Les comportements inappropriés à connotation sexuelle des patients en consultation de médecine générale : prévalence, nature et répercussions pour le médecin généraliste

Sophie Dehlinger

▶ **To cite this version:**

Sophie Dehlinger. Les comportements inappropriés à connotation sexuelle des patients en consultation de médecine générale : prévalence, nature et répercussions pour le médecin généraliste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03940236

HAL Id: dumas-03940236

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03940236

Submitted on 16 Jan 2023

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.

UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE

Année : 2022 N° :

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Les comportements inappropriés à connotation sexuelle des patients en consultation de médecine générale : Prévalence, nature et répercussions pour le médecin généraliste

Présentée et soutenue publiquement le 08/12/2022 à 19 h 00
à La Réunion

Par Sophie Dehlinger

JURY
Président :
Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :
Madame le Docteur Jessica DUMEZ
Madame le Docteur Emmanuelle THORE-DUPONT
Monsieur le Docteur Vincent GUERIN

Directeurs de Thèse :
Monsieur le Docteur Nicolas BOUSCAREN
Madame le Docteur Christine VISNELDA-DOUZAIN

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 4
ABREVIATIONS 5
INTRODUCTION 6
1. Définitions et cadre juridique 6
2. Contexte de cette étude 9
a) Contexte général 9
b) Le HS au cours des études médicales 9
c) Le HS au cours de la vie professionnelle du médecin 10
d) Les patients, une source potentielle des violences ? 13
3. Objectifs de l'étude 15
MATERIEL ET METHODES 16
1. Design de l'étude 16
2. Population cible 16
3. Recueil des données 16
a) Elaboration du questionnaire 16
b) Diffusion du questionnaire 19
4. Ethique et réglementations 19
5. Analyse Statistique 20
RESULTATS 21
1. Caractéristiques de la population 21
2. Prévalence des CICS sur l'ensemble de la carrière 24
3. Incidence et prévalence des CICS au cours des 12 derniers mois 29
a) Incidence des CICS 29
b) Prévalence des CICS sur les 12 derniers mois 31
4. Facteurs associés aux CICS des patients 33
5. Le CICS le plus marquant dans la carrière du médecin généraliste 34
6. Répercussions des CICS pour le médecin généraliste 39
a) Sur le plan personnel 39
b) Sur le plan professionnel 39
7. Formation sur les CICS 40
8. Champ libre 41
DISCUSSION 43
1. Principaux résultats de l'étude MedTooFr 43
2. Forces et limites 44

a) Forces de l'étude 44
b) Limites de l'étude 45
3. Forte prévalence et incidence des CICS des patients envers les médecins généralistes 48
4. Les MG femmes et les jeunes générations plus exposées aux CICS 50
5. Réactions des médecins généralistes et répercussions des CICS 51
6. Changements de pratique proposés par cette étude 53
7. Perspectives de recherche 56
CONCLUSION 58
REFERENCES 59
ANNEXES 65
1. Annexe 1 : Questionnaire de thèse 66
2. Annexe 2 : Prévalence d'exposition aux CICS des patients pour les médecins généralistes, sur la carrière entière 75
3. Annexe 3: Exemples de CICS de patients décrits par les MG, regroupés en fonction des catégories proposées 76
4. Annexe 4. Incidence des CICS sur les 12 derniers mois (en nombre d'évènements pour 100 MG/ année) 80
5. Annexe 5. Incidence des CICS en fonction du sexe du médecin 81
6. Annexe 6. Réactions du médecin généraliste face au CICS du patient 82
7. Annexe 7. Signalement du CICS par le médecin généraliste 83
8. Annexe 8. Retentissements des CICS des patients sur le plan personnel pour le médecin généraliste, en fonction du sexe du médecin. 84
9. Annexe 9. Répercussions des CICS des patients sur le plan professionnel pour le médecin généraliste, en fonction du sexe du médecin 85
SERMENT D'HIPPOCRATE 86
Résumé 87
Abstract 88

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des figures

Figure 1. Organigramme de l'inclusion des répondants 21
Figure 2. Répartition géographique des médecins généralistes de l'étude MedTooFr 2022 .. 23
Figure 3 : Prévalence de l'exposition aux CICS de patients pour les médecins généralistes, sur la carrière entière, par région d'exercice 25
Figure 4 : Prévalence des CICS par catégorie sur la carrière entière, en fonction du sexe du médecin 27
Figure 5 : Incidence des CICS en fonction du genre du médecin (exprimée en nombre d'évènements pour 100 MG/année) 30
Figure 6. Sexe du patient auteur du CICS, en fonction du sexe du médecin généraliste 35
Figure 7. Emotions décrites par les médecins généralistes au moment du CICS 36
Figure 8. Réactions des médecins généralistes vis-à-vis du patient auteur du CICS, en fonction du sexe du médecin 38

Liste des tableaux

Tableau 1. Principaux résultats sur l'exposition des médecins au HS dans la littérature internationale. 11
Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des répondants 22
Tableau 3. Prévalence d'exposition aux CICS de patients pour les médecins généralistes, sur les 12 derniers mois 32
Tableau 4. Facteurs associés d'exposition aux CICS de patients en régression logistique 33
Tableau 5. Description du CICS le plus marquant pour le médecin, en fonction du sexe 34

ABREVIATIONS

- **AAPMS** : Association d'aide professionnelle aux médecins et aux soignants
- **AMA** : *American Medical Association*
- **ANEMF** : Association nationale des étudiants en médecine de France
- **CDOM** : Conseil départemental de l'Ordre des Médecins
- **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- **CIC** : Centre d'investigation clinique
- **CICS** : Comportements inappropriés à connotation sexuelle
- **CLASCHES** : Collectif de lutte anti-sexiste contre le harcèlement sexuel dans l'enseignement supérieur
- **CNIL :** Commission nationale de l'informatique et des libertés
- **CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **CPP :** Comité de protection des personnes
- **EEOC**: Equal Employment Opportunity Commission
- **HS** : Harcèlement sexuel
- **IFOP** : Institut français d'opinion publique
- **IPSB**: *Inappropriate Patient Sexual Behaviour*
- **MG** : Médecin(s) généraliste(s)
- **MSU** : Maître de stage des universités
- **NASEM**: *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **URPS** : Union régionale des professionnels de santé

INTRODUCTION

1. Définitions et cadre juridique

Tout d'abord, il semble important de définir les différents termes qui seront utilisés tout au long de cette étude.

Harcèlement sexuel

Le harcèlement sexuel (HS) est défini en France par l'article 222-33 du Code Pénal (1) :

« Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, **de manière répétée**, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. »

« Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, **même non répété,** d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. »

Le refus de la victime n'a pas à être explicite, mais peut « résulter du contexte dans lequel les faits ont été commis, un faisceau d'indices pouvant ainsi conduire le juge à retenir une situation objective d'absence de consentement. »

Le HS est un délit passible de deux ans d'emprisonnement et de 30000 € d'amende.

Il est à noter que la définition du HS peut varier selon les pays. Par exemple, aux Etats-Unis, le HS est considéré comme une forme de discrimination fondée sur le sexe. L'*Equal Employment Opportunity Commission* (EEOC) définit ainsi le HS au travail comme « toute avance sexuelle non désirée, demande de faveurs sexuelles, ou tout autre harcèlement verbal ou physique de nature sexuelle », et qui a pour conséquence de créer un « environnement de travail hostile ou offensant », sans qu'il y ait la nécessité de répétition de l'acte en question (2). Ils définissent aussi trois catégories entrant dans le cadre du HS : la discrimination basée sur le sexe, (*gender-based harassment*), l'attention sexuelle inappropriée et non souhaitée, et la contrainte sexuelle.

Selon l'*American Medical Association* (AMA), le HS est défini dans le Code de déontologie médicale américain comme des avances sexuelles importunes, des demandes de faveurs sexuelles et d'autres comportements verbaux ou physiques de nature sexuelle (3).

Outrage sexiste ou sexuel

L'outrage sexiste est défini en l'article 621-1 du Code Pénal (4) par « le fait d'imposer à une personne tout propos ou comportement à connotation sexuelle ou sexiste qui soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit créé à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. » Il s'agit d'une infraction qui peut être punie d'une amende allant jusqu'à 750 euros. En matière d'outrage sexiste, il n'y a pas d'exigence de répétition des faits.

Agression sexuelle

Elle est définie par l'article 222-22 du Code Pénal : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. »
Les comportements suivants constituent une agression sexuelle :

- Tout attouchement ou baiser imposés sur des parties du corps considérées comme intimes et sexuelles (le sexe, les fesses, les seins, les cuisses et la bouche).
- Le viol, c'est-à-dire tout acte de pénétration sexuelle, et la tentative de viol.

Violence sexiste et sexuelle

Le terme de « violence sexiste et sexuelle » regroupe l'outrage sexiste, le harcèlement sexuel et les agressions sexuelles.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la violence sexuelle comme suit : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic de nature sexuelle, ou dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail »

Comportements inappropriés à connotation sexuelle

Un acte isolé, de par sa nature dégradante ou humiliante, peut donc également être considéré comme une forme de violence sexuelle et peut avoir des conséquences sur le plan personnel ou professionnel. C'est pourquoi nous avons décidé d'utiliser dans cette étude le terme de « Comportements inappropriés à connotation sexuelle (CICS) » pour décrire **tout**

propos, attitude ou comportement connoté sexuellement, qui apparait **inapproprié** ou **déplacé** dans le contexte de la relation médecin-patient, et qui peut être perçu comme **offensant**, **dégradant ou humiliant.**

A noter que l'interprétation de ces comportements peut bien entendu être différente en fonction du contexte et des personnes, le ressenti de chaque situation gardant une part de subjectivité inter-individuelle. D'où la notion importante du caractère inapproprié.

Dans cette étude, il peut être considéré comme des CICS, dans le cadre de la relation médecin-patient, les agissements suivants :

- Remarques sur le physique ou les tenues vestimentaires
- Regards suggestifs ou insistants
- Blagues grivoises à connotation sexuelle
- Questions intrusives sur votre vie privée
- Demande de rendez-vous galant
- Propos ou commentaires à connotation sexuelle offensants ou qui mettent mal à l'aise
- Lettres, email, sms, photos ou cadeaux à caractère sexuel
- Discuter les questions sexuelles de manière insistante ou inappropriée
- Demande d'examen génitaux inappropriée et non justifiée médicalement
- Exhibition inappropriée de certaines parties du corps, ne rentrant pas dans le cadre de l'examen clinique
- Invitations ou propositions à connotation sexuelle
- Contact physique, étreinte, caresses, baisers non désirés et délibérément imposés
- Attouchements volontaires de parties intimes (cuisses, fesses, seins ou parties génitales)
- Viol ou tentative de viol

2. Contexte de cette étude

a) Contexte général

La problématique du harcèlement sexuel (HS) a amplement été mis en lumière ces dernières années dans les médias et sur les réseaux sociaux, entrainant une prise de conscience collective. Le tournant a été marqué en 2017 par le mouvement social *#MeToo*, qui a encouragé la prise de parole des femmes victimes de violences sexuelles à travers le monde (5). Sa version française #BalanceTonPorc appelait à rapporter les faits sous forme de témoignages afin de briser la loi du silence qui entourait ces violences (6).

Les études supérieures et le milieu du travail font partie des principaux cadres au cours desquels le HS et les autres formes de violences sexuelles peuvent avoir lieu. Une enquête publiée en 2019 retrouvait que 6 européennes sur 10 avaient déjà subi des violences sexistes ou sexuelles au cours de leur carrière (7). Dans un sondage réalisé en 2017 par l'institut Odoxa, une femme française sur six déclarait avoir déjà été harcelée sexuellement dans son travail (8). Selon la dernière enquête nationale de l'Institut français d'opinion publique (IFOP) réalisée en 2018, près d'une française sur trois (32 %) a déjà été confrontée à au moins une situation de HS sur son lieu de travail (9). En 2020, un rapport de l'Observatoire français des violences sexistes et sexuelles dans l'enseignement supérieur retrouvait qu'un étudiant sur 3 avait été victime ou témoin de violence sexuelle au cours de ses études (10). On peut également trouver de nombreux témoignages illustrant le HS dans l'enseignement supérieur et la recherche, recueillis par des associations telles que le Collectif de lutte contre le harcèlement sexuel dans l'enseignement supérieur (CLASCHES) (11), avec pour les victimes des conséquences sur la santé, le déroulement de leurs études et leur avenir professionnel. La campagne gouvernementale « Stop aux violences sexistes et sexuelles dans l'enseignement supérieur », lancée en 2018, a ainsi pour objectif de favoriser la prise de conscience et les changements de comportements (12).

b) Le HS au cours des études médicales

Le milieu médical n'est pas épargné par ce phénomène, que cela soit au cours de la formation ou de la vie professionnelle des médecins. Un rapport américain publié par le *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine* (NASEM) en 2018 alertait sur la prévalence du HS dans les universités de sciences, d'ingénierie et de médecine (13). Parmi 12 245 femmes de ces universités, 58 % reportaient avoir été victime de HS au cours de leurs

études, et les femmes médecins reportaient une prévalence d'exposition au HS bien supérieure (47 %) à celle des ingénieures (27 %) et des scientifiques (20 %). Selon une méta-analyse publiée en 2014, portant sur 25 études à travers le monde, la prévalence du HS parmi les étudiants en médecine s'élevait en moyenne à 33 % (14).

En France, les données sur les violences sexistes et sexuelles au cours des études médicales se multiplient et permettent peu à peu de lever le tabou, bien que le sujet soit abordé seulement depuis peu. Selon une enquête réalisée par l'Inter syndicale nationale des internes (ISNI) en 2017 (15), 8,6 % des internes interrogés déclaraient avoir été victime de HS avéré, et 34 % d'attitudes à connotation sexuelle au moins une fois au cours de leur internat. Selon une autre étude publiée en 2018, 29,8 % des externes d'Ile-de-France déclaraient avoir déjà vécu au moins une situation de violence sexuelle au cours de leurs études (16). L'enquête nationale MESSIAEN publiée en 2020 retrouvait que 19,8 % des femmes et 5,2 % des hommes parmi les externes, les internes et les jeunes médecins en France avaient été exposés au HS (17). Une thèse de médecine publiée en 2020 révélait que sur 2 000 internes de Médecine Générale répondants (soit 20 % des effectifs), 53,5 % déclaraient avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur cursus, 18 % ont subi un harcèlement et 3 % une agression sexuelle (18). Enfin, en mars 2021, l'Association nationale des étudiants en médecine français (ANEMF) a publié une enquête sur les Violences Sexistes et Sexuelles au cours du 1er et 2ème cycle des études médicales, révélant que 38,4 % des externes femmes et 9,7 % des externes hommes ont déjà subi un HS (19).

c) Le HS au cours de la vie professionnelle du médecin

On pourrait penser qu'après les études, avec l'acquisition d'un statut hiérarchique et social différent, les médecins seraient peu exposés à cette problématique. Pourtant, les données de la littérature semblent montrer le contraire. En effet, la prévalence des médecins exposés au harcèlement sexuel survenant dans le cadre professionnel a été étudié dans différents pays à travers le monde : Etats-Unis, Canada, Nouvelle-Zélande, Australie, Allemagne, Belgique, Norvège, Suède, Turquie (20–31). En fonction de la méthodologie et des définitions employées, on retrouve des résultats variables : **entre 10 % et 77 % des médecins rapportent avoir déjà vécu une situation de HS au cours de leur exercice**. Les principaux résultats de ces études sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1. Principaux résultats sur l'exposition des médecins au HS dans la littérature internationale.

Pays	Année	Etude	Prévalence du HS	Autres résultats	Auteurs des faits
Belgique	2019	De Jager L. Cross-sectional study on patient-physician aggression in Belgium: physician characteristics and aggression types.	**10% d'agression sexuelle au cours de la carrière** (Femmes 15% ; Hommes 5%)		Patients uniquement .
Etats-Unis	2019	Vargas E. #MedToo: A Large-Scale Examination of the Incidence and Impact of Sexual Harassment of Physicians and Other Faculty at an Academic Medical Center.	**64 %** femmes ; **44 %** hommes, **dans l'année passée** (inclus le harcèlement basé sur le genre).		Patients ou famille de patients
Allemagne	2019	Jenner S. Prevalence of Sexual Harassment in Academic Medicine.	**70%**		Collègue : 71% Patient : **32%** Famille de patients : 10,9%
Norvège	2018	Rø K. Doctors as targets of unwanted sexual attention.	Attention sexuelle non désirée au moins deux fois par mois : 4,6 %	Augmentation significative par rapport à la prévalence de la même étude en 1993 (2,7%)	Non précisé
Belgique	2017	Nazionale E. 4 médecins sur 10 victimes d'un comportement indésirable sexuel. Artsenkrant.com.	**50%** femmes ; **30%** hommes		Patients uniquement
Suède	2017	Framtidens karriär läkare.	40% femmes médecins		Patient 54% ; Collègue 50%.
Etats-Unis	2016	Jagsi. Sexual Harassment and Discrimination Experiences of Academic Medical Faculty.	**30,4%** des femmes ; **4%** des hommes		Non précisé

Allemagne	2015	Vorderwülbecke F. Aggression and Violence Against Primary Care Physicians—a Nationwide Questionnaire Survey.	**17%** sur toute la carrière ; 10% sur les 12 derniers mois	Agression sexuelle : 1%	Patients ou famille de patients
Etats-Unis	2014	Fnais N. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis.	**33%** chez les étudiants en médecine (25 études), **36%** chez les jeunes médecins (10 études**)**		Non précisé
Australie	2013	Bratuskins P. Sexual harassment of Australian female general practitioners by patients.	**54,5% chez les femmes médecins généralistes**		Patients
Turquie	2011	Ulusoy H. Think globally, act locally: understanding sexual harassment from a cross-cultural perspective: Sexual harassment from a cross-cultural perspective.	**67%** chez les femmes médecins		Patients et famille de patients
Australie	2010	Miedema. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: a minor, major, or severe problem?	**47.5%**	Agression sexuelle : **7,7%**	Patients et famille de patients
Nouvelle-Zélande	2006	Gale C. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: one-year prevalence.	**6%** sur les 12 derniers mois, chez les médecins généralistes		Patients uniquement.
Etats-Unis	1998	Frank E. Prevalence and Correlates of Harassment Among US Women Physicians.	**36,9% chez les femmes (toute spécialité)**		Non précisé
Canada	1993	Phillips S., Schneider M. Sexual Harassment of Female Doctors by Patients.	**77% chez les femmes médecins généralistes**		Patients uniquement.

Bien que les chiffres soient très fluctuants et qu'il est impossible de comparer ces études entre elles, notamment du fait de définitions variables employées pour le terme de HS et de protocoles de recherche différents, ils illustrent la réalité de cette problématique, avec des spécificités propres et inhérentes à la profession et au statut de médecin.

d) Les patients, une source potentielle des violences ?

Parmi les auteurs identifiés de ces violences, on retrouve dans la littérature que les patients apparaissent comme une source potentielle de CICS et de HS. Ainsi, une étude canadienne décrivait que 77 % de femmes médecins rapportaient avoir été exposée au HS de la part de leurs patients au moins une fois au cours de leur carrière (24). Selon une autre étude australienne plus récente, cela concernerait 54 % des médecins généralistes femmes (26). Une étude effectuée en 2019 dans un centre médical américain décrivait que 64 % des femmes et 44 % des hommes médecins avaient connu une situation de harcèlement sexuel (incluant les agissements sexistes) de la part de patients ou de famille de patients dans l'année passée (21). Une enquête belge en 2017 relevait que 50 % des femmes et 30 % des hommes médecins avaient déjà été confrontés à un comportement sexuel indésirable de la part de patients (29).

En France, peu de données sont encore disponibles sur le sujet des CICS provenant spécifiquement des patients. On peut citer l'enquête publiée sur le site internet Medscape en 2019, s'intéressant au HS et inconduites à caractère sexuel dans le milieu médical, et pour laquelle plus de 1000 médecins français ont été interrogés (32). Dans cette enquête, les patients apparaissaient comme une des principales sources de ces agissements, toute spécialité confondue : 24 % des médecins témoignaient d'un comportement à caractère sexuel d'un patient à leur égard, six fois plus que de la part d'un collègue. Les médecins généralistes étaient la spécialité médicale le plus touchée. Les types d'agissements décrits étaient les demandes de rendez-vous galants (42 %), les tentatives d'attouchement (25 %), mais aussi les lettres, emails et photos à caractère sexuel (8 %) et les sollicitations pour un rapport sexuel (8 %).

En effet, la spécificité de la relation médecin-patient en médecine générale en fait un cadre potentiellement à risque, lié à l'isolement possible du médecin exerçant en cabinet, à une certaine proximité dans la relation médecin-patient, au rapport particulier au corps au cours de l'examen physique, ainsi que la fréquence des consultations avec des patients présentant des troubles psychiatriques ou addictifs (33–35). Il faut aussi mentionner la féminisation de la profession médicale (au 1er janvier 2021, les femmes représentaient 51,5 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière, alors qu'elles n'étaient que 39,2 % en 2010(36)), et

l'évolution de la relation médecin-patient vers une décision médicale partagée impliquant une autonomisation plus grande du patient, qui sont autant de facteurs qui ont pu modifier les rapports « de pouvoir » classiquement décrits (37,38).

Les mêmes constatations ont été faites dans le cadre de l'exercice d'autres professionnels de la santé. Dans l'étude de Boissonnault, qui concernaient l'exposition des physiothérapeutes aux «*Inappropriate Patient Sexual Behaviour* » (*IPSB*) (39), 84 % des répondants indiquaient y avoir été exposé au cours de leur carrière, et 47 % reportaient une exposition dans les 12 derniers mois. Une autre étude concernait l'exposition des dentistes aux « *IPSB* » (40) et retrouvait une prévalence de 86 % sur la carrière, et 63,5 % sur les 12 derniers mois. Enfin un travail de thèse de médecine (41) portant sur les comportements sexistes et/ou à caractère sexuel envers les infirmières en milieu hospitalier dans le Calvados, retrouvait un taux global d'exposition de 69,8 %, et les auteurs des faits étaient en premier lieu les patients dans les services de médecine et de chirurgie.

Il est reconnu que le HS dans le cadre professionnel peut avoir des effets délétères sur la santé mentale et physique, certaines victimes pouvant même présenter des symptômes de stress post-traumatique (42). Chez les médecins en particulier, cela peut entrainer des changements durables dans la pratique professionnelle (43), et peut ainsi directement influer sur la qualité des soins prodigués aux patients et limiter le champ de compétences du médecin (26,44,45). Il peut en résulter des troubles de la concentration, et l'évitement de certains « types » de patients (46). Il est également décrit dans la littérature que le HS chez les médecins est indépendamment associé à une baisse de la satisfaction professionnelle et du sentiment de sécurité au travail (21), et cela peut être associé à une altération de l'état de santé mentale, avec un risque accru de troubles anxieux et dépressifs (17,47) .

3. Objectifs de l'étude

Le HS, et plus largement les CICS dans le milieu médical, sont devenus des sujets d'actualité, mais qui commencent tout juste à être étudiés en France depuis ces dernières années. Peu de données sont encore disponibles sur le sujet des CICS provenant spécifiquement des patients, et notamment l'exposition aux CICS pour les médecins généralistes exerçant en libéral. A ce jour, les seules études quantitatives en France concernant les CICS et le HS en médecine s'intéressaient essentiellement à la période des études médicales, ou au cadre hospitalier, et aucune ne s'est penchée spécifiquement sur la problématique particulière du patient en tant qu'auteur des faits.

C'est dans ce contexte que nous avons décidé de mettre en place l'étude MedTooFr. L'intitulé de l'étude a été inspiré du titre de l'étude américaine *MedToo* de Vargas et al. (21), portant sur le HS chez les médecins, en référence au hashtag #*MeToo* qui avait contribué à la libération de la parole sur les violences sexuelles en général.

L'objectif principal de cette étude était de :

1. Déterminer la prévalence des CICS des patients envers les médecins généralistes français exerçant en libéral, et décrire la nature de ces comportements.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient de :

2. Comparer la prévalence et la nature des CICS entre les hommes et les femmes.
3. Identifier les facteurs de risque d'exposition aux CICS.
4. Décrire les réponses apportées par les médecins généralistes face aux CICS des patients.
5. Décrire les répercussions éventuelles sur la pratique professionnelle et sur le plan personnel pour les médecins généralistes.

MATERIEL ET METHODES

1. Design de l'étude

L'étude MedTooFr est une étude observationnelle, transversale, quantitative, avec recueil de données sur questionnaire en ligne, réalisée chez les médecins généralistes exerçant en cabinet libéral en France métropolitaine et DOM-TOM.

2. Population cible

Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants :

- Tout médecin généraliste
- Homme ou femme
- Exerçant une activité libérale exclusive ou mixte
- Ayant terminé leur internat de médecine générale
- Thésé ou non thésé

Etaient donc exclus de l'étude les spécialités autres que médecine générale, les médecins généralistes exerçant uniquement en hospitalier ou ayant une activité salariée exclusive, ainsi que ceux qui étaient encore interne au moment de l'étude.

3. Recueil des données

a) Elaboration du questionnaire

Les données ont été recueillies par un questionnaire autoadministré en ligne, diffusé par voie électronique et sur les réseaux sociaux. L'ensemble du questionnaire est retranscrit en annexe 1. Les propositions du questionnaire ont été établi à partir de l'analyse des données retrouvées sur le sujet dans la littérature internationale. Le questionnaire a été élaboré sur la plateforme en ligne sécurisée Drag'n Survey®. Le temps de remplissage était évalué à 15 minutes.

Ce questionnaire a été testé au préalable sur un petit groupe de médecins généralistes afin d'évaluer la durée de passation, la bonne compréhension des questions et l'exhaustivité des propositions fournies pour les questions fermées ou semi-ouvertes.

Il était composé de six parties, les données recueillies étaient les suivantes :

- **Caractéristiques socio-démographiques** : sexe, année de naissance, titulaire ou non d'une thèse de médecine générale, ancienneté d'exercice, statut (installé ou remplaçant), mode d'exercice (cabinet seul ou de groupe), milieu d'exercice, département d'exercice, organisation du cabinet (présence d'un secrétariat, consultation libre ou sur rendez-vous, horaires de consultation, visites à domicile).
- **Exposition aux CICS** de la part de patients au cours de consultation de médecine générale : description de leur nature, de la fréquence de survenue de ces évènements au cours des 12 derniers mois et au cours de l'ensemble de la carrière, caractère répétitif ou non.

  Les propositions suivantes de CICS ont été faites après analyse des données disponibles dans la littérature :

  1. Remarques inappropriées sur votre apparence, votre corps ou votre tenue vestimentaire.
  2. Regards suggestifs ou insistants.
  3. Questions intrusives sur votre vie privée ayant une connotation sexuelle.
  4. Blagues grivoises, ou autres propos à connotation sexuelle offensants ou vous ayant mis mal à l'aise.
  5. Lettres, emails, sms, photos ou cadeaux inappropriés à connotation sexuelle.
  6. Discuter les questions sexuelles de manière insistante ou inappropriée.
  7. Demande d'examen génitaux inappropriés et non justifiés médicalement.
  8. Exhibition inappropriée de certaines parties du corps, ne rentrant pas dans le cadre de l'examen clinique.
  9. Invitations ou propositions à connotation sexuelle.
  10. Contact physique, étreinte, caresses, baisers non désirés et délibérément imposés.
  11. Attouchements volontaires de parties intimes (cuisses, fesses, seins ou parties génitales).
  12. Autre type de situation inappropriée à connotation sexuelle, vécue au cours d'une consultation avec un patient et non décrite dans les précédentes propositions.

- **Description de l'épisode le plus de marquant de CICS au cours de la carrière** (cette partie étant uniquement réservée à ceux ayant répondu avoir déjà vécu une situation de

CICS) : caractéristiques de l'auteur (sexe, patient connu ou non, prise de toxiques, antécédents psychiatriques ou démence), caractère répétitif ou non, circonstances de l'évènement (lieu, horaire), ressenti immédiat, réaction du médecin par rapport au patient, report éventuel de l'évènement.

- **Répercussions éventuelles dans les suites de cet épisode** (cette partie étant uniquement réservée à ceux ayant répondu avoir déjà vécu une situation de CICS) : impact sur le plan personnel (avec certaines propositions correspondant aux critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique), consultation avec un professionnel de santé, prise de traitements anxiolytiques ou antidépresseurs, retentissement sur la qualité des soins, sur le sentiment de sécurité et de bien-être au travail, changements éventuels effectués dans la pratique professionnelle.
- **Formation sur le sujet des CICS :** informations reçues, avis sur la nécessité d'élaborer des recommandations à ce sujet.
- **Espace libre d'expression** avec question ouverte donnant la possibilité au répondant de faire part de son expérience personnelle et/ou de remarque éventuelle.

A la fin du questionnaire, une adresse mail était laissée à disposition pour toute question ou demande de transmission des résultats de l'étude.

Enfin, un numéro d'écoute et d'assistance confidentiel (0826 000 401) destiné aux médecins en difficulté était donné en fin de questionnaire, numéro géré par l'Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants (AAPMS) et financé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

b) Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé du 15 novembre 2021 au 4 mars 2022. Initialement un recrutement par échantillonnage aléatoire avait été envisagé mais n'a pas pu être réalisé, du fait de l'impossibilité d'avoir à disposition la liste de diffusion de l'ensemble des médecins généralistes français. La diffusion du questionnaire a été faite par le biais des canaux institutionnels dans un premier temps, avec relance par mail un mois plus tard. Les 17 Unions régionale des professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux en France ont ainsi été contactées. Seules trois d'entre elles ont répondu favorablement (deux ont accepté la diffusion du questionnaire sur leur newsletter, et une directement via sa mailing list à l'ensemble des médecins généralistes de la région), 9 ont refusé et 5 n'ont pas répondu. Les 101 Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) ont aussi été sollicité, 22 ont accepté de diffuser le questionnaire de l'étude, dont six l'ont diffusé directement par voie électronique, les autres l'ont partagé sur leur site internet ou dans leur newsletter. Enfin, sur les différents syndicats des médecins généralistes contactés, seul MG France a répondu et a accepté de relayer le questionnaire. Face à la difficulté rencontrée pour relayer le questionnaire à grande échelle via les différentes instances, il a été diffusé en parallèle via les réseaux sociaux sur les différents groupes Facebook® d'annonces de remplacements en médecine générale, ainsi que sur le groupe du Divan des médecins. Il a été impossible de calculer le taux de réponses du fait de la méthode de recrutement utilisée et de la non-connaissance du nombre de médecin généraliste « touchés » in fine.

4. Ethique et réglementations

Une notice d'information était jointe au questionnaire et a été rédigée conformément aux recommandations réglementaires, rappelant l'objet de l'étude, le protocole de l'étude et toutes les dispositions légales auxquelles les participants avaient droit. Les participants ont été informés qu'ils donnaient leur non opposition de participation à la recherche en acceptant de transmettre leur questionnaire complété directement via la plateforme utilisée. Les données étaient anonymisées et datées, et ont été stocké sur une base de données hors ligne pour une analyse ultérieure. Cette étude entre dans le cadre d'une recherche impliquant la personne humaine, de type non interventionnel, et qui ne comporte aucun risque ni contrainte pour le sujet (catégorie-3), conforme à la méthodologie de référence MR003. Une déclaration de conformité a été déposée auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL)

pour la protection informatique des données. L'étude a reçu l'avis favorable d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) : le CPP Sud Est 1 sous le N° ID-CRB : 2021-A01049-32 en date du 19/04/2021. Les dépôts réglementaires ont été effectués avec le soutien de la Délégation Recherche de l'Université de La Réunion.

5. Analyse Statistique

L'analyse descriptive des variables qualitatives est présentée en effectifs absolus (nombre de cas) et en effectifs relatifs (pourcentage). Tous les pourcentages ont été calculé sur le nombre total de répondants (données manquantes exclues). Les variables quantitatives sont présentées par leur médiane et leur étendue [Min-Max]. Les intervalles de confiances à 95 % des prévalences et des incidences ont été calculés.

Les analyses bivariées pour les variables qualitatives ont été réalisés par le test du Chi2 ou de Fisher après vérification des conditions d'application. Les comparaisons de variables quantitatives ont été réalisées par un test de Student ou un test des rangs de Wilcoxon selon les conditions d'application des tests.

Une analyse multivariée avec régression logistique, à l'aide d'un modèle pas à pas descendant, a été employée pour l'identification des facteurs associés à l'exposition aux CICS de patients dans l'année. Les variables inclues dans le modèle initial correspondaient aux facteurs de risque identifiés dans la littérature (facteurs individuels et contextuels) dont le risque de première espèce en analyse univariée était supérieur à 20 %. Seuls les variables significatives ou d'intérêts ont été présentées dans les modèles finaux.

Le seuil de significativité pour le risque de première espèce alpha a été fixé à 0.05, ce qui équivaut à dire que nous avons considéré une différence comme statistiquement significative si la valeur critique « p » est inférieure à 5 %.

Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA® V13.1 software (StataCorp LP, Lakeway Drive, College Station, Texas 77845 USA), avec l'aide du service d'épidémiologie clinique du Centre hospitalier universitaire (CHU) de la Réunion et de l'unité de soutien méthodologique à la recherche du Centre d'investigation clinique (CIC) INSERM 1410.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

Au total, 673 personnes ont répondu de manière au moins partielle au questionnaire. Après suppression des répondants ne respectant pas les critères d'inclusion (n=48), de ceux n'ayant pas complété la question correspondant au critère de jugement principal (n=52) ou ayant apporté des réponses incohérentes ou non sérieuses (n=3), **570** médecins généralistes français ont été conservés dans l'analyse (Figure 1).

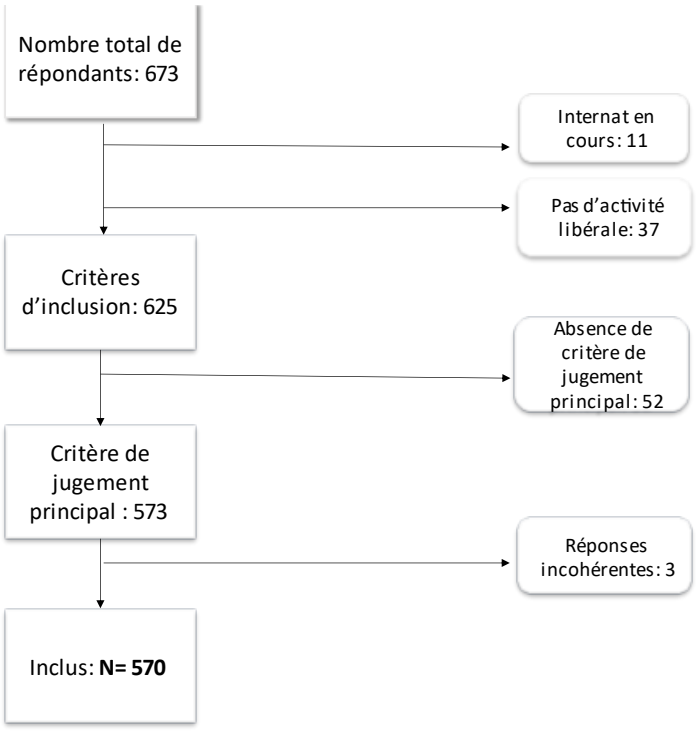


Figure 1. Diagramme de flux de l'inclusion des répondants

Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites dans le tableau 2. Nous n'avons aucune donnée manquante dans cette partie, les répondants n'ayant pas complétés le critère de jugement principal étant d'emblée exclus de l'étude.

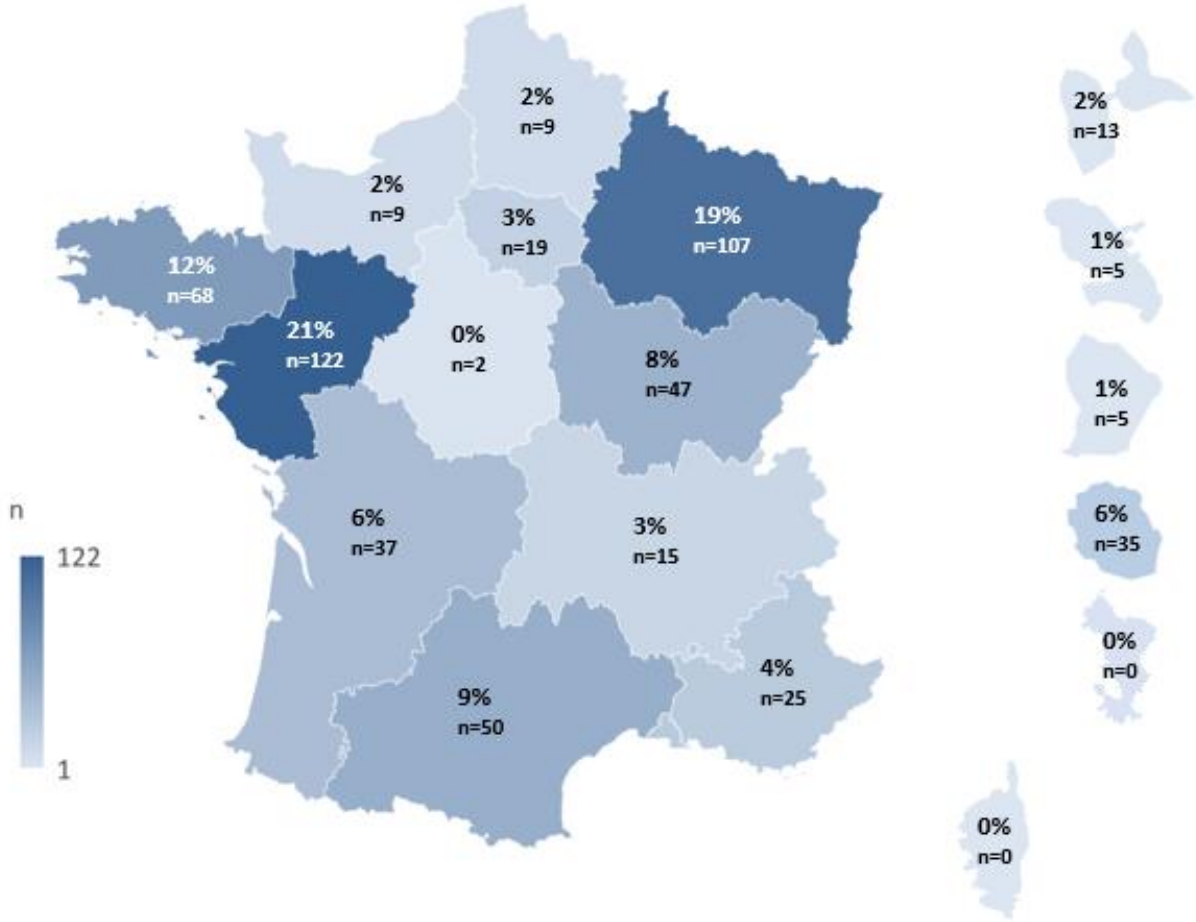
Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

	Population totale N=570	**Hommes N=152**	**Femmes N=416**
Âge (5 md)			
Médiane (IQR)	**36 (32-46)**	40 (33-56)	36 (32-44)
[min-max]	**[27-78]**	[28-78]	[27-73]
Thesé (oui)	**509 (89,3)**	141 (92,8)	366 (88,0)
Nombre d'années d'exercice			
Médiane (IQR)	**7 (3-18)**	9 (4-25)	7 (3-16)
[min-max]	**[0-49]**	[0-49]	[0-47]
Origine géographique			
Métropole	**511 (89,7)**	141 (92,8)	370 (88,9)
Réunion	**35 (6,1)**	9 (5,9)	26 (6,3)
Autres DOM-TOM	**24 (4,2)**	2 (1,3)	20 (4,8)
Mode d'exercice *(plusieurs réponses possible)			
Cabinet seul	**107 (18,8)**	28(18,4)	77 (18,5)
Cabinet de groupe	**344 (60,4)**	79 (52,0)	265 (63,7)
Maison de santé	**164 (28,8)**	45 (29,6)	119 (28,6)
Maison médicale ou SOS	**21 (3,7)**	12 (7,9)	9 (2,2)
Autre	**3 (0,5)**	1 (0,7)	2 (0,5)
Installation			
Installé ou collaborateur	**410 (71,9)**	125 (82,2)	285 (68,5)
Remplaçant	**160 (28,1)**	27 (17,8)	131 (31,5)
Milieu d'exercice			
Rural	**110 (19,3)**	33 (21,7)	77 (18,5)
Semi-rural	**263 (46,1)**	72 (47,4)	189 (45,4)
Urbain	**197 (34,6)**	47 (30,9)	150 (36,1)
Organisation de l'exercice			
Créneaux libres et sur rendez-vous	**109 (19,1)**	31 (20,4)	76 (18,3)
Créneaux libres uniquement	**19 (3,3)**	6 (4,0)	13 (3,1)
Sur rendez-vous uniquement	**442 (77,5)**	115 (75,7)	327 (78,6)
Accueil et prise de rendez-vous			
Secrétariat sur place (oui)	**426 (74,7)**	122 (80,3)	304 (73,1)
Horaires de consultation			
De jour uniquement	**364 (63,9)**	91 (59,9)	272 (65,4)
Le soir [19h-21h]	**186 (32,6)**	53(34,9)	132 (31,7)
La nuit [après 21h]	**77 (13,5)**	20 (13,2)	57 (13,7)
Weekend et jours fériés	**123 (21,6)**	34 (22,4)	89 (21,4)
Visite à domicile (oui)	**520 (91,2)**	142 (93,4)	376 (90,4)

Les données des variables qualitatives sont présentées en n (%). Deux répondants ont indiqué « autre » pour le genre, et ne sont pas comptabilisés dans les catégories hommes/femmes.

Notre population d'étude était constituée de 416 (73 %) femmes et 152 (27 %) hommes, deux médecins se considéraient comme personnes non binaires. L'âge médian des médecins généralistes était de 36 [27-78] ans, avec une durée d'exercice de 7 [0-49] ans.

La figure 2 représente la répartition géographique des médecins répondants.



En pourcentage de médecins généralistes répondants, suivi des effectifs n pour chaque région, N=570.

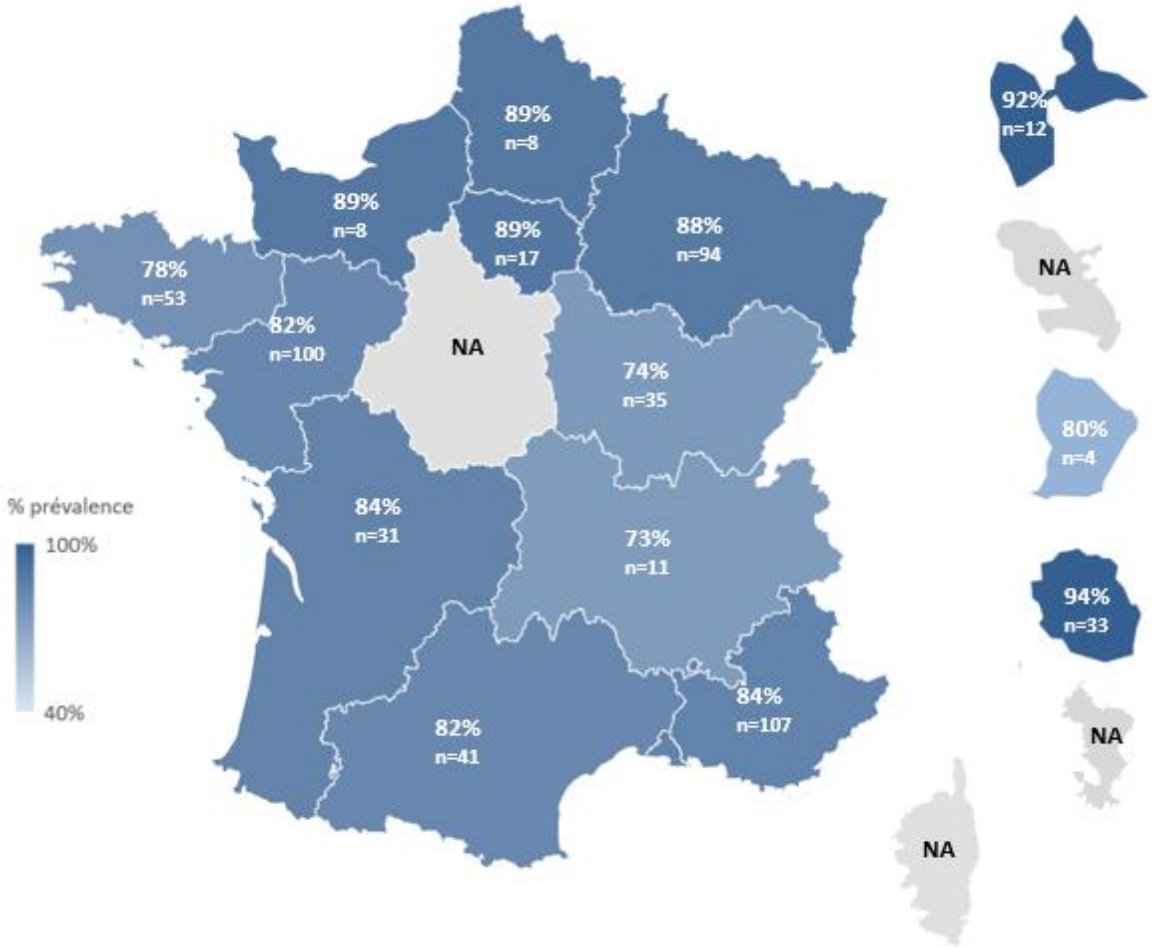
Figure 2. Répartition géographique des médecins généralistes de l'étude MedTooFr 2022

Concernant les conditions d'exercice, les MG de l'échantillon travaillaient majoritairement en cabinet de groupe (n=344, 60,4 %) et/ou en maison de santé pluriprofessionnelle (n=164, 28,8 %). Parmi eux, 410 (71,9 %) étaient installés, beaucoup ne travaillaient que sur rendez-vous (n=442, 77,5 %) et en zone semi rurale (n=263, 46,1 %). Enfin, 426 (74,7 %) avaient un secrétariat en présentiel, ils travaillaient essentiellement sur des horaires de jour (n=364, 63,9 %) et effectuaient pour la plupart des visites à domicile (n=520, 91,2 %).

2. Prévalence des CICS sur l'ensemble de la carrière

Sur l'ensemble de leur carrière, 474 (83,2 %) [IC95 79,8-86,1] MG ont déjà été exposé à au moins un CICS de patient au cours d'une consultation, 367 (88,2 %) [IC95 84,7-91,2] femmes et 105 (69,1 %) [IC95 61,1-76,3] hommes ($p < 0,0001$).

Les prévalences d'exposition à au moins un CICS de patient sur toute la carrière, par région d'exercice, sont présentées en figure 3. Elles sont comprises dans une fourchette allant de 73,3 % [IC95 44,9-92,2] (n=11) pour la région Auvergne-Rhône-Alpe, à 94,2 % [IC95 80,8-99,3] (n=33) pour la région Réunion.



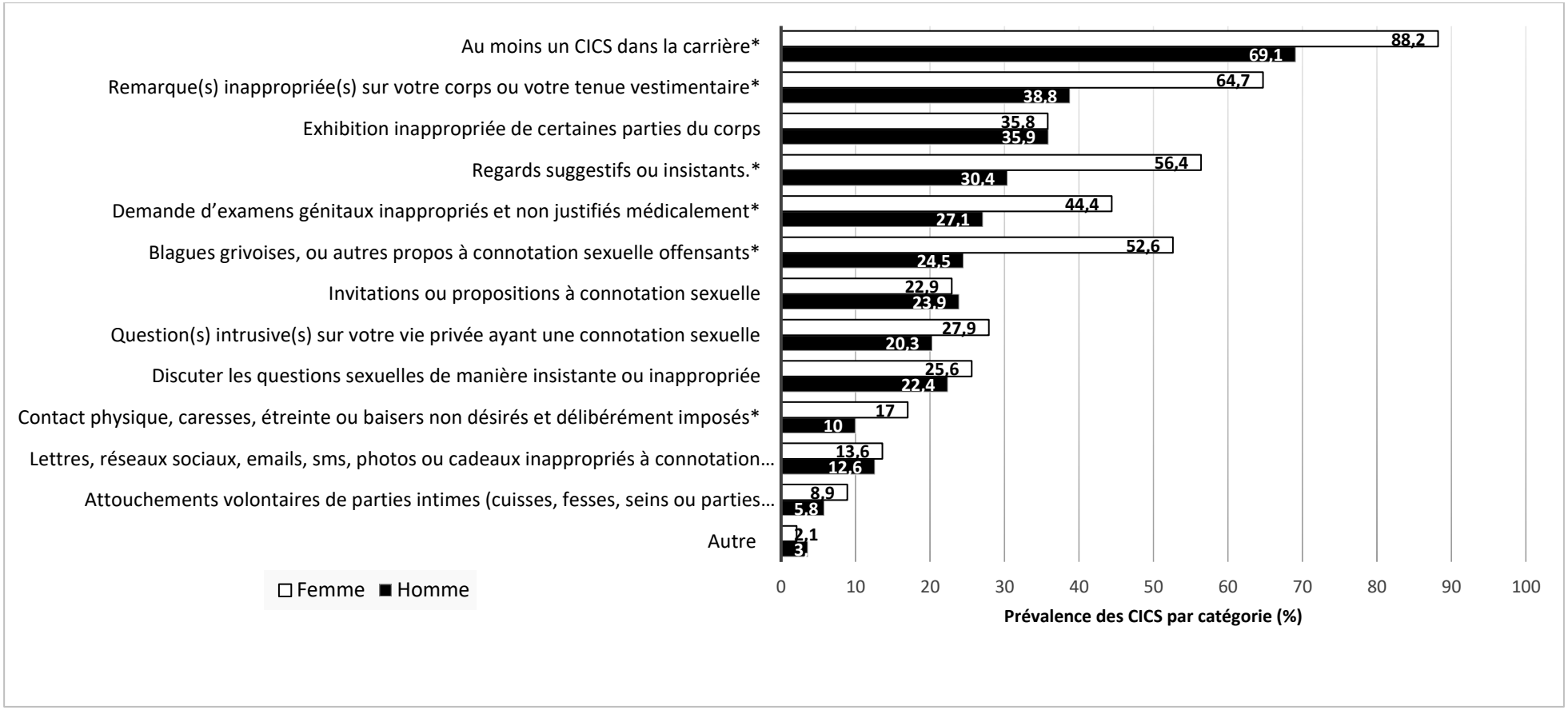
En pourcentage de médecins généralistes exposés, suivi des effectifs n pour chaque région, N=474.
NA = non applicable, correspondant aux régions où il n'y pas eu suffisamment de répondants.

Figure 3 : Prévalence de l'exposition aux CICS de patients pour les médecins généralistes, sur la carrière entière, par région d'exercice

Les CICS des patients rapportés les plus fréquemment par les médecins étaient :

- Les remarques inappropriées sur l'apparence, le corps ou la tenue (n= 330, 57,9 %), [IC95 53,7-62,0],
- Les regards suggestifs ou insistants (n=273, 49,4 %), [IC95 45,1-53,6],
- Les blagues grivoises ou autres propos à connotation sexuelle (n=243, 45,0 %), [IC95 40,7-49,3],
- Les demandes d'examen génitaux non justifiées (n=211, 39,7 %), [IC95 35,5-44,0],
- L'exhibition inappropriée de certaines parties du corps (n=189, 35.8 %), [IC95 31,7-40,0].

.



* *Différence statistiquement significative entre hommes et femmes.*

Figure 4 : Prévalence des CICS par catégorie sur la carrière entière, en fonction du sexe du médecin

Les médecins femmes rapportaient une prévalence d'exposition supérieure à celle des hommes pour certaines catégories de CICS (Annexe 2) :

- Les remarques inappropriées sur l'apparence, le corps ou la tenue (F :64,7 % vs. H :38,8 %, p < 0,0001),
- Les regards suggestifs ou insistants (F :56,4% vs. H :45,0 %, p < 0,0001),
- Les blagues grivoises (F :52,6 % vs. H :24,5 %, p < 0,0001),
- Les demandes d'examens génitaux non justifiées (F :44,4 % vs. H :27,1 %, p < 0,0001),
- Les contacts physiques, caresses, étreinte ou baisers délibérément imposés (F :17,0 % vs. H :10,0 %, p < 0,0001).

Aucun CICS n'était rapporté avec une prévalence supérieure chez les MG hommes par rapport aux femmes. L'attouchement volontaire de parties intimes (cuisses, fesses, seins ou parties génitales) par un patient était rapporté par 42 (8,1 %) [IC95 5.9-10.7] répondants, 34 (8,9 %) femmes et 8 (5,8 %) hommes, (p = 0,27). Parmi les autres CICS, trois MG ont signalé avoir subi une menace ou tentative de viol (toutes des femmes). Par ailleurs, 176 (42,9 %) [IC95 38,1-47,9] MG ont reporté avoir été exposé de manière répétée à des CICS venant d'un même patient, 140 (43,2 %) femmes et 36 (42,4 %) hommes (p = 0,887).

Des exemples de CICS vécus et décrits par les MG, regroupés par catégorie, ont été retranscrit en annexe 3.

3. Incidence et prévalence des CICS au cours des 12 derniers mois

a) Incidence des CICS

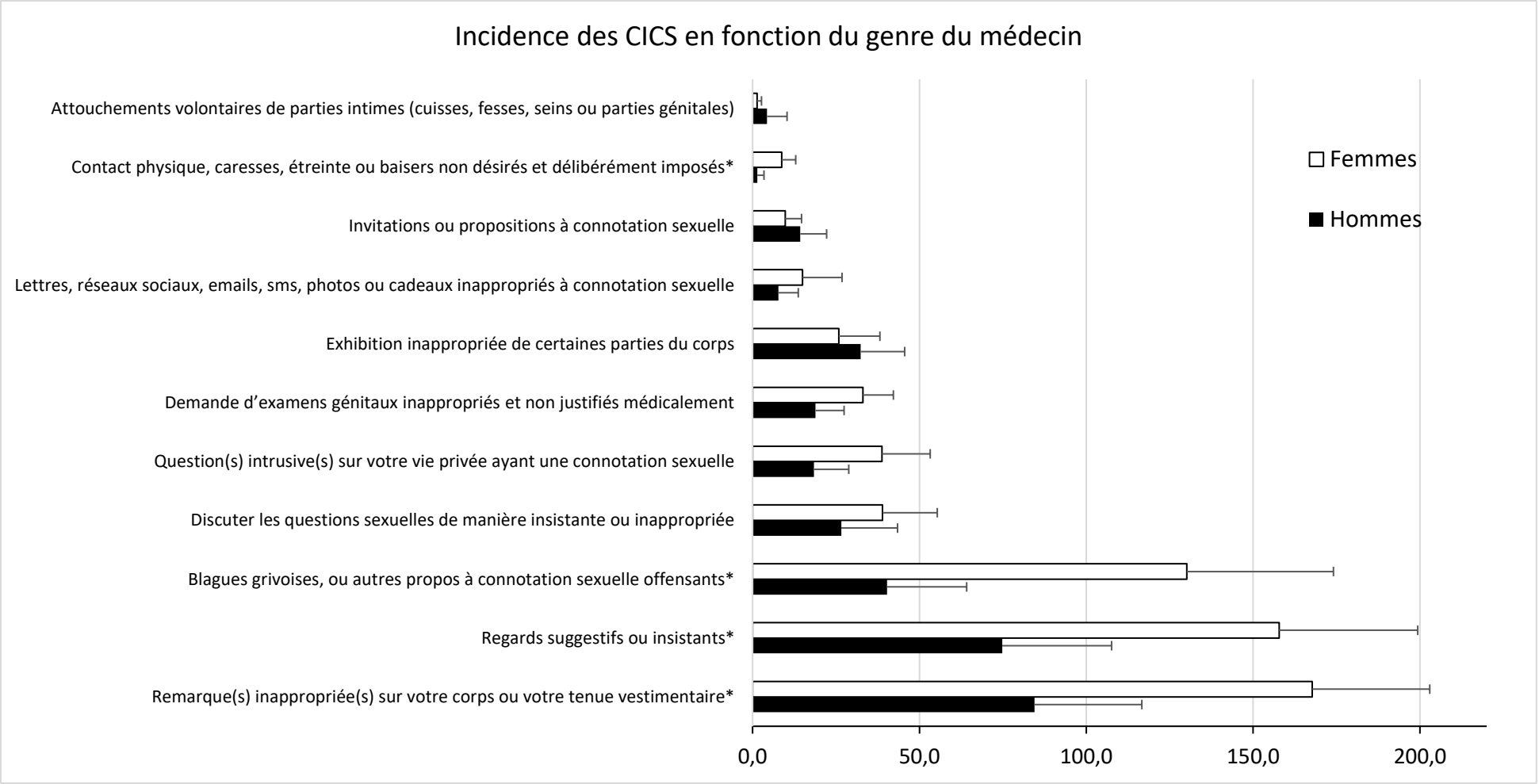
Au cours des 12 derniers mois, l'incidence des CICS étaient de **518,1** [IC95 419,4 ; 616,9] CICS pour 100 MG/ année. L'incidence par type de CICS en fonction du sexe du MG est présentée sur la figure 4.

Les catégories de CICS les plus fréquemment rapportées en termes de nombre de CICS pour 100 MG/année sont (annexe 4) :

- Les remarques inappropriées sur l'apparence, le corps ou la tenue 145,8 [IC95 118,6 ; 173,1] CICS pour 100 MG/ année ;
- Les regards suggestifs ou insistants 135,2 [IC95 103,5 ; 166,8] CICS pour 100 MG/ année ;
- Les blagues grivoises ou autres propos à connotation sexuelle 107,9 [IC95 74,9 ; 140,9] CICS pour 100 MG/ année.

Par ailleurs, les médecins femmes rapportaient une incidence supérieure par rapport aux hommes pour certaines catégories de CICS (résultats exprimés en nombre de CICS pour 100 MG/année) (figure 5). :

- Les remarques inappropriées sur l'apparence, le corps ou la tenue (F : 167,7 vs. H : 84,5 p = 0,008) ;
- Les regards suggestifs ou insistants (F : 157,8 vs. H : 74,8 p = 0,022) ;
- Les blagues grivoises ou autres propos à connotation sexuelle (F : 130,2 vs. H : 40,3 p = 0,017) ;
- Les contact physique, caresses, étreinte ou baisers non désirés et délibérément imposés (F : 8,7 vs. H : 1,4 p = 0,043).



**Différence statistiquement significative entre hommes et femmes.*

Figure 5 : Incidence des CICS en fonction du genre du médecin (exprimée en nombre d'évènements pour 100 MG/année)

Les chiffres d'incidence annuelle des CICS en fonction du sexe du médecin sont présentées de manière détaillée en annexe 5.

b) Prévalence des CICS sur les 12 derniers mois

En termes de prévalence d'exposition sur les 12 derniers mois, 394 (72,4 %) MG ont été exposés à au moins un CICS au cours d'une consultation, 312 (78,2 %) femmes et 81 (56,3 %) hommes, $p < 0,001$. (tableau 4).

On retrouve à nouveau que les médecins femmes rapportaient être plus exposées à certaines catégories de CICS par rapport aux hommes :

- Les remarques inappropriées sur l'apparence, le corps ou la tenue (F : 51,9 % vs H : 29,7 %, $p < 0,0001$),
- Les regards suggestifs ou insistants (F :40,0% vs. H :24,5 %, $p < 0,0001$),
- Les blagues grivoises (F :37,4 % vs. H :17,4 %, $p < 0,0001$),
- Contact physique, caresses, étreinte ou baisers délibérément imposés (F :5,8 % vs. H :1,4 %, $p < 0,0001$.

Tableau 3. Prévalence d'exposition aux CICS de patients pour les médecins généralistes, sur les 12 derniers mois

	Population totale (n=544)		Hommes (n=144)		Femmes (n=399)		
	N	%	N	%	N	%	P
Au moins 1 CICS	**394**	**72,4**	**81**	**56,3**	**312**	**78,2**	**<0.0001**
Remarques inappropriées sur l'apparence, le corps ou la tenue vestimentaire.	**254**	**46**	**44**	**29,7**	**209**	**51,9**	**<0.0001**
Regards suggestifs ou insistants.	**195**	**35,7**	**36**	**24,5**	**159**	**40**	**0,001**
Questions intrusives sur la vie privée ayant une connotation sexuelle.	87	16,1	17	11,6	69	17,6	0,088
Blagues grivoises, ou autres propos à connotation sexuelle.	**171**	**32,1**	**25**	**17,4**	**145**	**37,4**	**<0.0001**
Lettres, emails, sms, contact sur réseaux sociaux, photos ou cadeaux inappropriés à connotation sexuelle.	31	5,9	8	5,6	23	5,9	0,893
Discuter les questions sexuelles de manière insistante ou inappropriée.	80	15,1	20	14	60	15,6	0,649
Demande d'examens génitaux inappropriés et non justifiés médicalement.	103	19,4	20	14	83	21,5	0,054
Exhibition inappropriée de certaines parties du corps, ne rentrant pas dans le cadre de l'examen clinique.	87	16,7	29	20,4	58	15,3	0,163
Invitations ou propositions à connotation sexuelle.	40	7,7	15	10,7	24	6,3	0,093
Contact physique, caresses, étreinte ou baisers non désirés et délibérément imposés.	**24**	**4,6**	**2**	**1,4**	**22**	**5,8**	**0,035**
Attouchements volontaires de parties intimes (cuisses, fesses, seins ou parties génitales).	7	1,3	3	2,2	4	1,1	0,391

Les pourcentages sont calculés sur le nombre de répondants pour chaque CICS.

4. Facteurs associés aux CICS des patients

Les facteurs associés à l'exposition aux CICS de patients dans l'année pour les MG, identifiés en analyse multivariée, étaient (Tableau 4) :

- Le sexe féminin avec un *Odds Ratio* à 2,7 (IC95 [1,8-4,1], p < 0,001) ;
- L'âge inférieur à 40 ans avec un *Odds Ratio* à 1,9 (IC95 [1,2-2,9], p = 0,005) ;
- La région Réunion avec un *Odds Ratio* à 4,4 (IC95 [1-18,6], p = 0,044).

Aucun facteur contextuel (le mode et le milieu d'exercice, le fait d'être thésé, les horaires de travail, la présence d'un secrétariat, les visites à domicile) ne ressortait de l'analyse multivariée dans le modèle final.

Tableau 4. Facteurs associés d'exposition aux CICS de patients en régression logistique

	Analyse univariée		**Analyse multivariée**	
	OR [IC 95%]	**P**	**OR [IC 95%]**	**P**
Sexe				
Hommes	*ref,*		*ref,*	
Femmes	**2,8 [1,9-4,2]**	**<0,001**	**2,7 [1,8-4,1]**	**<0,001**
Age				
40 ans ou plus	*ref,*		*ref,*	
Moins de 40 ans	**2,3 [1,5-3,3]**	**<0,001**	**1,9 [1,2-2,9]**	**0,005**
Thésé (non)	2,3 [1,1-4,8]	**0,028**	*NA*	
Région d'exercice				
Métropole	*ref,*			
Réunion	**3,3 [0,8-13]**	**0,093**	**4,4 [1-18,6]**	**0,044**
Autres DOM/TOM	1,2 [0,5-3]	0,726	1,6 [0,6-4,2]	0,335
Cabinet seul (oui)	1,2 [0,7-1,9]	0,524	*NA*	
Remplacement (oui)	**2,1 [1,3-3,4]**	**0,001**	1,4 [0,8-2,4]	0,182
Milieu d'exercice				
Rural	*ref,*		*NA*	
Semi-rural	1,1 [0,7-1,8]	0,678	*NA*	
Urbain	1,3 [0,8-2,2]	0,312	*NA*	
Secrétariat sur place (oui)	1 [0,6-1,5]	0,943	*NA*	
Horaires de consultation				
Jour uniquement	*ref,*		*ref,*	
Soir/nuit	1,1 [0,7-1,6]	0,631	1,1 [0,7-1,6]	0,08
Visites à domiciles	1 [0,5-1,9]	0,937	*NA*	

NA : non applicable ; ref : valeur de référence.

5. Le CICS le plus marquant dans la carrière du médecin généraliste

Les médecins ayant déjà été exposés à au moins un CICS ont été ensuite interrogés sur l'évènement de ce type, vécu au cours d'une consultation avec un patient, qui fut le plus marquant pour eux au cours de leur carrière. (Tableau 5)

Tableau 5. Description du CICS le plus marquant pour le médecin, en fonction du sexe

	Population totale		**Homme**		**Femme**		**P**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Sexe du patient							**<0.0001**
Homme	318	81,5	14	17,7	304	97,8	
Femme	72	18,5	65	82,3	7		
Patient connu (oui)	165	42,6	43	55,1	122	0,013	
Répétition ou non du CICS							
Situation unique	265	69,0	50	64,1	215	70,7	0,294
Répétition	123	32,0	28	35,9	95	31,1	0,412
Déjà produit avec collègue	48	12,4	3	3,9	45	14,6	0,01
Antécédents du patient							
Sous l'emprise de toxique	22	5,8	3	3,9	19	6,3	0,419
Antécédents psychiatriques	60	15,9	11	14,3	49	16,3	0,669
Antécédents de démence	30	7,9	4	5,2	26	8,6	0,319
Lieu du CICS							
Dans la salle de consultation	327	87,2	61	81,3	266	88,7	0,089
Dans la salle d'attente	4	1	1	1,3	3	1	0,817
Visite à domicile	34	9	9	11,8	25	8,3	0,336
Par téléphone	4	1,1	2	2,6	2	0,7	0,136
Horaire							0,078
En horaire de jour (jusqu'à 19h)	362	96,5	74	97,4	287	96,3	
En soirée (entre 19h et 21h)	9	2,4	0	0	9	3	
En horaire de nuit (après 21h)	4	1,1	2	2,6	2	0,7	

Concernant la situation la plus marquante, le patient « auteur des faits » était le plus souvent de sexe opposé au médecin : pour 65 (82,3 %) médecins hommes, il s'agissait d'une patiente alors que pour 304 (97,8 %) médecins femmes, il s'agissait d'un patient.

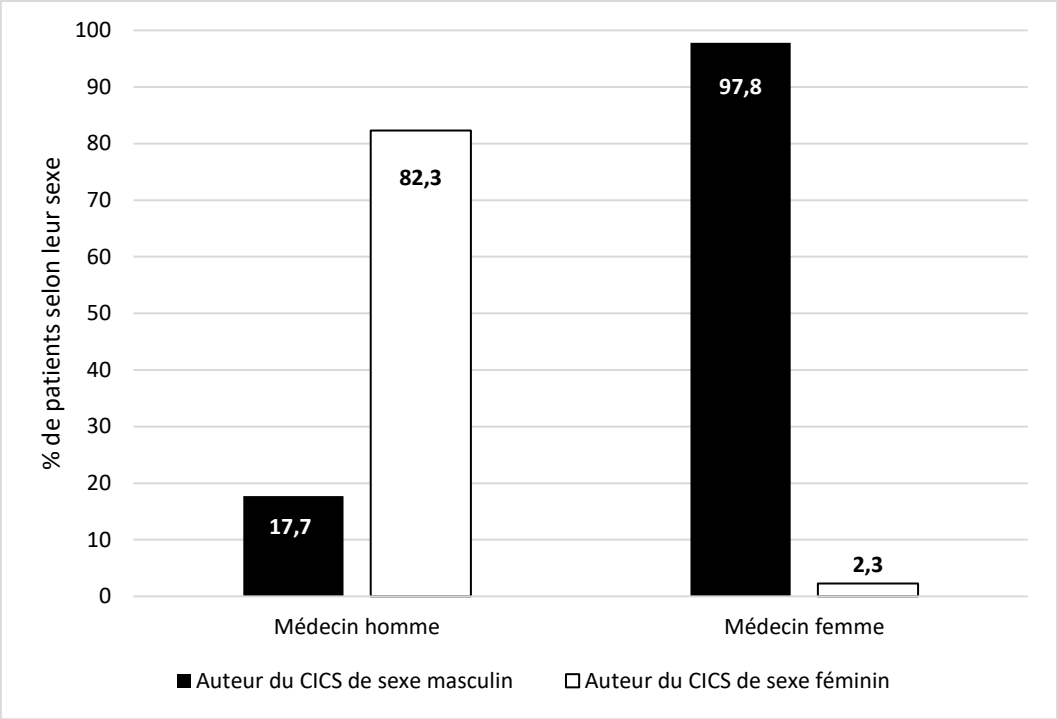


Figure 6. Sexe du patient auteur du CICS, en fonction du sexe du médecin généraliste

Le patient « auteur » du CICS était déjà connu du MG dans 165 (42,6 %) des cas. L'évènement décrit est resté unique pour 265 (69,0 %) MG, alors que pour 123 (32,0 %) d'entre eux, la situation s'est reproduite avec ce même patient.

Parmi les antécédents connus du patient par le MG, 60 (15,9 %) rapportaient des antécédents psychiatriques, 30 (7,9 %) des troubles cognitifs, et 22 (5,8 %) suspectaient que le patient avait consommé des toxiques au moment des faits. Le lieu où s'est déroulé le CICS en question était la salle de consultation du cabinet pour 327 (87,2 %) MG, le domicile du patient au cours d'une visite pour 34 (9 %) d'entre eux, par téléphone ou dans la salle d'attente du cabinet pour respectivement 4 (1 et 1 ,1 %) MG. La situation décrite s'est déroulée en horaires de jour pour 362 (96,5 %) MG.

La figure 7 représente les sentiments immédiats exprimés les MG, face au CICS du patient. Les sentiments rapportés le plus souvent par le médecin, dans les suites de l'évènement, étaient l'inconfort et la gêne (n=272, 71,3 %), la surprise (n=128, 33,4 %), le dégoût (n=121, 31,6 %), la sidération (n=80, 20,9 %), la colère (n=72, 18,8 %), la peur (n=48, 12,5 %). L'indifférence et l'amusement étaient cités respectivement par 30 (7,8 %) et 27 (7,1 %) répondants.

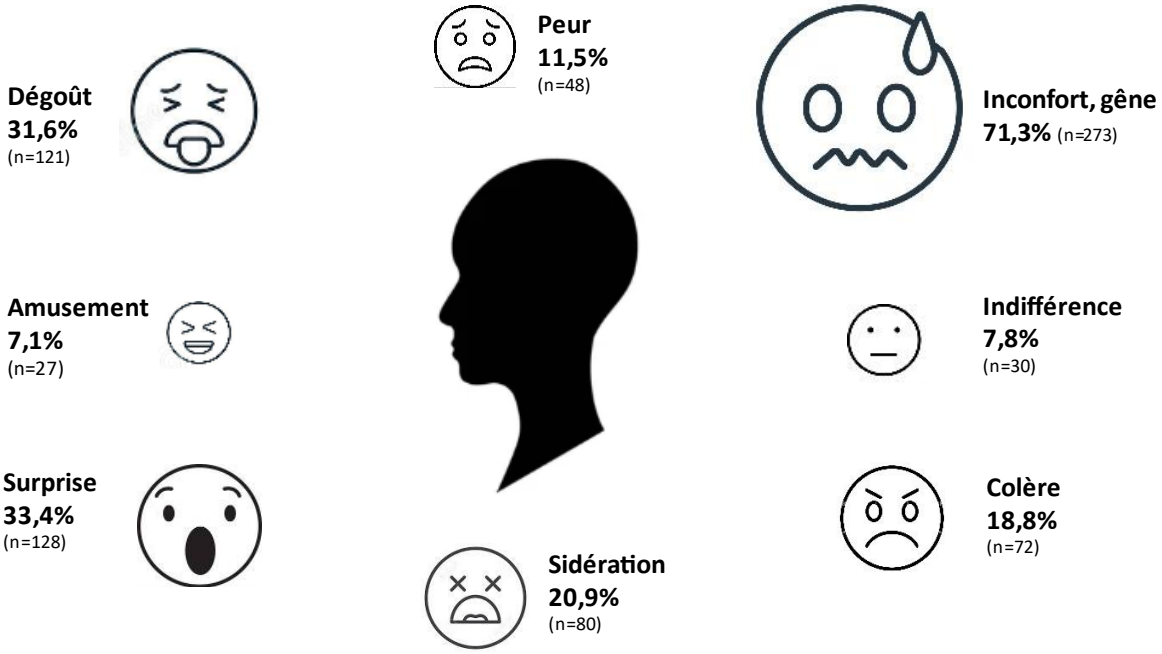


Figure 7. Emotions décrites par les médecins généralistes au moment du CICS

Le ressenti exprimé différait en fonction du sexe du MG répondant :

- Les femmes exprimaient davantage d'inconfort ou gêne (F : 75,7 % vs. H : 53,9 %, $p < 0,0001$), de colère (F :23% vs. H :2,6%, $p < 0,0001$), de peur (F : 15,5 % vs. H : 1,3 %, $p < 0,0001$) et de dégoût (F :37,8 % vs. H :7,7 %, $p < 0,0001$).
- L'amusement était plutôt décrit par les hommes (F : 4,3 % vs. H : 18 %, $p < 0,0001$).

La moitié des répondants ont réagi en recadrant le patient (n=191, 50,3 %), tandis que 112 (29,5 %) MG n'ont pas eu de réaction particulière. Il a été demandé au patient d'arrêter le comportement dérangeant pour 64 (16,8 %) MG, et 48 (12,8 %) MG ont essayé d'échanger avec le patient sur la situation. Enfin, 47(12,4 %) ont préféré tourner la situation en dérision.

A noter que 24 (6,4 %) MG ont fait appel à une personne extérieure (collègue, secrétaire), et 7 d'entre eux (1,8 %) ont appelé les forces de l'ordre. Les femmes recadraient le patient davantage que les hommes (F : 54,0 % vs. H : 35,9 %, $p = 0,004$). Les hommes quant à eux étaient plus nombreux que les femmes à ne pas avoir de réaction face au CICS du patient (F : 26,8 % vs. H : 39,7 %, $p = 0,026$). Les réactions décrites par les MG face au CICS du patient sont présentées sur la figure 8.

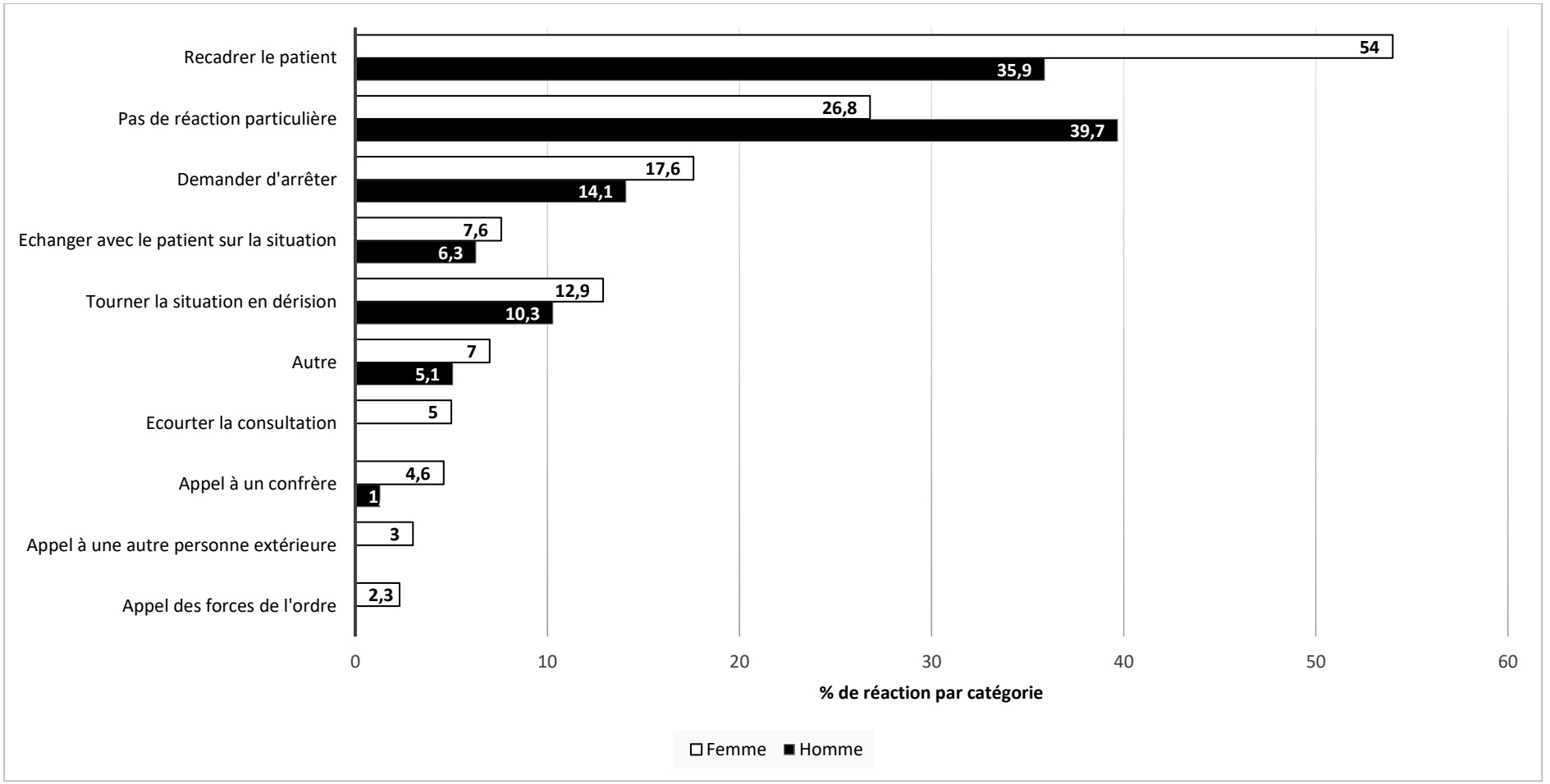


Figure 8. Réactions des médecins généralistes vis-à-vis du patient auteur du CICS, en fonction du sexe du médecin

A la suite du CICS, 151 (40,0 %) MG ont indiqué que le patient n'est jamais revenu consulter. L'arrêt du suivi du patient a été décidé pour 50 (13,2 %) MG, tandis que 145 (38,4 %) ont continué à suivre le patient par la suite. Le patient a été adressé vers un autre confrère pour 32 (8,5 %) MG.

Le report de l'évènement a été fait par 224 (59,3 %) MG : le signalement a été fait à un confrère pour 161 (75,5 %) d'entre eux, 144 (64,9 %) en ont parlé à leurs proches, 11(5,0 %) l'ont signalé à l'Ordre des médecins et 5 (2,3 %) à la police ou gendarmerie.

Parmi les causes rapportées de l'absence de signalement de cet évènement, il ne leur a pas semblé nécessaire pour 94 (71,2 %) MG ne l'ayant pas signalé, il leur semblait inutile pour 38 (28,8 %) d'entre eux, 17 (12,9 %) rapportaient une méconnaissance des procédures possibles de signalement, 14 (10,6 %) estimaient que la condition du patient en question ne le rendait pas responsable de ses actes et 7 (5,3 %) évoquaient un sentiment de honte ou de culpabilité.

6. Répercussions des CICS pour le médecin généraliste

a) Sur le plan personnel

Le vécu de CICS, lors d'une consultation avec un patient, a eu un impact négatif sur le plan personnel pour 69 (18,7 %) MG. Les répercussions personnelles mentionnées le plus fréquemment étaient un sentiment d'insécurité (n=34, 49,3 %), la remise en question (n=20, 29,0 %), un comportement d'évitement de certaines situations (n=15, 21,7 %), de l'anxiété (n=14, 20,3 %) et un sentiment de culpabilité (n=11, 15,9 %). L'ensemble des répercussions personnelles décrites par les MG sont présentées en annexe 8.

Parmi les médecins ayant rapportés un retentissement négatif suite au vécu de CICS, 7 ont consulté un professionnel de santé en lien avec cet évènement, et 3 ont débuté ou repris un traitement anxiolytique et/ou antidépresseur.

b) Sur le plan professionnel

Parmi les médecins ayant déjà été exposé à au moins un CICS, 177 (48,4 %) estimaient que le vécu de ce type de situation en consultation avec un patient pouvait avoir un retentissement sur la qualité des soins prodigués.

Une répercussion sur le sentiment de sécurité au travail était rapportée par 139 (38 %) MG, et 127 (34,7 %) estimaient que cela pouvait affecter leur sentiment de bien-être au travail.

Des changements ont été effectués dans leur pratique professionnelle pour 144 (39,5 %) MG, dans les suites de l'exposition à un ou plusieurs CICS de patient(s). Le plus fréquemment, étaient cités le maintien d'une relation médecin-patient plus formelle (n=68, 47,5 %), la modification de la tenue vestimentaire (n=52, 36,4 %), le fait d'éviter de communiquer des informations personnelles (n=47, 32,9 %), l'évitement de certains examens physiques/génitaux (n=41, 28,7 %) ou encore veiller à ne jamais rester seul au cabinet (n=29, 20,3 %). Les changements effectués dans leur pratique sont présentés de manière détaillée en annexe 9.

Les femmes MG rapportaient des répercussions plus marquées sur le plan professionnel que les hommes, dans l'ensemble des domaines cités :

- L'impact sur la qualité des soins (F : 53,6 % vs. H : 28,6 %, $p < 0,0001$),
- Le sentiment de sécurité au travail (F : 44, 3% vs. H :14,3 %, $p < 0,0001$),
- Le sentiment de bien-être au travail (F : 39,8 % vs. H : 15,6 %, $p < 0,0001$)
- Les changements effectués dans la pratique (F : 43,8 % vs. H : 23,4 %, $p = 0,0001$).

On notait également des différences sur les modifications de pratiques entre hommes et femmes MG : la modification des tenues vestimentaires semblait être davantage l'apanage des femmes (F : 40 % vs. H :11,1 %, $p = 0,018$), tandis que les hommes décrivaient plus souvent éviter certains examens génitaux (F : 25,6 % vs. H : 50,0 %, $p = 0,0032$).

7. Formation sur les CICS

Seuls 49 MG (10,6 %) avaient déjà reçu des informations ou avaient participé à des formations spécifiques sur la conduite à tenir face au HS et/ou aux CICS dont les patients seraient auteurs, que ça soit au cours du cursus universitaire ou dans le cadre de la formation médicale continue.

Il leur semblait utile de proposer des recommandations ou de participer à des formations sur le sujet des CICS de patients pour 389 (84,2 %) MG.

8. Champ libre

De nombreux commentaires ont été laissés par les MG en fin de questionnaire, certains pour témoigner de leurs expériences personnelles, d'autres pour signaler leur intérêt pour le sujet de l'étude.

Nous en avons sélectionné quelques-uns qui nous semblaient pertinents et qui pouvaient refléter certaines pensées décrites par les MG au sujet des CICS de patients.

« En tant que femme, durant mon externat comme mon internat, il n'y a pas eu une année, où un patient n'a pas fait de commentaire sur mon physique avec une connotation sexuelle ou sous-entendant que je coucherais avec mon chef. Même en tournant cela en dérision, c'est parfois lourd et dégradant. Je ne suis plus vu comme professionnelle de santé dans ces moments. »

« Difficile en tant que médecin de se défendre, quel que soit le type de violence d'ailleurs, nous n'y sommes pas préparés. On essaie de rester le plus formel possible mais il peut arriver d'être totalement décontenancé. Avoir des formations sur des méthodes de communication, de recadrage, sur nos droits en terme de rupture de suivi de patients dangereux etc. serait vraiment un plus pour un travail plus serein. »

« Pour information je ne fais plus de garde pour la bonne et simple raison que je me sens en insécurité la nuit, au milieu de la campagne, ou pire, en visite à domicile ! Je ne mets plus de jupe ni de robe au cabinet pour les mêmes raisons. »

« Je suis un homme divorcé et je mets toujours mon alliance au travail depuis en espérant que cela m'évite de revivre cette situation très gênante. Étant un homme j'ai régulièrement peur qu'un examen clinique soit mal interprété, c'est pourquoi pour tout examen gynécologique, j'adresse toutes mes patientes à un(e) gynéco ou sage-femme. »

« Très difficile depuis #metoo d'être un homme jeune médecin généraliste. Je ne reçois plus jamais des patientes mineures seules en consultation, et je me méfie énormément des jeunes femmes... Par exemple, même pour un ECG, je ne fais plus enlever le soutien-gorge mais je mets les électrodes au mieux avec le soutien-gorge. Même si je n'ai eu aucun soucis, marié et papa... Donc il ne faut pas croire que seule les femmes médecins sont en danger dans leur exercice. »

« Ce qui me revient en tête c'est un patient âgé dément en visite à domicile avec des attouchements inadaptés, fallait lui prendre la main pour l'empêcher d'atteindre les fesses ou les hanches qu'il profitait de toucher quand on le mobilisait. Sa femme m'avait prévenue mais ça restait inconfortable. Un autre cas de douleur testiculaire, homme jeune, qui semblait

consommer des drogues régulièrement mais plutôt cohérent. […] Il était en érection avant même l'examen. J'ai proposé qu'il soit examiné par un autre praticien. Évidemment refus, en disant que ça l inquiétait beaucoup et tentative de se calmer... J'avais du retard, j'ai dit qu'on devait faire vite. J'ai fait l'examen comme si de rien n'était, le plus rapidement possible, mais j'aurais dû dire que c'était inadapté. Il s'est rhabillé, n'a pas insisté mais allusions ensuite sur l'importance de rester performant à ce niveau pour lui. La prochaine fois, moindre doute sur le caractère inadapté de la demande, pas d'examen clinique et je prescris les examens qui aideront à conclure. […] Des formations pour nous dire ce qu'on a le droit de faire ou non c est indispensable ! Les patients semblent avoir tous les droits et nous que des devoirs. Faut que ça change ! »

« Suite à cette agression, j'ai porté plainte mais la plainte a été classé sans suite car ce n'est pas de l'exhibitionnisme vu qu'il n'y a pas de public, m'a-t-on répondu. Le président du conseil départemental a eu des propos totalement inappropriés vis-à-vis de moi ce qui a contribué à encore plus d'incompréhension. Je ne me suis pas du tout sentie soutenue, bien au contraire. […] »

« Certains patients y compris des hommes âgés que je soigne depuis des années, me toisent et me détaillent physiquement lorsque je les accueille en salle d'attente, "matent" lorsqu'ils me suivent, et se permettent de me faire remarquer un changement physique ("ah ben elle a arrêté son sport, elle a pris du poids !"). »

« C'est surtout avec les confrères (et supérieurs) pendant mes études que j'ai vécues les situations les plus marquantes/humiliantes/dégradantes. Ensuite viennent les patients à troubles cognitifs puis lors de mes remplacements. Depuis mon installation je n'ai presque plus de soucis mais je porte mon alliance et une blouse, je ne porte plus jamais de jupe. »

« Par rapport à la situation décrite ci-dessus, je continue à suivre ce patient car j'exerce en séminaire rural, et que nous subissons une pénurie de médecin sévère. Je subis donc cette situation et le déplore. […] Je tiens à signaler également que j'ai eu parfois eu des remarques déplacées sur mes tenues vestimentaires de la part de femmes (sans connotation sexuelle mais comportant un jugement implicite) et que c'est également en partie pour cela que j'utilise parfois une blouse. »

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude MedTooFr

L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence de l'exposition des MG aux CICS des patients, et de décrire la nature de ces comportements. Ce travail met en évidence une très forte prévalence d'exposition aux CICS des patients envers les MG français : 83,2 % des MG déclaraient avoir déjà été exposés à au moins une des situations décrites de CICS au cours de leur carrière (88,2 % chez les femmes vs. 69,1 % chez les hommes, $p < 0,0001$).

Au cours des 12 mois précédents l'enquête, le taux d'incidence des CICS de patients était particulièrement élevé : environ 5 CICS étaient survenus pour un MG sur une année (518,1 [IC95 419,4 ; 616,9] CICS pour 100 MG/année).

Concernant la nature de ces CICS, les MG rapportaient le plus fréquemment des remarques inappropriées sur l'apparence (57,9 %), des regards suggestifs (49,4 %), des blagues grivoises (45,0%), des demandes d'examens génitaux non justifiés (39,7 %) et l'exhibition inappropriée de certaines parties du corps (35,8 %). Parmi les MG exposés aux CICS, 42,9 % ont vécu des situations répétées avec le même patient, ce qui correspond à la définition légale du harcèlement sexuel. 8,1 % des MG répondants ont vécu une situation d'attouchement volontaire des parties intimes, pouvant ainsi être qualifiée d'agression sexuelle.

Nous avons identifié que le sexe féminin (OR : 2,7, IC95[1,8-4,1]) et le fait d'être âgé de moins de 40 ans (OR 1,9, IC95[1,2-2,9] étaient associés pour les MG à une augmentation de l'exposition aux CICS de patients.

L'exposition aux CICS de patients a eu un impact sur le plan personnel pour 18,7 % des MG. Concernant les répercussions sur le plan professionnel, 48,4 % des MG estimaient que le vécu de ce type de situation pouvait avoir un retentissement sur la qualité des soins prodigués au patient, et 39,5 % déclaraient avoir effectué des changements dans leur pratique professionnelle suite au vécu de CICS.

Enfin, seuls 10,6 % des MG avaient déjà reçu des informations sur la conduite à adopter face aux CICS de patients.

2. Forces et limites

a) Forces de l'étude

Il s'agit d'un sujet original, la première étude quantitative en France s'intéressant spécifiquement aux CICS des patients envers les médecins généralistes. Cette étude est multicentrique, elle concerne l'ensemble de la France métropolitaine et les DOM-TOM, et elle a été menée sur un échantillon relativement important.

Celle-ci concernait les médecins généralistes libéraux uniquement. Ce choix de population cible la différencie des autres études quantitatives françaises déjà existantes sur les violences sexistes et sexuelles envers les médecins, qui concernaient aussi le milieu hospitalier et s'intéressaient essentiellement à la période des études médicales (15–19). De plus, les études citées s'axaient principalement sur les supérieurs hiérarchiques, les collègues ou les co-étudiants en tant qu'auteurs des violences.

Nous avons choisi d'étudier une gamme très large de CICS, les situations données pouvant aller de la « simple » drague ou séduction, jusqu'à l'atteinte physique pouvant ainsi être qualifiée d'agression sexuelle. Il a été en effet considéré que tout comportement connoté sexuellement d'un patient, et apparaissant comme inapproprié ou déplacé dans le contexte particulier de la relation médecin-patient, pouvait avoir des conséquences négatives sur la relation de soin. Ainsi dans notre étude, le taux de signalement d'exposition aux CICS est probablement plus important que si l'on s'était limité aux seules définitions juridiques des termes légaux, telles que mentionnées dans l'introduction. Nous avons préféré utiliser une description précise des différents types de situations qui peuvent être rencontrées par les MG, afin que cela corresponde davantage à leur vécu et avoir ainsi des réponses plus exhaustives. Des études précédentes (48,49) suggèrent en effet que poser une question directe sur l'exposition au HS par exemple, avec ou sans la définition de ce que cela implique, amène à une déclaration d'exposition plus faible que poser une question concrète, qui renvoie à la description précise des différents types de commentaires et d'actions pouvant être vécus.

Enfin, l'utilisation des définitions légales aurait pu amener à faire des associations avec un statut de « victime », ce qui aurait pu être bloquant pour certains MG qui ne se seraient pas reconnus comme telle, ou encore qui pourraient avoir tendance à banaliser certaines situations (23). Cela aurait ainsi pu sous-estimer l'exposition à certains comportements.

Ce choix de définition large peut rendre les chiffres de prévalence globale d'avoir déjà vécu un CICS difficilement interprétable, la gravité d'un regard mal placé ou d'un compliment sur le physique n'étant évidemment pas la même qu'une agression sexuelle. Cependant, nous

avons choisi de faire un état des lieux de la situation actuelle et donc d'être le plus exhaustif possible, afin d'objectiver si les CICS des patients étaient une problématique répandue pour les MG, et décrire de manière précise la nature des différents comportements rencontrés. La description des CICS en différentes sous-catégories détaillées permettait ainsi une gradation de la gravité des différents comportements vécus, tout en permettant d'avoir un aperçu concret des situations rencontrées.

Il faut rajouter que le taux d'incidence annuelle des CICS pour les MG était particulièrement élevé dans notre échantillon, ce qui suggère d'autant plus que les MG sont à fort risque d'exposition aux CICS.

b) Limites de l'étude

- Biais de sélection

La principale critique de notre travail porte sur le biais de sélection. En effet, un échantillonnage aléatoire (stratifié ou non sur le sexe) aurait permis une meilleure représentativité de la population des MG français. Ce recrutement par échantillonnage avait été envisagé afin de limiter ce biais, mais nécessitait l'obtention d'une base de sondage de la totalité des médecins généralistes français. Malheureusement nous n'avons pu obtenir cette base de sondage ni n'avons pu réaliser cet échantillonnage malgré plusieurs demandes auprès des instances nationales. Il a donc été décidé de diffuser ce questionnaire de manière large par le biais de différents canaux et d'assumer les biais de sélection que cette méthode pouvait produire. Le taux de réponse n'était ainsi pas calculable du fait de la diffusion via ces divers canaux. Ici la représentativité de notre échantillon peut donc être remise en cause et nous devons tenir compte de cette limite dans l'interprétation des résultats de cette étude. On peut en effet envisager par exemple une sur-représentation des MG ayant été confronté à un CICS, se sentant plus concernés par la problématique (et donc une surestimation de la prévalence et de l'incidence). Nous avons tenté de limiter ce biais en spécifiant bien durant la campagne de recrutement que cette étude était ouverte à tous les MG, même ceux n'ayant pas été confrontés à des CICS. De plus, le questionnaire était largement simplifié et écourté pour ceux qui n'avait jamais été exposés aux CICS. Il aurait été envisageable de ne pas annoncer le sujet de l'enquête afin de limiter ce biais, mais cela nous est apparu délicat d'un point de vue éthique, celui-ci pouvant être considéré comme un sujet sensible.

Inversement, on peut faire l'hypothèse d'une sous-estimation des CICS les plus graves. En effet, certaines victimes pouvant ne pas oser ou ne pas souhaiter aborder ces évènements,

comme cela est fréquemment décrit dans la littérature scientifique sur le viol par exemple (50,51).

Concernant la représentativité de l'échantillon, 73% des répondants sont des femmes, il y a donc une nette surreprésentation féminine par rapport à la population générale des médecins généralistes : Au 1er janvier 2022, les femmes représentaient 44,5% des médecins généralistes libéraux exerçant en France (52). Il s'agissait d'une population majoritairement de jeunes médecins généralistes, avec un âge médian de 36 ans, alors que la moyenne nationale des médecins généralistes libéraux est de 50,9 ans. Cela suit tout de même la tendance de la féminisation de la profession médicale, surtout chez les jeunes médecins (64% des MG de moins de 40 ans sont des femmes (36)). La sur-représentation des femmes et des jeunes médecins peut être expliquée par le biais de sélection précédemment mentionné (population plus exposée aux CICS). Une participation plus importante des jeunes MG peut aussi s'expliquer par une utilisation plus fréquente des réseaux sociaux et donc une meilleure visibilité de l'étude pour les jeunes. Il peut y avoir aussi une sensibilité plus marquée pour les phénomènes sociétaux chez les plus jeunes générations, notamment depuis l'avènement du mouvement #MeToo. Les médecins de l'échantillon travaillaient majoritairement en cabinet de groupe (60,4 %) et/ou en maison de santé pluriprofessionnelle (28,8 %), et ils étaient pour la plupart installés (71,9 %), ce qui est comparable avec la répartition des modes d'exercice des MG sur le plan national : début 2019, 61 % des MG libéraux français exerçaient en groupe, avec d'autres médecins ou paramédicaux, dont 81 % chez les moins de 50 ans, et 88 % des MG libéraux étaient installés (53).

La répartition des MG répondants sur le territoire est assez inégale, notamment du fait des difficultés rencontrées pour diffuser le questionnaire dans toutes les régions (figure 2). En effet, un certain nombre d'URPS et de CDOM n'ont pas répondu et ce malgré les relances, ou ont refusé de diffuser le questionnaire. De ce fait, il existe une prédominance de répondants dans les régions où les instances ont facilité la diffusion de l'étude en transmettant le questionnaire directement par mail. Certaines régions sont ainsi sur-représentées, notamment le Pays de la Loire, le Grand Est et la Bretagne, tandis que d'autres sont sous-représentées, notamment le Centre (n=2), Mayotte et la Corse où il n'y a pas eu de répondants. Cependant, on retrouve une prévalence forte, entre 73 % et 94 %, d'avoir été exposé à au moins un CICS de patients dans l'ensemble des régions françaises ayant eu un nombre de répondants suffisant.

- Biais déclaratifs et de mémorisation

Nous sommes également exposés aux biais déclaratifs inhérents à ce genre d'étude sur questionnaire. Nous pouvons cependant considérer que le fait que le questionnaire soit réalisé en ligne et de manière totalement anonyme ait pu permettre de faire remonter certains événements qui n'auraient peut-être pas été décrit au cours d'un entretien en face à face par exemple. La perception subjective et la mémoire des répondants jouant aussi un rôle, il peut y avoir un biais lié à la mémorisation, celui-ci pouvant surestimer mais aussi sous-estimer la prévalence réelle, et surtout l'incidence. Ce biais est inhérent aux études rétrospectives, d'autant plus sur un sujet sensible, qui peut impliquer les émotions des répondants. Estimer le nombre d'évènements survenus peut être difficile, surtout sur l'ensemble de la carrière, c'est pourquoi nous avons finalement décidé de ne pas utiliser les données d'incidence sur la carrière entière.

- Biais d'interprétation

Enfin, il peut y avoir un biais d'interprétation, la classification des types de comportements étant subjective et soumise à interprétation. Les participants pouvaient avoir des avis différents sur le fait que tel comportement est inapproprié ou non. Ce biais a été minimisé par l'utilisation de descriptions précises des différents types de comportements pouvant être rencontrés, plutôt qu'utiliser des termes génériques ou les définitions légales. Afin de mieux représenter la perception du CICS par le médecin, on aurait pu faire préciser aux médecins s'ils avaient considéré celui-ci comme étant du HS, ou comme une agression sexuelle.

Il est décrit dans la littérature que la recherche sur le HS s'accompagne d'un risque important de biais (30), à la fois du fait de la difficulté à définir les différents concepts, mais aussi d'avoir un échantillon représentatif avec les biais de sélection précédemment évoqués.
Il faudrait aussi pouvoir prendre en compte le contexte de survenue du CICS : les facteurs liés au patient avec ses éventuelles pathologies, son intention, la persistance du comportement, mais aussi la personnalité du médecin qui peut influencer sa perception de l'évènement (54). C'est pour cela que nous avons interrogé les MG sur le CICS le plus marquant, afin de décrire les caractéristiques de l'auteur des faits, les circonstances de l'évènement et les sentiments associés pour le MG.

3. Forte prévalence et incidence des CICS des patients envers les médecins généralistes

La prévalence et l'incidence d'exposition aux CICS de patients pour les médecins dans notre étude étaient particulièrement fortes, ce qui semble étayer les données précédemment retrouvées dans la littérature internationale (20–22,24,26,27,29,31,55), (tableau 1). De manière similaire, toutes ces études retrouvaient une exposition importante des médecins au HS et autres formes de CICS provenant des patients. Dans notre étude, cette exposition est encore plus importante, 82,3 % des MG ayant déjà été exposés à au moins un CICS de patient dans leur carrière, avec une incidence d'environ 5 CICS pour un MG sur une année. Cependant, les données ne peuvent pas être directement comparées du fait de l'hétérogénéité des méthodes, des populations d'étude et des termes employés. Par exemple, pour des faits similaires, la dénomination utilisée pouvait varier en fonction des études et des pays : le HS, la « discrimination basée sur le genre » (*gender-based harassment*) (22), l'attention sexuelle non désirée (*unwanted sexual attention*) (20), les comportements indésirables sexuels (29)... Cette diversité dans les termes employés entraîne une difficulté supplémentaire dans la reconnaissance et l'étude du phénomène. Il serait utile de définir une définition commune et une méthode de mesure reproductible des CICS pour pouvoir comparer les études au niveau international. De plus, certaines de ses études ne s'intéressaient qu'aux femmes médecins (22,24,26,27,31), tandis que d'autres prenaient également en compte les CICS des collègues (27), ou ne précisaient pas qui était l'auteur des faits (20,22).

Dans l'étude de Philipps (24), dont la méthodologie et les caractéristiques de l'étude se rapprochaient de celles de la nôtre, bien qu'elle soit ancienne (1993) : 77 % des femmes MG déclaraient avoir déjà vécu au moins une situation de HS par un patient dans leur carrière. Dans notre étude, elles étaient 88,2 % à avoir déjà été exposées à au moins un CICS dans leur carrière, ce qui suggère que cette problématique n'a pas décliné au fil des années. Dans l'étude plus récente de Bratuskins (26), 54,5 % des femmes MG avaient déjà été exposées au HS provenant de patients.

Les chiffres importants retrouvés dans notre étude peuvent s'expliquer d'une part par le choix d'une définition large des CICS. D'autre part, dans beaucoup d'études sur la prévalence du HS envers les médecins, ceux-ci étaient de toutes spécialités confondues (20–22,27,29,31), le plus souvent exerçant en milieu hospitalier. Seules trois études s'intéressaient exclusivement aux médecins généralistes (24,26,55). Les particularités de l'exercice en libéral, la relation de proximité avec les patients en médecine générale (34), et le fait de se retrouver seul avec le

patient, en fait un cadre qui peut être plus propice aux CICS des patients en comparaison avec le milieu hospitalier. Une étude belge récente retrouvait ainsi que les médecins libéraux étaient plus susceptibles de subir une agression sexuelle, en comparaison avec les médecins hospitaliers (28). Dans l'enquête de Duqueroy (32), qui interrogeait les médecins de toute spécialité sur le vécu de CICS de la part de patients, les médecins généralistes étaient ceux qui rapportaient être le plus souvent exposés. Une exposition plus importante aux CICS pour les MG exerçant en libéral pourrait ainsi expliquer en partie nos chiffres.

La nature des CICS les plus fréquemment rapportés par les MG correspondaient à ce qui était retrouvé précédemment dans la littérature (24,26,27). On retrouve en premier lieu les remarques inappropriées à connotation sexuelle, les regards suggestifs, les blagues grivoises, les demandes d'examen génitaux inappropriées et l'exhibition.

On peut différencier les CICS « communs » (qui peuvent être vécus dans d'autres circonstances de la vie quotidienne), et les comportements qui relèvent du contexte particulier de la relation médecin-patient (34) : demande d'examen génitaux non justifiés, discuter des questions sexuelles de manière obsessionnelle, exhibition en dehors du cadre de l'examen clinique, attitudes ambiguës à connotation sexuelle (l'érection au cours d'un examen clinique par exemple).

On peut remarquer la prévalence importante des MG signalant que les CICS se sont produits de manière répétée avec un même patient. En effet, en considérant que les faits ont été perçus comme dégradants, hostiles ou offensants (ce qui correspondait bien à la définition donnée aux MG des CICS), le caractère répétitif des situations constituait du harcèlement sexuel. Dans notre étude, ce serait donc 42,9% des MG ayant vécu un CICS qui ont été harcelés sexuellement par un patient. Ceci reste tout de même à nuancer, la question de la perception du CICS en tant que tel n'ayant pas été posée aux MG. Comme évoqué précédemment, là encore la comparaison avec les chiffres retrouvés dans la littérature internationale est difficile, le caractère répétitif des faits semblant propre à la définition française.

Il faut souligner aussi que 8,1 % des MG rapportaient une situation correspondant à une agression sexuelle (attouchements volontaires des parties intimes), ce qui est similaire avec les résultats internationaux. Une étude belge retrouvait que 10,1 % des médecins avaient déjà subi une agression sexuelle par un patient (17 % chez les femmes vs. 14 % chez les hommes) (56), tandis que dans une étude australienne , 7,7 % de MG déclaraient avoir déjà été agressé sexuellement par un patient.

4. Les MG femmes et les jeunes générations plus exposées aux CICS

Notre étude retrouve une prévalence plus importante pour les femmes médecins, 88,2 % d'entre elles ayant déjà connu au moins un CICS de patients dans leur carrière. Nous avons aussi montré que le sexe féminin était un facteur associé indépendant d'être exposé aux CICS (OR 2,7 IC95 [1,8-4,1]). Ceci rejoint les résultats de l'ensemble des études sur le sujet dans la littérature internationale (20,21,28,29,54,56,57).

Ainsi, de nombreuses études sur le HS des médecins par leurs patients s'intéressaient uniquement aux femmes médecins (22,24,26,27,31), en le justifiant par le fait que les femmes sont bien plus souvent victimes de violences sexuelles que les hommes (49).

On peut souligner que dans notre étude, plus de deux tiers des MG hommes avaient déjà été exposés à au moins un CICS de patient dans leur carrière. Il semble donc que le problème soit répandu pour les médecins des deux sexes, ce qui avait déjà été mis en lumière auparavant dans la littérature (21,30). Cela remet en cause l'idée générale que les hommes seraient à faible risque d'être exposé aux CICS et au HS, et appuie l'importance de les inclure dans les populations d'étude sur le sujet.

Cependant, les sentiments engendrés par le CICS peuvent varier selon le sexe du médecin. Dans notre étude, les femmes décrivaient plus souvent un sentiment négatif vis-à-vis du CICS du patient : l'inconfort (75,7 %), le dégoût (37,8 %), la colère (23 %) ou encore la peur (15,5 %). Les hommes quant à eux étaient plus nombreux que les femmes à décrire de l'amusement (18 % pour les hommes vs. 4,3 % pour les femmes). De même, les femmes rapportaient des répercussions plus marquées sur le plan professionnel, à la fois sur l'impact sur la qualité des soins, leur sentiment de sécurité et de bien-être au travail, et elles étaient plus nombreuses à effectuer des changements dans leur pratique (notamment modification de la tenue vestimentaire).

Des observations similaires ont été faites dans d'autres études (30,54), qui retrouvaient que les femmes avaient tendance à exprimer plus souvent un sentiment de peur ou de menace face aux CICS des patients, tandis que les hommes se sentaient plus fréquemment en sécurité.

Une étude qualitative récente en France s'était plus spécifiquement penchée sur le vécu des CICS par les médecins hommes uniquement, et retrouvait que les expériences vécues étaient peu perçues comme du harcèlement, les hommes se sentant rarement menacés (58). Par contre, ils s'inquiétaient davantage pour leur réputation et les répercussions professionnelles engendrées, de peur que la situation ne se retourne contre eux et d'être vu comme l'agresseur. Des remarques similaires ont été faites par certains MG hommes de notre échantillon,

mentionnant par exemple toujours garder leur alliance pour éviter des situations de séduction de la part de patientes, ou ne pas pratiquer d'examen gynécologique de peur d'accusations à leur encontre.

Les jeunes médecins, avant l'âge de 40 ans, étaient plus susceptibles d'être exposés aux CICS de patients dans notre étude (OR 1,9 IC95[1,2-2,9]). Des résultats similaires, avec une prévalence d'exposition plus importante pour les médecins jeunes et ayant moins d'années d'expérience, ont été retrouvés à l'internationale (22,54,56,57). On peut suggérer que les plus jeunes sont plus susceptibles de considérer un comportement comme inapproprié, du fait de la sensibilisation des jeunes générations sur la problématique du HS et des CICS. Inversement, les médecins plus âgés, ayant évolué dans un climat où l'omerta sur les violences sexuelles était souvent de mise, ont peut-être eu tendance à banaliser certains agissements.
On peut aussi se demander si les CICS vécus par les plus jeunes sont le fait de patients plus âgés, qui ainsi essaient de renverser le rapport de pouvoir apparent, et y trouvent une façon de se sentir moins « vulnérable » face au médecin (34).

Phillips (24) retrouvait que les remplaçants étaient plus fréquemment exposés au HS, ce qui n'était pas le cas dans notre étude. En effet, aucun facteur contextuel n'est ressorti de l'analyse multivariée. Les CICS semblaient donc touchés de manière comparable les MG, quel que soit leur statut (remplaçant/installé), leur mode d'exercice (solo /en groupe), leur milieu d'exercice, leurs horaires de consultation, la présence ou non d'un secrétariat.

Les MG exerçant à la Réunion semblaient être plus à risque d'exposition aux CICS de patients, en comparaison avec les MG de métropole (OR 4,4, IC95 [1-18,6]). Ceci peut être mis en parallèle avec les résultats de l'enquête VIRAGE Outre-mer Réunion (59), qui retrouvaient une proportion quasiment trois fois supérieure de déclaration de HS au travail par les femmes réunionnaises par rapport aux répondantes de métropole. On peut ainsi se demander si des facteurs liés au profil des patients peuvent expliquer ce résultat : une patientèle possiblement plus jeune, plus exposée aux toxiques, un contexte médico-social plus précaire ?

5. Réactions des médecins généralistes et répercussions des CICS

Les sentiments rapportés par les MG de notre échantillon étaient le plus souvent négatifs, d'autant plus pour les femmes MG : l'inconfort, la gêne, la surprise, le dégoût, la sidération, la colère, la peur. Peu de MG ont rapporté avoir été indifférents ou amusés face au CICS. Les mêmes ressentis généraux étaient décrits dans l'étude de Phillips (34). Dans l'étude de Voiton (60), une enquête qualitative sur le vécu des expériences sexistes des femmes MG en France, il

était décrit que les principales réactions des médecins étaient la colère, la peur, l'embarras ou encore la sensation d'être manipulée. On retrouve donc à chaque fois un sentiment global de malaise, qui peut traduire un manque de préparation face à ces situations.

Concernant la réaction des MG face au CICS le plus marquant de leur carrière, le recadrage du patient était la réaction la plus fréquente (50,3 %), mais on peut remarquer que près d'un tiers des MG n'ont eu aucune réaction face au CICS (29,5 %). Certains répondants dans notre étude ont rapporté la responsabilité de notre résignation à « accepter » et banaliser ce type de comportements au cours de nos études, notamment de la part de supérieurs hiérarchiques, ce qui pourrait expliquer en partie l'absence de réaction que certains médecins ont pu décrire face aux CICS de patients. Il y aurait une forme de « normalisation » de comportements pourtant inappropriés. Cela était suggéré par un article récent du The Lancet (61), identifiant le HS comme une forme de « passage obligé » durant les études médicales. Le travail de Zou Al Guyna mettait en lumière la difficulté pour les étudiants en médecine d'identifier le caractère répréhensible des violences sexuelles subies (16), ce qui pourrait refléter une augmentation du seuil de tolérance à ces situations. Cette banalisation des CICS était aussi retrouvée dans l'étude de Phillips (24), dans laquelle moins d'un quart des interrogées ont qualifié la situation vécue comme étant grave. Voiton (60) soulignait que malgré la fréquence des attitudes ou remarques déplacées de patients, leur caractère sexiste était difficilement reconnu par les médecins interrogés. Les actes étaient souvent banalisés, apparentés à de la séduction, ou ignorés, les femmes médecins revenant au motif principal de consultation et se focalisant sur la santé du patient. Les mêmes constatations étaient faites dans l'étude de Tirougnanam sur le sexisme des patients envers les femmes MG (62): la stratégie la plus courante était d'ignorer et tolérer l'acte sexiste. Beaucoup de médecins justifiaient les comportements sexistes par d'autres facteurs internes (le vécu du patient, ses antécédents médicaux) ou externes (le comportement du médecin, la société). Elles mentionnaient aussi l'acquisition par les femmes MG d'une forme de tolérance à la violence, possiblement accentuée par l'influence de l'humour sexiste bien répandu dans le milieu carabin. Pourtant, elles exprimaient toutes un mal-être face à la situation vécue.

On peut noter également que l'arrêt de suivi du patient au décours du CICS a été décidé par seulement 13,2 % des MG. Dans l'étude de Phillips, les femmes MG étaient 65 % à poursuivre le suivi du patient. Il est possible, comme remarqué précédemment (60,62), que la conscience professionnelle des médecins les pousse à vouloir continuer la relation thérapeutique, en plaçant la santé du patient avant tout, et ce malgré des comportements inadaptés. Le CICS peut éventuellement être « justifié » par le médecin du fait d'une

désinhibition pathologique du patient. Cependant, même lorsque les CICS proviennent de patients ayant des conditions pouvant les rendre irresponsables de leurs actes, il est décrit dans la littérature que les médecins exposés ressentaient un impact négatif sur la relation de soins (63). Il était rapporté que cela affectait la manière dont ils prenaient en charge le patient, ainsi que leur sentiment de sécurité et de bien-être, durant et après la consultation.

Dans notre étude, le CICS a été signalé par le MG dans 59,3% des cas, le plus fréquemment à des collègues (75,5%), ou à des proches (64,9%), mais rarement à l'Ordre des médecins (5%) ou aux forces de l'ordre (2,3%). On peut remarquer, tout comme d'autres études précédemment conduites, le faible report aux autorités et aux instances par les médecins victimes de CICS, même en cas d'incidents plus graves (24,64). Cela rejoint aussi le rapport récent de l'Observatoire national de la sécurité des médecins qui regrettait le peu de plaintes déposées par les médecins victimes d'agression (65,66). Dans son recensement national annuel des incidents, en 2021, seules trois agressions sexuelles avaient été signalées par les médecins (<1% de l'ensemble des actes déclarés). Dans notre étude, 8,1% des médecins exposés aux CICS déclaraient avoir subi un attouchement des parties intimes, et trois médecins ont déclaré une menace ou tentative de viol. On peut donc supposer une probable sous-déclaration des évènements graves par les médecins. Une autre étude française en 2015 a montré que les médecins victimes d'une agression ne déclaraient que rarement les faits à l'observatoire pour la sécurité des médecins, le plus souvent par méconnaissance de cette institution. (67)

Les répercussions personnelles à moyen et long terme semblaient peu marquées pour les MG de notre échantillon, contrairement à ce qui avait été montré dans des études précédentes qui retrouvaient un impact significatif sur la santé mentale des médecins (21,22,47).

Par contre, le retentissement sur la qualité de soin et le sentiment de sécurité dans leur pratique était notable. Les MG de notre échantillon étaient 39,5 % à avoir modifié leur pratique professionnelle dans les suites du vécu de CICS, ce qui appuie les données précédemment retrouvées dans la littérature (24,26,63). Diverses stratégies, directes et indirectes, étaient employées pour se protéger : adopter un ton plus formel, changement de tenue vestimentaire, éviter de pratiquer certains examens physiques, ne pas donner d'informations personnelles, ne pas rester seul au cabinet…

6. Changements de pratique proposés par cette étude

Cette forte prévalence des CICS vécus par les MG illustre une problématique particulière pouvant survenir dans la relation médecin-patient. Beaucoup d'entre eux semblaient ne pas se

sentir préparer pour y faire face. Le manque de formation concernant la conduite à adopter face à un patient ayant un CICS peut participer à amplifier ces ressentis négatifs. La majorité des médecins répondants (84,2 %) pensait qu'il serait utile de proposer des recommandations à ce sujet.

On retrouve diverses pistes proposées dans la littérature internationale pour réagir en tant que médecin face aux CICS des patients.

Phillips proposait de former les étudiants en médecine, afin de les aider à identifier qu'est ce qui peut être considéré comme du HS, et ainsi savoir reconnaître les comportements inappropriés (70). Il était aussi proposé des jeux de rôles avec mise en situation, en donnant des propositions sur la conduite à tenir immédiatement lorsque les faits se produisent, mais aussi au décours, en insistant sur la nécessité de report. Il était précisé que la mise en place de mesures de prévention est très limitée quand il s'agit de patients auteurs des agissements.

Viglianti proposait un algorithme pour répondre aux CICS de patient, en fonction du sentiment de sécurité du médecin (71). Si le médecin se sent en sécurité, le comportement doit être clairement et fermement nommer et recadrer. Si par contre le médecin ne se sent pas en sécurité, il était conseillé de quitter rapidement la salle de consultation pour chercher l'aide d'un collègue par exemple. Il faut le mentionner dans le dossier, et il est en droit de l'adresser vers un autre confrère.

L'étude de Scholcoff a étudié spécifiquement les réponses apportées par les médecins face au HS de patients (63). Diverses stratégies étaient identifiées. Certaines réponses étaient indirectes : éviter certains examens ou de parler de certains aspects de la sexualité, ignorer les commentaires inappropriés, le prendre avec humour, rediriger la conversation en ramenant à l'interrogatoire ou l'examen médical, mettre une certaine distance physique avec le patient. D'autres utilisaient des stratégies plus directes : confronter le patient en lui notifiant que le comportement n'était pas acceptable, modifier la manière d'aborder le patient (se présenter en tant que docteur, ne pas parler d'éléments personnels, dépersonnaliser la relation), garder une porte de sortie accessible, modifier sa tenue (port d'une blouse), alerter les instances ou autorités si nécessaire, et débriefer avec les collègues ou son entourage.

Une étude en 2020, réalisée parmi des ophtalmologistes américains (72), a effectué des ateliers et jeux de rôles auprès des médecins de leur échantillon, avec des exemples de situations inappropriées à connotation sexuelle de patients. Il était fourni des boîtes à outil avec des propositions de réponses à apporter. Il était noté au décours de la formation une amélioration significative de leur sentiment de préparation face à la survenue de ce type de situation.

L'Association des collèges médicaux américains (Association of American Medical Colleges) proposait de suivre l'acronyme ERASE (38).

- *Expect* : S'attendre à la possibilité d'être exposé au CICS et réfléchir au préalable à un plan pour se protéger.
- *Report* : Reconnaître le comportement inapproprié comme tel.
- *Adress* : Avoir un script en tête de réponses à apporter (« vos commentaires me mettent mal à l'aise », « cette attitude n'est pas appropriée et je me sens offensé » …), afin de mettre au plus vite des barrières et empêcher l'escalade.
- *Support* : en parler à ses collègues, se soutenir.
- *Encourage* : encourager les institutions à établir des formations et ateliers sur la conduite à tenir face aux CICS de patients.

Enfin, Alfandre proposait des "scripts" pour établir des réponses toutes faites en pratique à donner aux patients (37) (en particulier que les ressources cognitives des praticiens sont limitées par des émotions trop fortes) afin de rester mesuré et professionnel, et ne pas altérer l'alliance thérapeutique.

Ainsi, une formation sur les violences sexuelles et le HS pourrait être proposée dès le début des études médicales, au 1er et 2nd cycle, afin de faire identifier aux étudiants en médecine quels comportements devraient être considérés comme inappropriés, et de les aider à y apporter des réponses. Il est indispensable de proposer un espace d'écoute et de signalement en cas de violences sexuelles (quel qu'en soit l'auteur : supérieur hiérarchique, étudiant, patient…), avec un accompagnement juridique et psychologique, et d'encourager le signalement par les victimes. Durant l'internat, une sensibilisation et une formation des Maîtres de stage des universités (MSU) semble nécessaire, afin d'aborder cette problématique avec les internes. Apprendre à réagir et savoir quelle attitude adoptée face aux CICS afin de limiter l'escalade et la banalisation de la violence semble essentiel pour les médecins actuels et en devenir.

Au cours de la formation médicale continue, la participation à des Groupes de pairs®(68) ou des groupes de type Balint® (69) (groupe de discussion réunissant une dizaine de médecins mené par un psychanalyste, autour d'un cas clinique sur la relation soignant-soigné), pourrait permettre d'échanger sur des situations vécues, d'analyser les ressentis induits, et discuter d'outils de communication pour mieux appréhender des situations futures.

Certains répondants dans notre étude ont aussi mentionné un manque de formation sur les droits des médecins en matière de rupture de suivi des patients, en cas de comportements indésirables ne permettant pas de poursuivre une relation thérapeutique de confiance.

Un certain nombre d'entre eux ont également souligné l'importance d'encourager le signalement, par exemple par le biais d'une campagne nationale auprès des médecins. En effet, le signalement à l'Observatoire national de sécurité des médecins est souvent méconnu (67). On pourrait également imaginer mettre en place une structure d'écoute spécifique pour les médecins victimes de CICS graves avec des répercussions personnelles et/ou professionnelles.

7. Perspectives de recherche

Cette étude se focalisait sur le cas particulier du patient en tant qu'auteur de CICS, ce choix tenant au fait qu'il y a encore très peu de données sur le sujet en France. Plusieurs répondants ont mentionné dans le champ libre avoir connu davantage de situations de harcèlement et de CICS dans le cadre de leur formation de la part de supérieurs hiérarchiques. Il s'agit d'une autre problématique importante, qui a été le sujet de plusieurs études françaises récentes (15–17,19), mais qui n'entrait pas dans le cadre de notre étude. Nous avons choisi d'étudier spécifiquement les CICS des patients car nous avons considérés qu'il s'agit d'un contexte très particulier, non comparable avec le HS de la part de collègues, du fait des différences de rapport de « pouvoir » et le contexte différent de la relation. Dans les enquêtes qualitatives de Voiton et Tirougnanam (60,62), il ressortait aussi que les comportements sexistes des confrères ou des collègues semblaient plus problématique et plus « grave » que les actes des patients, qui eux avaient tendance à être relativisés et mieux tolérés. On peut penser que le statut du médecin vis-à-vis du patient lui permettent de réagir plus facilement en recadrant le patient.

Dans cette étude, nous nous sommes focalisés sur la perspective de la personne qui expérimente les CICS, plutôt que le présumé auteur des faits. Cela étudie un seul aspect d'une situation qui peut être plus complexe, la perception d'une situation donnée pouvant être différente selon le point de vue de la « victime » et de l'auteur. Des recherches futures pourraient ainsi s'intéresser au point de vue du patient, en les interrogeant sur les CICS des médecins envers eux. La situation inverse, du médecin harceleur et du patient victime, n'est pas rare, le statut du médecin pouvant lui conférer une certaine aura, et les patients pouvant être dans des situations de fragilité particulière. Des cas de harcèlement et d'agression sexuelle de patients par leur médecin défrayent régulièrement les médias (73), avec les notions de

consentement du patient souvent mis à mal. Un article publié par l'Association européenne contre les Violences faites aux Femmes dans leur Travail (AVFT) soulignait cette problématique, et remarquait qu'il n'y avait aucune donnée chiffrée disponible en France sur les violences sexuelles commises par les soignants (74).

Nous avons aussi recueilli un certain nombre de données qualitatives avec les descriptions des CICS vécus par les MG (certaines de ces descriptions sont retranscrites en annexe 3). L'analyse de ces données n'a pas encore été faite, elles restent conservées et anonymisées. Il serait souhaitable de poursuivre cette étude par une analyse qualitative afin d'explorer de manière plus poussée et complète le vécu et les ressentis des MG ayant subi des CICS, ainsi que les répercussions engendrées. Celle-ci pourrait mener au développement de meilleurs outils pour y répondre et limiter l'impact en conséquence pour les médecins. Nous avons d'ailleurs recueilli plusieurs contacts de répondants qui indiquaient être intéressés pour participer à des entretiens pour une future recherche qualitative.

Cette première analyse des comportements inappropriés et des violences à connotation sexuelle envers les médecins généralistes peut servir de base pour travailler plus spécifiquement sur l'élaboration de mesures pour y faire face, dans le but d'améliorer aussi bien la qualité de la relation de soins, que le sentiment de sécurité du médecin.

CONCLUSION

Les résultats de l'enquête nationale MedTooFr suggèrent qu'une proportion considérable des MG libéraux en France ont déjà été exposés aux CICS de patients. Les chiffres d'incidence annuelle des CICS pour les MG de notre échantillon sont particulièrement importants. Les MG femmes et ceux âgés de moins de 40 ans semblent les plus exposés. On peut remarquer que certains types des CICS rapportés sont singuliers au contexte de la relation médecin-patient, et qu'un certain nombre de MG ont été amenés à effectuer des changements dans leur pratique professionnelle en conséquence.

Etant donné les répercussions négatives que le vécu de CICS peut entraîner, aussi bien pour le médecin généraliste que pour la qualité des soins et la relation thérapeutique avec le patient, il semble important de prendre conscience de l'existence possible de cette problématique dans la profession. Cette étude montre la nécessité de développer des formations spécifiques pour les médecins afin d'y être mieux préparés mais aussi pour éviter une éventuelle escalade vers des comportements répétés et plus sévères. On pourrait aussi développer un espace d'écoute et d'accompagnement pour les médecins victimes de violences graves. D'autres recherches pourraient ainsi être menées afin de développer les pistes de formations proposées.

REFERENCES

1. Code pénal - Article 222-33 - Legifrance [Internet]. 6 août 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289662/

2. U.S. Equal Employment Opportunity Commission. Fact Sheet: Sexual Harassment Discrimination [Internet]. US EEOC. [cité 8 mar 2022]. Disponible sur: https://www.eeoc.gov/laws/guidance/fact-sheet-sexual-harassment-discrimination

3. American Medical Association. Sexual Harassment in the Practice of Medicine [Internet]. AMA. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/sexual-harassment-practice-medicine

3. Code pénal - Article 621-1 - Legifrance [Internet]. 24 mars 2020. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038313053/

4. Croquet P. #MeToo, du phénomène viral au « mouvement social féminin du XXIe siècle ». Le Monde. [Internet]. 14 oct 2018. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/10/14/metoo-du-phenomene-viral-au-mouvement-social-feminin-du-xxie-siecle_5369189_4408996.html

5. Tesoriere R. «Balance ton porc» : sur Twitter, des milliers de femmes racontent leur harcèlement sexuel [Internet]. Le Parisien. 2017. Disponible sur: https://www.leparisien.fr/laparisienne/actualites/balance-ton-porc-le-hashtag-qui-denonce-le-harcelement-sexuel-14-10-2017-7331730.php

7. J. Clavière, Kraus F. Deux ans après #MeToo: les violences sexistes et sexuelles au travail en Europe [Internet]. Fondation Jean-Jaurès. 2019. Disponible sur: https://www.jean-jaures.org/publication/deux-ans-apres-metoo-les-violences-sexistes-et-sexuelles-au-travail-en-europe/

7. Sondage Odoxa-Dentsu Consulting. Regard des Français sur les violences sexuelles et le harcèlement [Internet]. Odoxa. 2017. Disponible sur: http://www.odoxa.fr/sondage/plus-dune-femme-deux-france-a-deja-ete-victime-de-harcelement-dagression-sexuelle/

9. Kraus F. Les Françaises face au harcèlement sexuel au travail, entre méconnaissance et résignation [Internet]. IFOP. 2018. Disponible sur: https://www.ifop.com/publication/les-francaises-face-au-harcelement-sexuel-au-travail-entre-meconnaissance-et-resignation/

10. L'Observatoire Étudiant des Violences Sexuelles et Sexistes dans l'Enseignement Supérieur. Paroles étudiantes sur les violences sexistes et sexuelles. [Internet]. 2020. Disponible sur: https://observatoire-vss.com/notre-rapport

10. Collectif De Lutte Anti-Sexiste Contre Le Harcèlement Sexuel Dans L'Enseignement Supérieur. Le harcèlement sexuel dans l'enseignement supérieur et la recherche. Guide pratique pour s'informer et se défendre. 3 ed. 2020.

12. Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Stop aux violences sexistes et sexuelles dans l'enseignement supérieur [Internet]. enseignementsup-recherche.gouv.fr. 2018. Disponible sur: https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/stop-aux-violences-sexistes-et-sexuelles-dans-l-enseignement-superieur-49287

12. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Policy and Global Affairs, Committee on Women in Science, Engineering, and Medicine, Committee on the Impacts of Sexual Harassment in Academia. Sexual Harassment of Women: Climate, Culture, and Consequences in Academic Sciences, Engineering, and Medicine [Internet]. Benya FF, Widnall SE, Johnson PA, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507206/

14. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. Acad Med J Assoc Am Med Coll 2014;89(5):817-27.

14. InterSyndicale Nationale des Internes. Hey Doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes? [Internet]. ISNI. 2017. Disponible sur: https://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/11/Etude-sexisme-ISNI.pdf

15. Zou Al Guyna L. Violences sexuelles au cours des études de médecine: Enquête de prévalence chez les externes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. Paris (France): Paris Diderot; 2018.

17. Duba A. Harcèlement sexuel chez les jeunes médecins à l'Hôpital : prévalence, facteur de risque et conséquences en santé mentale. Enquête nationale MESSIAEN [Thèse d'exercice]. Marseille (France): Université Aix-Marseille; 2020.

18. Eudeline S. Facteurs associés aux violences subies par les étudiant.es en médecine générale dans le cadre de leurs études [Thèse d'exercice]. Paris (France): Université de la Sorbonne Paris Nord; 2020.

19. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Enquête sur les violences sexistes et sexuelles de l'ANEMF. 2021.

20. Jagsi R, Griffith KA, Jones R, Perumalswami CR, Ubel P, Stewart A. Sexual Harassment and Discrimination Experiences of Academic Medical Faculty. JAMA 2016;315(19):2120-1.

21. Vargas EA, Brassel ST, Cortina LM, Settles IH, Johnson TRB, Jagsi R. #MedToo: A Large-Scale Examination of the Incidence and Impact of Sexual Harassment of Physicians and Other Faculty at an Academic Medical Center. J Womens Health 2019.

22. Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and Correlates of Harassment Among US Women Physicians. Arch Intern Med 1998;158(4):352.

23. Hinze SW. « Am I being over-sensitive? » Women's experience of sexual harassment during medical training. Health Lond Engl 2004;8(1):101-27.

24. Phillips SP, Schneider MS. Sexual Harassment of Female Doctors by Patients. N Engl J Med 1993;329(26):1936-9.

25. 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.

26. Bratuskins PA, McGarry HA, Wilkinson SJ. Sexual harassment of Australian female general practitioners by patients. Med J Aust. 7 oct 2013;199(7):454.

27. Jenner S, Djermester P, Prügl J, Kurmeyer C, Oertelt-Prigione S. Prevalence of Sexual Harassment in Academic Medicine. JAMA Intern Med 2019;179(1):108-11.

28. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and Violence Against Primary Care Physicians—a Nationwide Questionnaire Survey. Dtsch Ärztebl Int. mars 2015;112(10):159-65.

29. Nazionale E. 4 médecins sur 10 victimes d'un comportement indésirable sexuel [Internet]. Artsenkrant.com. 2017. Disponible sur: https://www.artsenkrant.com/actueel/4-op-10-artsen-slachtoffer-van-seksueel-ongewenst-gedrag/article-normal-26763.html

30. Rø KI, Johansen IH, Rosta J. Doctors as targets of unwanted sexual attention. Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke 2018;138(16).

31. Ulusoy H, Swigart V, Erdemir F. Think globally, act locally: understanding sexual harassment from a cross-cultural perspective: Sexual harassment from a cross-cultural perspective. Med Educ. juin 2011;45(6):603-12.

32. Duqueroy V. Enquête : harcèlement sexuel dans le milieu médical en France [Internet]. Medscape. 2019. Disponible sur: https://francais.medscape.com/diaporama/33000214?faf=1#28

33. Bird S. Harassment of GPs. Aust Fam Physician juill 2009;38(7):533-4.

34. Schneider M, Phillips SP. A qualitative study of sexual harassment of female doctors by patients. Soc Sci Med 1997;45(5):669-76.

35. Walsh A. Our white coats are not armour. Protecting physicians in the doctor-patient relationship. Can Fam Physician Med Fam Can 2005;51:1604-5, 1609-11.

36. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2021. [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf

37. Alfandre D, Geppert C. Discriminatory and Sexually Inappropriate Remarks from Patients and Their Challenge to Professionalism. Am J Med 2019;132(11):1251-3.

37. Paturel A. When the perpetrators are patients [Internet]. Association of American Medical Colleges. 2018. Disponible sur: https://www.aamc.org/news-insights/when-perpetrators-are-patients

39. Boissonnault JS, Cambier Z, Hetzel SJ, Plack MM. Prevalence and Risk of Inappropriate Sexual Behavior of Patients Toward Physical Therapist Clinicians and Students in the United States. Phys Ther 2017;97(11):1084-93.

40. Patel P, Smallidge DL, Boyd LD, Vineyard J. Inappropriate Patient Sexual Behavior in the Dental Practice Setting: Experiences of dental hygienists. J Dent Hyg JDH 2021;95(4):14-22.

41. Lelièvre B. Exposition des infirmières au sexisme à l'hôpital, étude descriptive transversale au sein du groupement hospitalier de territoire Normandie-Centre [Thèse d'exercice]. Caen (France): Université de Caen-Normandie; 2018.

42. Willness C, Steel P, Lee K. A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. Pers Psychol 2007;60:127-62.

43. Hobbs FD. General practitioners' changes to practice due to aggression at work. Fam Pract 1994;11(1):75-9.

44. Baker L. Sexual harassment by patients forces doctors to alter their practice. BMJ 2014;348(jan15 1):g118-g118.

45. Komaromy M, Bindman AB, Haber RJ, Sande MA. Sexual Harassment in Medical Training. N Engl J Med 1993;328(5):322-6.

46. Coles J, Koritsas S, Boyle M, Stanley J. GPs, violence and work performance - « just part of the job? » Aust Fam Physician 2007;36(3):189-91.

47. Dzau VJ, Johnson PA. Ending Sexual Harassment in Academic Medicine. N Engl J Med 2018;379(17):1589-91.

48. Quinn BA. Sexual Harassment and Masculinity: The Power and Meaning of « Girl Watching ». Gend Soc 2002;16(3):386-402.

49. Institut national d'études démographiques. Enquête Violences et Rapport de Genre (VIRAGE): Présentation de l'enquête VIRAGE et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/

50. World Health Organization. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2012. v, 101 p. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/75201

50. Lachapelle M, Gagné D. Statistiques sur les agressions sexuelles [Internet]. INSPQ. 2022. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/statistiques

52. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé [Internet]. ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2022. 2022. Disponible sur: https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

53. Agence Régionale de Santé. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. ARS. 2019. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe

54. Demeur V, Devos S, Jans E, Schoenmakers B. Aggression towards the GP: can we profile the GP–victim? A cross-section survey among GPs. BJGP Open 2018;2(3). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6189782/

55. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: a minor, major, or severe problem? Can Fam Physician Med Fam Can 2010;56(3):e101-108.

55. De Jager L, Deneyer M, Buyl R, Roelandt S, Pacqueu R, Devroey D. Cross-sectional study on patient-physician aggression in Belgium: physician characteristics and aggression types. BMJ Open 2019;9(12). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6937035/

57. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: one-year prevalence. N Z Med J 2006;119(1237):U2050.

58. Farkas AH, Scholcoff C, Machen JL, Kay C, Nickoloff S, Fletcher KE, et al. The Experience of Male Physicians with Sexual and Gender-Based Harassment: a Qualitative Study. J Gen Intern Med 2020;35(8):2383-8.

59. Insitut national des études démographiques. VIRAGE Outre-Mer: Synthèse des premiers résultats de l'enquête sur les violences envers les femmes dans les espaces publis, au travail et dans les couples à la Réunion. [Internet]. 2019. Disponible sur: https://viragedom.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/28947/virage_dom_ra.union_ra.sultats.4.pages.fr.pdf

60. Voiton C. Vécu des expériences sexistes de femmes médecins généralistes au cours de leur parcours professionnel: étude qualitative réalisée à partir de 10 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Nantes (France): Université de Nantes; 2019.

63. The Lancet. Time's up for sexual harassment in medicine. The Lancet 2018;391(10140):2576.

62. Tirougnanam S. Vécu de femmes médecins généralistes face au sexisme du patient [Thèse d'exercice]. Paris (France): Université de la Sorbonne; 2021.

64. Scholcoff C, Farkas A, Machen JL, Kay C, Nickoloff S, Fletcher KE, et al. Sexual Harassment of Female Providers by Patients: a Qualitative Study. J Gen Intern Med 2020;35(10):2963-8.

59. Hemmat S, Khoong EC, Sharma AE, Sarkar U. Sharing Stories, Searching for Solutions: Sexual Harassment of Physicians by Patients. Am J Med 2019;132(10):e746.

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

66. L'observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/lobservatoire-securite-medecins

62. Clinet ML, Vaysse B, Gignon M, Jarde O, Manaouil C. Violences subies par les médecins généralistes exerçant en libéral : sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens. Presse Médicale 2015;44(11):e321-9.

68. Société Française de Médecine Générale. Groupe de pairs® [Internet]. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/groupe_de_pairs/

65. Bouldouyre Magnier AM, Soares A. Groupes Balint. Elsevier Masson 2019. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1303289/groupes-balint

67. Phillips SP, Webber J, Imbeau S, Quaife T, Hagan D, Maar M, et al. Sexual Harassment of Canadian Medical Students: A National Survey. EClinicalMedicine 2019;7:15-20.

68. Viglianti EM, Oliverio AL, Meeks LM. Sexual harassment and abuse: when the patient is the perpetrator. The Lancet 2018;392(10145):368-70.

69. Hock LE, Scruggs BA, Barlow PB, Oetting TA, Abràmoff MD, Shriver EM. Responding to Patient-Initiated Verbal Sexual Harassment: Outcomes of a Pilot Training for Ophthalmologists. J Acad Ophthalmol 2020;12(2):e175-80.

73. Rastello C. Procès du Dr Hazout : les « excuses » du Conseil de l'ordre [Internet]. L'Obs. 2014. Disponible sur: https://www.nouvelobs.com/justice/20140218.OBS6779/proces-du-dr-hazout-les-excuses-du-conseil-de-l-ordre.html

74. Baldeck M. Violences sexuelles commises par des professionnels de santé : Hippocrate phallocrate ? [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.avft.org/wp-content/uploads/2017/05/Hippocrate_Phallocrate.pdf

ANNEXES

Liste des annexes

1. Annexe 1 : Questionnaire de thèse 66
2. Annexe 2 : Prévalence d'exposition aux CICS des patients pour les médecins généralistes, sur la carrière entière 75
3. Annexe 3: Exemples de CICS de patients décrits par les MG, regroupés en fonction des catégories proposées 76
4. Annexe 4. Incidence des CICS sur les 12 derniers mois (en nombre d'évènements pour 100 MG/ année) 80
5. Annexe 5. Incidence des CICS en fonction du sexe du médecin 81
6. Annexe 6. Réactions du médecin généraliste face au CICS du patient 82
7. Annexe 7. Signalement du CICS par le médecin généraliste 83
8. Annexe 8. Retentissements des CICS des patients sur le plan personnel pour le médecin généraliste, en fonction du sexe du médecin. 84
9. Annexe 9. Répercussions des CICS des patients sur le plan professionnel pour le médecin généraliste, en fonction du sexe du médecin 85

1. **Annexe 1 :** Questionnaire de thèse

I) Données générales

1) Vous êtes :
- Une femme
- Un homme
- Autre

2) En quelle année êtes-vous né(e) ?
[Menu déroulant]

3) Avez-vous terminé votre internat de médecine générale ?
- Oui
- Non

4) Avez-vous passé votre thèse de médecine générale ?
- Oui
- Non

5) En quelle année avez-vous passé votre thèse de médecine générale ?
[Menu déroulant]

6) Exercez-vous, même partiellement, une activité libérale de médecine générale en cabinet ?
- Oui
- Non

7) Quel est le numéro du département dans lequel vous exercez ?
[Menu déroulant]

8) Vous exercez votre activité libérale :
- Dans un cabinet seul
- Dans un cabinet de groupe
- En maison de santé pluriprofessionnelle
- En maison médicale ou SOS médecins
- Autre

9) Vous exercez :
- En tant que médecin généraliste remplaçant(e)
- En tant que médecin généraliste collaborateur·trice
- En tant que médecin généraliste installé(e)

10) Quel est votre milieu principal d'exercice ?
- Rural
- Semi-rural
- Urbain

11) Concernant l'organisation de votre exercice au cabinet :

- Vous travaillez uniquement sur créneaux libres.
- Vous travaillez uniquement sur rendez-vous.
- Vous avez des plages de rendez-vous et des plages libres.

12) Concernant l'accueil et la prise de RDV des patients :
- Vous disposez d'un secrétariat d'accueil au cabinet.
- Vous disposez d'un secrétariat téléphonique.
- Vous disposez d'un secrétariat virtuel ou plateforme de prise de RDV en ligne.
- Vous gérez vous-même les rendez-vous et l'accueil des patients dans le cabinet.

13) Quels sont vos horaires de consultation ?
- Vous effectuez uniquement des horaires de jour.
- Vous pouvez consulter le soir (entre 19h et 21h).
- Vous pouvez faire des consultations la nuit (après 21h).
- Vous pouvez consulter les week-ends (samedi après-midi et dimanche) et jours fériés.

14) Effectuez-vous des visites à domicile ?
- Oui
- Non

II) Comportements Inappropriés à Connotation Sexuelle : situations vécues

Dans cette étude, nous avons choisi d'utiliser le terme ***« Comportements Inappropriés à Connotation Sexuelle »*** *pour décrire tout propos, attitude ou comportement connoté sexuellement, qui apparait inapproprié ou déplacé dans le contexte de la relation médecin-patient, et qui peut être perçu comme offensant, dégradant ou humiliant. Les propositions décrites ci-dessous concernent uniquement des situations qui se sont déroulées dans le cadre de la pratique de la médecine générale, et impliquant des patients.*

15) Avez-vous déjà été exposé(e) à une ou plusieurs des situations suivantes lors d'une consultation avec un(e) patient(e) ?

15.1. Remarque(s) inappropriée(s) sur votre apparence, votre corps ou votre tenue vestimentaire.
- Oui
- Non
  - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
  - Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.2. Regards suggestifs ou insistants.
- Oui
- Non
  - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?

- Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.3. Question(s) intrusive(s) sur votre vie privée ayant une connotation sexuelle.

- Oui
- Non
    - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
    - Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.4. Blagues grivoises, ou autres propos à connotation sexuelle offensants ou vous ayant mis mal à l'aise :

- Oui
- Non
    - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
    - Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.5. Lettres, emails, sms, photos ou cadeaux inappropriés à connotation sexuelle.

- Oui
- Non
    - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
    - Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.6. Discuter les questions sexuelles de manière insistante ou inappropriée.

- Oui
- Non
    - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
    - Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.7. Demande d’examens génitaux inappropriés et non justifiés médicalement.

- Oui
- Non
    - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
    - Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.8. Exhibition inappropriée de certaines parties du corps, ne rentrant pas dans le cadre de l'examen clinique.

- Oui
- Non

- Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
- Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.9. Invitations ou propositions à connotation sexuelle.

- Oui
- Non
    - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
    - Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.10. Contact physique, caresses, étreinte ou baisers non désirés et délibérément imposés.

- Oui
- Non
    - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
    - Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.11. Attouchements volontaires de parties intimes (cuisses, fesses, seins ou parties génitales).

- Oui
- Non
    - Au cours des 12 derniers mois, à combien de reprises avez-vous été exposé(e) à cette situation ?
    - Au cours de l'ensemble de votre carrière, à combien de reprises estimez-vous avoir été exposé(e) à cette situation ?

15.12. Autre type de situation inappropriée à connotation sexuelle, vécue au cours d'une consultation avec un patient, et non décrite dans les propositions ci-dessus :

15.13. Cocher cette case si vous avez répondu NON à toutes les propositions précédentes.

- Vous n'avez JAMAIS été exposé(e) à une situation de ce type lors d'une consultation avec un patient.

16. Une ou plusieurs des situations décrites ci-dessus s’est-elle reproduite à plusieurs reprises avec le même patient ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous préciser quelle(s) situation(s) se sont reproduite(s) avec le même patient :

III) Décrire l’expérience vécue de Comportement Inapproprié à Connotation Sexuelle la plus marquante au cours de votre vie professionnelle

Nous allons à présent vous questionner sur la situation vécue avec un(e) patient(e), qui vous a le plus marquée au cours de votre carrière médicale, et qui selon vous entre dans la définition d'un Comportement Inapproprié à Connotation Sexuelle.

17. Concernant la situation la plus marquante qui vous vient à l'esprit, le patient en question était :
    - Un homme
    - Une femme

18. Il s'agissait d’un patient …
    - Que vous voyiez pour la première fois.
    - Que vous aviez déjà suivi auparavant.
    - Membre de la famille ou entourage proche d’un patient que vous suiviez.

19. Concernant le patient en question :
- Cette situation s’est produite une seule fois avec ce patient.
- Ce patient a eu des comportements inappropriés avec vous à plusieurs reprises.
- Cette situation en particulier ne s’est produite qu’une seule fois avec vous mais ce même patient a eu des attitudes similaires avec un(e) autre confrère/consœur ou un autre professionnel de santé.

20. Ce patient …
- Semblait à ce moment sous l'emprise de toxiques : alcool ou drogue
- Avait des antécédents psychiatriques connus
- Avait des antécédents de troubles neurocognitifs connus.

21. Cette situation a eu lieu :
- Dans la salle de consultation du cabinet médical
- Dans la salle d’attente
- Lors d’une visite à domicile
- Par téléphone
- Autre :

22. Cette situation s’est déroulée :
- En horaires de jour (jusqu’à 19h)
- En fin de journée ou soirée (entre 19 et 21h)
- En horaires de nuit (après 21h)
- Lors d’une garde

23. Si vous deviez décrire votre ressenti immédiat face à cette situation : (Plusieurs réponses possibles)
- Inconfort, gêne
- Amusement

- Colère
- Peur
- Indifférence
- Sidération
- Dégoût
- Surprise
- Autre :

24. Quelle a été votre réaction vis-à-vis de ce patient ? (Plusieurs choix possibles)
- Vous lui avez demandé d'arrêter.
- Vous avez recadré le patient.
- Vous avez essayé d'échanger avec le patient sur la situation.
- Vous avez tourné la situation en dérision.
- Vous n'avez pas eu de réaction particulière.
- Vous avez appelé un confrère/une consœur.
- Vous avez appelé une autre personne extérieure.
- Vous avez appelé les forces de l'ordre.
- Autre :

25. Concernant le patient en question :
- Le patient n'est jamais revenu vous voir.
- Vous avez décidé d'arrêter de suivre ce patient.
- Vous avez continué à suivre ce patient.
- Vous l'avez adressé vers un autre confrère ou consœur.

26. Avez-vous signalé ou discuté de cet évènement par la suite ?
- Oui
- Non

26.1. Si oui, à qui l'avez-vous signalé ?
- A vos proches : conjoint(e), ami, famille.
- A un confrère ou une consœur.
- A la police ou gendarmerie (main courante ou dépôt de plainte).
- Signalement à l'Ordre des Médecins.
- Autre

26.2. Si non, pourquoi ne pas l'avoir signalé ?
- Cela ne vous a pas semblé nécessaire.
- Sentiment d'inutilité du report.
- La condition du patient ne le rendait pas responsable de ses actes.
- Méconnaissance des procédures de signalement possibles.
- Sentiment de honte ou de culpabilité.
- Peur de ne pas être cru.
- Autre :

IV) Répercussions éventuelles

27. Pensez-vous que cet évènement a eu un impact sur le plan personnel ?
- Oui
- Non

27.1. Si oui, le(s)quel(s) ?
- Sentiment de détachement, de perte d'empathie.
- Sensibilité accrue ou réactions exagérées face à certains stimuli de l'environnement.
- Souvenirs répétitifs, flashbacks ou rêves récurrents en rapport avec l'évènement.
- Remise en question.
- Sentiment de culpabilité.
- Difficulté pour ressentir des émotions agréables et positives.
- Perte d'intérêt pour des activités importantes ou agréables habituellement.
- Difficulté de concentration
- Anxiété
- Irritabilité
- Comportements d'évitement (efforts pour éviter les personnes, les activités ou les situations éveillant des souvenirs pénibles à propos de l'évènement).
- Baisse d'estime de soi.
- Sentiment d'insécurité.
- Perturbations du sommeil
- Autre :

28. Dans les suites, et en lien avec cet évènement … :

28.1. Vous avez consulté un professionnel de santé (psychologue, psychiatre, médecin généraliste…).
- Oui
- Non

28.2. Vous avez débuté ou repris un traitement anxiolytique et/ou antidépresseurs.
- Oui
- Non

29. Concernant les répercussions éventuelles sur le plan professionnel de cet évènement en particulier, vous pensez que cela a eu un retentissement sur…

29.1. La qualité des soins prodigués au patient.
- Oui
- Non

29.2. Votre sentiment de sécurité au travail.
- Oui
- Non

29.3. Votre sentiment de bien-être au travail
- Oui
- Non

30. Pensez-vous avoir effectué des changements dans votre pratique professionnelle après avoir vécu une ou des situation(s) de ce type au cours de vos consultations ?
- Oui
- Non

30.1. Si oui, le(s)quel(s) ?
- Vous maintenez une relation médecin-patient plus formelle.
- Vous avez installé un dispositif de sécurité : alarmes, vidéosurveillance.
- Vous consultez uniquement sur RDV.
- Vous avez modifié votre tenue vestimentaire (par exemple, port de blouse).
- Vous avez restreint vos horaires de consultations.
- Vous évitez de communiquer des informations personnelles aux patients (adresse, numéro de téléphone, etc).
- Vous avez décidé de vous mettre en association/en collaboration.
- Vous évitez de pratiquer certains examens physiques/génitaux.
- Vous ne faites plus de visites à domicile.
- Vous veillez à ne jamais rester seul au cabinet médical.
- Autre :

V) Formation sur le sujet

31. Avez-vous déjà reçu des informations sur la conduite à tenir en cas de comportement inapproprié à connotation sexuelle de la part d'un patient au cours d'une consultation ?

31.1. Au cours de l'externat ou de l'internat
- Oui
- Non

31.2. Dans le cadre de la formation médicale continue.
- Oui
- Non

31.3. Dans un autre cadre que celui de la formation médicale.
- Oui
- Non

32. Pensez-vous qu'il serait utile de mettre en place des recommandations ou une formation particulière pour les médecins généralistes pour identifier et faire face à ce type de problématique ?
- Oui
- Non

VI) Expression libre

Si vous avez vécu, ou si vous avez été témoin, au cours de votre vie professionnelle, d'une situation au cours de laquelle un patient a eu un comportement ou des propos inappropriés à connotation sexuelle dans le cadre de la pratique médicale, et que celle-ci a vous a particulièrement marquée, vous pouvez si vous le souhaitez, partager ici votre expérience. Vous pouvez également nous faire part de toute remarque en lien avec cette étude.

Nous envisageons de poursuivre cette étude par une enquête qualitative, si vous êtes intéressé(é) pour avoir plus d'informations à ce sujet et éventuellement participer à cette enquête, vous pouvez envoyer un mail à : medtoofr@gmail.com

Numéro unique d'écoute et d'assistance confidentiel et gratuit destiné aux médecins et internes en difficulté : 0826 000 401 (disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7

2. **Annexe 2 :** Prévalence d'exposition aux CICS des patients pour les médecins généralistes, sur la carrière entière

	Population totale (n=570)		Hommes (n=152)		Femmes (n=416)		P
	N	%	n	%	n	%	
Au moins 1 CICS	**474**	**83,2**	**105**	**69,1**	**367**	**88,2**	**<0.0001**
Remarques inappropriées sur l'apparence, le corps ou la tenue vestimentaire.	**330**	**57,9**	**59**	**38,8**	**269**	**64,7**	**<0.0001**
Regards suggestifs ou insistants.	**273**	**49,4**	**45**	**30,4**	**228**	**56,4**	**<0.0001**
Questions intrusives sur la vie privée ayant une connotation sexuelle.	141	25,9	30	20,3	110	27,9	0,072
Blagues grivoises, ou autres propos à connotation sexuelle.	**243**	**45**	**36**	**24,5**	**206**	**52,6**	**<0.0001**
Lettres, emails, sms, contact sur réseaux sociaux, photos ou cadeaux inappropriés à connotation sexuelle.	71	13,3	18	12,6	53	13,6	0,763
Discuter les questions sexuelles de manière insistante ou inappropriée.	131	24,7	32	22,4	99	25,6	0,448
Demande d'examens génitaux inappropriés et non justifiés médicalement.	**211**	**39,7**	**39**	**27,1**	**172**	**44,4**	**<0.0001**
Exhibition inappropriée de certaines parties du corps, ne rentrant pas dans le cadre de l'examen clinique.	189	35,8	51	35,9	138	35,8	0,988
Invitations ou propositions à connotation sexuelle.	123	23,3	34	23,9	88	22,9	0,804
Contact physique, caresses, étreinte ou baisers non désirés et délibérément imposés.	**79**	**15,1**	**14**	**10**	**65**	**17**	**0,048**
Attouchements volontaires de parties intimes (cuisses, fesses, seins ou parties génitales).	42	8,1	8	5,8	34	8,9	0,27
Autres *	13	2,5	5	3,6	8	2,1	0,333

Les pourcentages sont calculés sur le nombre de répondant pour chaque CICS.
*CICS « autres » décrits par les répondants : masturbation +/- éjaculation du patient (n=3), tenue inappropriée et suggestive du patient (n=6), menace de viol (n=3), échantillon de sperme amené en consultation (n=1), séquestration au domicile du patient lors d'une visite (n=1).

3. **Annexe 3:** Exemples de CICS de patients décrits par les MG, regroupés en fonction des catégories proposées

Nature des CICS	**Expériences vécues citées par les médecins répondants**
Remarques inappropriées sur l'apparence, le corps ou la tenue vestimentaire.	*« Il y a également des petites phrases pas si anodines que ça que l'on entend en passant par le secrétariat : "Je souhaiterai un rdv avec la petite médecin mignonne"... »* *« Difficile d'estimer le nombre de remarques subies, les "je préfère quand c'est vous, vous êtes plus jolie à regarder" sont légion et on est toujours à la frontière du compliment et du sexisme. »* *« Il s'agissait de remarques de patient sur la gent féminine et sur le fait d'avoir une jolie femme en face de lui en consultation... »* *« Remarque sur ma poitrine. »* *« Le 2ème patient, allongé sur la table d'examen, a pointé mes seins, sans les toucher, en tournant ses mains et disant "c'est à moi ça !" »* *« Demander que je relève ma jupe (longue en été) pour voir si j'étais rousse ! »* *« Commentaires répétés et suggestifs sur mon décolleté par un même patient en tant que remplaçante. »*
Regards suggestifs ou insistants.	*« Le patient en question me complimente sur mes "putain de beaux yeux bleus" et me fixe dans les yeux durant toute la consultation. »* *« Certains patients y compris des hommes âgés que je soigne depuis des années, me toisent et me détaillent physiquement lorsque je les accueille en salle d'attente, "matent" lorsqu'ils me suivent, et se permettent de me faire remarquer un changement physique ("ah ben elle a arrêté, son sport, elle a pris du poids !"). »*
Questions intrusives sur la vie privée ayant une connotation sexuelle.	*« Questions sur mon statut conjugal. »* *« Mon conjoint également médecin a reçu un message sur Facebook d'un de ses patients lui demandant s'il était libre et lui précisant qu'il était charmant. »* *« Toujours pas célibataire ? Mais vous n'avez pas d'alliance alors c'est bon ? Un diner ou un verre, c'est comme une consultation, on ne parlera que de moi. »* *« Demande insistante pour avoir mon adresse personnelle, menaces d'avoir recours à des amis travaillant dans des services publics (EDF ou SGDE) pour obtenir mon adresse. »*
Blagues grivoises, ou autres propos à connotation sexuelle.	*« "Humour" d'un patient me proposant de penser à lui si je divorce. »* *« On me rapporte des rêves érotiques où je suis mis en scène. »* *« Un patient qui m'a signalé que je ressemblai au personnage principal d'une bande dessinée et voulait que nous regardions sur internet cette bd ensemble...il s'agissait d'une bd à caractère pornographique. »* *« Menace d'une fessée si j'ai du retard. »*
Lettres, emails, sms, contact sur réseaux sociaux, photos ou cadeaux inappropriés à connotation sexuelle.	*« Déclarations d'amour verbale ou par lettre 5 à 6 fois. »* *« J'ai eu un cas de patient qui fantasmait sur les femmes médecins. Je lui ai proposé de changer de médecin. Il n'a pas voulu. Je lui rendais ses cadeaux et ai réussi à le maintenir à distance suffisante pour le soigner au mieux. Son précédent médecin femme l'avait signalé et il ne devait pas l'approcher mais il lui avait fait des menaces de mort ce qui n'a pas été mon cas. »* *« Une patiente qui m'a déclaré par lettre qu'elle était amoureuse de moi… j'étais jeune médecin et je changeais de région pour suivre mon conjoint… »*

	« Un patient vu pour un motif quelconque, à qui j'ai prescrit une prise de sang puis communiqué le résultat rassurant de cet examen via mon téléphone personnel faute de tel pro, m'a répondu par : une photo nue de lui. » *« Une déclaration d'amour avec des roses. »* *« Dans mon cas rien de sexuel mais un patient m'a envoyé un message ensuite sur Facebook tout à fait courtois pour me dire qu'il me trouvait mignonne et voulait me revoir. Je ne me suis pas sentie menacée mais surtout sentie pas respectée dans mon travail. »* *« Dépôt de fleurs sur mon parebrise, cadeaux y compris à mon domicile. »* *« Envoi de photos et textos à caractère sexuel. »* *« Cadeaux de type sous-vêtements avec sous-entendu répétitifs au cours des consultations. »*
Discuter les questions sexuelles de manière insistante ou inappropriée.	*« Description très détaillée de sa vie sexuelle en guettant mes réactions et en essayant de me choquer. »* *« Patient racontant des problèmes de relations y compris sexuels en disant 'vous voyez quand ça fait comme ça, vous aussi non sûrement ?' plusieurs fois de suite. »*
Demande d'examens génitaux inappropriés et non justifiés médicalement.	*« Il s'agissait d'un patient que je voyais pour la première fois d'environ 50 ans. Celui-ci sous prétexte de symptômes urinaires s'est intégralement déshabillé et m'a demandé plusieurs fois que je lui fasse un toucher rectal. Celui-ci voyant l'urologue quelques jours plus tard je ne voyais pas l'intérêt de cet examen et je lui ai expliqué mais il a insisté plusieurs fois »* *« Demande d'inspection d'un pénis en érection pour s'assurer que la taille est dans la norme. Refus de ma part. La suite de la consultation s'est passée "normalement". »* *« Visite à domicile : chambre du patient remplie d'images porno, avec demande d'examen pour pb au niveau des OGE, fictifs finalement. »* *« Demande de démonstration de la méthode de masturbation et de pose de préservatif sur sexe en érection que j'ai réussi à refuser ce qui n'a pas été le cas de ma consoeur à qui j'en ai parlé après… car il a tenté avec toutes les médecins femmes du cabinet. »* *« Patient se déshabillant intégralement pour un suivi de tension, puis demande d'examen génital. »* *« Demande d'examen mammaire (sachant que je ne fais pas de gynécologie et que je le précise à chaque nouvelle patiente que j'accepte comme médecin traitant) j'ai réalisé cet examen parce que la patiente décrivait un nodule douloureux mais examen normal, réalisation d'une mammographie puis d'une écho normale à chaque fois. La patiente est revenue trois fois de suite pour que je l'examine à nouveau. Je lui ai rappelé à chaque fois que je n'étais pas compétant pour cet examen, lui ai donné les coordonnées d'une consœur gynéco qu'elle n'a jamais contacté. Elle a depuis changé de médecin traitant. »*
Exhibition inappropriée de certaines parties du corps, ne rentrant pas dans le cadre de l'examen clinique.	*« Je me suis agressée par un patient de 73 ans qui a éjaculé sur ma table d'examen après s'être masturbé. »* *« Ejaculation du patient lors de l'examen alors qu'il consultait pour des brûlures génitales. Patient vu 1 seule fois en fin de journée et jamais revu… très mal à l'aise et l'impression qu'il avait consulté en sachant très bien ce qui allait se passer… aucune réaction de ma part… j'ai fait comme s'il ne s'était rien passé… »* *« Le patient a eu une érection au cours de l'examen physique. Il était venu exprès pour ça. Je ne savais pas comment réagir, et j'ai cru que c'était de ma faute. Je me suis senti très inconfortable et mal à l'aise. »* *« Patient qui évoque des lésions génitales et qui se déshabille et qui est en érection tout en vous regardant »*

	« Il m'est arrivé d'être très mal à l'aise avec un patient transsexuel (homme devenu femme) qui aime les femmes […]. Très insistant pour me montrer toutes les parties de son corps de façon exagérée bien que rentrant dans le cadre de la consultation. » *« Un patient est venu pour une palpation des aires ganglionnaires inguinales sans mettre de slip alors qu'il est infirmier il pouvait s'en douter qu'on allait regarder. Examen totalement normal donc un peu abusif en gros il est venu montrer ses parties »* *« En 2009, jeune assistante en MG, un patient psychotique s'est déshabillé et a commencé à se masturber devant moi... »* *« Nudité totale au domicile pour motif bénin. »* *« Patient qui se met totalement nu à chaque consultation alors que je lui demande de rester en sous sous-vêtements. »* *« Exhibition en érection sans slip ou en string d'un patient assez jeune à trois reprises. »* *« Remplacement ponctuel avec secrétaire sur place : j'accueille un patient jeune me disant avoir mal à l'anus. Je trouve le contact bizarre et anamnèse dans tous les sens. Au moment de l'examen, je lui demande de baisser juste l'arrière de son pantalon, il enlève tout le bas (même pas sur ses chevilles) et écarte ses fesses. Je suis surprise. Je lui dis de se rhabiller et de s'allonger pour que je tâte son abdomen, il s'allonge cul nul sur la table d'examen en touchant son pénis en érection. Je suis vraiment gênée/inquiète et interromps l'examen rapidement. Je lui redemande de se rhabiller, il met un temps fou à le faire après s'être torché le cul avec le drap d'examen en papier (surréel). Je lui dis qu'il doit faire une analyse d'urine et un prélèvement anal. Il me demande d'y ajouter un prélèvement pénien, et de préciser avec UNE ide. Je le recadre et lui dis que c'est impossible et l'écris sur l'ordonnance. Après l'avoir raconté à la secrétaire, elle me dit qu'il avait demandé si le médecin remplaçant était une femme... »*
Invitation ou proposition inappropriée à connotation sexuelle	*« Demande de faire un enfant. »* *« Demande explicite de rapports sexuels car "je suis en manque et un vrai médecin doit soulager ses patientes". »* *« Demande de masturbation par un patient. »* *« Patiente qui me demande à la fin de la consultation si elle peut enlever sa culotte car elle n'en porte jamais. Sur cette culotte était par ailleurs écrit, prend moi quand tu veux... »* *« Invitation orale à un acte sexuel. »* *« Patient qui se rend à mon domicile pour me voir et me proposer une invitation à dîner et attend devant chez moi jusqu'à ce que je ressorte. »* *« Il y a une trentaine d'années, une jeune patiente que je connaissais bien souffrait de troubles psychologiques. Elle m'avait demandé si je ne pouvais pas la "dépanner" car elle était en mal de relations sexuelles. Je m'entends encore lui dire gentiment "Eh ben non, M. je ne peux pas être à la fois ton médecin traitant et ton amant". »* *« Patiente attendant en nuisette très suggestive pour une visite à domicile. »* *« Patiente en tenue inappropriée avec position sur la table d'examen non adaptée, suggestive. »* *« Demande en mariage. »* *« Demande explicite de rapport sexuel. »* *« Un patient 30 ans psy vient pour prurit du gland, 3eme fois que je le vois sur mon rempla', plutôt gentil habituellement. Je l'examine et ne retrouve évidemment rien de particulier. A la fin il me demande si je peux le masturber car son poignet est douloureux… ça m'a vraiment choqué, j'ai dit au patient que je ne voulais plus le revoir. »*

Contact physique, caresses, étreinte ou baisers non désirés et délibérément imposés.	*« Se faire serrer la taille lors de la prise de tension. »* *« Tape sur la hanche de la part d'un patient hospitalisé 'vous êtes gentille ma petite' »* *« Etre acculée contre un mur sans attouchements mais avec propos sexuels. »* *« Tentative d'embrasser. »* *« Baisers volés d'un homme âgé. »* *« Patient qui m'a pris dans ses bras par surprise et que j'ai dû repousser en insistant. »* *« Faire les bises pour son anniversaire puis dévier vers la bouche. »* *« Caresses, contact physique inapproprié, demande de relation : patiente probablement érotomane. »*
Attouchements volontaires de parties intimes (cuisses, fesses, seins ou parties génitales).	*« […] c'est un patient âgé dément en visite à domicile avec des attouchements inadaptés, fallait lui prendre la main pour l'empêcher d'atteindre les fesses ou les hanches qu'il profitait de toucher quand on le mobilisait. Sa femme m'avait prévenue mais ça restait inconfortable. »* *« C'est un patient d'une quarantaine - cinquantaine d'années qui avait consulté déjà une fois dans le cabinet dans lequel je remplaçais régulièrement. Il avait pris rendez-vous via la secrétaire pour le dernier créneau d'un mardi soir vers 19h. Il s'est plaint de douleurs à l'aine évoluant depuis plusieurs jours/semaines. Je lui ai demandé s'il était d'accord que je l'examine et ayant son accord, je lui ai demandé d'ôter le pantalon. J'ai mis des gants pour l'examiner. Le patient était allongé sur la table d'examen, j'ai remarqué qu'il portait des sous-vêtements féminins rouges. J'ai continué l'examen et commencé à palper la fosse inguinale droite, le patient a alors baissé sa culotte brusquement : il avait une érection et son pénis a cogné contre ma main. J'ai été choquée. J'ai interrompu l'examen, lui ai prescrit une écho, ai fait la facturation et l'ai raccompagné dehors. C'est seulement une fois le patient parti que j'ai ressenti de l'angoisse et du dégoût. »* *« Mains aux fesses et propos suggestifs mais patient avec métastase frontale. »* *« Contact prolongé de ma cuisse lors de mes visites à domicile. »* *« Me toucher les seins pendant que je prends la tension. »*
Autre CICS, à noter du fait de leur gravité	*« Plainte d'un de mes patients au conseil de l'ordre infondée, puis, lors de la concertation patient, évoquant des sous-vêtements visibles que j'aurai mis exprès ce qui était bien évidemment complètement faux puis harcèlement avec nombreux messages via Facebook/ Messenger et même appel à mon domicile personnel. »* *« 1 tentative de viol avec plainte en gendarmerie, le patient a été convoqué à la brigade avec suites. »* *« Séquestration au domicile d'un patient plus de 4 heures la nuit. »* *« Modification du regard en une fraction de seconde et désir de viol, peur intense et ouf retour à la normale. Après discussion avec le confrère, situation déjà vécue avec le même patient par d'autres remplaçantes. »* *« J'ai été victime d'un harcèlement sexuel par un patient durant 12 mois ... je n'ai pas réussi seule à gérer la situation. J'ai été obligé de porter plainte deux fois pour que ce harcèlement cesse, une confrontation au commissariat a été nécessaire ... en réaction des troubles anxieux un sentiment de culpabilité. Bref j'ai été victime d'un pervers narcissique. »*

4. **Annexe 4.** Incidence des CICS sur les 12 derniers mois (en nombre d'évènements pour 100 MG/ année)

	Nombre d'évènements	Effectif	Incidence	95%CI Min	Max	p
Remarque(s) inappropriée(s) sur votre apparence, votre corps ou votre tenue vestimentaire.	**805**	**552**	**145,8**	**118,6**	**173,1**	**0,008**
Regards suggestifs ou insistants.	**738**	**546**	**135,2**	**103,5**	**166,8**	**0,022**
Question(s) intrusive(s) sur votre vie privée ayant une connotation sexuelle.	180	540	33,3	22,4	44,2	0,102
Blagues grivoises, ou autres propos à connotation sexuelle offensants ou vous ayant mis mal à l'aise.	**575**	**533**	**107,9**	**74,9**	**140,9**	**0,017**
Lettres, réseaux sociaux, emails, sms, photos ou cadeaux inappropriés à connotation sexuelle.	69	530	13,0	4,2	21,8	0,474
Discuter les questions sexuelles de manière insistante ou inappropriée.	188	529	35,5	22,8	48,3	0,398
Demande d'examens génitaux inappropriés et non justifiés médicalement.	155	531	29,2	22,1	36,2	0,079
Exhibition inappropriée de certaines parties du corps, ne rentrant pas dans le cadre de l'examen clinique.	144	522	27,6	18,0	37,2	0,553
Invitations ou propositions à connotation sexuelle.	58	520	11,2	7,0	15,3	0,344
Contact physique, caresses, étreinte ou baisers non désirés et délibérément imposés.	**35**	**520**	**6,7**	**3,6**	**9,9**	**0,043**
Attouchements volontaires de parties intimes (cuisses, fesses, seins ou parties génitales).	11	514	2,1	0,2	4,0	0,165
Total	2958	496	518,1	419,4	616,9	

5. **Annexe 5.** Incidence des CICS en fonction du sexe du médecin

	Homme			Femme		
	Incidence	95%CI Min	95%CI Max	Incidence	95%CI Min	95%CI Max
Remarque(s) inappropriée(s) sur votre apparence, votre corps ou votre tenue vestimentaire.	84,5	52,3	116,7	167,7	132,5	202,9
Regards suggestifs ou insistants.	74,8	42,1	107,6	157,8	116,2	199,3
Question(s) intrusive(s) sur votre vie privée ayant une connotation sexuelle.	18,4	7,9	28,8	38,8	24,3	53,2
Blagues grivoises, ou autres propos à connotation sexuelle offensants ou vous ayant mis mal à l'aise:	40,3	16,4	64,2	130,2	86,2	174,1
Lettres, réseaux sociaux, emails, sms, photos ou cadeaux inappropriés à connotation sexuelle.	7,7	1,8	13,7	15,0	3,2	26,8
Discuter les questions sexuelles de manière insistante ou inappropriée.	26,6	9,7	43,4	39,0	22,6	55,4
Demande d'examens génitaux inappropriés et non justifiés médicalement.	18,9	10,3	27,4	33,1	24,0	42,2
Exhibition inappropriée de certaines parties du corps, ne rentrant pas dans le cadre de l'examen clinique.	32,4	19,2	45,6	25,9	13,6	38,2
Invitations ou propositions à connotation sexuelle.	14,3	6,4	22,2	9,8	4,9	14,7
Contact physique, caresses, étreinte ou baisers non désirés et délibérément imposés.	1,4	0,0	3,4	8,7	4,5	12,9
Attouchements volontaires de parties intimes (cuisses, fesses, seins ou parties génitales).	4,3	0,0	10,3	1,3	0,0	2,7
Total	**302,9**	**195,6**	**410,2**	**596,9**	**467,3**	**726,5**

6. **Annexe 6.** Réactions du médecin généraliste face au CICS du patient

Ressenti du médecin	Population totale		Homme		Femme		
	N	%	N	%	N	%	P
Inconfort, gêne	**273**	**71,3**	**42**	**53,9**	**230**	**75,7**	**<0.0001**
Surprise	128	33,4	37	47,4	91	29,9	0,003
Dégout	**121**	**31,6**	**6**	**7,7**	**115**	**37,8**	**<0.0001**
Sidération	80	20,9	15	19,2	65	21,4	0,677
Colère	**72**	**18,8**	**2**	**2,6**	**70**	**23**	**<0.0001**
Peur	**48**	**12,5**	**1**	**1,3**	**47**	**15,5**	**<0.0001**
Indifférence	30	7,8	10	12,8	20	6,6	0,068
Amusement	**27**	**7,1**	**14**	**18**	**13**	**4,3**	**<0.0001**
Autre*	9	2,4	2	2,6	7	2,3	**1**

*Autre : agacement, mépris, dépit, compassion, culpabilité, stupeur, honte, décontenance, flatté.

Réaction vis-à-vis du patient	Population totale		Homme		Femme		
	N	%	N	%	N	%	P
Recadrer le patient	**191**	**50,3**	**28**	**35,9**	**163**	**54**	**0,004**
Pas de réaction particulière	**112**	**29,5**	**31**	**39,7**	**81**	**26,8**	**0,026**
Demander d'arrêter	64	16,8	11	14,1	53	17,6	0,468
Echanger avec le patient sur la situation	48	12,8	19	6,3	29	7,6	0,053
Tourner la situation en dérision	47	12,4	8	10,3	39	12,9	0,525
Appel à une personne extérieure	24	6,4	1	1,3	23	7,6	0,324
Ecourter la consultation	**15**	**4**	**0**	**0**	**15**	**5**	**0,048**
Appel des forces de l'ordre	7	1,8	0	0	7	2,3	0,353
Autre**	25	6,6	4	5,1	21	7	0,562

**Autre : fuite (3), changer de sujet (3), recadrage à posteriori, envoi de lettre avec menace de plainte, essayer de joindre le patient par téléphone pour rediscuter de la situation, mettre fin à son suivi (3), bloquer le numéro, appel de la femme du patient, informer la secrétaire, sortir la patiente de force, évitement lors de nouvelle tentative d'attouchements, replacer sa main, faire une lettre pour demander de cesser, posture distante (4), appel du 15, rester dans le cadre médical (3).

Devenir de la relation de soin	Population totale		Homme		Femme		
	N	%	N	%	N	%	P 0,05
Patient jamais revenu	151	40	34	43,6	117	39	
Poursuite du suivi du patient	145	38,4	36	46,2	109	36,3	
Arrêt de suivi du patient	50	13,2	5	6,4	45	15	
Adressage vers un autre confrère	32	8,5	3	3,9	29	9,7	

7. **Annexe 7.** Signalement du CICS par le médecin généraliste

	Population totale		Homme		Femme		
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	P
Signalement : oui	224	59,3	33	42,3	191	63,7	0,001
A un confrère	161	75,5	19	59,4	142	74,7	0,072
Aux proches	144	64,9	20	62,5	124	65,3	0,762
A l'ordre des médecins	11	5	1	3,1	10	5,3	1
Aux forces de l'ordre	5	2,3	0	0	5	2,6	1
Autre***	5	2,3	1	3,1	4	2,1	0,544
Signalement : non	154	40,7	45	57,7	109	36,3	**0,001**
Considéré non nécessaire	94	71,2	37	88,1	57	63,3	**0,003**
Sentiment d'inutilité	38	28,8	7	16,7	31	34,4	**0,036**
Méconnaissance des procédures	17	12,9	2	4,8	15	16,7	0,057
Condition du patient non responsable	14	10,6	3	7,1	11	12,2	0,547
Sentiment de honte, culpabilité	7	5,3	1	2,4	6	6,7	0,43
Autre****	6	4,6	2	4,8	4	4,4	1

***Autre : secrétaire (2), trace dans dossier, IDE à domicile, équipe soignante.
****Autre : comportement du patient qui s'est normalisé, remplacement ponctuel (2), par peur de ne pas être cru, fait ancien avec peu d'informations à l'époque, souffrance exprimée du patient à travers un désir non maitrisé.

8. **Annexe 8.** Retentissements des CICS des patients sur le plan personnel pour le médecin généraliste, en fonction du sexe du médecin.

	Population totale		Homme		Femme		P
	n	%	N	%	N	%	
Impact plan personnel (oui)	69	18,7	9	11,7	60	20,5	0,078
Sentiment d'insécurité	34	49,3	1	11,1	33	55	0,817
Remise en question	20	29	4	44,4	16	26,7	0,431
Comportement d'évitement	15	21,7	2	22,2	13	21,7	0,97
Anxiété	14	20,3	0	0	14	23,3	0,187
Sensibilité accrue ou réaction exagérée face à certains stimuli de l'environnement	11	15,9	2	22,2	9	15	0,581
Sentiment de culpabilité	11	15,9	2	22,2	9	15	0,628
Autre	9	13	1	11,1	8	13,3	1
Souvenirs répétitifs, flash-back ou rêve récurrents en rapport avec l'évènement	8	11,6	0	0	8	13,3	0,584
Baisse d'estime de soi	7	10,1	0	0	7	11,7	0,582
Consultation professionnelle de santé (oui)	7	10,1	1	11,1	6	10	1
Difficultés de concentration	5	7,3	1	11,1	4	6,7	0,514
Irritabilité	4	5,8	0	0	4	6,7	1
Trouble du sommeil	3	4,4	0	0	3	5	1
Traitement (anxiolytique/antidépresseur) (oui)	3	4,4	1	11,1	2	3,3	0,347
Sentiment de détachement, de perte d'empathie	2	2,9	0	0	2	3,3	1
Difficulté pour ressentir des émotions agréables et positives	1	1,5	1	11,1	0	0	0,13
Perte d'intérêt pour des activités importantes	0	0	0	0	0	0	NA

9. **Annexe 9.** Répercussions des CICS des patients sur le plan professionnel pour le médecin généraliste, en fonction du sexe du médecin

	Population totale		Homme		Femme		P
	n	%	N	%	N	%	
Retentissement qualité des soins (oui)	**177**	**48,4**	**22**	**28,6**	**155**	**53,6**	**<0.0001**
Retentissement sur le sentiment de sécurité au travail (oui)	**139**	**38**	**11**	**14,3**	**128**	**44,3**	**<0.0001**
Retentissement sentiment de bien-être au travail (oui)	**127**	**34,7**	**12**	**15,6**	**115**	**39,8**	**<0.0001**
Changement dans la pratique professionnelle (oui)	**144**	**39,5**	**18**	**23,4**	**126**	**43,8**	**0,001**
Maintien d'une relation médecin-patient plus formelle	68	47,5	10	55,6	58	46,4	0,467
Modification de la tenue vestimentaire	**52**	**36,4**	**2**	**11,1**	**50**	**40**	**0,018**
Éviter de communiquer des informations personnelles	47	32,9	3	16,7	44	35,2	0,179
Éviter de pratiquer certains examens génitaux/physiques	**41**	**28,7**	**9**	**50**	**32**	**25,6**	**0,032**
Veiller à ne jamais rester seul au cabinet	29	20,3	2	11,1	27	21,6	0,53
Autre	25	17,5	2	11,1	23	18,4	0,74
Consultation uniquement sur rendez-vous	16	11,2	0	0	16	12,8	0,222
Se mettre en association	16	11,2	1	5,6	15	12	0,693
Installation dispositif de sécurité	3	2,1	0	0	3	2,4	1
Restriction des horaires de consultation	3	2,1	0	0	3	2,4	1
Arrêt des visites à domicile	**2**	**1,4**	**2**	**11,1**	**0**	**0**	**0,015**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Les comportements inappropriés à connotation sexuelle des patients en consultation de médecine générale : Prévalence, nature et répercussions pour le médecin généraliste

Résumé

Introduction. Des études dans la littérature internationale ont montré que les médecins pouvaient être exposés à des Comportement inappropriés à connotation sexuelle (CICS) dans leur exercice, les patients pouvant en être les auteurs. En France, on retrouve peu de données sur l'exposition des médecins généralistes (MG) aux CICS des patients.

Méthode. Il s'agit d'une étude observationnelle transversale quantitative par questionnaire. L'objectif principal était de déterminer la prévalence des CICS des patients envers les MG libéraux français, et décrire leur nature. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs associés à l'exposition aux CICS et les répercussions pour les MG.

Résultats. 570 MG ont participé. L'exposition à au moins un CICS de patient dans la carrière était rapportée par 83,2% des MG (88,2% chez les femmes, 69,1% chez les hommes). L'incidence était de 518.1 CICS pour 100 MG/année. Les CICS les plus fréquents étaient les remarques inappropriées sur l'apparence (57,9%), les regards suggestifs (49,4%), les blagues grivoises (45,0%), les demandes d'examens génitaux non justifiés (39,7%) et l'exhibition inappropriée (35,8%). 42,9 % des MG ont été exposés au harcèlement sexuel et 8,1 % rapportaient une agression sexuelle. Le sexe féminin et l'âge inférieur à 40 ans étaient associés à une plus forte exposition. 39,5% des MG avaient effectué des changements dans leur pratique professionnelle en conséquence.

Conclusion. Ce travail suggère qu'une forte proportion des MG ont été exposée aux CICS de patients. Des études futures pourraient s'intéresser aux moyens de s'en prémunir, afin de préserver le médecin mais aussi la qualité de la relation de soins.

Discipline : Médecine générale.

Mots-Clés : relation médecin-patient ; médecins généralistes ; comportements inappropriés à connotation sexuelle.

Inappropriate Patient Sexual Behaviour towards French General Practitioners: Prevalence, Nature and Impact on Professional Practice

Abstract

Background: Previous studies in international literature have shown that physicians may be exposed to inappropriate sexual behavior in their practice. Patients seem to be potential perpetrators of these behaviors. In France, few data are available on the exposure of general practitioners (GPs) to Inappropriate Patient Sexual Behaviour (IPSB).

Method: This national survey is an observational, cross-sectional, quantitative study, with data collection via an online questionnaire.
The primary objective was to determine the prevalence of IPSB among French GPs in private practice, and to describe the nature of these behaviors. The secondary objectives were to identify the factors associated with exposure to IPSB and the possible repercussions for GPs.

Results: 570 GPs participated. 83.2% of GPs reported having been exposed to at least one IPSB in their career (88.2% of women vs. 69.1% of men). The incidence rate was 518.1 IPSB per 100 GPs/year. The most common IPSB were inappropriate remarks about appearance (57.9%), suggestive looks (49.4%), saucy jokes (45.0%), requests for unwarranted genital exams (39.7%), and inappropriate exhibition (35.8%). 42.9% were exposed to sexual harassment and 8.1% of GPs experienced sexual assault. Female gender under 40 were associated with higher exposure to IPSB. 39.5% had made changes in their professional practice as a result.

Conclusion: This work suggests that a high proportion of French GPs have been exposed to IPSB. Future studies could focus on how to prevent them, in order to preserve the physician but also the quality of care.

Discipline: General Medicine

Keywords: doctor-patient relationship; general practitioners; inappropriate patient sexual behavior.