables, étant considéré l'avantage systématique de l'agresseur.

La fuite et le combat resteront donc souvent les deux seules options possibles dans la violence asocio-prédatrice, et s'entreprendront donc toujours dans un contexte largement défavorable à la victime.

d. Principes de réaction face à la violence

Les différents auteurs de protection personnelle [96-101] insistent sur la nécessité de recourir en priorité aux stratégies d'évitement des situations violentes, ou de leur prévention par l'utilisation de mesures faisant apparaître notre balance bénéfice/risque comme défavorable aux yeux de l'agresseur.

En cas d'échec de ces mesures et de conflit violent avéré, ils proposent la méthodologie suivante :

- La violence socio-affective étant de loin la plus répandue, les auteurs préconisent de recourir en priorité aux solutions de désescalade, soit la négociation et la soumission, le plus souvent efficaces dans ce contexte.
- En cas d'impossibilité de mettre un terme au conflit violent par la soumission à ce que désire l'agresseur (non possible ou non souhaitée) ou par la négociation, la nature asocio-prédatrice de l'agression doit être retenue, avec une menace directe et effective pour notre intégrité physique. La soustraction à la menace doit être la plus précoce possible avec la fuite comme solution privilégiée.
- En cas d'impossibilité de fuite, une riposte physique doit être entreprise, avec pour objectif de créer une ouverture pour une fuite, ou de neutraliser la menace. Dans ce contexte de menace réelle pour notre intégrité physique, tous les moyens à disposition, humains et matériels, permettant d'inverser le rapport d'asymétrie en faveur de la victime peuvent et doivent être utilisés.

Quel que soit le contexte envisagé, les mesures d'intimidation sont des solutions généralement non recommandées compte tenu du paradigme de supériorité systématique de l'agresseur, de la faible probabilité d'effet, et de la possibilité d'escalade violente en cas d'échec.

2- Rôle du stress

Lors d'une confrontation violente, une victime se retrouve dans un état émotionnel exacerbé et de stress intense. Siddle, Artwohl, puis d'autres [102-105] ont étudié les effets du stress chez des soldats au combat, et ont répertorié les modifications physiques, psychiques et comportementales induites apparaissant chez l'homme. Ils utilisaient pour ce faire, la fréquence cardiaque (FC) comme mètre-étalon du niveau de stress d'un individu, celle-ci augmentant de façon corrélée.

Ils ont ainsi mis en évidence :

- Sur le plan moteur la perte de la motricité fine à partir de 115 bpm, puis des schémas de motricité complexes autour de 145 bpm. Au-delà, seules demeurent les aptitudes de motricité grossière mobilisant les grosses masses musculaires : sauter, courir, pousser, tirer, s'agripper etc. qui fonctionnent quant à elles, de manière optimale pour ces valeurs de FC.
- Des phénomènes de distorsion perceptifs avec perte de la vision périphérique (vision tunnel), l'exclusion de l'audition, altération de la notion du temps, vue à la troisième personne à partir de 160 bpm.
- Une diminution des capacités cognitives et une augmentation des temps de réaction dès 115 bpm. Une abolition des processus cognitifs complexes, et la perte de l'encrytage mémoriel autour de 180 bpm.
- Le relâchement des sphincters, la perte des urines et des selles pour des valeurs supérieures à 180 bpm
- Des schémas comportementaux se réduisant à rester paralysé par la peur, combattre ou fuir, (Freeze, Fight, Flight) pour des valeurs de FC extrêmes observées.

Également, ils ont observé la résurgence dans ces cas de stress extrême, de schémas comportementaux « encodés », et restitués tels quels en situation de stress, malgré leur non-pertinence absolue en contexte. Les schémas comportementaux restitués étaient volontiers les normes socio-culturelles assimilées dès la petite enfance, ou les plus profondément ancrés par un grand nombre de répétition pratiquées au cours de l'entraînement. [68]

Un exemple est la soumission comme réponse préférentielle à l'autorité et la force physique dans un contexte social, conséquence de normes socio-culturelles assimilées dès la petite enfance (apprentissage du respect de l'autorité parentale, puis scolaire, etc.), et restitué de façon non pertinente dans un contexte violent, malgré un risque avéré pour l'intégrité physique.

Un autre exemple parmi les plus célèbres, conséquence du conditionnement par l'entraînement, est le « Drill de la boîte de conserve », où un policier s'immobilisa au cours d'une fusillade afin de rechercher à terre la boîte de conserve qu'il utilisait tous les jours à l'entraînement pour déposer ses cartouches usagées, et fut abattu.

Toute stratégie de gestion de crise d'un événement violent devra donc nécessairement se faire en tenant compte de ces modifications physiologiques dues au stress, qui détérioreront inévitablement les possibilités de réponse et l'efficacité des stratégies pouvant être mises en œuvre.

3- Hiérarchisation des moyens : Pyramide de Wiseman

J. Wiseman [106] propose une classification en pyramide suivant l'importance des différents champs de compétences sollicités dans un contexte de crise, à l'échelle d'un individu ou d'un groupe. Cet outil méthodologique est souvent repris et utilisé afin de hiérarchiser les solutions à considérer en priorité, et les moyens à allouer dans le cadre d'une instruction ou de l'élaboration de stratégies de protection. Il relativise également la place des solutions techniques : outils et savoir-faire, rapportées à l'importance des solutions organisationnelles et de la vigilance.



(Kit : outils, Skills : savoir-faire, Tactics : protocoles, Mindset : état d'esprit, vigilance)

Figure 5 : Pyramide de Wiseman

4- Principes de désescalade verbale

La négociation en situation violente revêt le plus souvent la forme d'une interaction verbale dont l'objectif est l'évitement de la violence physique, et l'arrêt du processus d'escalade violente y conduisant. Elle est la plus souvent nommée désescalade verbale.

Les auteurs de protection personnelle [96-102] insistent sur la difficulté de proposer une méthodologie pour la désescalade verbale, car il existe de nombreuses variables, découlant de la personnalité de l'agresseur, de la victime et de leur interaction.

R. Dimitri [99] propose néanmoins cinq principes-clés à respecter pour la désescalade verbale, le non-respect de ces principes entraînant systématiquement une escalade de la confrontation violente :

- **Ne jamais insulter l'agresseur**
- **Ne jamais menacer l'agresseur**
- **Ne jamais provoquer l'agresseur**
- **Ne jamais donner d'ordre à l'agresseur**
- **Ne jamais insinuer que l'agresseur a tort**

Également, Dimitri et d'autres insistent sur la cohérence nécessaire entre le contenu verbal et la communication non-verbale (ton de la voix, attitude corporelle, expressions faciales etc.) sous peine de rendre la désescalade verbale inefficace, voire contre-productive.

5- Riposte physique

a. Cadre d'emploi

L'utilisation de la riposte physique n'est jamais une solution idéale de par les conséquences physiques, psychiques, juridiques et sociétales auxquelles son utilisation expose. Cependant, elle demeure une solution de dernier recours qui peut parfois être la seule envisageable.

Elle doit à ce titre être envisagée, considérée, et planifiée comme telle, avec ses contraintes, ses risques et ses limites propres.

b. Cadre légal de la légitime défense

Il est régi en France par les articles 122-5 et 122-6 du code pénal [107]. Il retient les caractères injuste, réelle et actuelle d'une atteinte, et ceux nécessaire, simultanée, et proportionnelle de l'action entreprise en réponse, comme des conditions nécessaires à la reconnaissance de l'état de légitime défense, et l'exclusion de la responsabilité pénale.

Les articles 122-4 et 122-7 du code pénal complètent et élargissent cette notion d'exclusion de la responsabilité pénale, en ajoutant les cas d'utilisation de la force dans le cadre de l'autorisation de la loi (maintien de l'ordre, prise en charge médicale), l'ordre de l'autorité légitime (interrompre un crime ou un délit), ou dans le cadre de l'état de nécessité (accomplir un acte nécessaire à la sauvegarde des personnes ou des biens).

c. Contraintes spécifiques liées au contexte civil

L'objectif fondamental du défenseur dans contexte civil est simple : ne pas être blessé par la violence.

Mais au contraire d'autres contextes, le cadre de la défense civile possède par nature de fortes contraintes pour le défenseur : il est le plus défavorable, avec des risques encourus réels et non régulés, des règles d'engagement souvent floues, et un rapport de force systématiquement favorable à l'agresseur.

Le cadre légal régissant la riposte est également le plus contraignant, et engage le plus fortement la responsabilité du défenseur qui se doit d'apporter une réponse justifiée, simultanée et symétrique à la menace, qui devra répondre personnellement de la pertinence de ses décisions et de ses actes. [68]

La défense en contexte civil est donc éminemment différente de la défense dans un contexte d'arts martiaux traditionnels et sportifs, (règles garantissant l'équité des combats, pas d'implication de responsabilité personnelle, etc.), dans un contexte de maintien de l'ordre (environnement tactique favorable, protection par application de la loi, etc.) ou un contexte militaire. (Déresponsabilisation réciproque entre commandement et exécutants, prescription implacable de la force sans aucune restriction morale ou légale, etc.)

Il existe en pratique une confusion fréquente dans la mesure où la plupart des systèmes de self-défense actuels sont dérivés de ces trois précédentes familles de disciplines, les rendant impropre à leur application en l'état dans un contexte civil.

d. Cahiers des charges d'une méthode de protection personnelle civile

C. Jacquemart [69] propose le cahier des charges suivant, que devrait idéalement remplir une discipline adaptée à la protection personnelle civile :

- Posséder un temps de formation et de maintien des acquis le plus faible possible.
- Être simple à comprendre, à assimiler et reproduire, et ainsi s'appuyer sur des grands principes génériques plutôt que sur des techniques.
- Prendre en compte les perturbations motrices dues au stress en situation, et être ainsi construit sur les fondations biomécaniques de la motricité grossière.
- Posséder un nombre minimal de techniques, les plus simples, polyvalentes et efficaces possibles.
- Fonctionner même contre une grande résistance inverse.
- Fonctionner même en cas de disparité physique entre agresseur et défenseur, et ne pas dépendre de la force physique du défenseur.
- Fonctionner de la même manière que l'on soit prévenu de l'attaque ou non, avec l'intégration de réflexes naturels " tactiquement modifiés par l'entraînement ".
- Reposer sur des mouvements et des déplacements compatibles avec la tenue vestimentaire du quotidien.
- Embrasser toutes les distances de combat (distances de pieds, de poings, de coudes-genoux, lutte debout, lutte au sol).
- Protéger les mains. (Les techniques de percussion poings fermés exposent à de grands risques de fractures de la main ou du poignet. D'autres techniques de percussions existent, mais ont souvent été oubliées car sans applications sportives.)
- Inclure les armes contemporaines et la manière dont les criminels peuvent s'en servir.

6- Utilisation d'armes ou « equalizers »

a. Historique

Les plus anciennes armes humaines retrouvées remontent à plus de 400 000 ans [108], et l'utilisation d'armes primitives (bâtons pointus) a été observée par les éthologues chez des espèces de grands singes pour chasser. [109]

Les armes ont donc probablement été utilisées par les Hommes depuis leur apparition afin d'augmenter leur potentiel vulnérant dans des situations de violence intra ou extra spécifique, et peuvent être considérées comme une composante essentielle de l'évolution de l'humanité au travers des âges.

b. Doctrine d'emploi

Une arme est un outil qui augmente le pouvoir vulnérant de son utilisateur, et lui procure un avantage tactique en cas de confrontation violente.

Une arme est un objet inerte qui n'a pas de volonté propre, et qui est assigné au but recherché par son utilisateur.

Le terme « equalizer » est souvent utilisé dans le contexte de la protection personnelle pour désigner une arme, dans la mesure où son utilisation permet à une victime de compenser l'asymétrie tactique existant par nature en faveur de l'agresseur au cours d'une confrontation violente.

c. Classification et cadre légal

Une extrême variété d'armes ou d'objets pouvant être utilisés comme telles existent.

On distingue classiquement les armes improvisées (objet détourné de sa fonction première qui est autre, ex : stylo, bouteille, mobilier, etc.) et les armes par nature (objet dont la fonction première est d'être utilisé comme une arme).

Seules les armes par nature font l'objet d'un encadrement légal, qui considère indépendamment pour chaque arme le droit d'acquisition, de détention, de port et de transport. [110-111]

Ces notions légales sont en France souvent laissées à l'appréciation des fonctionnaires des forces de l'ordre. [112] Elles peuvent également varier drastiquement suivant le contexte, ou d'un pays à un autre, et nécessitent toujours d'être considérées avec grande attention.

d. Cahier des charges d'une arme en contexte civil

P. Vincent [113] propose sept critères pour l'évaluation de la pertinence d'un objet et de son utilisation en temps qu'arme dans un contexte de protection personnelle civile :

- **Efficacité**
- **Facilité d'accès et de déploiement**
- **Intuitivité d'utilisation**
- **Réversibilité des dommages**
- **Légalité**
- **Acceptabilité sociale**
- **Polyvalence**

e. Cas particuliers des sprays de défense

Les sprays de défense sont une option particulièrement pertinente dans le cadre de la protection personnelle civile au regard des critères ci-dessus. Ils sont également efficaces en cas d'attaque de chiens pour certains d'entre eux (sprays OC).

Cependant, leur port et leur transport sont encadrés légalement, et fonction de leur contenance et du type d'agent chimique considéré. [112]

De même il existe des limites à leur utilisation et leur doctrine emploi, qui doivent être connues préalablement.

F. Perrin [114] souligne ainsi qu'un spray de défense, ne possède pas en lui-même l'efficacité suffisante pour garantir la neutralisation d'un agresseur violent. Des actions complémentaires doivent nécessairement être entreprises (riposte ou contention physique, fuite), quel que soit le type d'agent chimique considéré afin d'assurer leur efficacité en situation. Également, il insiste sur l'importance d'une formation initiale et d'une pratique minimale au déploiement et la mise en œuvre, de la nécessité du remplacement régulier des cartouches périmées, ainsi que de la connaissance préalable des limites de ce type d'arme.

MATERIEL ET METHODES

I- Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les différentes stratégies de prévention et de protection mises en place par les médecins généralistes exerçant en ville, lors des consultations au cabinet ainsi qu'en visite, afin de se prémunir des différents types de violences dirigés à leur encontre.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'identifier les mesures d'amélioration de la sécurité souhaitées par les médecins généralistes dans leur pratique ambulatoire, ainsi que d'éventuels freins ressentis à leur mise en œuvre.

II- Choix de la méthode

L'approche qualitative a été choisie pour cette étude car elle est adaptée au recueil de données non quantifiables comme le vécu, le ressenti émotionnel ou encore la description de comportements.

Elle permet de comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent leur réalité, de capter leur ressenti.

L'entretien individuel a été choisi afin de favoriser la liberté d'expression et de limiter l'influence et la gêne potentielle liées à la présence d'autres participants. [115, 116]

III- Choix de la population cible

Les médecins interrogés étaient des médecins généralistes de tous âges, hommes et femmes, tous statuts d'installation confondus, (médecin installé, collaborateur, remplaçant ou retraité) exerçant une activité libérale ambulatoire de consultation en cabinet et/ou de visite à domicile, dans la métropole Toulon-Provence-Méditerranée.

Toulon-Provence-Méditerranée regroupe les communes de : Carqueiranne, La Crau, La Garde, Hyères, Ollioules, Le Pradet, Le Revest-les-Eaux, Saint-Mandrier-Sur-Mer, La Seyne-sur-Mer, Six-Fours-les-Plages, Toulon, La Valette-du-Var, dans le département du Var (83). [117]

Au total, 127 praticiens ont été contactés par e-mail, 21 ont répondu, et 16 ont accepté de participer à notre étude. (Taux de réponse 16,5%, taux de participation 12,6%)

106 n'ont pas répondu. Parmi les 21 ayant répondu, 5 invoquaient le manque de temps comme motif de refus.

IV- Etablissement du Guide d'entretien

Le questionnaire utilisé était centré sur l'expérience et le vécu du médecin interrogé. La grille d'entretien ci-dessous comprenait 5 questions ouvertes, ainsi qu'une éventuelle question de relance pour chacune. La grille n'a pas été modifiée au cours des entretiens.

Questionnaire :

- 1) Dans votre pratique quotidienne, à quelles situations de violence ou de malveillance avez-vous été confronté(e) ?**

Question de Relance : *Pouvez-vous me raconter quelques anecdotes parmi les plus marquantes ?*

- 2) Avez-vous pris dans votre pratique quotidienne, des mesures de prévention afin de limiter la survenue d'actes violents ou malveillants ?**

Question de Relance : *Y a-t-il des précautions que vous prenez au quotidien pour éviter que des situations qui pourraient dégénérer surviennent ?*

- 3) Au cours d'une consultation qui prendrait une tournure violente ou déplacée, quelle est votre stratégie de sortie de crise ?**

Question de Relance : *En cas de situation qui dégènerait, quelle serait votre réaction ?*

- 4) Quels moyens souhaiteriez-vous avoir à votre disposition pour améliorer la sécurité de votre pratique ?**

Question de Relance : *Par exemple, parmi vos collègues, y en a-t-il qui ont des pris des mesures que vous aimeriez adopter, et qui vous permettraient de pratiquer plus sereinement ?*

- 5) Quels obstacles rencontrez-vous à la mise en place de ces mesures ?**

Question de Relance : *Quels sont les éléments qui vous empêchent de mieux vous préparer à la survenue de ces situations violentes ?*

V- Méthode de recueil des données

La méthode de recueil des données utilisée était l'entretien individuel semi-directif, afin d'explorer l'expérience personnelle et le point de vue de chaque médecin.

Les entretiens ont eu lieu du 31/01/2019 au 12/04/2019. Leur durée était d'environ 10 minutes, limitée par l'examineur à 30 minutes maximum.

Les rencontres ont eu lieu au sein du cabinet de consultation des médecins interrogés, à leur domicile ou dans un lieu public.

Les médecins n'étaient pas rémunérés pour leur entretien.

L'objectif de l'étude ainsi que la méthode utilisée étaient diffusés par e-mail à tous les praticiens préalablement, puis rappelés oralement de la même manière à tous les participants avant le début de l'entretien.

L'enregistrement était effectué à l'aide d'un dictaphone digital après accord des médecins.

Le matériel analysé était le verbatim, retranscrit par écrit à la suite de l'entretien le plus fidèlement possible.

Les données étaient anonymisées, les noms des médecins étaient remplacés par la lettre P (participant) suivi d'un numéro suivant l'ordre chronologique de recueil, numérotés P1 à P16.

Les lieux cités dans les entretiens étaient également anonymisés, et remplacés par des termes génériques afin de ne pas modifier le sens des propos recueillis. Ex : L'hôpital de La Timone devenait [un hôpital du CHU de Marseille).

VI- Méthode d'analyse

L'approche qualitative vise à produire des théories à partir d'un matériau empirique non quantifiable. Elle permet la description du vécu à partir de catégories émergentes, dont l'analyse amène à restituer un sens général à partir de leur ordonnancement. [60]

Chaque entretien a donc été analysé de manière isolée à l'aide du logiciel NVIVO 12©, puis mis en relation avec le verbatim des autres entretiens, permettant de faire ressortir les principales idées et thèmes abordés au cours de l'étude.

Les différentes étapes de l'analyse ont consisté en la lecture du verbatim permettant tout d'abord un découpage en unités de sens et de thèmes, au repérage des indices textuels et contextuels, à la caractérisation des catégories émergentes obtenues, puis à la construction du sens par mise en ordre logique de ces catégories selon les relations qu'elles entretenaient entre elles, et enfin à la production d'une synthèse sous forme de propositions théorisantes.

RESULTATS

Le recueil des données a été interrompu à l'issue du 16^e entretien du fait d'une saturation des données, plus aucun élément nouveau ne venant enrichir l'information déjà recueillie.

I- Caractéristiques des médecins interrogés

- 16 praticiens ont participé à notre étude.
- Tous étaient des médecins généralistes libéraux.
- 8 étaient de sexe Féminin (P1, P4, P5, P6, P7, P11, P13, P16) et 8 de sexe Masculin (P2, P3, P8, P9, P10, P12, P14, P15).
- 11 médecins étaient installés, 4 étaient remplaçants, et 1 retraité depuis 2 ans.
- L'âge moyen était de 40,6 ans avec des valeurs comprises entre 28 et 68 ans
- La durée moyenne d'exercice depuis la fin de l'internat était de 11,8 ans, avec des valeurs comprises entre 3 et 39 ans d'exercice.
- Tous les médecins avaient une expérience à la fois en consultation au cabinet et en visite à domicile. Cependant au moment de l'étude :
 - 2 médecins ne faisaient plus de visites à domicile (1 femme, 1 homme)
 - 4 médecins limitaient leurs visites à domicile au strict minimum (poursuite du suivi de patients connus du cabinet depuis longtemps) (4 femmes)
 - 1 médecin ne faisait plus de consultations en cabinet. (1 homme)
- Tous les médecins interrogés exerçaient dans un environnement urbain ou semi-rural, au sein de la métropole Toulon-Provence-Méditerranée.

NB : les données concernant les médecins interrogés au cours de cette étude sont données à titre informatif.

II- Objectifs principaux : stratégies de prévention et de protection

Les médecins généralistes interrogés déclaraient tous avoir déjà rencontré des situations violentes dans le cadre de leur pratique, y compris ceux qui n'exerçaient que depuis peu en libéral.

Bien que dans l'ensemble la violence n'était pas considérée comme un écueil majeur à leur pratique, tous avaient mis en place des mesures afin de prévenir les situations violentes. Ces mesures étaient nombreuses et variées, et pouvaient être des mesures d'éviction, de prévention, de protection, ou une combinaison des deux précédentes pour une même stratégie. Également, concernant la gestion de la crise violente, et de la post-crise, les médecins favorisaient certaines stratégies spécifiques.

Nous avons choisi dans notre étude de classer ces stratégies selon le but recherché :

- Les stratégies d'évitement, ou d'éviction : toutes les mesures prises par les médecins généralistes pour supprimer le risque de violence en renonçant à certaines pratiques considérées comme à trop haut risque.
- Les stratégies de prévention et de protection : toutes les mesures prises qui avaient pour objectif de diminuer la probabilité de survenue d'un incident violent, diminuer sa gravité, ou pour réduire les deux.
- Les stratégies de gestion de crise : les mesures que les médecins interrogés privilégiaient afin de gérer au mieux un événement violent, et ses suites immédiates.

Vue Synthétique des Résultats

1- Stratégies d'évitement

- a. Liées aux choix lors de l'installation
 - Sélection de la patientèle
 - Evitement de l'isolement
 - Proximité avec les forces de l'ordre
- b. « Blacklistage » des patients identifiés comme problématiques
- c. Mesures d'évitement spécifiques à la pratique hors cabinet
 - Evitement des zones et horaires à risque
 - Restreindre ses visites aux patients déjà connus
 - Evitement des MMG isolées
- d. Délégation à une autorité plus compétente

2- Stratégies de prévention et de protection

A- Diminution de l'attrait du médecin

- a. Biens matériels et prévention des vols
 - Stupéfiants
 - Argent liquide
 - Matériel médical
 - Véhicule
- b. Protection de la vie privée
- c. Tenue vestimentaire du médecin
 - Stigmatisation
 - Attrait sexuel
 - Praticité

B- Sécurisation du cabinet

- a. Eclairage
- b. Surveillance des locaux
 - Par le secrétariat
 - Par la vidéosurveillance
- c. Sécurisation des accès au cabinet
- d. Sécurisation du bureau
 - Accès au bureau
 - Mise hors de portée des objets dangereux
- e. Installation d'un système d'alarme
- f. Aménagement de sorties de secours

C- Diminution des motifs justifiant le recours à la violence

- a. Améliorer sa communication
- b. Education de la patientèle
- c. Précautions lors du paiement de l'acte
 - Favoriser le paiement à la fin de la consultation
 - Favoriser le tiers payant et les paiements dématérialisés
- d. Améliorer la qualité de la prise en charge : Déléguer les tâches non médicales

D- Amélioration de la réaction en cas d'incident violent

- a. Conditionnement physique et mental
 - Visualisation mentale
 - Condition physique
 - Dissuasion
- b. Travailler en groupe
 - Avec un secrétariat
 - Avec des confrères
- c. Améliorer la rapidité de réaction en cas de survenue d'évènement violent

E- Précautions particulières liées à la visite à domicile

- a. Réévaluer le bénéfice/Risque du déplacement
- b. Relocalisation dans un environnement moins risqué
- c. Prévenir de ses déplacements
- d. Précautions liées à la circulation et au stationnement
- e. Analyser l'environnement
- f. S'annoncer et s'identifier clairement comme médecin
- g. Demander à se faire accompagner par le patient ou sa famille
- h. Demander à se faire accompagner par les forces de l'ordre
- i. Se faire accompagner par un employé privé
- j. Gestion des chiens à domicile

3- Stratégies de gestion de crise violente

A- Gestion de la violence verbale et des menaces

- a. Attitude et communication non verbale
- b. Céder aux demandes
- c. Ne pas demander le règlement de la consultation
- d. Désescalade Verbale

B- Gestion du risque de violence physique

- a. Se mettre à l'abri
- b. Appel à l'aide d'un tiers pour gérer la crise violente
 - Confrère ou personne travaillant au sein du cabinet
 - Famille ou accompagnant
 - Patient lui-même
 - Patients en salle d'attente et voisins
- c. Appel aux forces de l'ordre
- d. Déclenchement d'un système d'alerte spécifique
- e. Fuite
- f. Riposte Physique
 - Utilisation d'un spray de défense
 - Utilisation d'armes autres

C- Gestion de la post-crise

- a. Dépôt de plainte systématique

1- Stratégies d'évitement

a. Liées au choix lors de l'installation

Sélection de la patientèle : Choix du quartier

P3 : « On bosse dans secteur plutôt calme, il n'y a pas trop de quartiers chauds. [...] j'ai dit : plus jamais la cité [une cité sensible de la région Toulonnaise]. Quand ils m'ont proposé de travailler à [une commune de la région Toulonnaise], j'ai dit oui tout de suite, parce que je n'en pouvais plus »

P10 : « nous sommes à [une commune de l'agglomération Toulonnaise], un lieu assez protégé, une population assez triée sur le volet »

P14 : « Je sais qu'il y en a (*N.D.A. des médecins*) qui ont eu pas mal d'histoires, [...] surtout dans les endroits un peu chauds. Sur [une commune de la région Toulonnaise] on est un peu plus privilégiés. »

Sélection de la patientèle : choix de secteur de conventionnement

P10 : « Je suis en secteur 2, ce qui sélectionne encore davantage la population »

Eviter l'isolement : Proximité avec des tierces personnes

P11 : « le fait d'être dans un immeuble en appartement, je sais que si je suis victime de violences les voisins m'entendront si je hurle. C'est des trucs tout bêtes, mais des fois je me sens relativement rassurée d'être en immeuble avec des voisins que d'être en cabinet isolé toute seule. »

Eviter l'isolement : Proximité avec les forces de l'ordre

P6 : « L'avantage aussi, c'est que quand on compose le 17, ils sont à moins de 5 km, on n'est pas en rase campagne, perdus, la brigade est juste à côté. »

P10 : « Il y a quelque chose qui nous protège énormément, c'est le commissariat de [une commune de l'agglomération Toulonnaise] qui est juste à côté, et ça, ça doit contribuer à nous prémunir contre d'éventuels agresseurs. »

b. « Blacklistage » ou éviction des patients identifiés comme problématiques

P2 : « je les mets sur liste rouge, je fais filtrer par le standard. »

P3 : « Blacklister certains camps de gitans, je suis désolé de le dire [...] j'ai la blacklist facile, dès que je ne me sens pas à l'aise pour travailler »

« J'ai tendance à m'énerver aussi, peut-être trop facilement. Donc en fait voilà, comme mesure préventive, je sais qu'il y a des endroits où je vais être en tension, donc je n'y retourne plus. »

P4 : « à la fin de la consultation je lui avais dit que je ne la reverrais plus [...] Je l'ai blacklistée. C'était la première patiente que j'ai blacklistée. A SOS, je le fais rarement, mais je l'ai fait. Je l'ai fait pour les deux patients dont j'ai parlé, donc celui où je me suis sentie en danger et la mère qui refusait que son fils soit asthmatique, parce qu'elle le saurait quand même [...] Oui, je l'ai fait quelques fois. »

P8 : « Si jamais il y en avait qui étaient désagréables – je n'ai jamais eu de violence physique- je leur disais que la porte du cabinet était ouverte et point. [...] quand ils ont commencé à devenir franchement agressifs verbalement, à faire des menaces, je leur ai fait leur ordonnance en leur disant que je ne voulais plus les voir, [...] Et finalement à chaque fois les gens dans un deuxième temps, ou le lendemain, ils s'excusent. Mais je ne les revois quand même pas. Je les Blacklist comme à SOS médecins quand ça ne se passe pas bien. »

P9 : « moralement on ne peut plus prendre quelqu'un correctement en charge si on pense qu'on a une appréhension, une peur, ou qu'on a de l'agressivité ressentie à l'égard de quelqu'un, on ne peut plus se porter garant d'une prise en charge optimale. »

P10 : « (N.D.A. : les toxicomanes) j'ai refusé complètement. Parce que vous acceptez pour un, vous en avez dix. [...] Donc je suis catégorique, pas de toxicomanes, même s'il n'y a pas que les toxicomanes qui agressent »

P11 : « il y a aussi des gens à qui j'ai dit que ça ne passait pas, et de changer de médecin traitant. Je les blackliste très vite. [...] elle a demandé à me revoir. Je lui ai dit « Non, Madame, vous ne me parlez pas comme ça. Je ne vais pas vous revoir, il faut changer de médecin. »

P12 : « Du coup on a blacklisté la tour (N.D.A. : d'une une cité sensible), on n'y va plus. »

« Le lendemain j'en ai discuté avec les autres membres du secteur, et j'ai téléphoné à l'association qui gère le camp, et on a interrompu les visites pendant deux mois. »

P14 : « Je suis arrivé à sortir et je l'ai foutu en liste noire, interdit pour tout le monde »

« Là j'ai foutu tout le camp (N.D.A. : de gens du voyage) en interdiction pour tout le monde pendant un moment.

P16 : « comme je suis remplaçante, j'en ai parlé au médecin que je remplaçais qui l'a radié du cabinet. »

« Je filtre beaucoup avec la secrétaire, à partir du moment où il y a un patient qui m'apparaît violent, je ne le reçois plus. »

« Pour les remarques ou les gestes déplacés, je considère que c'est surtout la sélection de la patientèle. On ne peut pas savoir quel patient va avoir une remarque ou des gestes déplacés. Je considère qu'à partir du moment où il y a un geste ou une remarque déplacée, il faut dire au patient qu'il n'est plus le bienvenu, et qu'il ne peut plus revenir dans le cabinet. »

« Il y a aussi les patients homme qui ont beaucoup de demandes sur les troubles sexuels. Les papys lubriques qui viennent demander leur viagra, et tu sens qu'ils ont envie de te montrer leur pénis, je ne sais pas comment dire ça autrement... un coup ça les gratte, un coup ça les machin... et tu vois qu'en fait à chaque consultation ils te le montrent, je trouve que ça n'est pas possible. Donc eux, en général, je les éjecte. »

c. Mesures d'évitement spécifiques à la pratique hors cabinet

Evitement des zones et horaires à risque

P5 : « Quand je me suis installée, même la nuit, on faisait des visites, puisque l'on faisait des gardes, on était nombreux, la nuit je n'avais pas peur. Pourtant j'allais quand même dans des endroits difficiles, des HLM, des choses comme ça, je ne le referais pas maintenant, c'est sûr. »

P14 : « Quand je faisais les nuits, il y a des endroits où tu es moins rassuré, certaines cités, ou certaines rues, pareil dans la campagne, quand tu roules pendant deux heures et que tu vois arriver une espèce de maison perdue, tu te sens un peu seul au monde. »

P1 : « Faire attention à l'heure à laquelle je fais mes visites. Je n'ai pas envie d'être seule au domicile de quelqu'un le soir. [...] je n'accepte pas de nouvelle visite après 18h. Chez des gens que je ne connais pas, tout ça, je n'ai pas envie de me retrouver dans une situation »

P14 : « Des femmes jeunes, elles ont vite fait de se faire emmerder. Au moins, leur faire éviter certains endroits le soir »

« La nuit je pense que tu as quand même plus de pression, la journée tu as quand même du monde. La nuit tu es tout seul. »

Restreindre ses visites aux patients déjà connus

P1 : « Peu importe l'endroit en fait, c'est surtout les patients. [...] Les patients que j'ai déjà vus, déjà rencontrés, pour le suivi, je peux passer le soir »

P11 : « Je n'ai pas ce souci avec mes visites parce que [...], c'est vraiment des patients fiables du cabinet, je fais très peu de nouvelles visites avec des patients hors du cabinet, [...] c'est seulement des gens que je connais bien. »

Evitement des MMG isolées :

P12 : « A [une MMG du Var isolée] tu flippes. Tu es seul au monde. [...] Je n'y vais plus parce que le soir ça commençait à me peser. Pourtant il n'y a jamais eu de problème. Mais t'es en rase campagne, tu sors avec du fric et des stupéfiants sur toi, et là tu peux téléphoner à qui tu veux, tu peux hurler, tu finis dans un champ. »

d. Délégation à une autorité plus compétente

P9 : « Les toxicomanes, on les refuse systématiquement, on n'en a plus dans la patientèle, ils se font prescrire par d'autres médecins, nous on refuse. C'était pour éviter la dangerosité »

P14 : « Avant [*N.D.A : concernant les HDT*] les flics ils venaient, mais ils n'avaient pas le droit de le menotter tant qu'il n'était pas sédaté. Pareils les ambulanciers ne pouvaient pas le prendre s'il n'était pas sédaté. Et toi tu vas le chopper seul pour le sédaté ? Une fois j'ai eu deux policiers municipaux à [une commune de la région Toulonnaise] « Allez-y docteur, nous on ne peut pas rentrer parce qu'il a une hache. » « Ah. Et vous vous faites quoi ? » « Ben on attend la BAC... » « Très bien. Ben vous savez quoi, je vais l'attendre avec vous... »

P15 : « Sur les HDT [...] j'ouvrais la porte, je regardais d'abord un petit peu et si je voyais que c'était vraiment la cata, je ressortais en disant « non, non désolé, je vous laisse, il n'y a pas de soucis, et à ce moment-là j'appelais la police et les ambulanciers, et on revenait en force. »

2- Stratégies de prévention et de protection

A- Diminution de l'attrait du médecin

a. Biens matériels et prévention des vols

Les stupéfiants

P2 : « Mes stupéfiants, tous mes médicaments, sont dans la voiture pour éviter de provoquer »

L'argent liquide

P2 : « Mon argent liquide est dans la voiture aussi, pour éviter d'appâter les personnes. »

P5 : « n'avoir pas trop d'argent liquide »

P12 : « les gens savent que [...] éventuellement il y a de l'argent. Heureusement maintenant il n'y a plus beaucoup de liquide, avec les CMU et les paiements CB. »

Le matériel médical

P2 : « Dans le domicile, je crains souvent plus les vols, [...] je fais attention où je pose mes affaires. »

Le véhicule

P3 : « Donc déjà la voiture, il n'y a rien d'apparent. Je n'ai pas non plus une grosse voiture »

P8 : « sécuriser son véhicule, ne rien laisser d'apparent à l'intérieur du véhicule »

P15 : « Donc après ça j'essayais de ne rien avoir d'apparent dans la voiture »

b. Protection de la vie Privée

P2 : « Il m'est arrivé que des patientes prennent mon téléphone et m'envoient des textos un peu osés de nuit, maintenant je ne donne plus mon numéro »

P11 : « Harcèlement je me prémunis, je ne donne pas mon portable. Le peu de fois où j'ai donné mon numéro je l'ai regretté, les gens t'appellent, de jour comme de nuit. »

« C'est vraiment de passer par un secrétariat, de ne pas donner mon numéro perso, de ne pas donner mon adresse perso, enfin de ne pas donner trop de choses personnelles pour que les gens après n'empiètent pas sur ta vie privée, et permettre de trop t'atteindre. »

c. Tenue vestimentaire du médecin

Prévention de la stigmatisation

P8 : « Pas de choses ostentatoires, même si je ne suis pas très bling-bling, pas de grosse montre apparente. Il ne faut pas arriver avec les grosses lunettes, les chaînes, les bagues parce que là il y a plus d'à priori éventuellement, de convoitise, de désir de vol. Essayer d'être le plus sobre possible et le plus professionnel dans sa pratique. »

Prévention de l'attrait sexuel

P4 : Après c'est bête, mais quand je vais bosser, je suis toujours en pantalon et en baskets. Je n'irais jamais bosser en robe... [...] Alors quelque part, ça doit être – je n'y avais pas réfléchi franchement- mais ça doit être une forme de prévention.

P13 : « Je fais en sorte de ne pas être habillée de façon provocante, mais ce n'est pas mon style de toute façon. »

Confort et Praticité

P15 : « en visite, je faisais juste attention à mes chaussures, ça peut paraître bête, mais pas de talons, pas de trucs comme ça, si tu es obligé de courir... Pas de talonnettes ou de chaussures de ville, j'étais toujours un peu en basket histoire de pouvoir courir si besoin »

B- Sécurisation du cabinet

a. Eclairage

P12 : « Faire en sorte que ce soit bien éclairé. Le soir quand tu te barres et que tu vas jeter tes poubelles, tu comptes les voitures avant et tu regardes bien. J'éteins les lumières extérieures à la dernière minute en partant. »

b. Surveillance des locaux

Par le secrétariat

P16 : « j'aimerais bien avoir des secrétaires dans tous les cabinets, parce que je trouve que quand il n'y a personne dans la salle d'attente, c'est assez inconfortable, les gens essaient toujours de rentrer. Parfois les autres médecins ne sont pas là dans leurs bureaux. Moi parfois je pars, je me dis qu'il y a des patients qui peuvent rentrer, fouiller dans les dossiers, quand il n'y a personne qui les surveille en salle d'attente »

Par la vidéosurveillance

P3 : « Au standard on a la vidéosurveillance »

P3 : « en cabinet, il faut au moins une vidéosurveillance dans la salle d'attente »

P4 : « dans le cabinet (*N.D.A les médecins*) avaient mis une caméra à l'entrée. Quand ça sonnait, ils filtraient pour voir qui rentrait. »

P6 : « Il y a la caméra vidéo dans la salle d'attente »

Dissuasion par la vidéosurveillance

P6 : « Il n'y a pas eu d'agression physique parce que je lui avais dit que l'on resterait dans la salle d'attente pour s'expliquer, [...] devant la caméra de la salle d'attente »

P10 : « Les caméras [...] sont installées, avec les macarons qui disent qu'on n'enregistre pas mais qu'il y a une caméra. »

c. Sécurisation des accès au cabinet

P5 : « Je partageais mon cabinet avec une dentiste, et elle avait mis une clanche électrique qu'elle pouvait elle-même déclencher. »

P10 : « J'avais un copain installé à Marseille dans une certaine zone, il a fait mettre une porte blindée »

P11 : « dès que je suis hors horaires (d'ouverture) je m'enferme à clef, je ferme, [...] ça te permet de se protéger des violences et la vie privée, quand c'est fermé, c'est fermé. »

P16 : « Avoir un cabinet où il y a un minimum de sécurité pour la fermeture et l'ouverture »

d. Sécurisation du Bureau

Accès au bureau

P3 : « en cabinet, il faut au moins [...] un digicode pour ton bureau, et une porte solide. »

P7 : « Pour les vols, si je dois aller chercher du matériel en dehors du bureau, je fais sortir les gens et je ferme le bureau à clés, plutôt que les laisser dedans. »

Mise hors de portée des objets dangereux

P10 : « il y a une mesure que j'ai prise il y a fort longtemps, mon coupe-papier est ici, mes ciseaux sont là, et surtout pas devant moi. Ça fait très longtemps que j'évite de laisser des objets contondants à portée de la main. Déjà avec un stylo, on peut faire un mal considérable. »

e. Installation d'un système d'alarme

P16 : « si j'ai un cabinet, je pense que je l'équiperai d'un système d'alarme, ce n'est pas le cas pour tous. Un système anti-cambriolage pour quand je ne suis pas là. »

f. Aménagement de Sorties de secours

P16 : « j'aime bien avoir des sorties des deux côtés dans un cabinet. Dans le bureau j'ai une porte et une porte fenêtre que je peux ouvrir si j'ai un problème, je peux sortir de ma salle de consultation vers l'extérieur. »

C- Diminution des motifs justifiant le recours à la violence

a. Améliorer sa communication

P4 : « Je pense que plus tu expliques aux gens, plus tu communique avec les gens, plus tu vas dans les détails sur les explications, mieux en général les messages sont reçus. Donc c'est une forme de prévention en fait. J'essaie d'expliquer aux gens ce que je fais et pourquoi. [...] J'ai l'impression que souvent, quand ça se passe mal, c'est que les messages ne sont pas compris. »

P7 : « Parfois ils peuvent nous percevoir comme des gens hautains, parce que parfois on essaie de dichotomiser, il y a les médecins et les patients d'autre part, mais si l'on se montre accessibles, je pense qu'il y aura moins de violences. »

« Je pense que l'inquiétude fait que les gens sont anxieux, hargneux, et arriver à désamorcer ça, à ce qu'ils aient confiance en toi, il ne se comporteront pas comme ça. »

P8 : « Si jamais je juge que (*N.D.A : la demande de visite à domicile*) c'était bidon, je n'y vais pas, mais je l'explique au patient. »

b. Education de la patientèle

P7 : « Au début aussi j'étais plus gentille, mais certains sentent qu'il y a une faille possible, et maintenant, c'est moi qui commande. Je suis désolée, je suis un peu autoritaire mais voilà. [...] »

P11 : « Je pense qu'il faut tout de suite dire non aux comportements déplacés »

c. Précautions lors du paiement de l'acte

Favoriser le paiement à la fin de la consultation

P2 : « je fais toujours l'acte de soins, puis la prescription et après je demande l'encaissement, donc c'est vrai que je m'expose à ne pas être payé, mais j'évite d'être agressif à ce niveau-là. »

Favoriser le tiers payant et les paiements dématérialisés

P7 : « ce jour-là j'avais accepté une garde sur laquelle je n'avais pas de terminal de paiement, et donc du coup je ne pouvais pas faire le tiers payant, je faisais une feuille de soins. C'était au début de mes remplacements, j'avais besoin de bosser, mais aujourd'hui je refuserai clairement ça. »

d. Améliorer la qualité de la prise en charge : Déléguer les tâches non médicales

P8 : « j'ai arrêté de répondre au téléphone pendant les consultations. Dans un cabinet ou il n'y avait pas de secrétariat, un médecin qui était seul et sans rendez-vous, c'était difficile, il fallait vraiment gérer tout, les patients par téléphone, les patients en face de soi et les patients en salle d'attente. »

D- Amélioration de la réaction en cas d'incident violent

a. Conditionnement physique et mental

Visualisation, conditionnement mental

P15 : « Je me conditionnais à tout lâcher, la sacoche, à partir en courant. »

Etat de forme physique

P12 : « Ma seule chance, c'est que je cours relativement vite. »

P15 : « en visite. [...] Pas de talonnettes ou de chaussures de ville, j'étais toujours un peu en basket histoire de pouvoir un peu courir si besoin »

Dissuasion par le gabarit physique :

P3 : « Après je ne suis pas un gabarit qu'on pourrait embêter facilement par rapport à certains autres, tu vois »

P14 : « Est-ce que c'est parce que physiquement les gens... je ne suis pas embêté [...] je fais mon poids et ma taille, mais une nénette ou un mec plus fin... »

b. Travailler en groupe

Avec un secrétariat

P4 : « Je pense que c'est plus facile quand tu as un secrétariat sur place, quand tu as des collègues autour, que quand tu es tout seul dans un cabinet. »

P6 : « On est un cabinet de groupe, donc quand il y a un problème on se tient au courant, mon collègue a déjà arrêté ses consultations pour être présent dans la salle d'attente et temporiser un petit peu les choses. »

P11 : « J'ai un secrétariat téléphonique qui filtre tous mes appels [...] j'oblige tous mes patients à passer par le secrétariat. [...] Je pense que c'est utile pour se prémunir justement de ce côté violence verbale. Ils ont un premier stop au secrétariat, ils attendent ensuite que je les rappelle. [...] ça permet un temps de réflexion, ça permet de décanter et j'ai moins de soucis. »

P16 : « : je filtre beaucoup avec la secrétaire, à partir du moment où il y a un patient qui m'apparaît violent, je ne le reçois plus. »

Avec des confrères

P1 : « une secrétaire ou des collègues. En tout cas ne jamais travailler seule dans un bureau. Ça m'arrive dans certains cabinets où je remplace, ça ne me plaît pas... je compte beaucoup sur eux.

P10 : « On est assez prudents parce que l'on a une jeune associée, elle est pédiatre, c'est une femme, elle est jeune, elle finit à 22h. On est assez précautionneux. »

P16 : « j'essaie de ne jamais travailler toute seule au cabinet. [...] Avoir d'autres personnes présentes, soit des confrères soit une secrétaire »

c. Amélioration de la rapidité de réaction en cas d'incident violent

P10 : « c'est quelque chose de véritablement sécurisant, surtout pour les secrétaires, parce que quand il y avait des cris je voyais tout de suite ce qu'il se passait, et je pouvais intervenir pour les soulager de l'agression verbale. »

P16 : « Ça peut m'arriver parfois, quand je ne sens pas trop les patients, je laisse la porte entrouverte. Je sais que si les autres médecins ou les personnes en salle d'attente entendent des bruits, ils viendront voir. »

P16 : « On est en réseau sur l'ordinateur. Donc s'il y a quelqu'un qui est un peu agressif, on peut envoyer un message à un autre médecin du cabinet pour l'avertir par la messagerie interne. »

E- Précautions particulières liées à la visite à domicile

a. Réévaluer bénéfice/Risque du déplacement

P8 : « si jamais j'ai un appel que je ne sens pas du tout [...] dans ces cas-là je rappelle moi pour évaluer la situation par téléphone, et si jamais je juge que c'était bidon, je n'y vais pas »

b. Relocalisation dans un environnement moins risqué

P 12 : « Du coup on ne fait plus de visites aux [une cité sensible de la région Toulonnaise] jour et nuit, on a conclu qu'on avait déjà des consultations au standard en semaine et en permanence de soins »

c. Prévenir de ses déplacements

P11 : « Il y a un patient que je suis, qui est un gros (patient) psy, qui effectivement me fait un peu peur des fois, donc je prévois, j'envoie un texto à mon copain. Je prévois quand je vais à la visite et quand je sors de la visite. »

d. Précautions liées à la circulation et au stationnement

P2 : « Quand je suis en bas de chez les gens, toujours ma voiture est verrouillée, vue qu'elle est identifiée »

P2 : « Pour ce qui est des visites dans des lieux un petit peu chauds, [...] je me gare toujours à l'écart, très rarement pile devant chez les patients, pour éviter d'appâter avec la voiture et pouvoir repartir plus facilement »

P8 : « Pour les stationnements, [...] où les gens auraient tendance à te rayer ta voiture parce que tu les empêches de sortir, [...] ce que je fais c'est que je laisse une pancarte avec mon numéro de téléphone, [...] en cas de besoin si je suis mal stationné. »

e. Analyser l'environnement

P2 : « Je repère l'appartement, je vérifie où est la porte de sortie si besoin, mon sac est toujours accessible, si je suis dans un appartement vraiment étriqué, je fais attention à toujours me mettre dans un endroit où je peux facilement me dégager, ne pas être coincé par des patients. »

« Pour ce qui est des visites dans des lieux un petit peu chauds, [...], je me gare toujours à l'écart, très rarement pile devant chez les patients, pour éviter d'appâter avec la voiture et pouvoir repartir plus facilement, j'évite de me retrouver dans des ruelles qui pourraient être coincées, dans certains endroits que j'ai identifiés. »

« Je fais toujours attention à ce que ma voiture puisse dégager facilement. »

« Fermer la voiture, me garer loin, enfin pas trop, il faut quand même que j'arrive à la voiture, mais je ne me garerai plus en plein milieu des immeubles, où je n'ai pas confiance. »

P8 : « déjà quand je gare le véhicule j'essaie souvent de me garer en me demandant si ça va être facile de repartir »

« Ensuite, c'est la manière d'aborder la situation au domicile, à partir de quel moment on se met à l'aise, on retire son manteau, on pose le sac, on retire les affaires, on commence à examiner... donc voilà je prends mon temps, je me pose un petit peu et si jamais je vois que la situation est mal engagée, je vais garder mes affaires sur moi, et je vais attendre de savoir si je les examine ou si je pars. »

« Si c'est bien engagé par contre, en effet je pose mes affaires en essayant d'avoir un accès direct à la porte. J'essaie de ne jamais me faire enfermer dans une petite pièce si je ne le sens pas. »

P12 : « la nuit, je marche au milieu des rues. J'évite les angles, les coins. Parce que ce qui me fait le plus peur, c'est l'effet de surprise à un angle de rue. Mais dans les ruelles, plutôt que de marcher contre un mur, je marche au milieu, je dégage les angles en fait. »

f. S'annoncer et s'identifier clairement comme médecin

P2 : « Ça, c'est plus spécifique à SOS, sur la route, [...], j'ai tout, le gyrophare, les plaques »

P3 : « J'essaie, quand j'arrive dans des zones potentiellement tendues, notamment les cités où il y a du deal, de bien afficher ma fonction, quitte à passer devant eux, leur parler... »

« Pour les cités j'essaie d'être apparent, pour les camps de gitans j'essaie d'être... heu... limite escorté. »

P8 : « afficher qu'on est médecin, [...] j'ai le sac de pompier avec l'ECG dans la main, donc les gens se doutent que je viens et que je suis médecin »

g. Demander à se faire accompagner par le patient ou sa famille

P2 : « Très souvent, quand je sais que c'est un endroit qui est chaud, que je vois des gens trainer, j'appelle les patients avant. [...] je leur dis « je n'arrive pas à trouver votre appartement, est-ce qu'éventuellement vous pourriez descendre pour venir me chercher ? » [...] ce qui est vrai d'ailleurs, souvent je n'arrive pas à m'y retrouver là-bas donc j'ai besoin d'eux, mais ça permet aussi d'avoir une lumière allumée, quand il y a des gens qui traînent un peu, ils voient que je suis attendu. Donc voilà. Souvent, j'appelle avant : « est-ce que vous pouvez m'aider ? » Sortez de chez vous, allumez la lumière, ouvrez la porte. »

P3 : « Pour éviter les situations menaçantes, j'appelle. Quand je sais que ça va être chaud à certains endroits, notamment les camps de gens du voyage, j'appelle avant, pour leur dire que j'arrive »

h. Demander à se faire accompagner par les forces de l'ordre

P9 : « on pouvait se faire escorter par une équipe policière, en fonction des zones où on allait. Par contre, brandir l'étendard police, selon les zones ça peut faire dégénérer une situation, là où avec le médecin seul il peut y avoir un contrat de confiance.

Dont : suivi par les caméras de sécurité dans les zones équipées

P9 : « il y avait possibilité de demander un suivi caméra par les caméras de la ville, on pouvait demander à être surveillés par les policiers de la ville, qui nous faisaient passer par telle et telle rue et nous faire arriver jusque devant la porte. »

i. Se faire accompagner par un employé privé

P9 : « lui avait carrément engagé quelqu'un, un pompier assez costaud, qui lui servait en même temps de chauffeur, qui le déposait devant ses visites, et qui selon les endroits venait l'accompagner sur les visites, parfois à l'intérieur du domicile des patients en fonction des endroits [...] C'est comme ça qu'il gérait le stress d'une potentielle agression. Il était autonome, c'est lui payait le gars. »

P10 : « J'avais un copain installé à Marseille dans une certaine zone, [...] il a engagé un garde du corps. C'est le garde du corps qui a finalement dû déménager sous la protection de la police. Donc il n'a plus pris de garde du corps, mais son cabinet était à problème. »

j. Gestion des chiens à domicile

P8 : « Les chiens, c'est un problème, et pas que chez les gens du voyage. Au domicile d'un patient la dernière fois je me suis fait niaquer par un chien. Le chien pas attaché, qui d'habitude était bien mais là il est arrivé en aboyant en me sautant dessus, et là il m'a attrapé »

P12 : « Moi les animaux ça me gonfle. Les chiens j'ai de plus ne plus de mal. Au quotidien, nous le secteur est quand même tranquille, je trouve que c'est vraiment l'élément perturbateur de mon examen. Le chien il est toujours là. Tu arrives, tu l'examines, tu repars, il est encore là... c'est le premier truc qui me vient à l'esprit. »

P14 : « il me faisait une fois et demie, donc le mec, en pleine crise de délire, avec en plus deux gros clébardes à la con. J'ai réussi à lui faire enfermer les clébardes, parce que c'était des chiens qui aboient, qui te menacent et tout »

3- Stratégies de gestion de la crise violente

A- Gestion de la violence verbale et des menaces

a. Attitude et communication non verbale

P1 : « C'est surtout des mesures non verbales, je reste calme, comme je te disais, je suis assez passive, je les regarde, surtout je ne m'énerve pas. »

P2 : « J'essaie surtout de rester calme dans ces situations, de ne pas hausser le ton »

« Très souvent je t'avoue que la stratégie c'est je m'écrase, je ne dis rien, je ne hausse pas le ton, et j'essaie que la consultation se finisse comme ça. »

P3 : « J'essaie de ne pas m'énerver, déjà, de garder mon calme »

« J'ai fait style de rien, et je suis parti doucement, sans essayer de créer de problème ou quoi. »

P6 : « Ça va être rester le plus calme possible »

P8 : « Globalement en face à face avec quelqu'un d'agressif, si jamais on n'est pas soi-même agressif, on a moins de chance que ça parte. Alors que si jamais on répond avec agressivité, forcément, il y a plus de chances que ça escalade et en vienne aux mains.

P10 : « J'ai tendance à surtout ne pas être agressif, surtout ne pas répondre, mais à m'effacer, essayer d'absorber tout ça, et d'être le plus conciliant possible, en acceptant les éventuels reproches. »

P11 : « J'ai réussi à calmer le jeu en prenant sur moi »

P12 : « Rester le plus poli possible, le plus courtois, essayer de ne pas prendre les gens de haut »

P13 : « Essayer de calmer, rassurer, après... Si je dois faire quelque chose, je vais plutôt faire profil bas, arrêter de parler, je sais qu'il faudrait essayer de discuter, mais quand ça monte trop, après, je ne dis plus rien. »

P14 : « Montrer que tu n'as pas peur, et essayer de ne pas faire monter le truc »

« Il y en a qui se sont pris des pains dans la gueule, parce que c'est des grandes gueules, donc au bout d'un moment... Le truc c'est d'essayer de garder ton calme. »

P15 : « globalement, j'essaie d'avoir le sourire, de ne jamais braquer les patients. Je ne suis pas en opposition, je ne fais pas de leçons. [...] Je ne monterais pas le ton »

b. Céder aux demandes

P1 : « Une de mes collègues qui était là, devant la violence verbale a cédé et lui a fait l'ordonnance »

P3 : « je reconnais bien que ce n'est pas la carte vitale du patient que je vois, moi je... enfin la majorité des gens ils passeraient outre, ils feraient style de rien. Ça m'est déjà arrivé aussi, pour ne pas avoir de problème justement. »

P4 : « le mec voulait absolument être hospitalisé, donc j'ai appelé le SAMU, je leur ai raconté n'importe quoi, pour pouvoir sortir en fait. Après j'ai rappelé le SAMU, pour leur expliquer qu'il n'y avait aucun problème physique, mais que le mec était psy, et qu'il fallait l'hospitaliser en psy. [...] Donc, ça c'était une stratégie, voilà, de mentir au SAMU... »

P5 : « La seule façon de faire était de donner les choses que l'on me demandait »

P8 : « Quand ils ont commencé à devenir franchement agressifs verbalement, à faire des menaces, je leur ai fait leur ordonnance en leur disant que je ne voulais plus les voir, [...] plutôt qu'en effet être confronté à une escalade de la violence avec violence physique, j'ai préféré faire des renouvellements d'ordonnance sans voir les patients »

P14 : « Au début il ne m'impressionnait pas [...] mais il commence à me dire « tu es loin de l'entrée du camp » et là j'ai eu un moment de... donc là j'ai acquiescé, je lui ai donné toute la méthadone qu'il voulait, et je suis vite parti »

P15 : « je faisais plutôt de l'évitement quand je voyais qu'il y avait des situations qui pouvaient dégénérer. Je cédaï à tout en gros, je n'étais jamais en opposition avec les patients. Quitte à faire n'importe quoi sur le plan médical, mais voilà le truc c'était de se préserver d'abord. »

P16 : « Je pense que je céderai à sa demande pour ne pas envenimer les choses et après je porterai plainte, et je bloquerais mon ordonnance en téléphonant aux pharmacies. »

c. Ne pas demander le paiement de la consultation

P2 : « Il m'est arrivé deux fois d'avoir des gars, ben c'est des masses quoi, je ne pouvais rien faire, je préfère laisser et partir. »

P7 : « je pense que maintenant je ferais différemment. [...] J'avais abouti la consultation, j'avais vraiment fait tout ce qu'il fallait. Maintenant je dirai : « Très bien, au revoir Monsieur » Tant pis pour le règlement, tant pis pour le temps, juste stopper et dire au revoir poliment, puis s'en aller. Sortir indemne et tranquille. »

P9 : « Je laisse tomber toute la partie financière parce que ça suscite très vite une flambée de l'agacement »

P10 : « Je ne me fais même pas payer, si des gens ne sont pas contents, [...] si je sens qu'il y a trop d'animosité, je leur dis « écoutez on va s'arrêter là », je vais vous laisser voir un autre médecin et je ne demande pas de me régler. »

d. Désescalade verbale

P1 : « je reste calme et je leur dis que s'ils ne sont pas contents ils ont le droit de ne pas être d'accord, que l'on peut en discuter calmement »

« Ils ont le droit de partir s'ils le veulent, ça ne me gêne pas »

P2 : « ne pas provoquer, j'évite de répondre quand c'est comme ça »

« Toutes les histoires que l'on m'a racontées, on a eu à peu près la même attitude, c'est-à-dire être le plus calme possible, et s'en sortir comme ça, en ne faisant pas augmenter la violence des patients. »

P4 : « Je pense que j'essaie de mettre fin au truc. (...) La dernière que j'ai eue, j'ai dit à la mère « Ecoutez, si vous ne voulez pas que je prenne votre enfant en charge, je vais partir. (...) Je lui avais dit : vous irez voir quelqu'un d'autre »

P6 : « Ça va être rester le plus calme possible, en restant courtoise, mais en disant je ne vois pas comment on va pouvoir avancer ensemble et du coup je me lève et j'ouvre la porte. »

P8 : « quand ils faisaient des réflexions désagréables en face de moi, je leur disais que la porte du cabinet était ouverte, je m'excusais dans un premier temps pour le retard ou la gêne occasionnée en expliquant gentiment mais fermement que j'avais des patients qui étaient graves et que tout le monde attendait »

« En restant poli le plus possible, c'est-à-dire pas d'escalade en insultant les gens et en tapant du pied, mais en disant excusez-moi mais là je ne peux pas continuer dans ces conditions »

P9 : « Faire attention au vocabulaire utilisé, ne pas avoir de jugement sur quoique ce soit »

« J'ai tendance à dire à la personne que l'on va s'occuper d'elle mais que ça ne pourra pas être moi, je me désengage personnellement de la prise en charge. »

P10 : « je les emmène dehors, de façon à ce qu'il n'y ait pas de témoins, sinon ils sont blessés, et ce n'est pas mon boulot de blesser les gens, même s'ils le méritent. Je leur dis gentiment on ne veut plus vous voir dans le cabinet. Ça a toujours été très doux, ça s'est toujours relativement bien passé. »

« Si la personne se sent humiliée, si elle est agressive, ça peut flamber. Donc il vaut mieux apaiser. »

« J'essaie d'apaiser, d'accepter, et d'être très tolérant vis-à-vis de la situation pour ne pas jeter de l'huile sur le feu, et que ça dégénère, physiquement, ou verbalement. »

P11 : « Après dans les trucs que j'ai eu c'est essayer de calmer le jeu, de prendre sur moi, m'excuser, dire que je suis désolée. Enfin jamais surenchérir, toujours essayer de comprendre et rester calme et dire aux gens je suis désolée. »

P12 : « Je m'en suis sorti juste en restant poli et en lui disant ce que l'on avait le droit de faire et de ne pas faire, et je lui ai dit « on n'a pas le droit de travailler sur la voie publique, mais

rentrez chez vous et appelez le standard, et on vous enverra un médecin, il n'y a aucun problème »

« Si le ton monte, je suis toujours arrivé à m'en sortir [...] en admettant que peut être je me suis mal comporté, en essayant de retourner la situation, en m'excusant si peut-être ils ont mal perçu un truc que j'ai dit, ou si j'ai été un peu trop autoritaire. J'essaie de retourner en admettant être partiellement fautif, et en me servant de mon statut, en faisant comprendre aux gens que si jamais ça dégénère trop, je suis chez eux à leur demande, et que je suis là pour leur apporter un service »

P13 : « Essayer de répondre poliment, sur les demandes un peu déplacées. »

P14 : « il faut se positionner en tant que médecins, en tant que soignants, et souvent ça marche en disant que l'on est là pour les aider. »

P16 : « En général, j'essaie de parler pour les calmer, c'est la première chose. Ensuite s'ils ne sont pas contents et que ça ne les calme pas, je mets fin très rapidement à la consultation, je ne rentre pas du tout dans le truc, en leur disant que si ça ne leur convient pas ils peuvent consulter un autre médecin, et j'arrête la consultation le plus vite possible. »

B- Gestion du risque de violence physique

a. Se mettre à l'abri

P1 : « Je me mets en sécurité. Ça m'est arrivé une fois, c'était un de mes confrères -j'étais resté un peu tard pour faire de la compta, etc. - et j'entends crier, manifestement un psychotique [...] qui lui criait dessus, qui n'était pas content... il me faisait peur, je me suis enfermée dans le bureau »

P5 : « Physiquement essayer de se mettre derrière le bureau et puis prendre le téléphone pour appeler du secours. »

P8 : « Prendre du recul, c'est à dire : on arrête de faire ce que l'on fait, et on se recule un petit peu physiquement par rapport au patient »

P14 : « Il s'était disputé avec son frère, et là il prend la carabine, [...] C'est vrai que là j'ai fait un bond, je suis sorti comme un taré »

P16 : « Je pense que je garderais mes distances, physiquement en tout cas, avec la personne. Je mettrais au moins le bureau entre nous. Je reste d'un côté, il reste de l'autre. »

b. Appel à l'aide d'un tiers pour la gestion de la crise violente

Intervention d'un confrère ou personne travaillant au sein du cabinet

P1 : « Dans le cas où vraiment ça dégénérerait, dans le cabinet où je travaille il y a toujours quelqu'un à côté, donc je sais qu'il y a quelqu'un qui va venir. »

P6 : « Mais je ne voulais pas que l'on soit dans mon bureau, je lui avais dit que l'on resterait dans la salle d'attente pour s'expliquer, devant un confrère, qui était témoin de la scène »

P15 : « Si quelqu'un devenait menaçant, j'essayerais de sortir du bureau, de ne pas rester. Pour être avec du monde, éventuellement dans la salle d'attente ou pour aller frapper à une des portes de mes associés. »

Intervention de la famille ou d'un accompagnant

P2 : « si possible j'essaie d'avoir des témoins, j'ai eu une fois une altercation avec une dame, j'ai fait en sorte que son mari vienne, et c'est lui qui a calmé le jeu, l'appel à d'autres personnes de la famille, quand je vois que c'est possible, souvent ça aide à calmer le jeu »

Intervention du patient lui-même en cas d'altercation avec une tierce-personne

P12 : « j'ai essayé de prendre à témoins et mettre de mon côté les patients chez qui j'allais, au cas où, en sortant, ça aurait dégénéré. »

Intervention de patients en salle d'attente, ou de voisins

P7 : « un autre patient qui attendait dans la salle d'attente s'est levé, l'a pris, lui a fait une clé de bras et l'a mis au sol devant tout le monde, c'était hallucinant »

P11 : « le fait d'être dans un immeuble en appartement, je sais que si je suis victime de violences les voisins m'entendront si je hurle. »

c. Appel aux forces de l'ordre

P2 : « ça se dénoue parce que je sors de la voiture pour leur montrer que les gendarmes sont à l'autre bout de la rue »

« Le numéro qu'on nous donne je ne l'ai jamais retenu – on a un numéro spécial pour nous à SOS- mais si j'ai vraiment besoin de me sortir d'une situation délicate ça sera le 17 »

P3 : « La secrétaire a appelé la gendarmerie, on a fermé le cabinet. »

P5 : « Là j'ai appelé à nouveau la police, et ils sont venus. Le mari entre temps était arrivé, ils l'ont calmé, et elle est partie. »

P6 : « J'ai appelé les gendarmes tout de suite »

P7 : « L'agent d'accueil a appelé la police qui est juste à côté, et ils sont venus »

P10 : « On n'a pas de contacts privilégiés avec la police. [...] Donc mis à part faire le numéro comme tout le monde »

P15 : « sur les demandes d'HDT, j'ouvrais la porte, je regardais d'abord un petit peu et si je voyais que c'était vraiment la cata, je ressortais en disant « non, non désolé, je vous laisse, il n'y a pas de soucis, et à ce moment-là j'appelais la police et les ambulanciers, et on revenait en force. »

d. Déclenchement d'un système d'alerte spécifique

P2 : « J'ai le bouton d'urgence avec le standard, je sais toujours où il est ; pareil quand je ne suis pas à l'aise je laisse mon téléphone toujours à portée de main, pour pouvoir cliquer sur le bouton d'urgence, ça appelle le standard, ça te localise, et après la permanencière te rappelle »

e. Fuite

P1 : « si vraiment personne ne vient, moi je m'en vais du bureau.

P2 : « je ne dis rien et je claque la porte au plus vite, je sais de toute façon qu'ils ne me reverront pas »

P7 : « Je lui ai dit je vous souhaite une bonne journée, je pars, et derrière moi, je sens qu'il me suit. Je ne me souviens plus exactement comment j'ai fait, j'ai pris l'escalier de service et je me suis cachée quelques minutes à un autre étage, j'avais peur qu'il me coince à ma voiture en bas. J'étais hyper angoissée. En sortant j'ai vu qu'il n'était pas là j'ai vite pris ma voiture et je suis partie.

P12 : « Ma seule chance, c'est que je cours relativement vite. Pour le reste, je pense que je ne serais pas vraiment capable de me défendre physiquement donc il vaut mieux que je fuie. »

« Il a prétexté qu'il avait un autre appel plus urgent, et il est vite parti, il est retourné à sa voiture »

P14 : « On me dit : « Docteur allez-y, il est en crise. », donc je rentre. Et le vieux était là : « Je vais le tuer !! » Il s'était disputé avec son frère, et là il prend la carabine, et il commence à viser [...]. C'est vrai que là j'ai fait un bond, je suis sorti comme un taré »

P15 : « j'étais toujours un peu en basket histoire de pouvoir un peu courir si besoin, mais c'était tout. Et puis je me conditionnais à tout lâcher, la sacoche, à partir en courant. »

f. Riposte physique

Utilisation d'un spray de défense

P6 : « j'avais un spray de défense à la main. J'en ai un dans le tiroir, ça colore les yeux en violet, et ça fait un petit tatouage permanent pendant 48-72h. »

P6 : « on a tous un spray de défense, ma collègue l'a sous le bureau, moi je l'ai dans le tiroir »

P8 : « la bombe lacrymogène dans la voiture, un petit spray au poivre, je l'ai vu dans le cabinet ou je remplaçais, [...] donc l'avoir au cabinet ou dans la voiture si jamais on fait du domicile »

P14 : « Après il y a la féminisation de la profession qui fait que l'on devrait quand même être un peu plus équipé [...] Au moins, leur faire éviter certains endroits le soir et qu'elles soient équipées avec une bombe à poivre. »

Utilisation d'armes autres

P4 : « Je sentais que ... Là, à ce moment, je me suis dit, bon, j'ai un scalpel dans mon sac... Ce n'est pas une mesure de prévention au sens premier, parce que je ne le prends pas pour ça, mais là j'ai vraiment flippé... »

P9 : « j'ai des collègues qui en ont (*N.D.A : des armes*). Ils ont des matraques télescopiques. »

P13 : « je me dis que j'ai mon ouvre enveloppe toujours dans mon tiroir. Je me dis qu'au cas où... »

P14 : « J'ai un genre de couteau à la con dans la voiture, ça fait 20 ans qu'il est dedans, il me sert rarement à part pour ouvrir des boites quand je n'arrive pas à les ouvrir. »

C- Gestion de la post-crise violente

Dépôt de plainte systématique

P7 : « Finalement les flics l'ont pris en charge, et ce sont eux qui m'ont encouragée à porter plainte. »

P12 : « Cela dit je n'ai pas laissé passer le truc, et en sortant je suis allé directement à la police, porter plainte. »

P16 : « si jamais je suis dans une situation [...] avec quelqu'un qui me demande une ordonnance sous la menace de je-ne-sais-quoi, un couteau, un machin, je lui fais son ordonnance, et après je porte plainte. »

III- Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude étaient d'identifier :

- Les souhaits exprimés par les médecins généralistes concernant les mesures à prendre et pouvant contribuer à améliorer la sécurité de leur pratique.
- Les limites rencontrées par les médecins généralistes les empêchant de prendre les mesures nécessaires afin de prévenir ou de se protéger d'événements violents dans leur pratique.

1- Limites à l'adoption de mesures de sécurité

Vue synthétique des résultats :

- a. **Limitations intrinsèques**
 - Visites à domicile
 - Statut de remplaçant
 - Personnes irresponsables
- b. **Absence d'exposition personnelle**
- c. **Incompatibilité avec l'idéologie personnelle et la « culture soignante »**
- d. **Acceptabilité par les patients et préservation de la relation médecin patient**
- e. **Risque d'escalade de la violence**
- f. **Manque d'information ou information jugée inadaptée**
- g. **Manque de temps, manque de motivation**
- h. **Coût et utilité dans la pratique**
- i. **Fatalité**

a. Limitations intrinsèques

○ Isolation lors des visites à domicile

P4 : « En libéral c'est le côté isolé, clairement en visite tu es isolé. Je pense que quand tu es en équipe, c'est plus facile là-dessus. Quand tu sors en SAMU, tu sors à plusieurs donc déjà tu es moins vulnérable, et puis tu peux toujours en avoir un qui peut avoir un œil sur le patient s'il commence à avoir un comportement bizarre, alors que toi quand tu es tout seul, quand tu veux attraper quelque chose dans ta trousse, tu regardes dans ta trousse quoi... »

○ Limitations liées au statut de médecin remplaçant

P1 : « N'étant pas installée, ça n'a pas trop de sens pour l'instant, je ne choisis pas mes conditions d'exercice. »

P7 : « Là comme je suis remplaçante, je ne fais pas vraiment comme je le voudrais, je m'adapte au fonctionnement du cabinet. »

P16 : « Je suis remplaçante, ce n'est pas moi qui choisis, donc je dois m'adapter aux cabinets dans lesquels je travaille. Après en choisissant les bons cabinets... je pense que les cabinets dans lesquels je travaille actuellement correspondent à des critères de sécurité [...] qui me conviennent, même si ça n'est pas parfait. »

○ Limitations inhérentes à la prise en charge des personnes irresponsables

P2 : « Au début quand on faisait les HDT à SOS médecins, en effet il y a eu des violences, mais tu vois je ne t'en ai même pas raconté parce que ça ne fait même pas partie de la violence, ça fait partie du jeu dans l'HDT quoi... »

P3 : « après c'était plus des problèmes psychiatriques, donc là est-ce que c'est vraiment des violences ? »

b. Absence d'exposition personnelle

P1 : « je n'en ai jamais fait parce que je n'ai jamais eu de menaces physiques, [...] je ne me suis jamais senti tellement en danger que ça... »

P3 : « Mais sinon au niveau de la sécurité, je t'avoue que je n'ai jamais été trop confronté à ça. Tant mieux. »

P4 : « Je ne pense pas que je me sente au quotidien en danger. Donc je n'ai pas réfléchi à ce que je pourrais avoir. »

P5 : « Pendant longtemps, je pense qu'en tant que généraliste, on a longtemps été dans le déni, ça nous paraissait inconcevable tout ça, et de mettre en place des stratégies de défense. [...] on n'a pas connu des (services des) urgences violentes, on n'a pas connu ça. [...]

peut-être vous les jeunes qui avez connu les urgences, mais en ville on ne faisait pas attention à tout ça. »

P12 : « Le problème c'est que c'est certainement une solution que t'envisage quand il t'arrive une tuile, une vraie agression. »

P13 : « là je n'ai pas peur. »

P14 : « après je n'ai pas été confronté à ça, peut-être que si je m'étais fait casser la gueule, je dirais « je ne sors pas sans mon arme ». »

P15 : « on laisse même les bureaux ouverts... on peut se servir sans problème. Il va sûrement nous arriver un truc un jour, et à ce moment-là on prendra les mesures mais... là on est dans l'angélisme. »

c. Incompatibilité avec l'idéologie personnelle, et la « culture soignante »

P1 : « Je suis très non violente donc la bombe au poivre... »

P2 : « il y a notre culture, enfin ma culture, c'est-à-dire je me dis je suis une personne soignante, et pas une personne qui est là pour maintenir l'ordre ou être agressive, j'ai à faire avec des personnes qui ne sont pas toujours en pleine possession de leurs moyens, donc je ne me permettrai pas »

P3 : « Déjà, on est dans des métiers du soin, donc l'inverse de l'agression. Si on choisit ces métiers-là, c'est déjà qu'on est... plus du côté des gentils que des méchants... c'est un peu manichéen, c'est caricatural, mais... »

P5 : « On a toujours cette image du cabinet médical, qui est un lieu d'accueil, ou on est toujours disponible. [...] On est dans l'esprit de soigner. »

P6 : « je pense qu'il faut aussi que l'on reste dans notre rôle, un peu pacifiste... Elle est blanche notre blouse. »

P14 : « On n'est pas là pour ça, on est des médecins. Il faut se positionner en tant que médecins, en tant que soignants. »

d. Acceptabilité par les patients et préservation de la relation médecin-malade

P6 : « ça pourrait aussi refroidir les gens. Mettre un vigile dans un cabinet médical, les gens se poseraient des questions. Ils prendraient peur et ne viendraient pas. Ils se diraient ici, ça n'est pas très accueillants [...] Déjà que j'ai des barreaux aux fenêtres, ils auraient l'impression d'être en médecine pénitentiaire. »

P10 : « Je ne vois pas comment dans un cabinet médical, on pourrait, en préservant la relation médecin patient, se prémunir d'un accès de violence de la part d'un patient. Ou pas un patient d'ailleurs. »

P13 : « Un vigile ? tu ne peux pas mettre une armoire à glace dans le cabinet... »

P15 : « Avoir une caméra dans un cabinet médical, c'est un peu déplacé. Au contraire, c'est un endroit où on attend du secret médical, d'être un petit peu caché, [...] on a envie d'être un petit peu tranquille. »

e. Risque d'escalade de la violence

P1 : « je me la poivrerais dans les yeux... »

P5 : « ils m'avaient dit qu'il ne valait mieux pas, parce que si je le loupais ça allait le rendre encore plus fou furieux. »

P13 : « qu'une bombe lacrymo il faudrait que l'on en achète une. J'y avais pensé un moment donné, mais après je n'ai pas... et puis si ça se retourne contre toi. »

P 14 : « à part le fait que le médecin soit trop équipé, il ne faut pas qu'il soit armé. Pour moi ça peut faire plus dégénérer le truc qu'autre chose. »

« Je sais qu'il y en a qui ont dans les bagnoles des petites massues, des conneries comme ça, mais on ne sait pas s'en servir, ça va partir en couille, et tu vas te retrouver toute ta vie dans les emmerdes. Sauf cas extrême, il ne faut pas monter trop dans l'escalade de l'armement. »

P16 : Après avoir des bombes, où autres, je me dis que si j'ai une personne en face de moi qui a un couteau, je ne suis pas sûr que je prendrai le temps de sortir ma bombe et de l'utiliser, donc je ne vois pas trop l'utilité pour moi d'avoir ce genre d'accessoire. Je ne sais pas m'en servir, et je pense que si on s'en sert mal, ça peut être plus dangereux qu'autre chose. Si [...] je l'utilise mal où que je ne sais pas m'en servir, je pense que ça risque de l'énerver encore plus et le rendre plus agressif. »

f. Manque d'information ou information jugée inadaptée

P7 : « On n'en parle pas trop (*N.D.A entre confrères*). Je n'ai pas su si quelqu'un avait une arme ou un moyen de défense au cabinet. »

P10 : « C'était des recommandations (*N.D.A : du CDOM*) pour la sécurisation du cabinet, et puis comment signaler. Mais ça c'est déjà trop tard, ce qu'il faudrait, c'est prévenir justement. »

« L'obstacle, c'est que je ne connais pas ces mesures. [...] Il faudrait qu'il y ait un professionnel qui me le dise. »

g. Manque de temps, manque de motivation

P1 : « Voilà, manque de motivation, manque de temps, enfin, j'ai un peu laissé tomber »

P4 : « C'est je pense un manque de temps [...] Se former sur tout c'est difficile en médecine générale. Il y a tellement de choses sur lesquelles il faudrait se former »

P10 : « On est la tête dans le guidon, on est à la limite du burn-out, et du coup tous ces problèmes, c'est vrai que je vois par la lettre du conseil de l'ordre, et par les URPS, on voit passer ce genre de choses. Mais je n'en ai pas pris acte. »

P12 : « j'avais failli m'inscrire, [...] et puis bon après, avec les emplois du temps, je n'ai pas réussi. Il y a les enfants, le travail, la compta... la vie courante, les sports qui te plaisent, si en plus il faut trouver du temps pour faire un truc qui n'est pas forcément très intéressant, à moins d'aimer les sports de combat... »

h. Coût et utilité dans la pratique

P6 : « Moyens financiers. Ça coûterait cher entre son salaire et les charges patronales, et puis l'utilité. »

P7 : « pour moi, la solution c'est d'avoir un tiers présent. Donc les moyens financiers, parce que voilà elle est payée le smic l'assistante, mais il faut arriver à le sortir. »

P9 : « Pour un garde du corps, le frein est financier, c'est évident. »

P12 : « Et puis peut-être se dire que probablement il ne t'arrivera jamais rien, te former pour pas grand-chose... »

i. Fatalité

P1 : « je pense que par définition c'est imprévisible, donc... »

P2 : « J'ai l'impression aussi que nous on se dit, on n'a pas à pleurer sur notre sort, et que donc on continue comme ça. Et puis on a été habitués à ça, tous les stages aux urgences pas exemple, c'est toujours extrêmement violent, on a été habitués à ça et à prendre ça, bon, pas à la légère, mais essayer d'avoir un maximum de recul. »

2- Souhaits exprimés pour l'amélioration de la sécurité

Vue synthétique des résultats :

a. Liés à l'organisation de la pratique libérale

- Secrétariat physique
- Exercice en groupe

b. Renforcer la sécurité du cabinet

- Sécurisation des locaux
- Vidéosurveillance
- Moyens d'alerte spécifiques

c. Géolocalisation lors des visites à domicile

d. Education de la patientèle

e. Formations spécifiques

- Gestion de la violence verbale
- Self défense
- Gestion des patients déments

a. Liées à l'organisation de la pratique libérale

○ **Secrétariat physique et travail en cabinet de groupe**

P1 : « une secrétaire physique. Ça c'est sûr que... enfin ou une secrétaire ou des collègues. En tout cas ne jamais travailler seule dans un bureau. Ça m'arrive dans certains cabinets où je remplace, ça ne me plait pas... je compte surtout beaucoup sur eux. »

P6 : « Quelqu'un qui fait face en première ligne aux patients. Une secrétaire physique ou un agent de sécurité. »

P7 : je vois la différence selon les remplacements. A [une commune de la région Toulonnaise] j'ai une assistante, c'est elle qui s'occupe notamment des règlements, je ne touche pas l'argent. Et rien que ça, un tiers, pour le bon fonctionnement, comme si de fait avec la présence d'un tiers on devenait une institution respectable. Alors que quand on est tout seul, on est vulnérable, tu es un petit humain avec tes outils dans ton sac, et voilà »

P16 : « Déjà, j'aimerais bien avoir des secrétaires dans tous les cabinets, parce que je trouve que quand il n'y a personne dans la salle d'attente, c'est assez inconfortable, [...] Parfois les autres médecins ne sont pas là dans leurs bureaux. Moi parfois je pars, je me dis qu'il y a des patients qui peuvent rentrer, fouiller dans les dossiers, quand il n'y a personne qui les surveille en salle d'attente je n'aime pas trop. »

b. Renforcer la sécurité du cabinet

○ **Sécuriser les locaux et contrôler des accès au cabinet médical**

P3 : « je ne vois pas ce qu'on pourrait faire de plus... à part, éventuellement, arrêter les visites, et ne faire que de la consultation filtrée, avec un sas sous caméra, tu vois, à la Los Angeles... »

P11 : « Ça pourrait être bien un système de Visio, dans le prochain cabinet, je pense que c'est assez important. Juste une caméra, voir que c'est ton prochain patient et hop tu ouvres ça c'est pas mal. [...] J'avais un médecin quand, j'étais externe qui faisait ça. C'est lui qui ouvrait en fonction de la tête »

P13 : « Un interphone, une caméra »

○ **Installer une vidéosurveillance**

P16 : « Donc soit une secrétaire, soit une vidéosurveillance »

- **Mettre en place un moyen d'alerte spécifique**

P9 : « Il pourrait y avoir également une sorte de bouton d'alerte que l'on pourrait activer facilement, qui nous envoie une équipe policière. »

P10 : « un bouton poussoir pour prévenir la police. Ça serait en cas de véritable agression physique, ce n'est pas parce que je me fais engueuler que je vais appeler la police. »

P13 : « Une ligne directe avec les flics. Parce que tu as déjà essayé d'appeler les flics ? ils ne décrochent jamais. Tu as le temps de te faire tuer cinquante fois. »

P14 : « On a déjà un moyen avec le système d'alerte SOS. Ce n'est pas le top, je pense que si t'es vraiment dans la merde le temps qu'ils le reçoivent c'est déjà trop tard... »

P15 : « Si j'étais dans une zone d'insécurité, je pense que ça serait par les téléphones, un truc un peu simple, un bouton à appuyer en cas de soucis, une sorte d'alarme assez simple. Ou même un système d'alarme [...] qui préviendrait la police ou des agents de sécurité. Je sais que ce n'est pas instantané, mais si c'est dans les 10mn, je peux temporiser, arriver à tout lâcher au patient, il y a ces 10 mn là à meubler mais c'est tout, ça pourrait être intéressant »

c. Géolocalisation lors des visites à domicile

P11 : « lors de tes visites pouvoir être géolocalisé. Quand tu fais beaucoup de visites et que tu ne sais pas trop où tu vas... »

d. Formations spécifiques

- **Formation aux techniques de désescalade verbale**

P1 : « globalement les gens sont plus agressifs verbalement donc je pense que c'est plutôt des techniques verbales qu'il faut adopter. »

P9 : « Je pense que le moyen le plus efficace serait qu'on ait des notions de self défense, associée à des cours d'interaction sociale. Apprendre aux gens quels mots utiliser et quand, verbal surtout. »

« Former [...] les médecins, faire appel aux ressources verbales des médecins, [...] se servir du levier du langage »

P12 : « Un cours de diplomatie, un tutoriel pour arriver à désamorcer verbalement »

- **Formation à la self défense**

P1 : « Je pense que ça serait pas mal d'apprendre des techniques de self défense »

P3 : « Je sais qu'à un moment ils donnaient des cours de Krav Maga dans les formations. »

P9 : « Je pense que le moyen le plus efficace serait qu'on ait des notions de self défense, [...] je pense que l'on aura de plus en plus affaire à des situations violentes, le dernier recours c'est d'avoir quelques techniques de self défense. »

P12 : « Des cours de self défense, pourquoi pas. »

P14 : « J'ai fait une formation de Krav Maga avec le DPC, pendant 2 jours. C'était intéressant, tu as toujours 2-3 petites choses à faire, [...] le coup de la sacoche, de lui mettre dans la gueule et de partir, il nous avait dit « vous n'êtes pas des combattants, vous n'êtes pas des tueurs », si le type veut vous braquer... dégager le bras, mais on ne l'a fait qu'une fois, ça serait pas mal d'en refaire. »

- **Formation spécifique pour gestion des patients déments**

P5 : « on a parfois de la violence avec les patients déments en secteur protégé. Ça c'est quelque chose auquel on est confronté, et je pense que les mesures à prendre, c'est plutôt notre formation à nous. C'est à dire que dans le cadre de ma capacité de gériatrie, j'étais passé à [service de gériatrie pourvu d'un secteur fermé] à L'hôpital [un hôpital de la région Toulonnaise], [...], comme le personnel sait comment réagir, l'évènement violent n'arrive pas. »

e. Education de la patientèle

P3 : « Je ne vois pas trop ce que l'on pourrait faire de plus, à part éduquer la population... Les bonnes manières, l'éducation... »

P9 : « Je pense que le meilleur moyen, mais c'est un peu utopiste, ça serait qu'on éduque les gens et qu'il y ait une notion de respect évidente et qui soit instinctive [...]. »

DISCUSSION

I- Cas des stratégies d'évitement utilisées

Les stratégies d'évitement étaient identifiées dans notre étude comme des mesures centrales et efficaces afin de réduire le risque de violence. Elles pouvaient cibler des patients, les lieux ou certains horaires spécifiques identifiés comme présentant un trop grand risque de violence, jugé inacceptable par le médecin qui refusait alors de continuer la prise en charge. Le secrétariat était régulièrement cité comme un élément important dans la réalisation de ces mesures d'éviction.

Une alternative était signalée par certains médecins, qui tout en refusant de suivre certains patients, (particulièrement ceux relevant de la pathologie psychiatrique ou de la toxicomanie) en déléguaient la prise en charge à d'autres médecins identifiés comme plus compétents ou mieux équipés pour faire face au risque de violence.

Lors de l'installation, une sélection de la clientèle et l'évitement des zones défavorisées socio économiquement pouvaient être réalisées par le choix du lieu géographique d'installation ou du secteur de conventionnement. L'évitement de l'isolement, et la recherche d'une proximité géographique du cabinet avec les forces de l'ordre, pouvait être également un critère sécuritaire pris en compte par les médecins au moment de leur installation.

Concernant la littérature, les stratégies d'évitement sont également reconnues comme un pilier central des mesures de prévention de la violence adoptées par les médecins généralistes [37, 42, 119-124], probablement du fait de leurs facilités de mise en œuvre, de leurs efficacités immédiates et de leurs coûts quasi-nuls en temps ou en moyens financiers investis.

Si leur efficience au niveau individuel semble établie, leurs effets en termes de santé publique nécessiteraient d'être évalués, notamment concernant l'accès aux soins, la prise en charge et le suivi de certains patients, principalement ceux habitants dans les zones socio économiquement défavorisées, dépendants à domicile, ou atteints de pathologies psychiatriques ou d'addiction. Ces populations sont par ailleurs souvent déjà fragilisées dans le contexte actuel de raréfaction de l'offre de médecine générale en ville.

La réticence des jeunes médecins généralistes à s'installer dans certains quartiers pour des motifs sécuritaires nécessiterait d'être évaluée par des études complémentaires, et prise en compte dans les politiques publiques en cas de lien de causalité avéré, tant les pratiques d'évitement font planer le risque de désertification médicale des zones identifiées comme à risque de violence, souvent déjà paupérisées par ailleurs.

II- Concernant les stratégies de prévention et de protection de la violence

De nombreuses mesures étaient adoptées par les médecins généralistes qui avaient pour objectif de diminuer la probabilité d'occurrence d'un événement violent, réduire sa gravité ou parfois réaliser les deux en même temps. Les praticiens privilégiaient les mesures organisationnelles adoptées au fil du temps, en réponse à des expériences malheureuses et intégrées à leur pratique.

Ces mesures s'intégraient dans cinq grandes catégories : diminution de l'attrait du médecin comme victime potentielle, sécurisation du cabinet, diminution des motifs les plus fréquents justifiant le dérapage violent, amélioration la réaction en cas d'incident violent et sécurisation la pratique lors des visites à domicile.

Diminution de l'attrait du médecin

Les praticiens interrogés avaient des pratiques conformes aux recommandations [53-55, 96-98], s'attachaient à ne pas augmenter les risques de de vol en affichant des signes ostensibles de richesse, (véhicule, tenue vestimentaire, argent liquide) et apportaient une attention particulière à la dissimulation et la surveillance de leur matériel médical et des stupéfiants.

L'attention portée à la tenue vestimentaire était également signalée pour son rôle de prévention de la stigmatisation sexuelle et sociale. L'importance de la praticité des vêtements était également évoquée, dans une optique d'optimisation des capacités de réaction en cas d'événement violent.

Également, la protection de la vie privée, et la séparation stricte des domaines personnels et professionnels (adresse, numéro de téléphone, etc.) étaient évoqués comme des éléments importants afin de se protéger d'éventuelles atteintes, notamment par les médecins de sexe féminin.

Sécurisation du cabinet

Les solutions mises en place par les médecins généralistes étaient principalement d'ordre technique, (sécurisation des accès, sécurisation du bureau, système d'alarme, vidéosurveillance, éclairage, sorties de secours, etc.) et avaient aux yeux des médecins des vertus principalement dissuasives.

Ces mesures étaient conformes aux recommandations, [53-55, 120-123] mais leur acceptation et leur intégration dans leur pratique semblaient plus difficiles par les médecins interrogés. Les installations sécuritaires étaient souvent perçues comme déplacées dans un environnement médical, et délétère au lien de confiance avec les patients.

De plus, le coût des dispositifs, leur complexité d'installation réelle ou ressentie, la mise en conformité réglementaire en ce qui concerne la vidéosurveillance, pouvaient être un frein à

la sécurisation des cabinets médicaux, bien que des conseils à ce sujets existent. [125] Cette thématique nécessiterait probablement des études complémentaires pour être précisée.

Les praticiens mettaient en avant dans notre étude, le rôle d'une secrétaire dans la surveillance des locaux et de la salle d'attente. L'aspect dissuasif d'une personne présente physiquement, et son efficacité dans ces rôles étaient parfois décrits par les praticiens comme supérieurs à la vidéosurveillance.

La place du secrétariat est régulièrement citée dans la littérature pour son rôle dans la protection de la violence. [43, 123, 124]

Diminution des motifs justifiant le recours à la violence

Les généralistes interrogés insistaient sur l'importance de la communication, de la qualité des informations transmises aux patients, et du temps à y consacrer comme un élément primordial de la prévention des griefs, et des potentiels actes de violences pouvant en découler. L'amélioration de la disponibilité du généraliste par la délégation des tâches non médicales, et la bonne éducation de la patientèle étaient signalés comme des moyens complémentaires d'améliorer la relation médecin-malade et de prévenir les actes de violence.

Concernant le paiement de la consultation, il était identifié comme étant régulièrement la source, ou le catalyseur de situations tendues ayant ensuite dégénérées. Les médecins prenaient des précautions particulières le concernant, et favorisaient ainsi le paiement en fin de consultation, et le paiement par tiers payant.

On remarquait sur ce point un écart entre les résultats de notre étude et les résultats de l'OSM : le refus de payer la consultation y apparaît en effet comme un motif de violence marginal, (<2% des cas), mais les stratégies récurrentes employées par les médecins sur ce point peuvent laisser penser que ce motif puisse être plus répandu, ou qu'il puisse se surajouter à un autre motif de grief et contribuer à faire dérapier sur un mode violent une situation déjà tendue et conflictuelle.

Ces mesures illustraient l'importance de la qualité relationnelle et du lien empathique entre le médecin et son patient dans la prévention de la violence. Ce facteur ressortait dans notre étude comme un déterminant de tout premier ordre quant à la probabilité de survenue d'un événement violent. Des études complémentaires nécessiteraient d'être menées sur ce sujet afin de documenter cette hypothèse.

A noter également : on constatait dans notre étude l'absence parmi les réponses, de stratégies visant à réduire l'attente des patients, motifs figurant pourtant parmi les plus fréquents comme source de violence. De la recherche complémentaire pourrait être menée sur ce point afin de comprendre si ce fait découle d'une difficulté des médecins à solutionner cette problématique, ou d'une absence de connaissance de celle-ci.

Amélioration de la réaction en cas d'incident violent

Le travail en groupe, que ce soit avec un secrétariat, d'autres confrères ou d'autres professionnels de santé au sein d'un cabinet pluridisciplinaire, était unanimement citée par les médecins interrogés comme étant un élément majeur dans la gestion des situations violentes. Ce fait, relevé dans notre étude, s'inscrit en opposition avec l'OSM : celui-ci notait l'absence d'influence d'un secrétariat sur les violences [1].

L'amélioration de la communication au sein de cabinet entre professionnels était également citée comme une mesure complémentaire, de même que l'établissement de solutions organisationnelles à l'échelon individuel et collectif afin de diminuer le temps de réaction en cas de violence. Mesures sont régulièrement retrouvées dans la littérature existante sur le sujet [43, 119, 120, 123, 124]

Si le rôle dans la prévention de la violence est peu clair, il apparaît probable que la présence d'autres personnes au sein du cabinet, en capacité d'intervenir en cas d'incident violent dans le cadre d'un exercice de groupe, permet de limiter la gravité des dommages potentiels sous réserve que la réaction soit suffisamment efficace et précoce.

Bien que fugacement mentionné dans les recommandations, [53-55] cet aspect collaboratif cité dans la littérature étrangère, [119, 123] est très peu présent dans les communications officielles sur le sujet, ce qui constitue un fait étonnant, notamment à l'heure où les MSP et l'exercice en groupe se multiplient sur le territoire français.

Mesures spécifiques liées à la visite à domicile

La visite à domicile est clairement identifiée comme un environnement plus à risque pour le médecin, du fait principalement de l'isolement, de l'absence de connaissance préalable des lieux, de la présence d'armes ou d'animaux, et de l'impossibilité d'aménagement des lieux afin de répondre à des impératifs sécuritaires.

Les praticiens interrogés rapportaient mettre en place de nombreuses mesures, majoritairement organisationnelles et intégrées à leur pratique : réévaluation du risque de visite, relocalisation dans un endroit moins risqué, analyse systématique de l'environnement, prévenir un proche de ses déplacements. Ces mesures étaient conformes aux recommandations existantes. [54-55]

On notait dans notre étude que les médecins interrogés considéraient que le risque de violence semblait diminuer lorsque la fonction de médecin était clairement affichée, en contradiction avec certaines recommandations. [54]

La sollicitation de la famille pour se faire accompagner, notamment dans les lieux possédant un fort sentiment communautaire, était une stratégie couramment utilisée, conformément aux recommandations. [54]

L'escorte par une équipe policière ou par un employé de sécurité privé était parfois utilisée, mais semblait être une mesure plutôt marginale. Les praticiens évoquaient un risque de dérapage violent accru dans certains endroits sensibles, où une présence dissuasive par un agent de sécurité ou les forces de l'ordre pouvait être ressentie comme une provocation.

Les animaux au domicile étaient signalés dans notre étude comme une nuisance fréquente, allant de la perturbation de l'examen à l'utilisation de l'animal comme élément de menace à l'encontre du médecin. Cette problématique n'a à notre connaissance jamais été rapportée dans la littérature, ou fait l'objet de recommandations.

Les généralistes interrogés géraient cette problématique des animaux au domicile en utilisant la mise à l'écart systématique de l'animal de compagnie dans une pièce fermée différente de celle utilisée pour l'examen.

III- Concernant les stratégies de gestion de crise

Bien que de nombreuses stratégies de prévention des situations à risques de violence soient mises en place par les médecins interrogés, tous avaient néanmoins rencontré des situations de violence, principalement verbale dans leur pratique, et semblaient familiers avec les mesures à mettre en œuvre. Le risque de violence physique était rapporté comme un événement exceptionnel, mais auquel certains médecins avaient déjà eu à faire face.

Ce fait traduit probablement que la grande majorité des situations relèvent de la violence d'interaction sociale, où les options de désescalade, négociation et soumission sont le plus souvent possibles, et s'avérer efficaces dans la diminution de la survenue d'agression physique.

Gestion de la violence verbale et des menaces

Les généralistes utilisaient comme stratégie principale la désescalade de la situation violente, à l'aide de leur communication verbale (choix vocabulaire utilisé) et non verbale (attitude, postures, gestes, ton de voix, etc.)

Ils n'hésitaient pas à céder aux demandes des patients violents, même aberrantes, toujours dans une optique d'évitement de l'escalade violente, malgré parfois la nécessité une fois en sécurité d'avoir à revenir sur ou annuler les prescriptions faites sous la contrainte, auprès des pharmaciens, ou des services d'urgence.

Offrir ses soins et passer sur le règlement de la consultation dans une situation tendue, était également un moyen évoqué pouvant contribuer à apaiser le conflit violent.

La désescalade verbale était retrouvée dans la littérature comme un axe central dans la gestion des violences. [119, 122-124, 126]

Gestion du risque de violence physique

Lorsque la situation semblait escalader, et la probabilité de survenue de violences physiques augmenter, les praticiens avaient pour principale stratégie d'appeler des tiers à l'aide.

Ces tiers pouvaient être les forces de l'ordre, en composant le numéro « grand public », (à ce titre aucun médecin ne déclarait disposer d'une ligne directe avec le commissariat ou la gendarmerie la plus proche) ou en appelant à l'aide une personne présente sur place, un confrère, un autre professionnel, un accompagnant, des patients en salle d'attente, des voisins ou le patient lui-même en cas de violence émanant d'un accompagnant ou d'un voisin. De façon complémentaire, les généralistes essayaient de se mettre à l'abri autant que possible, de reprendre de la distance, d'interposer un objet (porte, bureau, etc.) ou de prendre la fuite afin de se soustraire à la menace ou d'en limiter les dommages.

Certains médecins étaient équipés d'un système d'alerte spécifique sur leur téléphone portable, d'un système de géolocalisation, mais ne semblait témoigner qu'une confiance modérée en sa fiabilité.

La riposte physique était systématiquement envisagée au moyen d'une arme, et était fréquemment évoqué. Cette solution était envisagée par les praticiens comme une solution de dernier recours, en cas danger critique pour leur intégrité physique. Plusieurs participants à notre étude déclaraient posséder dans leur bureau, ou emportaient sciemment dans leur sac médical des objets, des armes par nature (sprays de défense, matraques, couteaux, etc.) ou des objets susceptibles d'être utilisés comme armes improvisées. (Scalpel, ciseaux, coupe-papier, etc.) Néanmoins, aucun des généralistes interrogés ne déclarait avoir suivi de formation concernant leur utilisation ou ne semblait s'exercer régulièrement à l'usage des armes en leur possession.

Ces armes portées par les médecins semblaient pour certaines peu appropriées à la défense personnelle, pour des questions légales, du fait du risque de dommages irréversibles ou d'un manque d'efficacité en situation. Cette problématique n'a jamais été évoquée dans la littérature et ne fait actuellement l'objet d'aucune recommandation, mais nécessiterait d'être étudiée, prise en compte, et une communication à destination des professionnels de santé pourrait être réalisée sur ce sujet.

Gestion de la post-crise

Le dépôt de plainte était retrouvé au cours des entretiens, conformément aux recommandations.

Le signalement à l'ordre des médecin et l'OSM n'était par contre lui, jamais mentionné, et reflétait la sous-déclaration des incidents violents, phénomène bien connu mais peu documenté. Des études complémentaires sur les motifs de non-déclaration à la justice ou aux organismes statistiques des incidents violents rencontrés par les médecins généralistes seraient à ce titre intéressants.

Le dépôt de plainte systématique, et l'amélioration de l'efficacité du système pénal, est actuellement un axe central de la prévention de la violence en France, avec notamment depuis plusieurs années une demande régulière par les instances ordinales et publiques, d'alourdissement des peines encourues en cas d'atteintes au corps médical. Il est intéressant de noter que notre étude ne faisait pas ressortir de manière évidente cette thématique comme un enjeu majeur de la prévention de la violence aux yeux des médecins interrogés, ce qui pourrait être étudié par des investigations complémentaires dans ce domaine.

IV- Limites rencontrées à l'adoption de mesures de sécurité

Les généralistes interrogés évoquaient de nombreuses limites les empêchant d'adopter des mesures de sécurité.

Il existait tout d'abord des limites intrinsèques aux mesures envisageables liées à certains contextes particuliers :

- Les visites à domicile, du fait d'un environnement non contrôlable.
- Le statut de médecin remplaçant, qui devaient composer avec les conditions habituelles d'exercice du médecin remplacé, peu modifiables.
- Le cas des personnes irresponsables, souffrant de pathologies neurologiques ou psychiatriques dont le comportement peut parfois devenir violent de façon brutale et imprévisible.

La préservation de la relation médecin-malade et l'acceptabilité des mesures de protection par les patients étaient au cœur des préoccupations des généralistes interrogés, qui percevaient certaines dispositions et particulièrement la vidéosurveillance comme intrusif, et dégradant le lien de confiance entre le généraliste et son patient.

L'incompatibilité avec l'idéologie personnelle et la « culture soignante », était fréquemment citée par les praticiens comme une des raisons principales de la non-prise de mesure de sécurité.

Il semblait exister à ce titre dans le discours des médecins interrogés, une confusion entre la prise en compte et la gestion du risque de violence, et le risque de devenir soi-même violent. Cette appréhension servait alors de justification au fait de ne pas adopter de mesures de protection. Ce lien ambigu nécessiterait d'être exploré plus avant par de la recherche complémentaire.

L'absence d'exposition personnelle antérieure à la violence était régulièrement évoquée comme explication à la non-prise de mesures.

Étaient également évoqués comme motifs de justification : le risque d'escalade de la violence, le manque d'information sur le sujet, le manque de temps ou de motivation, le coût et l'utilité dans le cadre de la pratique, la fatalité.

V- Souhais exprimés pour l'amélioration de la sécurité

Parmi les mesures à prendre signalées comme pouvant contribuer à améliorer la sécurité de la pratique on retrouvait principalement des mesures organisationnelles de la pratique libérale, et particulièrement la présence d'un secrétariat physique et l'exercice en groupe pour les médecins qui n'en disposait pas déjà, ou qui exerçait de manière isolée.

Les mesures évoquées reprenaient principalement la sécurisation du cabinet et ses accès, l'installation d'une vidéosurveillance et la mise en place d'un système d'alerte spécifique en lien direct avec les forces de l'ordre les plus proches.

La géolocalisation était citée comme une mesure qui pouvait être intéressante lors des visites à domicile.

Une meilleure éducation de la patientèle par les instances gouvernementales et la société était également avancée.

Enfin, les généralistes interrogés étaient intéressés par des formations spécifiques de gestion de la violence, notamment la gestion de la violence verbale, la self défense et la prise en charge des patients déments. A ce jour, il n'existe à notre connaissance pas de formation existante institutionnalisée sur cette thématique, en dehors d'initiatives personnelles et ponctuelles dans le cadre de la formation du DPC.

VI- Limites internes de l'étude

1- Points forts

Les résultats ont été obtenus à partir de l'approche phénoménologique c'est-à-dire par une analyse du verbatim, qui exige une familiarisation avec un contexte particulier, son environnement, ses acteurs, ses codes et sa sémantique, et requiert la capacité à mener un questionnement centré sur le vécu. Elle permet de documenter de façon plus fine et de nuancer les résultats d'enquêtes quantitatives en leur donnant du sens, afin de limiter les jugements partiels ou inadéquats.

Cette méthode montre l'écart entre l'information déclarative et celle émergeant de la réalité vécue.

Le recueil par question ouverte a conféré une souplesse de travail dans la mesure où les participants ne se sentaient pas limités dans le nombre ou la pertinence de leurs expériences vécues, et de leur possible inclusion dans le champ de l'étude.

Malgré le nombre restreint de médecins interrogés, la saturation des données a été obtenue après seize entretiens.

Il existait une parité Homme-Femme dans les effectifs, ainsi qu'une diversité d'âge, de situations et de pratiques (consultation en cabinet et visites à domicile).

Notre étude retrouvait des éléments déjà connus, et apportait également des éléments nouveaux, dont certains propres à l'organisation des soins en France, jusqu'ici non documentés dans la littérature, et qui demanderaient à être confirmées par d'autres études qualitatives et quantitatives de plus forte puissance.

L'apport des jeunes médecins et des médecins remplaçants était à ce titre particulièrement intéressante, faisant émerger des problématiques leur étant propres.

Notre étude permet également d'esquisser des pistes de réflexions en vue de la formulation d'hypothèses de recherche, et de développement de stratégies de prévention et de protection vis-à-vis de la violence, les plus efficaces possibles, et au plus près du vécu quotidien et de la réalité de la pratique de la médecine générale de premier recours.

2- Points faibles

La conduction des entretiens a pu souffrir des défauts de l'inexpérience, avec une qualité de relance, de suggestion et de limitation de l'errance s'améliorant au fur et à mesure du temps, de la réalisation et de l'accumulation des entretiens.

L'interprétation et l'analyse du verbatim étaient effectués uniquement par l'enquêteur à l'aide du logiciel NVIVO. Une relecture des entretiens et une seconde interprétation auraient pu être mis en place par un second médecin, afin de trianguler les résultats et pourvoir une qualité d'analyse supérieure à notre étude.

Le questionnaire analyse le ressenti des médecins, et non la réalité de leur pratique, et pouvait souffrir d'un biais de mémorisation.

De même, un biais d'interprétation pouvait être présent, dans la mesure où la perception de la violence et la mise en relation avec son risque réel est éminemment subjective, et à l'appréciation particulière de chaque médecin interrogé.

VII- Recommandations et utilisations pratiques

Au vu des résultats de notre étude et des connaissances actuelles, des points saillants ressortent quant aux axes principaux qui devraient être priorités dans le cadre de l'élaboration de stratégies de gestion du risque violent au cours de la consultation de médecine générale :

- L'importance du lien entre le médecin et son patient apparaît primordial. Le maintien d'un lien empathique le plus solide possible entre ces derniers doit être envisagé comme la pierre angulaire de toute stratégie de prévention du risque violent. Ce lien doit constamment être entretenu et renforcé, par une communication claire et adaptée, une attitude professionnelle et bienveillante du médecin envers son patient.
- La connaissance des principaux facteurs de risque de passage à l'acte violent (profil du patient, motif de passage à l'acte, etc.) par les médecins généralistes est primordiale afin de permettre la reconnaissance la plus efficace et la plus précoce possible, et la mise en œuvre de mesures appropriées. Une attention toute particulière devrait être accordée aux situations faisant s'accumuler les facteurs de risque.
- L'évitement des patients, des lieux, horaires ou des pratiques identifiés comme à trop grand risque de violence est une solution efficace de prévention de la violence, peu coûteuse et facile à mettre en œuvre par les praticiens.
- Les solutions organisationnelles devraient être privilégiées pour prévenir et se protéger des actes de violence. L'exercice en groupe, la présence d'un secrétariat physique, et l'articulation entre les différents professionnels d'un même cabinet semblent également être des atouts majeurs pouvant être impliqués dans de nombreuses mesures de prévention et de protection des actes violents.
- La survenue d'un événement violent au cours d'une consultation est le plus souvent secondaire un grief, et se manifeste principalement sous la forme d'une violence d'interaction sociale. Les techniques de gestion de la violence verbales et notamment de désescalade verbale sont particulièrement pertinentes au regard de ce contexte. La mise à disposition de formations comportant des exercices de simulations des situations violentes serait très intéressante dans ce cadre pour les médecins désireux de se former.
- La sécurisation du cabinet passe par des solutions techniques, jouant principalement un rôle dans la dissuasion et la prévention de certains actes violents, particulièrement les risques de vol. Ces mesures peuvent être parfois coûteuses, et sont souvent vécues comme préjudiciables au lien médecin-malade. Des conseils pour un investissement dans une sécurité minimale devraient cependant être envisagés en accord avec la sensibilité personnelle de chaque médecin et du contexte d'exercice. D'éventuelles aides financières publiques pourraient à ce titre être envisagées, particulièrement à l'heure où le désengorgement des urgences hospitalières par l'augmentation de l'activité libérale de ville est un des principaux axes stratégiques retenu par les politiques de santé publique.

- De nombreux praticiens ont déjà pris l'initiative de se doter d'armes afin de faire face au risque de violence. Les sprays de défense sont parmi les armes les plus adaptées au contexte civil de protection personnelle, particulièrement dans un contexte de féminisation de la profession médicale. Pour les praticiens désireux de s'équiper avec une arme, une information faite afin de les orienter vers ce choix, et une formation adaptée serait à ce titre particulièrement pertinente.

CONCLUSION

Les médecins généralistes en soins primaires rapportent années après années de plus en plus de situations de violence dirigées à leur encontre auxquelles ils sont confrontés dans leur exercice professionnel. La violence est la capacité d'une personne à exercer une force de contrainte sans tenir compte de la volonté d'autrui et ses conséquences peuvent être parfois majeures, et de long terme sur la santé des praticiens, ou la qualité de leur pratique médicale.

Les violences rencontrées par les généralistes sont le plus souvent des violences d'interaction sociales, liés à des griefs des patients concernant leur prise en charge, ou de leur condition de prise en charge, que ces griefs soient justifiés ou non.

Les stratégies de réduction des risques de violence visent à diminuer la probabilité d'occurrence, et le niveau de gravité potentiels des actes violents.

Notre étude permettait d'identifier à l'aide d'une approche qualitative, les stratégies mises en place par les médecins généralistes libéraux dans leur pratique afin de diminuer le risque de violence dirigé à leur encontre.

On retrouvait ainsi de nombreuses stratégies déployées dont les principales étaient les stratégies d'évitement, qui pouvaient viser certains patients, certains lieux, horaires ou pratiques jugées trop à risques.

La prévention et la protection étaient réalisées par la diminution de l'attrait du médecin, la sécurisation du cabinet, la diminution des motifs de violence, l'amélioration de la réaction en cas d'incident violent et les précautions prises en visites à domicile ainsi que les stratégies de gestion de crise (désescalade verbale, céder aux demande, mise à l'abri, appel de tiers pour gérer la crise violente, appel des forces de l'ordre, fuite, riposte physique).

L'étude permettait également d'identifier des limites ressenties par les généralistes à l'adoption de mesures de protection et les souhaits qu'ils exprimaient quant à d'éventuelles améliorations envisageables afin d'augmenter la sécurité de leur pratique.

Les résultats faisaient ressortir l'importance des solutions organisationnelles et des conditions d'exercice aux yeux des généralistes, avec l'importance du travail en groupe et le rôle joué par un secrétariat physique, impliqué dans de nombreuses mesures de prévention et protection vis-à-vis de la violence. Le rôle prépondérant de la communication et du maintien d'une relation médecin-malade optimale, dans la prévention des phénomènes violents était également mis en exergue. Notre étude constatait sur ces point un décalage avec les consignes et les recommandations officielles sur le sujet.

La question de l'acceptabilité par les médecins de certaines mesures sécuritaires, et l'incompatibilité ressentie avec la « culture soignante » était également une problématique soulevée par notre étude.

Bien qu'il soit utopique de vouloir supprimer tous les motifs de désaccord et d'incompréhension pouvant générer des situations violentes entre médecins et patients, ou l'existence de violence opportuniste (vol), des solutions peuvent néanmoins être mise en place afin de les limiter.

Notre étude offre des pistes de réflexion en vue de l'élaboration de telles mesures pour les médecins généralistes, tant au plan individuel que collectif.

Les résultats obtenus nécessiteraient d'être complétés et approfondis par de la recherche complémentaire, et notamment dans le champ de la recherche quantitative, afin de confirmer certains éléments retrouvés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Résultats 2018 de l'Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [consulté le 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2018-observatoire-securite-medecins>
2. L'observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [consulté le 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/observatoire-securite-medecins>
3. Protocole relatif à la sécurité des établissements de santé, publics et privés [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2010 [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf
4. Résultats 2005 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2006
5. Résultats 2006 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2007
6. Résultats 2007 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2008
7. Résultats 2008 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2009
8. Résultats 2009 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2010
9. Résultats 2010 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2011
10. Résultats 2011 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2012
11. Résultats 2012 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2013
12. Résultats 2013 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2014
13. Résultats 2014 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2015
14. Résultats 2015 de l'Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2016 [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2015.pdf
15. Résultats 2016 de l'Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2017 [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2016.pdf
16. Résultats 2017 de l'Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018 [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2017.pdf

17. D'Urso P, Hobbs R. Aggression and the general practitioner. *BMJ*. 14 janv 1989;298(6666):97-8.
18. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ*. 9 févr 1991;302(6772):329-32.
19. O'Connell P, Bury G. Assaults against general practitioners in Ireland. *Fam Med*. mai 1997;29(5):340-3.
20. Ness GJ, House A, Ness AR. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *BMJ*. 27 mai 2000;320(7247):1447-8.
21. 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.
22. 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*. 1 déc 2007;57(545):967-70.
23. Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: a gendered risk? *Sociology of Health & Illness*. mars 2016;38(3):426-41.
24. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. *Med J Aust*. 3 oct 2005;183(7):352-6.
25. Forrest L, Parker R, Hegarty K, Tuschke H. Patient initiated aggression and violence in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. mai 2010;39(5):323-6.
26. Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. Prevalence and prevention of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *Aust Health Rev*. août 2011;35(3):253-61.
27. Ifediora CO. Evaluation of aggression in Australian after-hours doctor home-visit services. *J Eval Clin Pract*. 28 déc 2017;
28. Coverdale J, Gale C, Weeks S, Turbott S. A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. *Med Educ*. févr 2001;35(2):154-9.
29. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: One-year prevalence. *The New Zealand medical journal*. 1 févr 2006;119:U2050.
30. Berna Aydin, Mehtap Kartal, Ozlem Midik, Alper Buyukakkus. Violence Against General Practitioners in Turkey. *J Interpers Violence*. 1 déc 2009;24(12):1980-95.
31. Xing K, Jiao M, Ma H, Qiao H, Hao Y, Li Y, et al. Physical Violence against General Practitioners and Nurses in Chinese Township Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *PLOS ONE*. 16 nov 2015;10(11):e0142954
32. 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. *La Presse Médicale*. 1 nov 2015;44(11):e321-9.
33. Adam C. 31. culture médicale 32. rencontre. 2018;36.
34. Bulletin d'information de l'ordre national des médecins. Conseil national de l'ordre des médecins. Mai-Juin 2013. Numéro 29. p22
35. Forrest L, Parker R, Hegarty K, Tuschke H. Patient initiated aggression and violence in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. mai 2010;39(5):323-6.
36. Gabe J, Denney D, Lee RM, Elston MA, O'Beirne M. Researching Professional Discourses on Violence. *Br J Criminol*. 1 juin 2001;41(3):460-71.
37. Hobbs FDR. General Practitioners' Changes to Practice due to Aggression at Work. *Fam Pract*. 1 mars 1994;11(1):75-9.

38. Carter R. High risk of violence against nurses. *Nurs Manag (Harrow)* 1999; 6(8): 5.
39. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs.* févr 2000;31(2):452-60.
40. Tolhurst H, Talbot J, Baker L, Bell P, Murray G, Sutton A, et al. Rural general practitioner apprehension about work related violence in australia. *Aust J Rural Health.* oct 2003;11(5):237-41.
41. Saeki K, Okamoto N, Tomioka K, Obayashi K, Nishioka H, Ohara K, et al. Work-related Aggression and Violence Committed by Patients and Its Psychological Influence on Doctors. *Journal of Occupational Health.* 2011;53(5):356-64.
42. GPs, violence and work performance - « just part of the job? » - ProQuest [Internet]. Disponible sur: <https://search.proquest.com/openview/f21dfb5b733ed1f73b4fc6361b64e1f9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=33668> [consulté le 10 sept 2019]
43. Hinson J, Shapiro M. Violence in the workplace: awareness and prevention. *Aust Health Review.* 2003;26(1):84.
44. Neville RG. Violent patients in general practice. *Practitioner* 1986; 230(1422): 1105-1108.
45. Violence in general practice : a gendered risk? - Elston - 2016 - Sociology of Health & Illness - Wiley Online Library [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.12373>
46. Hobbs FD. Fear of aggression at work among general practitioners who have suffered a previous episode of aggression. *Br J Gen Pract.* 1 sept 1994 ;44(386) :390-4.
47. Magin PJ, Adams J, Ireland M, Heaney S, Darab S. After hours care--a qualitative study of GPs' perceptions of risk of violence and effect on service provision. *Aust Fam Physician.* févr 2005;34(1-2):91-2.
48. Bouvet O, Floch S. Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies. *Specificites.* 2012;N° 5(1):257-74.
49. Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *The Medical Journal of Australia.* 17 sept 2012;197(6):336-40.
50. Magin PJ, Adams J, Ireland M, Heaney S, Darab S. After hours care--a qualitative study of GPs' perceptions of risk of violence and effect on service provision. *Aust Fam Physician.* févr 2005;34(1-2):91-2.
51. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care : a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract.* avr 2008;14(2):336-42.
52. Laennec T. Situations à risque de violence dirigées à l'encontre des médecins généralistes : Analyse par étude qualitative. Mémoire de DES de Médecine Générale. Faculté de médecine Aix-Marseille. 2019
53. Livret de sécurité à l'usage des médecins. Service de la communication du ministère de l'intérieur. [Internet] [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur: <https://conseil21.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-144/images/Livret%20de%20s%C3%A9curit%C3%A9%20%C3%A0%20l%27usage%20de%20m%C3%A9decins.pdf>
54. Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé. Ministère de l'intérieur. 2011 [Internet] [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur : [89](https://solidarites-</u>

</div>
<div data-bbox=)

sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pratique_pour_la_securite_des_professionnels_de_sant_e.pdf

55. Prévenir et gérer les conflits. Conseil national de l'ordre des médecins. Nov 2016. [Internet] [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1jtsi/cnomconflit.pdf
56. Pour une relation médecin en toute confiance. Conseil national de l'ordre des médecins [Internet] [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche_confiance.pdf
57. Dictionnaire historique de la langue française, Le Robert, Paris, 1992, p. 2260
58. Michaud Y. La violence. Editions Que sais-je ? 2018. 8eme ed. 128p.
59. Stanko EA. Re-Conceptualising the Policing of Hatred: Confessions and Worrying Dilemmas of a Consultant. *Law and Critique*. 1 oct 2001;12(3):309-29.
60. Arendt H. On violence. 1970.
61. Arendt H. La nature du totalitarisme. Paris, Payot, 1990.
62. Long term Historical trends on violent Crime Manuel Eisner *Crime and Justice* Vol. 30 (2003), pp. 83-142
63. Pinker S. The Better Angels of Our Nature : Why Violence Has Declined. Penguin : 2011. 1154p.
64. Roser M. Homicides. Our World in Data [Internet]. 6 juill 2013 [cité 11 sept 2019]; Disponible sur: <https://ourworldindata.org/homicides>
65. Roser M. Ethnographic and Archaeological Evidence on Violent Deaths. Our World in Data [Internet]. 2 août 2013 [cité 11 oct 2019]; Disponible sur: <https://ourworldindata.org/ethnographic-and-archaeological-evidence-on-violent-deaths>
66. Lorenz K. L'agression, une histoire naturelle du mal. 1969.
67. Eibl-Eibesfeldt I. Ethologie et biologie du comportement. NEB Editions Scientifiques. 1972.
68. Jacquemart C. Neurocombat Vol I. Editions Fusion froide. 2012.
69. Jacquemart C. Neurocombat Vol II. Editions Fusion froide. 2015.
70. Miller R. Meditations on violence. 2008
71. Berkowitz L. Aggression: Its causes, consequences, and control. New York, NY, England: Mcgraw-Hill Book Company; 1993. (Aggression: Its causes, consequences, and control).
72. Mcdonald N, Messinger D. The Development of Empathy: How, When, and Why. Moral behavior and free will: A neurobiological and philosophical approach. 1 janv 2011
73. Grossman D. On killing. Back Bays Books Editions. 1996. Revised Edition 2009
74. Hatzfeld J. Une saison de machettes, 2003
75. Masahiro Mori, Karl F. MacDorman (traduction) et Takashi Minato (traduction), The uncanny valley, *Energy*, vol. 7, n° 4, 1970, p. 33–3
76. Blair RJ. Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. déc 2001;71(6):727-31.
77. Blair RJR. Traits of empathy and anger: implications for psychopathy and other disorders associated with aggression. *Philos Trans R Soc Lond, B, Biol Sci*. 19 2018;373(1744).
78. Kiehl KA, Hoffman MB. The Criminal Psychopath: Hlistory, Neuroscience, Treatment, And Economics. *Jurimetrics*. 2011;51:355-97.

79. Marsh AA, Finger EC, Fowler KA, Adalio CJ, Jurkowitz ITN, Schechter JC, et al. Empathic responsiveness in amygdala and anterior cingulate cortex in youths with psychopathic traits. *J Child Psychol Psychiatry*. août 2013;54(8):900-10.
80. Du Picq CA. *Etudes sur le combat: combat antique et combat moderne*. 1880. Réédition Economica; 2004. 254 p.
81. Marshall SLA. *Men Against Fire: The Problem of Battle Command*. 1947. Réédition University of Oklahoma Press; 2000. 228 p.
82. Shalit B. *The Psychology of Conflict and Combat*. Greenwood Publishing Group; 1988. 230 p.
83. Watson P. *War on the Mind: The Military Uses and Abuses of Psychology*. Basic Books; 1978. 552 p.
84. Dionne G. Risk Management: History, Definition and Critique. *Risk Management*. :28.
85. ISO/CEI Guide 51. Aspects liés à la sécurité – principes directeurs pour les inclure dans les normes. 1999
86. Jacquot JC. *Cahiers techniques de CASE France*. 2010.
87. EN 292/ISO 12100. Sécurité des machines ; Notions fondamentales, principes généraux de conception. ISO/CEN. 1995.
88. NF EN 50126. Applications ferroviaires : Spécification et démonstration de la fiabilité, de la disponibilité, de la maintenabilité et de la sécurité. AFNOR. 2000.
89. Herbert William Heinrich, *Industrial accident prevention : a scientific approach*, McGraw-Hill, 1931
90. Anderson M, Denkl M. The Heinrich Accident Triangle - Too Simplistic A Model For HSE Management in The 21st Century ? In *Society of Petroleum Engineers*; 2010
91. ISO/CEI Guide 51. (1999). Aspects liés à la sécurité – principes directeurs pour les inclure dans les normes.
92. Kerven, G.-Y., & Rubise, P. *L'archipel du danger - Introduction aux cindyniques*. Editions Eyrolles. 2001
93. NF EN 61508. Sécurité Fonctionnelle des Systèmes électriques. AFNOR. 2011.
94. Mazouni MH. *Pour une meilleure approche du management des risques : de la modélisation ontologique du processus accidentel au système interactif d'aide à la décision*. Thèse. INPL. 2008.
95. Barthélémy B, Courrèges P. *Gestion des risques : Méthode d'optimisation globale*. 2011. 150 p.
96. Bouammache F, Morel G. *PROTEGOR: Guide pratique de sécurité personnelle, self-défense & survie urbaine*. Amphora; 2008. 287 p.
97. NDS-ACDS- Perotti P. *La self-défense: Principe de sécurité personnelle pour agents et citoyens, comprendre le processus de la violence, ressentir le danger sans paranoïa*. NDS; 121 p.
98. CEETS – Vincent P. et al. REPERES : Repérer, Evaluer, Prévenir, Eviter les Risques En Situation. 2011. [Internet] [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur : http://stages-survie-ceets.org/reperes2_vf.pdf
99. Dimitri R. *Senshido - In Total Defense Of The Self*. 2011. 131 p.
100. Morrison L. *Complete Book of Urban Combatives*. Boulder, Colorado: Paladin Press; 2015. 194 p.
101. McCann K. *Combatives for Street Survival: Hard-Core Countermeasures for High-Risk Situations*. Black Belt Communications; 2009. 200 p.

102. Siddle, B. K. The impact of the sympathetic nervous system on use of force investigation. Millstadt, IL: PPCT Research Publications. 1999
103. Artwohl A. Perceptual and memory distortion during officer-involved shootings. FBI Law Enforcement Bulletin. 2002
104. Miller L. Officer-Involved Shooting: Reaction Patterns, Response Protocols, and Psychological Intervention Strategies. :16. 2006
105. Grossman D, Christensen LW. On Combat. The psychology and physiology of deadly conflict in war and peace. 2004. PPCT Research Publications.
106. Wiseman J. SAS Survival Handbook, 1986. Revised Edition; William Morrow Paperbacks. 2009
107. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EF84CB010F593FDC9D30789A29B862AF.tplgfr43s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006149818&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=19940301
108. Thieme H. Lower Palaeolithic hunting spears from Germany. Nature. févr 1997;385(6619):807-10.
109. Pruetz JD, Bertolani P. Savanna Chimpanzees, Pan troglodytes verus, Hunt with Tools. Current Biology. 6 mars 2007;17(5):412-7.
110. Code de la sécurité intérieure | Legifrance [Internet]. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000025508075&cidTexte=LEGITEXT000025503132>
111. Code de la sécurité intérieure | Legifrance [Internet]. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000029658942&cidTexte=LEGITEXT000025503132>
112. Peut-on porter une arme pour se défendre (couteau, bombe lacrymogène, etc.) ? [Internet]. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33658>
113. Vincent P. Grille d'évaluation des moyens de défense pour la protection personnelle. 2010. Document privé.
114. Perrin F. Autodéfense au spray. NDS Editions. 2003. 60p.
115. Mucchiella A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. 3e Edition, 2009. 290 p.
116. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. 2014. 150 p.
117. Plan de la métropole Toulon Provence Méditerranée. [Internet] [consulté le 10 sept 2019] Disponible sur : <https://metropoletpm.fr/plan-interactif>
118. Aubin-Auger I. et al. Introduction à la recherche qualitative. Revue Exercer. 2008.
119. 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. juin 2006;23(3):273-8.
120. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. J Adv Nurs. févr 2000;31(2):452-60.
121. Ifediora CO. Quality in Australian after-hours doctor home visits: exploring the clinical, professional and security supports available to involved practitioners. J Eval Clin Pract. avr 2017;23(2):308-15.
122. Ifediora CO. Exploring the safety measures by doctors on after-hours house call services. Australas Med J. 31 juill 2015;8(7):239-46.

123. Wright NMJ, Dixon CAJ, Tompkins CNE. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *British Journal of General Practice*. 2003;6.
124. Moylan S. Occupational violence and staff safety in general practice. 2017;5.
125. Installer un système de vidéoprotection. CNOM. 2019. [internet] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/installer-systeme-videoprotection> [Consulté le 20/09/2019]
126. Alexander C, Fraser J. Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *J Healthc Manag*. déc 2004;49(6):377-90; discussion 391-392.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : Le médecin généraliste en soins primaires peut être au cours de son exercice exposé à des violences dirigées à son encontre. Des stratégies peuvent être mises en place pour diminuer la probabilité d'occurrence ou la gravité des phénomènes violents.

Objectif de l'étude : identifier les stratégies de prévention et de protection utilisés par les médecins généralistes.

Matériel et Méthodes : Une analyse qualitative a été menée par entretiens individuels auprès de 16 médecins généralistes exerçant dans la métropole Toulon-Provence-Méditerranée, pratiquant en cabinet ou en visite à domicile. Les entretiens étaient enregistrés, et le verbatim retranscrit était analysé à l'aide du logiciel NVIVO®.

Résultats : De nombreuses stratégies étaient déployées. Les principales étaient l'évitement, qui pouvait viser spécifiquement certains patients, lieux, horaires ou pratiques jugées trop à risques. La prévention et la protection étaient réalisées par la diminution de l'attrait du médecin, la sécurisation du cabinet, les précautions prises en visites à domicile, la diminution des motifs de violence, l'amélioration de la réaction en cas d'incident violent. Les stratégies spécifiques de gestion de crise étaient la désescalade verbale, céder aux demandes, la mise à l'abri, l'appel de tiers pour l'aide à la gestion de la crise violente, l'appel aux forces de l'ordre, la fuite, et la riposte physique.

Conclusion : Les stratégies de prévention et de protection de la violence sont nombreuses et peuvent être intégrées à la pratique quotidienne de chaque généraliste. Elles sont principalement organisationnelles et leur déploiement est facilité par l'exercice en groupe.

Mots clés : violence, médecin généraliste, gestion, risque, stratégie, prévention, protection, soins primaires, méthode qualitative.