

# Enquête de victimation

## > auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire

L'enquête de victimation menée en 2014, auprès d'un échantillon de médecins généralistes des Pays de la Loire, permet de dresser un état des lieux des actes de délinquance et du sentiment d'insécurité au sein de la profession.

Selon cette enquête, près du tiers des praticiens (31 %) déclarent avoir vécu au moins une situation d'atteinte à la personne (violence physique ou verbale) au cours des deux dernières années, dans le cadre de leur exercice. Sur la même période, 28 % des médecins déclarent la survenue d'au moins une atteinte matérielle (vol ou vandalisme) au sein de leur cabinet. Au total, près d'un généraliste sur deux (44 %) indique avoir été victime d'atteinte à la personne ou aux biens. Les médecins travaillant dans un grand pôle urbain, mais aussi ceux exerçant en cabinet de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle, déclarent plus fréquemment être la cible d'atteintes.

En outre, 14 % des médecins généralistes ligériens indiquent craindre pour leur sécurité personnelle, un sentiment nettement corrélé aux atteintes à la personne subies.

**C**omme tout professionnel en contact avec le public, le médecin généraliste peut être confronté à des situations d'insécurité dans le cadre de son exercice<sup>[1]</sup>.

Les statistiques fournies par le Conseil de l'Ordre des médecins font état de 57 "incidents" survenus dans les Pays de la Loire en 2012 et 2013<sup>1</sup>. Ce chiffre, basé sur le recueil de signalements spontanés, sous-estime très certainement l'ampleur du phénomène<sup>[2]</sup>.

Basées sur une méthodologie différente, les enquêtes dites de victimation<sup>2</sup> permettent d'obtenir des informations plus proches de la réalité (encadré 1).

Dans le cadre du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, l'enquête de victimation menée en 2014 auprès des praticiens libéraux de la région permet de quantifier et de caractériser les atteintes subies par les généralistes au cours de leur activité professionnelle.

En outre, des questions sur la perception de la relation médecin-patients permettent d'appréhender les opinions des praticiens sur le niveau d'insécurité dans la profession.

1 - Rapports disponibles sur le site du Conseil de l'Ordre : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

2 - Ce néologisme définit le fait de subir une atteinte, matérielle, corporelle ou psychique (ainsi que d'en être conscient).

2014 - 2016  
Pays de la Loire

# Panel

en médecine générale

mai 2015



# Atteintes subies en 2012-2013 par les médecins généralistes

## Près d'un tiers des médecins déclarent avoir été victimes de violences verbales ou physiques

Plus de trois médecins généralistes sur dix déclarent avoir été confrontés à un ou plusieurs épisodes de violences verbales sur la période 2012-2013 : 22 % des praticiens indiquent avoir reçu des menaces, et 23 % ont fait face à des injures pendant leur exercice. Des situations de violence physique ont également été rapportées au cours de cette période, mais dans une moindre mesure. A la question "Vous est-il arrivé qu'une personne vous fasse subir toute forme de violence physique, vous gifle, vous frappe, vous donne des coups ?", 4 % des médecins généralistes libéraux ont répondu par l'affirmative. Ces derniers déclarent alors de façon quasi systématique avoir également été la cible de menaces ou d'injures.

Au total, dans la région, près d'un médecin généraliste sur

trois (31 %) déclare avoir subi au moins une atteinte à la personne (violence verbale ou physique) dans le cadre de son activité professionnelle, au cabinet ou lors de déplacements (fig. 1).

## 28 % des médecins sont concernés par des vols ou des actes de vandalisme

Une large majorité des médecins généralistes déclarent avoir constaté des vols à leur cabinet en 2012 ou 2013. Cependant, ces vols concernent essentiellement les magazines ou objets de la salle d'attente (58 % des généralistes en font part).

Des vols d'ordonnances ont été rapportés par 7 % des praticiens, un résultat qui sous-estime probablement la fréquence réelle de ces actes compte tenu de la difficulté pour les professionnels de constater ce type d'infraction

(4 % des médecins déclarent "ne pas savoir" si des ordonnances leur ont été dérobées). Par ordre décroissant de fréquence, figurent ensuite les vols d'argent liquide (6 %), de matériel médical (4 %), de matériel informatique (3 %), et enfin les vols de produits médicaux/médicaments (2 %).

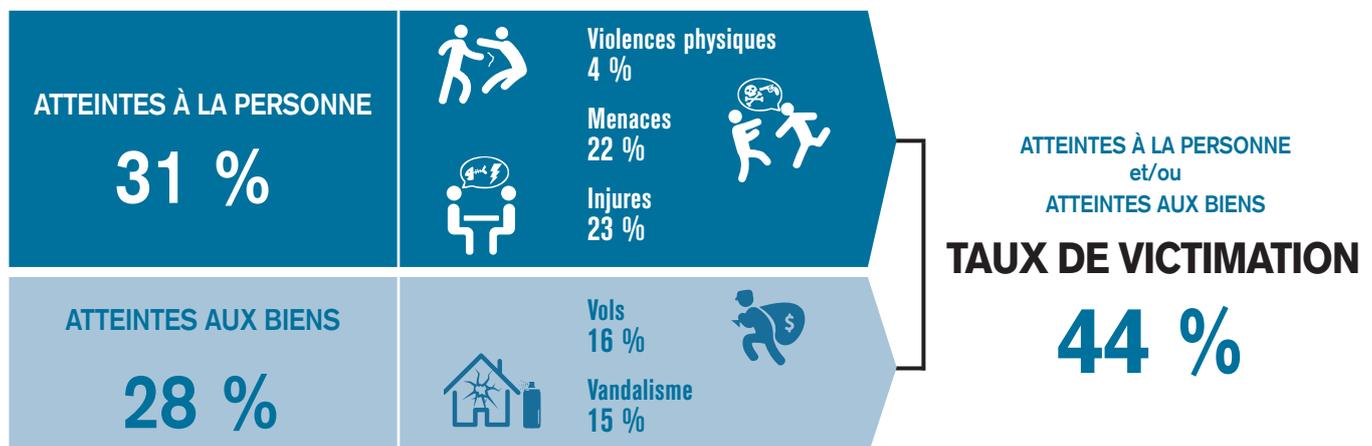
A l'exclusion des vols commis dans la salle d'attente, qui s'apparentent plus à des incivilités qu'à une réelle forme d'atteinte matérielle, la proportion de praticiens concernés par des vols "notoires" s'élève ainsi à 16 %.

Par ailleurs, des actes volontaires de dégradation des locaux professionnels sont recensés chez 15 % des praticiens interrogés.

Au total, 28 % des médecins généralistes de la région déclarent ainsi une atteinte aux biens sur la période 2012-2013 (à l'exception des vols commis dans la salle d'attente) (fig. 1).

**FIG.1** Atteintes à la personne ou aux biens chez les médecins généralistes en 2012 et 2013 - Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant avoir été victimes de...



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (avril-juillet 2014). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

## Plus de quatre médecins sur dix ont été victimes d'atteintes à la personne ou aux biens

Le taux de victimation des médecins généralistes des Pays de la Loire, regroupant les atteintes à la personne et les atteintes aux biens, s'élève au total à 44 % pour la période 2012-2013.

Ce taux de victimation diffère peu selon le sexe ou l'âge. Il varie en revanche de manière importante selon le mode et le lieu d'exercice (fig. 2).

## Une association forte entre l'état de santé perçu et la survenue d'atteintes à la personne

Une analyse "toutes choses égales par ailleurs"<sup>3</sup> a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à chacune des composantes des atteintes à la personne. Selon cette analyse, le risque de se déclarer victime de violence physique est significativement diminué chez les médecins hommes ainsi que chez les praticiens se percevant en très bonne santé<sup>4</sup>. En revanche, l'âge du médecin, les caractéristiques de

### Encadré 1 > Comment mesurer les atteintes à la personne, les atteintes aux biens et le sentiment d'insécurité ?

La mesure de la délinquance est un exercice complexe. Il existe deux grands types de sources pour appréhender ce phénomène : les sources administratives (statistiques policières ou signalements recueillis par les observatoires chargés de les recenser) et les sources déclaratives (comme les enquêtes de victimation<sup>a</sup>). Par définition, les données administratives ne reflètent qu'une partie des atteintes dont les individus sont réellement victimes : celles qui font l'objet d'un signalement<sup>3</sup>.

Les enquêtes de victimation consistent à interroger un échantillon représentatif de personnes sur les

infractions dont elles ont été victimes au cours d'une période donnée. Elles permettent un meilleur recensement de l'ensemble des atteintes subies (personnelles ou matérielles) dans la mesure où l'échantillon interrogé ne se limite pas aux personnes ayant déclaré spontanément des incidents.

Dans le milieu médical, les données en matière de délinquance émanent majoritairement de sources administratives : l'ONVS<sup>b</sup> produit des statistiques sur les violences dans les établissements de santé à partir des incidents signalés par les salariés (médicaux et paramédicaux) et l'ONSM<sup>c</sup> fournit chaque année

un "taux de victimation" calculé à partir du recueil des signalements émis par les médecins salariés et libéraux.

À ce jour, il n'existe aucune enquête nationale de victimation ciblant spécifiquement la population médicale (à l'exception de certaines études comportant un volet victimation restreint<sup>d</sup>) mais quelques travaux ont été réalisés à l'échelon local<sup>4, 5</sup>.

a - Notamment l'enquête annuelle "Cadre de vie et sécurité" de l'Insee et l'ONDRP.

b - Observatoire national des violences en milieu de santé.

c - Observatoire national de la sécurité des médecins.

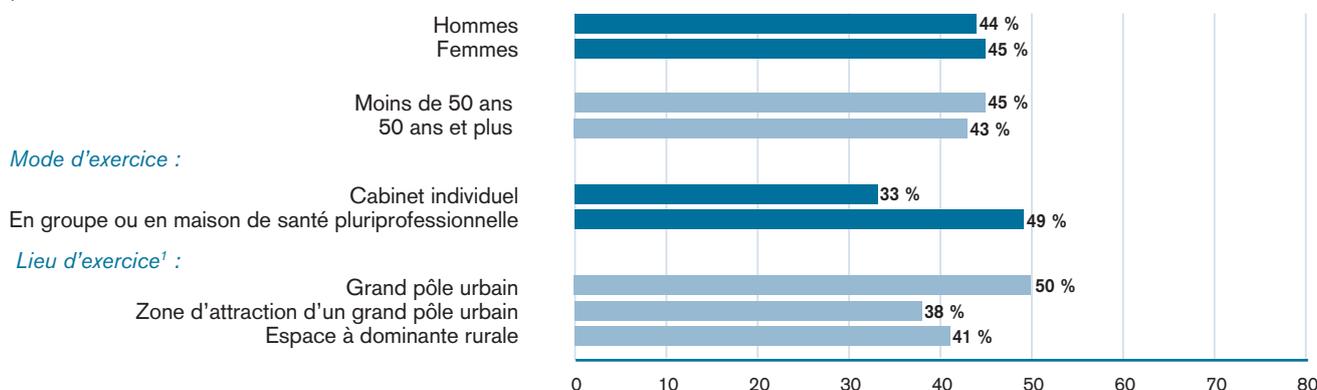
d - Drees, Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013.

son exercice (individuel ou en groupe, temps de travail hebdomadaire, participation au tour de gardes) et son environnement (lieu d'exercice) ne sont pas significativement corrélés au risque de violences physiques.

3 - Ce type d'analyse permet de déterminer les facteurs qui ont une influence significative sur le phénomène étudié et de mesurer l'effet propre de chacun de ces facteurs indépendamment des autres.

4 - Selon les modalités "très bonne" ou "excellente" santé.

**FIG.2** Taux de victimation en 2012 et 2013, selon les caractéristiques des médecins généralistes - Pays de la Loire



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (avril-juillet 2014). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

1 : selon le zonage en aires urbaines (ZAU) 2010 établi par l'Insee.

Guide de lecture : parmi les médecins hommes, 44 % déclarent avoir subi au moins une atteinte à la personne ou aux biens en 2012 ou 2013.

Concernant les menaces proférées dans le cadre de l'activité médicale, les généralistes âgés de 50 ans ou plus, ainsi que les praticiens se percevant en très bonne santé sont significativement moins exposés. En revanche, le fait d'exercer en groupe et de travailler plus de 50 heures par semaine sont des facteurs associés à une confrontation plus fréquente aux menaces.

Enfin, l'exposition aux injures est significativement plus faible chez les médecins qui s'estiment en très bonne santé. A l'inverse, travailler plus de 50 heures par semaine et exercer dans un grand pôle urbain sont associés à une confrontation plus fréquente aux injures.

Au total, quatre facteurs sont associés de manière significative à la survenue d'atteintes à la personne : l'état de santé perçu, le mode d'exercice, le temps de travail hebdomadaire et le lieu d'exercice (fig. 3).

### Des médecins plus exposés au risque d'atteinte aux biens dans les grands pôles urbains

Une analyse "toutes choses égales par ailleurs" a également été réalisée pour identifier les facteurs associés au risque de survenue de chacune des composantes des atteintes aux biens. Cette analyse indique que les médecins

généralistes exerçant en groupe et ceux travaillant dans un grand pôle urbain ont une probabilité significativement augmentée de constater des vols au cabinet (en dehors de la salle d'attente). Le risque de dégradations des locaux professionnels est également augmenté de manière significative dans les grands pôles urbains.

En revanche, aucune relation significative n'est établie entre les caractéristiques propres au médecin (âge, sexe, état de santé perçu) et le taux d'atteintes matérielles.

Au total, deux facteurs sont associés de manière significative à la survenue d'atteintes aux biens : le mode d'exercice et le lieu d'exercice (fig. 3).

**FIG.3** Atteintes à la personne et aux biens en 2012 et 2013, selon les caractéristiques des médecins généralistes  
Pays de la Loire

		Atteintes à la personne		Atteintes aux biens	
		% bruts	Odds-ratios ajustés	% bruts	Odds-ratios ajustés
Caractéristiques propres au médecin	<b>Sexe</b>				
	Homme	31 %	ref.	29 %	ref.
	Femme	33 %	1,2	24 %	0,9
Âge	Moins de 50 ans	35 %	ref.	27 %	ref.
	50 ans et plus	29 %	0,7	27 %	1,1
État de santé perçu	Mauvais à bon	37 %	ref.	30 %	ref.
	Très bon à excellent	23 %	0,5**	23 %	0,6
Caractéristiques liées au mode d'exercice	<b>Mode d'exercice</b>				
	Individuel	24 %	ref.	18 %	ref.
	En groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle	35 %	2,0**	32 %	2,2**
	<b>Temps de travail hebdomadaire</b>				
50 heures et moins	24 %	ref.	23 %	ref.	
Plus de 50 heures	37 %	2,3***	31 %	1,5	
Participation au tour de gardes	Oui	32 %	ref.	27 %	ref.
	Non	30 %	0,8	28 %	0,8
Caractéristiques de l'environnement d'exercice	<b>Lieu d'exercice</b>				
	Grand pôle urbain	37 %	ref.	36 %	ref.
	Zone d'attraction d'un grand pôle urbain	28 %	0,6*	18 %	0,3***
	Espace à dominante rurale	24 %	0,5*	24 %	0,4*
	<b>Taux d'APL<sup>1</sup> des médecins généralistes libéraux</b>				
Faible	31 %	ref.	21 %	ref.	
Intermédiaire	33 %	0,8	30 %	1,2	
Élevé	25 %	0,5	27 %	1,1	

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (avril-juillet 2014). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

1 : Accessibilité Potentielle Localisée. L'APL est un indicateur de densité médicale "amélioré", qui tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre, et du taux de recours par âge des habitants pour mesurer la demande. \* : odds-ratio significativement différent de 1, au seuil de 5 %. \*\* : odds-ratio significativement différent de 1, au seuil de 1 %. \*\*\* : odds-ratio significativement différent de 1, au seuil de 0,1 %.

**Guide de lecture** : 35 % des praticiens ligériens exerçant en groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle déclarent avoir subi au moins une situation d'atteinte à la personne en 2012 ou en 2013, contre 24 % chez les praticiens exerçant seuls. L'exposition aux atteintes à la personne est significativement plus élevée chez un praticien ligérien installé en groupe ou en maison de santé, par rapport à un praticien exerçant seul, à autres caractéristiques identiques (sexe, âge, état de santé perçu, temps de travail hebdomadaire, nombres d'actes, gardes, lieux d'exercice, taux d'APL).

# Perception de la relation médecin-patient et sentiment d'insécurité

## Moins d'un médecin sur sept indique craindre pour sa sécurité personnelle

40 % des praticiens de la région estiment que certains patients leur manquent au moins "un peu" de respect et 33 % déclarent rencontrer au moins "un peu" d'agressivité dans le cadre de l'exercice médical (fig. 4).

Le sentiment d'insécurité est moins fréquent : 14 % des praticiens indiquent craindre au moins "un peu" pour leur sécurité personnelle. En regard de la proportion de généralistes déclarant avoir été confrontés à des situations de violence (fig. 1), ce résultat montre que l'exposition au risque et l'appréhension du risque ne se recouvrent que partiellement chez les médecins de la région<sup>[6]</sup>.

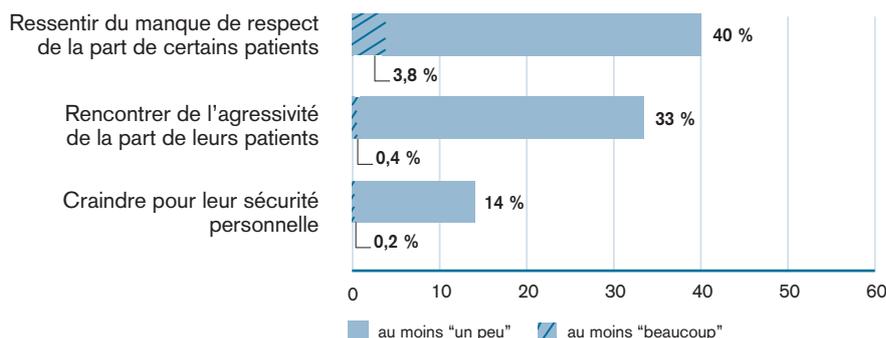
Une très faible proportion de praticiens ont déclaré faire face à "beaucoup" de manque de respect, "beaucoup" d'agressivité ou craindre "beaucoup" pour leur sécurité personnelle (fig. 4).

## Un sentiment d'insécurité moins présent chez les médecins s'estimant en très bonne santé

Selon une analyse "toutes choses égales par ailleurs", le sentiment de crainte pour sa sécurité personnelle est significativement plus présent chez les médecins femmes. Il est également plus fréquent chez les praticiens exerçant seuls, mais de manière non significative (fig. 5).

**FIG.4** Perception de la relation avec les patients et sentiments d'insécurité Pays de la Loire

Proportion de médecins généralistes déclarant...



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (avril-juillet 2014). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

**Guide de lecture** : 40 % des praticiens ligériens estiment que certains patients leur manquent au moins "un peu" de respect ; 3,8 % estiment que certains patients leur manquent au moins "beaucoup" de respect.

**FIG.5** Sentiment d'insécurité, selon les caractéristiques des médecins généralistes Pays de la Loire

		Sentiment de crainte pour sa sécurité personnelle	
		% bruts	Odds-ratios ajustés
Caractéristiques propres au médecin	<b>Sexe</b>		
	Homme	10 %	ref.
	Femme	20 %	2,5**
Caractéristiques liées au mode d'exercice	<b>Âge</b>		
	Moins de 50 ans	16 %	ref.
	50 ans et plus	12 %	0,8
Caractéristiques de l'environnement d'exercice	<b>État de santé perçue</b>		
	Mauvais à bon	16 %	ref.
	Très bon à excellent	10 %	0,5*
Caractéristiques liées au mode d'exercice	<b>Mode d'exercice</b>		
	Individuel	16 %	ref.
	En groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle	12 %	0,6
Caractéristiques liées au mode d'exercice	<b>Temps de travail hebdomadaire</b>		
	50 heures et moins	14 %	ref.
	Plus de 50 heures	12 %	1,1
Caractéristiques liées au mode d'exercice	<b>Participation au tour de gardes</b>		
	Oui	12 %	ref.
	Non	16 %	1,2
Caractéristiques de l'environnement d'exercice	<b>Lieu d'exercice</b>		
	Grand pôle urbain	16 %	ref.
	Zone d'attraction d'un grand pôle urbain	11 %	0,7
Caractéristiques de l'environnement d'exercice	<b>Espace à dominante rurale</b>	11 %	0,9
	<b>Taux d'APL<sup>1</sup> des médecins généralistes libéraux</b>		
	Faible	13 %	ref.
Intermédiaire	13 %	0,8	
Élevé	17 %	1,1	

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (avril-juillet 2014). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees 1 : Accessibilité Potentielle Localisée. \* : odds-ratio significativement différent de 1, au seuil de 5 %. \*\* : odds-ratio significativement différent de 1, au seuil de 1 %. \*\*\* : odds-ratio significativement différent de 1, au seuil de 1 %.

**Guide de lecture** : 10 % des praticiens hommes déclarent craindre au moins un peu pour leur sécurité personnelle, contre 20 % chez les femmes. Ce sentiment est significativement plus élevé chez une femme médecin, à autres caractéristiques identiques (âge, état de santé perçue, mode d'exercice, temps de travail hebdomadaire, nombres d'actes, gardes, lieux d'exercice, taux d'APL).

A l'inverse, les généralistes s'estimant en très bonne santé ressentent significativement moins d'insécurité dans le cadre de leur exercice.

Ni la participation au tour de gardes, ni le lieu d'exercice n'apparaissent comme des caractéristiques associées au sentiment de crainte pour sa sécurité personnelle.

#### Encadré 2 > Protection du cabinet

Interrogés sur les dispositifs de sécurité anti-intrusion, 38 % des médecins généralistes ligériens déclarent la présence d'au moins un équipement de ce type dans leur cabinet. Parmi ces praticiens, 75 % disposent d'un système d'alarme, 25 % ont un digicode sur la porte d'entrée de leur cabinet et 19 % ont recours à la vidéosurveillance. Chez un certain nombre de praticiens (10 %), plusieurs systèmes de protection différents coexistent.

À autres caractéristiques égales, un recours significativement plus important aux dispositifs de sécurité est observé chez les médecins hommes, les praticiens âgés de moins de 50 ans et ceux qui s'estiment en moins bonne santé. À l'inverse, l'exercice individuel est associé à un taux d'équipement plus faible. Il n'existe pas de différence significative concernant le recours aux dispositifs anti-intrusion entre les cabinets situés en zone urbaine et ceux situés en zone rurale.

## Conclusions

### Un sentiment d'insécurité particulièrement fort chez les praticiens victimes d'atteintes à la personne

31 % des praticiens de la région qui ont subi une atteinte à la personne en 2012 ou 2013 déclarent craindre au moins "un peu" pour leur sécurité personnelle, tandis qu'ils sont seulement 6 % parmi les médecins qui n'y ont pas été confrontés.

Cet écart révèle que le sentiment d'insécurité est nettement corrélé aux violences physiques ou verbales subies. Cette corrélation très significative n'est en revanche pas observée dans le cadre des atteintes aux biens.

Ce type d'enquête ne permet pas de tirer des conclusions formelles sur la nature précise des liens entre les atteintes subies par les médecins généralistes et le sentiment d'insécurité. Il en va de même

concernant l'interprétation du recours à un dispositif de sécurité anti-intrusion (encadré 2).

A titre d'exemple, il apparaît que les médecins victimes d'atteintes en 2012 et 2013 sont significativement plus équipés de systèmes anti-intrusion que leurs confrères n'ayant déclaré aucune atteinte. Cet équipement est-il une conséquence de l'expérience antérieure d'un acte de délinquance, ou simplement un indicateur du degré de préoccupation sécuritaire du médecin qui s'en équipe ?

### La forte influence du lieu d'exercice, du mode d'exercice et de l'état de santé perçu

A travers l'analyse des facteurs associés au risque de victimation et au sentiment d'insécurité, trois caractéristiques des praticiens ressortent de manière récurrente :

le lieu d'exercice, le mode d'exercice et l'état de santé perçu.

Exercer dans un grand pôle urbain augmenterait le risque pour le médecin de subir une atteinte à la personne ou aux biens. Des travaux menés dans d'autres régions ont conduit au même constat<sup>[7]</sup>, corroborant l'idée selon laquelle la délinquance reste plus présente en milieu urbain qu'en milieu rural<sup>[8]</sup>. En revanche, le fait de travailler en ville ne constituerait pas pour le médecin un facteur augmentant significativement le sentiment de crainte pour sa sécurité personnelle, contrairement à la tendance observée en population générale<sup>5</sup>.

Les médecins généralistes des Pays de la Loire exerçant en groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle seraient également plus exposés au risque d'atteintes à la personne ou aux biens. La mutualisation des locaux et du matériel explique en partie ce résultat, l'exposition au

### Encadré 3 > Victimation et perception de la relation médecin-patient chez les généralistes ligériens : comparaisons 2008-2014

En 2008, dans le cadre d'une précédente enquête du Panel, 20 % des médecins généralistes de la région déclaraient avoir subi des "violences ou agressions" au cours des douze mois précédant l'enquête, dans le cadre de leur activité professionnelle<sup>[9]</sup>. Cette évaluation de la victimation reposait alors sur une question unique, d'ordre général sur la violence. En utilisant des questions plus détaillées, l'enquête de victimation de 2014 montre que 31 % des praticiens ligériens ont subi

des atteintes à la personne sur une période de deux ans. L'écart observé entre ces enquêtes reste relativement modéré. Il peut s'expliquer en partie par les différences dans la formulation des questions compte tenu de la variabilité interindividuelle qui peut exister en matière de représentation de la violence<sup>[10]</sup>.

Les écarts concernant la perception de la relation médecin-patient entre 2008 et 2014 sont en revanche beaucoup plus importants, alors que les questions

posées étaient identiques. Lors de la première enquête, plus de 80 % des médecins généralistes déclaraient être confrontés à du manque de respect ou de l'agressivité, alors qu'ils sont moins de 40 % à exprimer ce ressenti en 2014. De même, 44 % des praticiens déclaraient craindre pour leur sécurité personnelle en 2008, alors que ce chiffre ne dépasse pas 14 % en 2014. Le contexte de l'enquête et la structure du questionnaire peuvent expliquer en grande partie ces variations.

En 2008, le volet "victimation" était précédé d'un certain nombre de questions relatives au burn-out professionnel qui ont probablement pu avoir une influence sur les réponses des praticiens concernant le ressenti de l'insécurité dans leur travail. Cette explication n'exclut pas la possibilité que les perceptions des médecins généralistes aient effectivement évolué de manière favorable, dans une certaine mesure, entre 2008 et 2014.

vol et au vandalisme étant de fait plus importante chez ces praticiens. L'augmentation du risque d'atteinte à la personne chez les médecins travaillant en groupe est plus difficile à interpréter. Cette surexposition interroge l'existence d'éventuels facteurs déclenchants de l'agressivité des patients. Les particularités de l'exercice de groupe en terme d'organisation (rôle du secrétariat, prise de rendez-vous, répartition des plages de consultations, recours aux remplaçants) peuvent rendre l'accès au médecin moins direct, facteur susceptible d'influencer le comportement de certains patients.

Enfin, les praticiens ligériens qui s'estiment en très bonne santé déclarent moins d'atteintes à la personne, ont une perception plus favorable de la relation avec les patients et un sentiment d'insécurité nettement moins prononcé. La forte significativité de ces associations tend à montrer que l'état de santé perçu est très corrélé à la victimation mais il est difficile d'établir la nature précise des liens qui les unissent. D'après l'enquête, les médecins se percevant en moins bonne santé subiraient plus de menaces et d'injures ; reste à savoir si ces médecins sont effectivement plus victimes en raison d'une vulnérabilité accrue, ou s'ils

sont plus sensibles à ces faits et donc y font plus facilement référence<sup>[11]</sup>.

Il existe une grande variabilité interindividuelle dans la façon de concevoir et d'appréhender les situations d'insécurité. Ces notions font intervenir de nombreux facteurs psychologiques pouvant avoir une influence à la fois sur l'état de santé perçu, le vécu de la violence et le sentiment d'insécurité.

5 - Données ONDRP, disponibles sur le site de l'Institut national des hautes études de la Sécurité et de la Justice : [www.inhesj.fr](http://www.inhesj.fr)



## SOURCE DES DONNÉES

Les données présentées dans ce document ont été recueillies d'avril à juillet 2014 auprès d'un échantillon représentatif de 475 médecins généralistes (hors mode d'exercice particulier) des Pays de la Loire.

Ces médecins ligériens font partie du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice qui compte au total près de 3 000 médecins et associe un échantillon national (France métropolitaine) et trois échantillons régionaux (Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Il est interrogé cinq fois sur la période 2014-2016, au rythme d'une enquête par semestre. L'anonymat et le respect de la confidentialité des données sont garantis, conformément aux recommandations de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

L'ensemble des publications régionales déjà parues et les questionnaires d'enquêtes sont disponibles sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) et [www.urps-ml-paysdelaloire.fr](http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr).

La présentation générale du Panel et les résultats nationaux peuvent être consultés sur [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)

## PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Le Panel Pays de la Loire est porté par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ml). Il est mis en œuvre en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, et les ORS et URPS-ml des deux autres régions concernées.

Son financement est assuré par l'Agence régionale de santé (ARS) et la Drees.

## AUTEURS

Cette étude a été réalisée par Damien Durand, Jean-François Buyck, François Tuffreau, Anne Tallec, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil (ORS Pays de la Loire) et Thomas Hérault (URPS-ml Pays de la Loire).

## REMERCIEMENTS

A tous les médecins généralistes libéraux qui, à travers le temps qu'ils consacrent à ce Panel, contribuent à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes de la région.

Aux docteurs Jean-Jacques Frasin, Yves Lequeux, Marie Lugand et Laurent Pons pour leur relecture.

## CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2015). Enquête de victimation auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 11. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Amira S, Ast D. (2014). Des risques professionnels contrastés selon les métiers. *Dares Analyses*. Dares. n° 039. 17 p.

[2] Costargent G, Vernerey M. (2001). Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé. Igas. 71 p.

[3] Robert P, Pottier ML, Zauberma R. (2003). Les enquêtes de victimation et la connaissance de la délinquance. *Bulletin de méthodologie sociologique*. n° 80. pp. 5-24.

[4] ORS Basse-Normandie, URML Basse-Normandie. (2011). État de santé des médecins généralistes bas-normands. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.

[5] Blériot E. (2013). L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique : état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Université de Nantes. n° 005. 144 p.

[6] Robert P, Zauberma R. (2011). Le développement et les usages des enquêtes de victimation en France. *Économie et statistique*. Insee. n° 448-449. pp 79-83.

[7] URML Rhône-Alpes, Careps. (2009). Enquête sur l'insécurité en médecine générale en Rhône-Alpes. Rapport d'analyse. 68 p.

[8] Rizk C. (2008). Les atteintes à la personne en zone rurale et en milieu urbain : des résultats qui ne vont pas toujours dans le sens des idées reçues ! *Pouvoirs Locaux*. vol. 3, n° 78. pp. 58-60.

[9] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2010). Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire. Rapport détaillé. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 68 p. + annexes.

[10] Fattam A. (1981). Les enquêtes de victimisation : leur contribution et leurs limites. *Déviante et société*. vol. 5, n° 4. pp. 423-440.

[11] Duée M, Jaluzot L, Picard S. (2011). La victimation : un sujet sensible qui nécessite des approches complémentaires. *Économie et statistique*. Insee. n° 448-449. pp. 84-88.

## POUR EN SAVOIR PLUS

Robert P. (2003). Sentiment d'insécurité et statistiques de criminalité : quelles données les médias utilisent-ils, quels en sont les effets et quelle est leur responsabilité ? Forum 2003 : cohésion sociale ou sécurité publique. Conseil de l'Europe. 15 p.

L'ORS et l'URPS-ml autorisent l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de mention des sources.

Cette publication est téléchargeable sur les sites internet [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) et [www.urps-ml-paysdelaloire.fr](http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr)  
ORS - Tél. 02 51 86 05 60 - [accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com) • URPS-ml - Tél. 02 51 82 23 01 - [contact@urps-ml-paysdelaloire.fr](mailto:contact@urps-ml-paysdelaloire.fr)