



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Violence à l'encontre des spécialistes de Médecine Générale
des Hauts-de-France dans l'exercice de leur profession :
Représentations et ressources dont ils disposent.**

Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2017 à 14 heures
au Pôle Recherche
Par Florence DELGATTE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Assesseurs :

Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc

Monsieur le Docteur MESSAADI Nassir

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur CHARANI Charles

Travail de la Faculté Libre de Médecine et de Maïeutique

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASSTSAS : Association paritaire pour la Santé et la Sécurité au Travail du Secteur Affaires Sociales
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRRAL : Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux
- CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
- ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales
- OSM : Observatoire pour la Sécurité des Médecins
- RDV : Rendez-Vous
- RMM : Relation Médecin Malade
- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
- ZUP : Zone Urbaine Prioritaire

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	- 3 -
II. METHODE.....	- 7 -
A. Choix de la méthode	- 7 -
1. Type d'étude.....	- 7 -
2. Sélection des sujets.....	- 7 -
3. Guide d'entretien	- 8 -
B. Analyse des données	- 9 -
1. Retranscription et analyse	- 9 -
2. Validation des résultats.....	- 9 -
III. RESULTATS	- 10 -
A. Population étudiée.....	- 10 -
B. Réponses des médecins	- 14 -
1. Représentations des conditions de travail et de sécurité.....	- 14 -
a) Evolution de la Relation Médecin-Malade (RMM)	- 14 -
b) Conditions de travail	- 15 -
c) Conditions de sécurité	- 16 -
2. Description des agressions	- 18 -
a) Ressenti sur la fréquence des agressions.....	- 18 -
b) Profil des agressés.....	- 18 -

c) Lieu de l'agression.....	- 18 -
d) Profil de l'agresseur.....	- 19 -
e) Agressions verbales	- 20 -
f) Menaces verbales et attitudes menaçantes	- 22 -
g) Agressions physiques.....	- 22 -
h) Vols et détériorations	- 23 -
3. Gestion de la situation et conséquences	- 24 -
a) Gestion immédiate de l'agression	- 24 -
b) Gestion différée	- 25 -
c) Conséquences psychiques.....	- 25 -
d) Conséquences physiques	- 28 -
e) Conséquences organisationnelles et financières	- 28 -
4. Signalement des agressions	- 29 -
a) Au Conseil de l'Ordre	- 29 -
b) Dépôt de plainte	- 30 -
c) Autres signalements	- 31 -
d) Freins au signalement	- 31 -
5. Moyens de prévention et dispositions.....	- 33 -
a) Attitudes personnelles et comportement des médecins	- 33 -
b) Adaptation des locaux, du matériel et de l'équipement du cabinet.....	- 34 -
c) Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé	- 36 -

IV. DISCUSSION	- 37 -
A. Sur la méthode	- 37 -
1. Type d'étude choisi.....	- 37 -
2. L'échantillon.....	- 38 -
3. Type d'entretiens	- 39 -
4. Traitement de l'information	- 40 -
B. Sur les résultats.....	- 41 -
1. La violence dans l'exercice de la profession de médecin	- 41 -
a) Actes violents et fréquence	- 41 -
b) Patients violents	- 42 -
c) Evolution de la RMM	- 42 -
d) Situations à risque	- 43 -
2. Conséquences de la violence.....	- 45 -
a) Retentissement psychologique et physique	- 45 -
b) Ressenti sur les conditions de travail et de sécurité	- 46 -
c) Notion d'isolement.....	- 46 -
3. Les recours et moyens de protection.....	- 48 -
a) Le signalement	- 48 -
b) Sécurisation du cabinet, prévention des agressions.....	- 51 -
V. CONCLUSION.....	- 54 -

RESUME

Introduction : La démographie médicale change et son déficit s'aggrave. L'insécurité est un des facteurs de réticence à l'installation des médecins mis en évidence par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. En 2003, il crée l'Observatoire de la sécurité des médecins pour recenser les incivilités. L'objectif de ce travail est de définir le vécu des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant la violence des patients et d'examiner les solutions dont ils disposent.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien. Il comportait deux parties composées de questions ouvertes s'intéressant au vécu des médecins et aux moyens à leur disposition pour se protéger et une troisième partie composée de questions fermées permettant de caractériser l'activité des participants de l'étude. Les entretiens étaient anonymes, enregistrés et retranscrits intégralement. Ils étaient ensuite analysés grâce au logiciel NVivo® par deux chercheurs.

Résultats : Treize médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France ont été rencontrés. La saturation des données a été obtenue. Les médecins généralistes étaient conscients que leur métier était à risque d'agression et étaient confrontés à la violence, principalement verbale. La pacification était privilégiée pour gérer la situation, celle-ci étant plus aisée avec l'expérience. Les agressions étaient vectrices de conséquences psychiques pouvant être majeures. L'isolement pouvait être ressenti par les médecins. Les démarches ordinales et judiciaires étaient peu utilisées. La sécurisation du cabinet et l'anticipation des situations à risques étaient nécessaires.

Discussion : Les médecins généralistes des Hauts-de-France sont concernés par la violence dans l'exercice de leur profession. Cette réalité a pu modifier leur pratique. L'insécurité peut être un facteur de réticence à l'installation des médecins.

Mots clés : médecin généraliste, insécurité, violence, victime, étude qualitative

I. INTRODUCTION

Le 28 octobre 2016, dans la Vienne, le Docteur Corinne J. est agressée par un patient dans la salle d'attente, elle en ressort avec un hématome cérébral (1). Le 31 janvier 2017, dans l'Aude, un médecin est roué de coups par un patient refusant d'attendre son tour (2). Le lendemain, en Eure-et-Loire, le Docteur Patrick R. est retrouvé mort, poignardé d'une trentaine de coups de couteau en pleine journée dans son cabinet (3).

Plus près de chez nous, dans la région des Hauts-de-France, le 25 avril dernier, le Docteur Pierre G., médecin généraliste à Dunkerque, est violemment agressé par des mineurs devant son cabinet. Victime d'une fracture du plateau tibial, il porte plainte mais il faut près d'un mois pour que les agressions et intimidations cessent (4).

Par ailleurs, la démographie médicale change depuis quelques années et son déficit s'aggrave. Soucieux de ce déclin, le Conseil National de l'Ordre des Médecins [CNOM] se préoccupe d'en analyser les raisons. Parmi celles-ci, l'insécurité vécue ou ressentie est mise en évidence depuis janvier 2013 comme un des facteurs de réticence à l'installation des médecins (5).

C'est en 2003 que le CNOM crée l'Observatoire pour la Sécurité des Médecins [OSM] dont le rôle est de recenser les incivilités (6).

Les objectifs sont définis comme suit :

- « Recueillir les déclarations d'agressions des médecins pour évaluer le niveau d'insécurité subie sur le terrain,
- Créer et renforcer les coopérations de sensibilisation et de traitement des incidents avec les autorités concernées (Justice, Sécurité intérieure, Police, Gendarmerie, Santé et Collectivités locales),
- Améliorer les préventions et le traitement des agressions à l'encontre des médecins et de leurs activités. » (7).

Une fiche de signalement est mise à disposition sur le site du Conseil de l'Ordre à destination des médecins agressés (Annexe 2). Un rapport est établi chaque année à partir des signalements transmis par les médecins. En 2016, le nombre d'agressions atteint un triste record avec 968 incidents recensés (8).

Les médecins généralistes (libéraux et salariés) sont les médecins qui ont déclaré le plus d'incivilités : 65% des fiches sont remplies par des médecins généralistes alors qu'ils ne représentent que 55% des médecins en France. Le département du Nord est le deuxième département en nombre de signalements, derrière les Bouches-du-Rhône et devant la Loire et la Seine-Saint-Denis ex æquo (8).

Selon le dictionnaire Larousse de la langue française, la violence se définit comme étant une « extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans les propos, le comportement », mais également comme l' « ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité » et enfin comme la « contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé » (9). La violence, bien que prenant toujours une connotation

sévère, est un terme assez large et couvre plusieurs types d'actes : gestuels, verbaux ou physiques.

Le sujet de l'insécurité et de la violence des patients à l'encontre des médecins généralistes a été abordé lors de neuf thèses d'exercice en Médecine (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18). Sept d'entre elles étaient des études quantitatives rétrospectives, deux, des études qualitatives sous forme d'entretiens semi-dirigés.

L'ensemble de ces études révèle un nombre important d'incivilités rapportées par les médecins et un sentiment d'insécurité bien présent.

Dans les Hauts-de-France, deux travaux traitent de ce sujet : une étude quantitative dans le Pas-de-Calais réalisée en 2009 et une étude rétrospective dans l'Oise en 2012. L'étude quantitative du Docteur Fasciaux conclut que 79% des médecins interrogés ont déjà été victimes d'agression et 52% ressentent de l'insécurité en conséquence (14). L'étude rétrospective du Docteur Mahon retrouve que 65.4% des médecins ont été victimes d'agression dans l'exercice de leur profession, parmi eux, 44.5% n'ont pas donné de suite mais 35% ont modifié leur pratique (16).

Il nous semble intéressant de compléter ces thèses en explorant les expériences personnelles des médecins, leurs représentations de la violence et les ressources dont ils disposent au travers d'une étude qualitative.

La représentation est définie comme l' « action qui permet de rendre quelque chose présent à l'esprit, de reproduire en lui des images, de concrétiser une pensée, au moyen des sens ou de la mémoire » (19).

Les ressources sont les « possibilités d'action de quelqu'un, les moyens intellectuels dont il dispose » (20).

L'objectif de ce travail est de définir le vécu des médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France face à la violence subie dans l'exercice de leur profession et les solutions dont ils disposent.

II. METHODE

A. Choix de la méthode

1. Type d'étude

L'objectif du travail était de connaître le vécu des spécialistes de Médecine Générale concernant l'insécurité dans l'exercice de leur profession. Ces données étant difficilement évaluables par une méthode quantitative analytique, la méthode qualitative a été privilégiée. Elle a permis de mettre en exergue des données dans leur complexité individuelle et de faire émerger de nouvelles idées.

2. Sélection des sujets

Les sujets étaient des médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France. Un premier contact a eu lieu par mail suivi d'un contact téléphonique à ceux qui étaient intéressés pour mieux leur expliquer le sujet et convenir d'une rencontre. La technique de la « boule de neige » a été adoptée : les médecins étaient sollicités au-fur-et-à-mesure de l'avancée de l'étude sur les conseils des participants précédemment interrogés (21). Nous avons contacté des médecins dont les caractéristiques étaient variées (sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice) afin d'avoir un échantillon en variabilité maximale. Ils ont été rencontrés en entretiens individuels semi-structurés, c'est-à-dire à l'aide de questions ouvertes, soit chez eux, soit à leur cabinet, soit à la faculté de médecine (22).

3. Guide d'entretien

Les entretiens étaient guidés par 17 questions ouvertes qui s'intéressaient au vécu des médecins et aux moyens à disposition pour se protéger puis par 5 questions fermées afin de définir les caractéristiques du médecin et de son activité. Le guide d'entretien permettait, bien que la discussion fût libre, de recentrer le discours du médecin interviewé pour aborder tous les thèmes et se focaliser sur le sujet de l'étude (21). Le guide d'entretien était modulable tout au long de l'étude et selon les réponses des médecins en vue d'obtenir la plus grande variété possible de données (Annexe 1).

B. Analyse des données

1. Retranscription et analyse

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones numériques. Les enregistrements ont permis d'obtenir l'ensemble du discours de l'interviewé (21). Ils ont été retranscrits mot pour mot, ainsi que les messages non verbaux sur le logiciel Word® (22). L'entretien retranscrit définissait un verbatim (23). Les médecins étaient nommés M1, M2... pour Médecin 1, Médecin 2...etc.

L'analyse s'est faite avec le logiciel NVIVO 11® en codant des passages de l'entretien, formant ainsi des nœuds qui ont été classés par thèmes.

2. Validation des résultats

La méthode choisie s'est limitée à des entretiens individuels. Le sujet étant personnel et touchant à l'affect, la parole pouvait être plus libérée et donc plus instructive.

Les différents verbatims bénéficiaient d'une lecture par deux chercheurs différents qui ont ensuite codés chacun de leur côté avant de confronter les idées. Il s'agit de la triangulation des chercheurs, elle permet de garantir la validité interne (23). Cela permettait également de relever un maximum de nœuds.

La retranscription était envoyée aux participants pour d'éventuelles rectifications sur ce qui avait été dit et compris durant l'interview.

La saturation des données a été recherchée. Elle est définie comme étant le moment où aucune nouvelle idée significative pour la compréhension du sujet n'émanait des entretiens (23).

III. RESULTATS

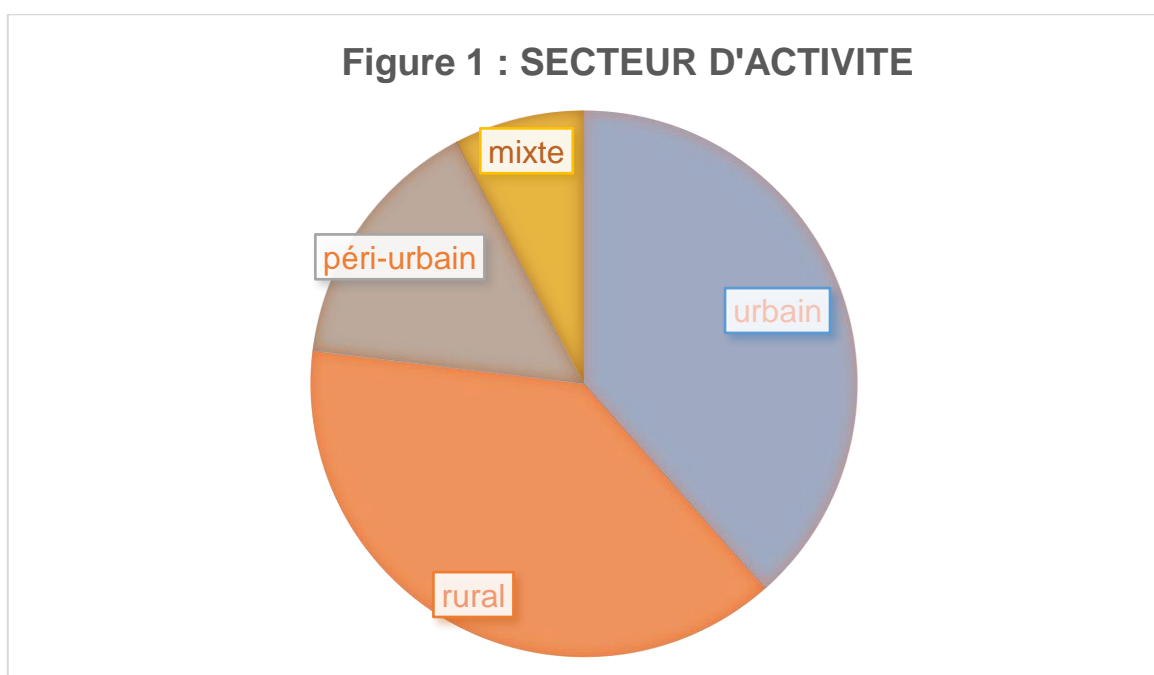
A. Population étudiée

Treize médecins ont été interrogés : 6 femmes et 7 hommes.

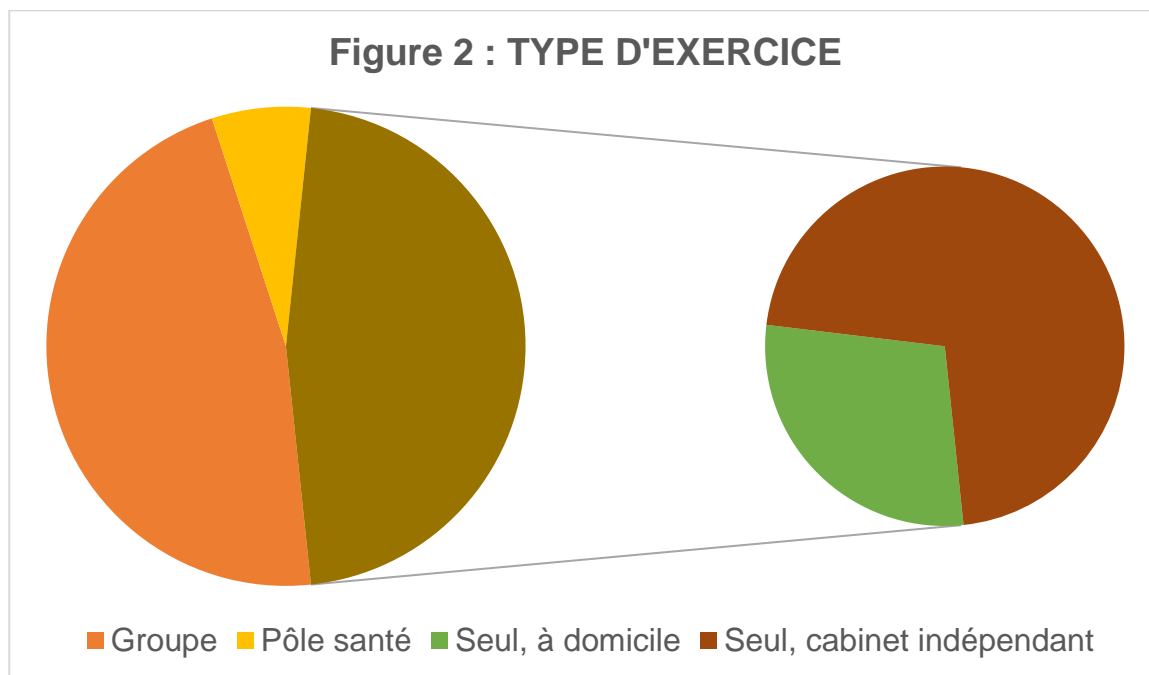
Ils étaient âgés de 30 à 64 ans et étaient installés depuis 1 à 36 ans : (Figure 1)

- 5 en milieu urbain,
- 2 en péri-urbain,
- 5 en rural,
- 1 dans un exercice polyvalent (SOS médecin).

Le secteur urbain était défini comme regroupant plus de 2000 habitants et plus de 5000 emplois, le secteur péri-urbain plus de 2000 habitants mais moins de 5000 emplois et le secteur rural moins de 2000 habitants (24).



Il y avait plusieurs types d'exercice : cabinet de groupe, pôle santé, seul dans un cabinet indépendant ou à domicile (Figure 2).



Plusieurs médecins du panel avaient recours à un secrétariat, sur place ou à distance (télésecrétariat). Certains ne travaillaient que sur rendez-vous, tous faisaient des visites, certains ne participaient plus au tour de gardes.

Les caractéristiques de chaque médecin de l'échantillon ont été regroupées dans un tableau (Figure 3). Les médecins ont été nommés de M1 à M13 pour Médecin 1 à Médecin 13, ce pseudonyme a été repris tout le long de l'étude.

Figure 3 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

	Sexe	Age	Années d'installation	Milieu d'exercice	Type de cabinet	Secrétariat	Avec/sans RDV	Visites	Gardes
M1	F	46	15	Urbain	Groupe	Non	Les deux	Oui	Non
M2	F	49	11	Péri-urbain	Pôle santé	Oui sur place	RDV	Oui	Oui
M3	H	46	17	Rural	Seul/ Domicile	Oui sur place	Les deux	Oui	Oui
M4	H	57	25	Rural	Seul/ Domicile	Non	Les deux	Oui	Oui
M5	H	44	14	Rural	Seul	Oui à distance	RDV	Oui	Oui
M6	H	32	2	Polyvalent	Groupe/ SOS	Oui sur place	Les deux	Oui	Oui
M7	F	49	15	Urbain	Groupe	Oui à distance	Les deux	Oui	Oui
M8	F	30	1	Rural	Groupe	Oui à distance	RDV	Oui	Oui
M9	H	32	4	Urbain	Groupe	Oui à distance	RDV	Oui	Non
M10	H	64	36	Urbain	Groupe	Oui à distance	Les deux	Oui	Oui
M11	F	32	2	Rural	Groupe	Oui sur place	Les deux	Oui	Oui
M12	F	57	32	Péri-urbain	Seule	Oui à distance	RDV	Oui	Non
M13	H	59	29	Urbain	Seul	Oui à distance	RDV	Oui	Oui

Les entretiens duraient de 8 minutes 30 secondes pour le plus court à 1 heure 24 minutes pour le plus long avec une moyenne de 30 minutes par entretien. Ils étaient enregistrés avec l'accord des participants et rendus anonymes par l'utilisation de pseudonymes.

La saturation des données a été atteinte au bout du douzième entretien. Un treizième a permis de la confirmer.

B. Réponses des médecins

1. Représentations des conditions de travail et de sécurité

a) Evolution de la Relation Médecin-Malade (RMM)

La RMM avait évoluée depuis leur installation. Le patient était plus informé.

M3 : « Ils viennent avec leur diagnostic sur internet, auquel cas je leur demande de m'apporter le médecin, le « Docteur Doctissimo »... puisque je ne le connais pas ce monsieur. »

Le problème du manque d'éducation de certains patients était abordé ainsi que la notion de consumérisme.

M11 : « Je dirai plus, vraiment, une sensation vis-à-vis des patients d'insécurité : non, manque de respect : oui, ça c'est certain. »

Pour plusieurs médecins interrogés, la RMM s'était améliorée depuis leur installation, notamment par l'expérience, la meilleure connaissance des patients dans leur globalité. Médecins et patients semblaient se « choisir ».

M13 : « On sent qu'on est quand même plus à l'aise avec le patient qu'on ne pouvait l'être au début... »

Des médecins pointaient le manque de reconnaissance.

M1 : « Ce n'est pas gratifiant (...) Des fois, on a l'impression qu'on ne sert à rien en fait. »

b) Conditions de travail

Les conditions de travail de certains médecins interrogés étaient jugées satisfaisantes.

M12 : « J'ai une clientèle plutôt sympa moi, il ne faut pas que je me plaigne ! »

L'exercice en cabinet de groupe paraissait agréable.

M6 : « Ah, je me sens très très bien, c'est... jamais j'aurai imaginé m'installer un jour (...) je me suis dit : « Mais c'est génial ! » »

Les médecins du secteur rural s'estimaient chanceux.

M11 : « Je suis contente que, ici, dans un milieu rural, on a encore un esprit de médecin de famille... avec une vraie reconnaissance. »

La charge de travail importante, notamment du point de vue administratif, était évoquée. Le problème de démographie médicale provoquait des difficultés pour les médecins.

M9 : « Un peu trop de charges administratives, comme tous les médecins. »

M5 : « Par rapport à la pression des patients qui ne trouvent plus de médecin traitant, dire non aux patients c'est difficile. »

L'avis était quelque fois plus mitigé.

M11 : « Je crois que ce n'est pas ce à quoi je m'attendais, clairement... »

c) Conditions de sécurité

Les médecins interrogés pensaient que leur métier était un métier à risque d'agressions.

M6 : « On sait bien, en tant que médecin, qu'on doit faire face à des situations souvent complexes (...) On est forcément amené à gérer l'agressivité. »

Certains médecins se sentaient en sécurité dans l'exercice de leur profession.

M4 : « Alors moi, je ne me suis jamais inquiété de ma sécurité au cabinet. »

D'autres étaient inquiets.

M1 : « Mais les conditions de sécurité, elles ne sont pas... Je pense qu'il y a plein d'endroits où elles ne sont pas garanties les conditions de sécurité... »

Une idée était que les médecins se sentaient davantage en insécurité lors des visites et des gardes.

M7 : « Une garde bon, on est appelé euh, à un endroit qu'on connaît pas, euh, des patients qu'on connaît pas, on sait pas ce qu'il y a derrière la porte. »

Connaître sa patientèle était alors sécurisant. De même que l'exercice en cabinet de groupe.

M2 : « Bah, ici on n'a pas de problème parce que le secteur est calme et que je suis en groupe donc, euh, ça aide aussi, quand j'étais toute seule c'était, enfin, il y avait des moments je n'étais pas toujours très rassurée. »

Le soir était un moment de la journée redouté.

M9 : « Les moments où tu te sens voilà plus en insécurité je pense, c'est quand tu es le dernier à partir en hiver et que tu vois qu'il y a un type « chelou » dans la salle d'attente (Sourire). »

2. Description des agressions

a) Ressenti sur la fréquence des agressions

Les médecins interrogés estimaient être peu agressés. Pour eux, l'agressivité était plus importante ailleurs.

M12 : « C'est super léger par rapport à ce que l'on peut imaginer ailleurs. »

D'autres participants avaient le sentiment que la fréquence des agressions augmentait. Elle était quotidienne chez certains.

M11 : « On se faisait toujours agresser verbalement au moins une fois par jour et moi, je me suis fait agresser physiquement trois fois en l'espace d'un an... »

b) Profil des agressés

L'idée émergeait que les femmes se sentaient vulnérables.

M11 : « Déjà, en tant que femme, ils nous insultaient là-bas (...) Mais en tout cas, effectivement, le fait d'être une femme, clairement, les hommes ne sont pas euh... Ils ont... Oui, il y a quand même un respect qui est différent... »

c) Lieu de l'agression

Des agressions se déroulaient au sein du cabinet. Cependant, les participants de l'étude se sentaient davantage en insécurité lors des visites et des gardes.

M10 : « Je ne fais plus de visite de nuit, de garde, c'est là où on pourrait être agressé... »

Ils étaient conscients que l'agression pouvait avoir lieu partout.

M3 : « Ça peut être au cabinet, ça peut être à la maison, ça peut être un peu partout... »

Certains quartiers étaient plus particulièrement redoutés.

M6 : « L'association SOS médecin qui intervient partout a été amenée à exclure certains quartiers du fait de la recrudescence des agressions physiques ou des insultes...(…) quartier où la police n'intervenait plus depuis bien longtemps... »

d) Profil de l'agresseur

Il était difficile de définir un « profil » du patient violent. Les patients atteints de maladies psychiatriques, de démences ou d'addictions étaient cités dans le cadre d'agressions physiques ou de menaces d'agressions physiques même si beaucoup de praticiens les excusaient facilement dans ce contexte, notamment pour les deux premières pathologies. Dans le cadre des autres agressions verbales, aucun profil particulier n'a été soulevé.

M8 : « On a des agressivités parfois avec des patients Alzheimer mais ça n'a rien à voir... (...) il était alcoolique, donc, pas que je crains les alcooliques en général, mais je pense que sous l'emprise de l'alcool, il aurait pu nous agresser physiquement... »

La notion de genre a été décrite.

M13 : « Alors par contre, ça a toujours été des hommes ! »

Les difficultés sociales ont également été abordées.

M9 : « C'est une patientèle que, que j'apprécie, qui a beaucoup de difficultés médicales et sociales et au final, les deux s'intriquent hein... donc euh, voilà, quand tu as des boulots de merde et bien t'as mal au dos, t'es plus abimé et il y en a beaucoup qui ne gagnent pas assez d'argent et voilà, euh, ils tombent dans des conneries comme des stupéfiants ou autre... »

Les médecins ne savaient pas s'ils étaient vraiment la cible des agressions.

M6 : « Alors c'est toujours compliqué de dire si c'était en tant que médecin qu'on a été victime, si c'est en tant que personne extérieure au quartier. »

Dans certaines situations, les violences émanaient des accompagnants.

M7 : « Il accompagnait une de mes patientes. »

e) Agressions verbales

La violence verbale était largement évoquée.

M3 : « L'agressivité va s'exprimer, non pas par une agressivité physique, mais plus par une agressivité qui pourra être verbale. »

Elle n'était pas minimisée.

M1 : « C'est un comportement qui n'est pas admissible en fait, quelque-soit la raison, ce n'est pas admissible. »

Le refus de prescription ou de rédaction de certificat donnait lieu à des réactions virulentes.

M1 : « Ceux qui réclament des choses auxquelles on n'accède pas et qui disent : « Mais je ne vous ai jamais rien demandé, vous pourriez au moins faire un effort ! » (...) C'est surtout, souvent par rapport à des demandes abracadabrantes auxquelles on n'accède pas. »

Quelques fois, l'avis médical était remis en cause. Il pouvait exister un désaccord dans la prise en charge.

M10 : « J'ai déjà eu des conflits mais euh, (Soupir) sur des, des diagnostics, une pathologie dont le patient n'était pas d'accord. »

L'exigence et l'impatience de certains patients étaient soulignées avec de nombreuses demandes inadaptées, reflétant une pondération différente de la notion d'urgence entre le médecin et le patient.

M3 : «« Tant que vous y êtes Docteur » (...) Donc si c'est pour faire du soin, du conseil médical, j'y suis, si c'est pour faire écrire un truc, euh, non, ça je le prends pour une agression. »

Les praticiens étaient confrontés à des insultes et des cris.

M13 : « Moi, ça va commencer je dirai par, euh... les gens qui élèvent la voix, qui euh, voilà, c'est... Le premier truc, c'est les gens qui élèvent la voix. »

Le secrétariat, notamment sur place, était souvent la cible de violences.

M11 : « Elle, c'est elle qui fait le tampon, elle se fait engueuler mais toute, toute la journée euh, et on a vraiment des gens qui, on a l'impression, pensent qu'on ne fait rien ! »

Les participants ont été confrontés à des propos déplacés voire graveleux.

M11 : « Oui, des hommes qui me demandent d'aller boire des verres, euh, alors ce n'est pas de l'agressivité mais, vous me dites « déplacé , c'est déplacé... »

f) Menaces verbales et attitudes menaçantes

Un autre type d'agressivité évoqué était les menaces, avec des armes pour certaines.

M4 : « Il a dit « tu vas me les prescrire, sinon... je sors une arme » et puis il a sorti son arme. »

g) Agressions physiques

Les agressions physiques décrites étaient de deux types : des agressions directes par coups et des agressions indirectes via des objets lancés en direction du praticien.

M11 : « Et après l'agression euh, physique euh, qui peut aller de quelqu'un qui ne va pas être content, shooter dans la chaise, déjà, pour commencer, ou jeter un objet, et après, euh, je vous dis, moi ça m'est arrivé physiquement, vraiment des gens qui me prenaient au collet et qui m'accrochaient au mur quoi... »

Aucun des médecins interrogés n'a déclaré avoir été victime d'agression sexuelle.

M5 : « Des agressions sexuelles, non. Je n'ai jamais d'exhibitionnistes dans le cabinet, non... »

h) Vols et détériorations

Les médecins étaient confrontés à des effractions, des dégradations et des vols.

M9 : « Ils piquaient, ils piquaient... les poignées de fenêtres, les poignées de portes, les prises électriques, les interrupteurs... »

3. Gestion de la situation et conséquences

a) Gestion immédiate de l'agression

La solution privilégiée par les médecins généralistes était d'apaiser la situation, d'expliquer, tout en restant autoritaire et en ne cédant pas aux demandes inadaptées.

M10 : « Je fais un peu d'écoute, je le calme et puis... Ça marche comme ça en général. »

Certaines situations ont amené les praticiens à surenchérir. Ces expériences étaient vécues comme des pertes de temps et étaient regrettées.

M7 : « Il se met à crier, bon, manque de bol, moi je ne réagis pas intelligemment, je crie autant que lui, et puis, à un moment donné, je le sors du cabinet en lui disant : « Bon, écoutez, maintenant vous dégagez ». »

L'appel au secours et la fuite ont pu être des solutions.

M2 : « Si j'avais un problème, j'appellerais, je parlerais un peu plus fort ou j'appellerais un de mes confrères (...) si ça ne va pas, je m'en vais donc... »

Des praticiens reconnaissaient avoir fini par céder aux demandes des patients.

M9 : « Les deux fois où j'ai été agressé, où j'ai été forcé, où je me suis senti forcé, il ne m'a pas mis un flingue sur la tempe (...) Je leur dis clairement : « Là, je vous fais une ordonnance limitée (...) Mais vous ne revenez plus ». »

La gestion des agressions semblait plus aisée avec l'expérience, elle était différente selon la personnalité du médecin.

M2 : « D'un côté, j'ai pris de l'assurance (...) J'ai..., entre guillemets, « vieilli » et, on va dire, j'ai bonifié à ce niveau-là avec le temps, bah c'est plus facile à gérer quoi. »

Cette notion a été mise en doute.

M6 : « Je ne suis pas sûr que ça relève forcément de la personnalité ou de l'expérience ou de la formation, mais plutôt de la situation. »

b) Gestion différée

Gérer un conflit pouvait prendre du temps.

M 10 : « J'arrive quand même à gérer le problème sur une ou plusieurs consultations avec le patient si j'ai un conflit médical ou autre... »

Le patient n'était pas revu, soit par décision du médecin agressé soit de lui-même. L'arrêt du suivi pouvait être temporaire.

M11 : « Je mets en garde, je dis : « Un pas de plus et vous sortez de la patientèle ! » et puis comme ça, soit, souvent, ils partent d'eux-mêmes en fait. »

c) Conséquences psychiques

La violence était vectrice d'énervement, voire d'anxiété et de peur.

M7 : « Bah j'étais très énervée (Sourire), il m'a fallu bien une bonne, dix minutes pour me calmer. »

Ces situations nécessitaient un temps de pause, difficilement aménageable.

M1 : « Après il faut un temps de pause parce que euh..., bah, parce qu'après on n'est pas bien quoi (...) Le pire, c'est qu'on ne peut pas prendre des temps de pause pour essayer de faire le point parce qu'après les gens râlent. »

Les médecins regrettaient les répercussions que cela pouvait avoir sur les consultations suivantes.

M1 : « Après il faut que les gens, ils soient sages, parce que sinon, celui qui passe après ça, parfois s'il est un peu trop exigeant, ça ne va pas le faire. »

Un sentiment d'échec pouvait être ressenti, avec remise en question.

M8 : « Ça nous laisse quand même un goût amer je trouve... On a vraiment l'impression d'avoir eu un échec quoi... »

Le retentissement psychologique pouvait être important, avec l'apparition d'une baisse de motivation au travail et d'un stress post-traumatique.

M8 : « Et puis, si, quand même, des fois quand vous avez ça et bien le lendemain, vous avez moins envie d'aller travailler et puis euh... (...) Le soir en fait, on déconnecte moins du coup, on a l'impression d'être resté au travail toute la nuit car on y repense... »

Les médecins parlaient peu de leurs mésaventures. Ils relataient cependant facilement quelques situations rencontrées avec leurs confrères, leur conjoint ou leurs stagiaires.

M10 : « Bah, pas vraiment, non, j'en ai jamais parlé... Enfin, j'en parle quelques fois avec mon associé comme ça. »

Les médecins interrogés ne ressentaient pas de peur.

M12 : « Mais je n'ai jamais eu peur de ça, je ne suis pas très, je ne suis pas trouillarde en fait... »

Certains médecins avaient tendance à banaliser les faits.

M9 : « J'ai jamais été tabassé, je dis bien, c'est des petits coups, je n'ai jamais eu de nez cassé ou de... Voilà, ça a été des coups... (...) Pour moi, ça fait partie du métier... (...) ce n'est pas forcément leur état normal non plus, il suffit qu'ils étaient en manque ou... au contraire qu'ils avaient pris...»

L'intérêt d'une prise en charge psychologique a été évoqué. Elle ne semblait pas nécessaire pour toutes les incivilités.

M9 : « Mais, euh, tu as beau pas être médecin, tu te fais tabasser à mort, tu vas voir un psychologue.... Ouais, bon, ça ne répond pas au problème... »

Le besoin de justifier un refus de travailler dans des Zones d'Urbanisation Prioritaire [ZUP] ou des quartiers réputés difficiles a été soulevé.

M11 : « *Je pense que j'ai eu besoin de me justifier. Il y en a plein qui disent : « Oui, mais alors si les médecins, ils ne vont pas travailler dans ces zones-là, euh, qu'est ce qui va soigner ces gens-là, euh... ». Eh bien non quoi ! Moi, j'ai eu besoin d'en parler en disant : « Non mais attendez, déjà, hors cabinet, dans la rue, on se fait ennuyer tout le temps je trouve, en tant que femme, mais alors ici, c'est le pompon, hein ! C'est le pompon ! ». »*

d) Conséquences physiques

Certains praticiens interrogés n'ont jamais eu de conséquences physiques.

M5 : « Physiquement, non, jamais de conséquences. »

D'autres évoquaient des complications à type de douleurs principalement, n'ayant pas entravé leur travail.

M9 : « Un peu mal aux genoux ou aux côtes une fois de temps en temps... »

e) Conséquences organisationnelles et financières

Les participants évoquaient les conséquences des suites judiciaires.

M13 : « Il y a eu toute la logistique je dirai euh, judiciaire qui s'est installée par derrière, (...) Donc j'ai dû quand même arrêter, fermer le cabinet des après-midis par-ci par-là. »

4. Signalement des agressions

a) Au Conseil de l'Ordre

Informé le Conseil de l'Ordre paraissait important. La perception sur le terrain était différente des résultats statistiques communiqués.

M5 : « Bah, c'est important parce que ça fait des statistiques quand même pour montrer qu'on est une population à risque. »

Des médecins regrettaient le manque de soutien du Conseil de l'Ordre.

M13 : « Alors, j'ai quand même écrit à l'Ordre des Médecins, mais je n'ai jamais reçu de réponse... Jamais, jamais... (...) C'est sûr qu'il y a une différence entre voler des plaques et recevoir un coup de poing en fait... À la limite, tout est traité sur le même niveau... »

Des médecins interrogés ne connaissaient pas la fiche de signalement disponible sur le site du Conseil de l'Ordre.

M7 : « Pas du tout, non, je le découvre. »

Pour ceux qui la connaissaient, l'avis était plutôt mitigé.

M9 : « Ah super ! C'est une feuille d'évènement indésirable quoi ! Donc c'est comme à l'hôpital, t'en remplis plein et tu ne vois jamais le retour, c'est ça... »

b) Dépôt de plainte

Appeler les Forces de l'Ordre en cas d'agression et, ensuite, déposer plainte étaient des mesures envisagées.

M1 : « Bah, il faut porter plainte je pense... »

Le dépôt de plainte était surtout réalisé lorsqu'il s'agissait d'une agression physique ou de dégradations.

M6 : « On a jamais porté plainte contre un patient pour des actes de violences hormis celui qui a dégradé euh, ceux qui dégradent les locaux, si... pour que leur assurance puisse participer à la remise en état. »

Le dépôt de plainte a été suivi d'une condamnation dans les cas d'agressions physiques relatées.

M10 : « Le patient a été arrêté, a été condamné à ce qu'il fallait. »

Les médecins ne ressentait pas toujours le fait que l'agression d'un des leurs soit considérée comme une circonstance aggravante. Cependant, les participants s'étaient sentis soutenus par la justice après l'agression dont ils avaient été victimes.

M5 : « Ah si, s'en prendre à un médecin apparemment c'est une circonstance aggravante pour l'agresseur... J'ai appris ça il n'y a pas longtemps... »

c) Autres signalements

D'autres institutions ou personnes ont pu être interpellées : la Préfecture, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie [CPAM], la famille ou les proches.

M6 : « J'ai envoyé un courrier adressé à la mairie de L. avec en copie toutes les hiérarchies de la Police, l'ARS [Agence Régionale de Santé], euh... le Conseil de l'Ordre au niveau départemental, national euh, j'ai envoyé également à la Préfecture, préfet et sous-préfet. »

d) Freins au signalement

Une idée émergeait que les médecins ne voyaient pas l'intérêt de signaler les événements soit parce qu'ils ne savaient pas ce que cela pourrait leur apporter soit parce qu'ils ne savaient pas vers qui se tourner.

M2 : « Eventuellement, je crois que je dois faire une déclaration à l'Ordre... Mais, après, comme je n'ai jamais eu le problème... »

Certains le regrettaient.

M1 : « Et c'est dommage, je pense qu'on devrait le faire... faire remonter... le, le comportement euh... agressif des patients et il y en a de plus en plus, c'est un peu... oui il y en a de plus en plus, je pense qu'il faudrait faire remonter. »

Le manque de temps était le principal frein au signalement, que ce soit au Conseil de l'Ordre ou aux Forces de l'Ordre.

M6 : « J'ai incité à le signaler mais bon, ça prend du temps, c'est un peu contraignant... »

La peur des représailles pouvait également être un frein à la déclaration des incidents.

M1 : « Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui hésitent à porter plainte à cause de ça, parce qu'ils sont tout seuls dans leur cabinet et que... ils ont peur des représailles en fait... »

5. Moyens de prévention et dispositions

a) Attitudes personnelles et comportement des médecins

L'anticipation paraissait importante et était plus aisée pour des patients connus.

M2 : « J'ai demandé à la secrétaire de m'appeler sur mon portable : si tout allait bien, je disais que c'était ok, sinon comme ça j'avais un moyen de sortir de la maison et de m'en aller... C'est un petit truc... »

Il paraissait important de bien expliquer la démarche diagnostique aux patients pour éviter les incompréhensions.

M10 : « En prenant bien le temps de m'expliquer, en reprenant le dossier à fond, j'arrive toujours à régler ces conflits. »

Les femmes se sentaient plus en sécurité depuis qu'elles n'étaient plus seules dans le cabinet.

M1 : « Si, maintenant on est toujours à deux en fait, alors qu'à une époque on était en alternance donc on était vraiment euh... tout seul... »

L'emploi d'une syntaxe différente avec une conjugaison plus élaborée était une astuce utilisée.

M3 : « Ah si, le subjonctif plus-que-parfait (Sourire), ça marche bien, c'est une bonne arme. »

La personnalité du médecin et ses caractéristiques physiques permettaient de gérer certaines situations.

M3 : « En général avec le sourire, j'éclate de rire, souvent, j'ai une bonhomie naturelle. »

Des participants regrettaient l'absence de formation.

M13 : « J'ai fait des formations par moi-même au début, alors ça a peut-être joué... (...) J'ai fait pas mal de formations sur la communication, des choses comme ça, peut-être que c'est un besoin que j'ai ressenti, parce qu'il n'y avait pas de formation... »

b) Adaptation des locaux, du matériel et de l'équipement du cabinet

Lors des gardes, depuis la mise en place de la régulation systématique, les médecins se sentaient davantage en sécurité.

M2 : « Et pareil quand on est de garde la nuit, comme le CRRAL [Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux] est au courant de l'endroit où l'on est, bon...c'est moins... inquiétant que quand on est tout seul. »

Les médecins avaient déjà des systèmes de protection dès leur installation.

M4 : « Bah, euh... les mesures au cabinet, je pense que je les avais déjà, ce n'est pas ça qui a créé le fait que... (...) J'ai un petit boîtier qui me permet de déclencher la télésurveillance en cas de... en cas d'agression quoi. »

Pour certains, des changements ont été entrepris ou envisagés suite à des incivilités : configuration du cabinet, mise en place de télésurveillance, fermeture des portes ou encore arme de défense à disposition...

M1 : « On a fait mettre une porte entre la salle d'attente et les bureaux parce que c'était insupportable... Bon, et puis c'est quand même plus sécurisant, on peut quand même fermer... (...) Euh... Bah on a un petit pistolet à gel en cas d'agression euh... au cas où hein, quand même (Sourire). (...) On ferme la porte, on ferme la porte de la salle d'attente quitte à aller ouvrir quand ça sonne. (...) Ne serait-ce que là, la configuration du bureau fait qu'on ne peut pas sortir du bureau si on est agressé, en fait... Il faudrait mettre le bureau dans l'autre sens... pour être près de la porte. Je vais y penser... »

La pratique du tiers payant permettait d'avoir moins de liquidité à disposition.

M10 : « Mais là, maintenant, on marche à la carte vitale, on a beaucoup de CMU [Couverture Maladie Universelle], on n'a plus beaucoup d'argent... »

Des propositions ou solutions étaient envisagées.

M11 : « Sauf que, à envoyer une femme le soir après 20h chez, chez des patients qui ne sont pas ses patients puisque c'est la garde, c'est, c'est bête mais pour moi, ça, ça devrait être une mesure : « Les femmes, elles ne font pas de garde » point. (...) Ou qu'on ait un système de bip ou de haut-parleur. »

c) Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé

Les médecins regrettaient de ne pas avoir été informés de la parution du guide pratique pour la sécurité des médecins. Le site du Conseil de l'Ordre semblait peu engageant.

M1 : « Non je ne le connais pas. (...) Il n'est pas très explicite leur site je trouve. »

M7 : « Non. Ben... Comment on le sait ça, on n'a pas été informés... »

Certains le connaissaient. Certains n'en ressentaient pas le besoin.

M5 : « Pour l'instant, je n'en ai pas besoin... »

IV.DISCUSSION

A. Sur la méthode

1. Type d'étude choisi

Ce travail est, à notre connaissance, le premier travail qualitatif sur l'insécurité des Médecins Généralistes dans les Hauts-de-France. Comme pour les études quantitatives, l'étude qualitative est soumise à des critères de scientificité regroupés en deux entités : la validité interne et la validité externe. Selon un article publié dans la revue EXERCER, s'intitulant : « Introduction à la recherche qualitative », la validité interne consiste à « vérifier si les données recueillies représentent la réalité » et la validité externe à « généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes » (22).

Dans cette étude, la triangulation des chercheurs, par la technique du double codage et le double enregistrement avec annotation des attitudes non verbales, permet de garantir la validité interne. La saturation des données, quant à elle, a été atteinte au bout du douzième entretien. Un treizième a permis de la confirmer. Les résultats obtenus sont en corrélation avec les données de la littérature.

2. L'échantillon

L'échantillon est constitué de médecins généralistes installés et exerçant en libéral dans les Hauts-de-France. Les médecins remplaçants sont exclus de l'étude, ceci en rapport à certaines questions sur la sécurisation du cabinet notamment. L'objectif est d'obtenir un échantillon en variabilité maximale. Il semblait intéressant également d'inclure un médecin travaillant pour SOS médecins.

Le risque de notre étude est la possibilité d'avoir suscité une nouvelle anxiété par la prise de conscience éventuelle d'un danger auparavant sous-estimé. Cette prise de conscience a l'intérêt d'instaurer une prévention des risques.

3. Type d'entretiens

Il s'agit d'entretiens individuels semi-dirigés, ce qui nous semble être la méthode la plus appropriée pour obtenir le maximum d'informations. L'absence de focus groupe s'explique par le thème de l'étude, sujet sensible et touchant à l'affect, qu'il est difficile d'aborder devant plusieurs personnes.

Nous pouvons relever dans l'étude plusieurs biais, c'est-à-dire des « modifications des résultats en fonction du dispositif d'investigation » (21).

Notre manque d'expérience dans cette méthode est responsable d'un biais d'interprétation. En effet, certaines questions ont pu être mal posées et certaines réponses mal comprises. Ce type d'entretiens nécessite une certaine proximité avec la personne interviewée qui nous livre son histoire et son ressenti. La neutralité est importante, ceci a également pu faire défaut dans l'interprétation de notre attitude lors de l'échange.

Un biais de mémorisation est présent dans le sens où l'étude est basée sur des faits passés que l'interlocuteur livre. Il a pu en oublier des détails.

Un biais de déclaration est également possible. Les médecins interrogés ont pu être gênés de raconter certaines expériences malheureuses. Ils ont également pu déformer la réalité des faits si elle ne correspondait pas à ce qu'ils auraient souhaité faire.

Les entretiens étaient menés de manière identique. Ils étaient réalisés par le même chercheur, à partir du guide d'entretien et selon les mêmes modalités d'enregistrement.

4. Traitement de l'information

Les entretiens, retranscrits intégralement, ont été analysés grâce au logiciel NVivo 11® pour dégager des codes qui ont ensuite été regroupés en thèmes. La double lecture et le double codage réalisés ont permis de limiter le biais d'interprétation dû à une possible exploitation insuffisante des données.

B. Sur les résultats

1. La violence dans l'exercice de la profession de médecin

a) Actes violents et fréquence

Tous les médecins rencontrés déclarent avoir été victimes d'incivilités. Elles sont le plus souvent de nature verbale.

Le rapport de l'Observatoire pour la sécurité des médecins [OSM] de 2016 recense 968 incidents dont 59 dans le département du Nord classant ce dernier en deuxième position derrière les Bouches-du-Rhône et devant la Loire et la Seine-Saint-Denis ex aequo. Toutefois, il n'est que le seizième en nombre de victimisation, c'est-à-dire rapporté au nombre total de médecins dans le département (8). Dans les types d'incidents subis, les statistiques retrouvent en 2016 :

- 61% d'agressions verbales et menaces,
- 19% de vols ou tentatives de vols,
- 10% de vandalisme,
- 7% d'agressions physiques.

L'utilisation d'une arme par les patients est décrite dans notre étude. Ce qui est le cas dans 2% des incivilités selon le rapport de l'OSM (8).

Aucune agression sexuelle n'a été évoquée alors que ce type d'agression est décrit dans certaines études antérieures (17) (18). Dans l'étude, certains médecins ont été victimes de propos déplacés ou de menace de viol. Les médecins ont peut-être des réticences à témoigner de ce type d'agression.

Dans ce même rapport de l'OSM de 2016, les femmes et les hommes semblent touchés de la même façon : 46% des victimes sont des femmes, ce qui correspond au pourcentage de médecins de sexe féminin en France mais est différent du ressenti des praticiens de notre étude (8).

b) Patients violents

Dans ce travail, parmi les profils de patients agresseurs, on retrouve les personnes souffrant d'addictions ou de pathologies psychiatriques. Selon les Docteurs Dubreucq et Millaud (psychiatres) et Madame Joyal (psychologue), il existe des circonstances augmentant la survenue de violences chez les patients atteints de pathologies psychiatriques. Parmi celles-ci, on retrouve une histoire antérieure de violence, la non observance du traitement et du suivi et l'abus de drogues ou d'alcool (25).

La notion de genre dans la violence est citée. Les hommes ont été jugés plus violents que les femmes. Ceci est retrouvé à l'échelle nationale et retranscrit dans les rapports de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales [ONDRP] (26).

Les participants de l'étude ont évoqué des incivilités de la part de patients ainsi que de leurs accompagnants. Selon l'OSM, en 2016, l'agresseur est le patient dans 51% des cas, l'accompagnant dans 15% (8).

c) Evolution de la RMM

En sociologie, M. Lutsman et I. Bourgeois définissent trois types de RMM : l'approche directive où le médecin est l'expert et le malade un patient ; l'approche communicationnelle où le médecin éduque le malade qui est alors un client ; et l'approche négociée où le médecin adapte ses propositions au malade devenu un partenaire (27).

Depuis plusieurs années, la RMM évolue, en parallèle avec l'évolution de la société.

Le manque d'éducation de certains patients est évoqué à plusieurs reprises. Les médecins interrogés dans notre étude recherchent plus de reconnaissance. Leur statut a évolué : le patient ne vient plus chercher un diagnostic et accepter la prise en charge, il est maintenant beaucoup plus informé notamment grâce aux données en libre accès sur l'internet. Ainsi, il arrive que le patient ait déjà élaboré son diagnostic et prévu son traitement ainsi que les examens qui pourraient confirmer ce qu'il pense.

Face à ces changements, certains médecins ressentent un sentiment d'inutilité lors de certaines prises en charge. Le modèle paternaliste perd peu à peu sa place pour un statut de prestataire de service où le principe d'autonomie du malade est la règle (27).

d) Situations à risque

Les motifs les plus fréquents d'incidents retrouvés sont le reproche relatif à une prise en charge, le refus de prescription et le temps d'attente jugé excessif. Ces trois notions sont parmi les quatre premières raisons citées dans le rapport de l'OSM de 2016, respectivement pour 31, 17 et 10% des motifs d'agressions (8).

Les médecins de l'étude semblent se sentir davantage en insécurité en milieu urbain. Cela correspond aux résultats obtenus par le CNOM : l'incident a lieu dans 70% des cas en milieu urbain (48% en centre-ville et 22% en banlieue) et dans 15 % en milieu rural (16% de non répondants, plusieurs réponses possibles) (8).

Les incivilités sont plus nombreuses au sein même du cabinet. Cependant les médecins redoutent davantage les visites, notamment lors des gardes. Dans le dernier rapport de l'OSM, l'agression, dans le cadre d'un exercice libéral, a lieu dans 59% dans le cabinet, 16% ailleurs (dont 3% seulement au domicile du patient) (8).

2. Conséquences de la violence

a) Retentissement psychologique et physique

Les médecins interrogés s'accordent à dire que la gestion de la violence est plus aisée avec l'expérience.

La violence des patients n'est pas un fait minimisé. Elle retentit sur leur psychisme notamment par l'apparition de sentiments d'énerverment, de peur, d'anxiété voire même d'échec. Nous retrouvons cette notion dans la thèse du Docteur Bleriot de 2013 où 31% des médecins ayant subi une agression « marquante » ont ressenti du stress ou de l'anxiété (18).

Une des idées de l'étude est qu'elle est responsable d'une démotivation au travail. Dans la thèse du Docteur Fasciaux, 14% des médecins interrogés victimes d'agression ont déjà pensé à changer d'activité professionnelle à cause de ce sentiment d'insécurité ressenti (14).

Certains médecins ont subi des violences physiques n'ayant pas entraîné d'arrêt de travail. Nous retrouvons les mêmes résultats que dans la thèse du Docteur Famara, en 2012, en Meurthe-et-Moselle (17). Les agressions physiques représentent 7% des incivilités recensées en 2016 par l'OSM (11% en 2014, 8% en 2015), elles ont entraîné des interruptions de travail pour 7% d'entre elles (8).

Les médecins relatent également des agressions verbales à caractère sexuel ou remarques déplacées.

b) Ressenti sur les conditions de travail et de sécurité

Les médecins interviewés jugent que leurs conditions de travail sont bonnes voire excellentes. Cependant, dans notre étude, nous remarquons que la parole des médecins se libère au-fur-et-à-mesure de l'entretien, avouant qu'ils sont confrontés aux incivilités de façon régulière.

Les médecins des secteurs ruraux et péri-urbains s'estiment plus chanceux que leurs confrères des secteurs urbains. Selon le rapport de l'OSM, en 2016, 70% des incivilités recensées ont eu lieu en milieu urbain (centre-ville et banlieue) contre 15% en milieu rural (16% de non répondants, certains médecins ayant coché plusieurs réponses) (8). Dans le travail du Docteur Fasciaux, en 2009, dans la Nord-Pas-de-Calais, le nombre d'agressions dans l'exercice rural est significativement moindre (64% des médecins victimes) que celui des milieux urbains et semi-urbains (82% des médecins victimes), avec $p=0,021$ (14).

c) Notion d'isolement

Les participants de notre étude parlent peu de leurs mésaventures. Ce sont souvent à leurs proches ou leurs associés qu'ils vont se confier sans approfondir les choses. Une aide psychologique serait intéressante à envisager dans certaines situations difficiles. Aucun des médecins interrogés ne nous a confié avoir fait des démarches en ce sens.

Un sentiment d'isolement peut naître, d'autant plus important que le médecin exerce seul.

Les médecins peuvent demander à rencontrer un conseiller ordinal soit en appelant le Conseil de leur département de rattachement, soit en cochant la case correspondante sur la fiche de signalement (Annexe 2).

Il existe un médecin référent pour la sécurité, siégeant au Conseil de l'Ordre des médecins

pour chaque département. Celui-ci est disponible pour aider les médecins victimes d'agression dans leurs démarches judiciaires et leur suivi psychologique. Nous avons rencontré le conseiller ordinal du Nord en charge de la sécurité. Elle rappelle qu'il ne faut banaliser aucun évènement subi.

Dans le cadre d'un appel au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins [CDOM], le médecin est mis en relation avec une secrétaire en charge des problèmes de sécurité dont le rôle est d'écouter le médecin, de le conseiller notamment à porter plainte ou déposer une main courante et de lui envoyer la fiche de signalement si celle-ci n'est pas encore remplie. Elle peut également interpellier le médecin référent ainsi que des juristes présents dans les locaux du CDOM et donner des outils de prévention comme, par exemple, l'installation de caméras de surveillance en conseillant le contact avec la Préfecture ainsi que le Maire de la commune dans le cadre de caméras placées dans le domaine public.

Devant chaque signalisation, un courrier est envoyé au médecin pour lui transmettre les coordonnées d'un confrère vers qui il peut se tourner au besoin. Le Conseil de l'Ordre peut se porter partie civile lors d'un procès.

L'Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux [AAPML], créée en 2004, « œuvre pour la reconnaissance de l'épuisement professionnel ». Ses objectifs sont :

- « Prévenir l'épuisement professionnel, voire le suicide, des professionnels de santé,
- Proposer un premier niveau d'aide aux soignants,
- Participer au développement de solutions en faveur des soins aux soignants. »

Elle peut être une aide aux victimes intéressante. L'appel est anonyme et confidentiel. Un psychologue est joignable 24h/24 et 7j/7 (28).

3. Les recours et moyens de protection

a) Le signalement

Le signalement peut se faire auprès du Conseil de l'Ordre des médecins. Une fiche de signalement des incidents est disponible sur le site depuis 2003, suite à la création de l'OSM (Annexe 2).

Les médecins interrogés, même s'ils ne le font que peu, estiment que le signalement des incivilités subies au Conseil ordinal est important. Cependant, plus de la moitié des participants de l'étude ne connaissent pas la fiche de recensement des incidents. Pour les autres, l'avis est partagé sur son utilité, son accessibilité et sa facilité d'utilisation.

Même si le ressenti sur le terrain est différent des statistiques établies, l'Observatoire permet de reconnaître le métier de médecin comme étant sujet à risque d'agressions. Devant ce constat, l'Ordre a interpellé le gouvernement. Actuellement, CNOM, ministères de la justice et de l'intérieur, gendarmerie et police travaillent ensemble pour organiser une réponse adaptée et rapide à mettre en place au niveau départemental ensuite. L'objectif est d'avoir dans chaque commissariat de police ou de gendarmerie un référent sécurité pour prendre en charge le professionnel de santé directement et dans de bonnes conditions. C'est déjà le cas dans le département de la Seine-Saint-Denis depuis 2010, où il existe des policiers correspondants sureté, des policiers référents accueil aux victimes et des policiers référents prévention et communication. Les médecins bénéficient d'un interlocuteur privilégié en ce qui concerne la prévention mais aussi lors du dépôt de plainte (29).

Le 20 avril 2011, un protocole national pour la sécurité des professionnels de santé a été signé entre les ministres de la justice, du travail et de l'intérieur et les différents présidents des conseils nationaux des ordres des différents professionnels de santé (30). Il prévoit la

« possibilité de faire réaliser des diagnostics de sécurité par les spécialistes de la police ou de la gendarmerie », la « mise en place de procédures d'alerte spécifiques » ainsi que l' « incitation des élus locaux à développer leurs systèmes de vidéoprotection ».

A l'échelle locale, dans le département du Nord, un protocole a été signé en 2012 avec la gendarmerie. La mise en place du dispositif reste encore à améliorer pour couvrir tout le territoire.

Depuis le 3 juillet 2017, un numéro « post-agression » est opérationnel dans la région des Hauts-de-France. Il s'agit du 03 74 27 00 24, ce numéro est unique et est accessible du lundi au vendredi de 8h à 18h (31). Ce numéro est à l'initiative du Président de région, Monsieur Xavier Bertrand, interpellé suite aux agressions du Docteur Pierre G. à Dunkerque en avril 2017, notamment par la Confédération des Syndicats Médicaux Français 59-62 [CSMF 59-62] qui réclamait la mise en place de ce dispositif (4) (32) (33). « On s'engage avec l'ARS et la Préfecture à faire en sorte qu'une plainte ne tombe pas dans l'oubli » (Xavier Bertrand, conférence de presse, Lille, le 1er juin 2017).

Il concerne uniquement les médecins libéraux. L'objectif est d'ouvrir le dispositif à l'ensemble des professionnels de santé. Il sert à « mettre l'ensemble des acteurs concernés en relation pour s'assurer que les moyens sont mis en œuvre pour résoudre formellement les problèmes rencontrés par les médecins libéraux ».

Lors de l'appel du médecin, une secrétaire recueillera les informations, rappellera les recommandations du Conseil de l'Ordre et établira une fiche de signalement qu'elle enverra au médecin ensuite pour validation avant de la transmettre à l'Union Régionale des Professionnels de Santé [URPS] et au CDOM. Le médecin est de nouveau contacté suite aux conclusions de l'URPS. Il donne ou non son accord pour la transmission des données aux autorités judiciaires. La région s'engage à s'assurer de la bonne évolution du recours.

L'objectif au fond est d'augmenter le nombre de déclarations d'incidents en informant davantage.

La déclaration judiciaire est possible de deux façons : la main courante et le dépôt de plainte.

La main courante permet de déclarer des faits à la police (équivalent du renseignement judiciaire à la gendarmerie). Dans ce cas, le but n'est pas de poursuivre l'auteur des faits et aucune enquête ne sera déclenchée. Si les forces de l'Ordre sollicitées estiment qu'il y a une infraction, ils peuvent prévenir le procureur qui décidera d'engager des poursuites.

La plainte est déposée en cas d'infraction contre une personne identifiée ou contre X, auprès d'un commissariat de police, une brigade de gendarmerie ou auprès du procureur directement. Elle permet de demander des sanctions pénales contre l'auteur des faits.

Les participants de l'étude connaissent ces différentes mesures judiciaires mais peu d'entre eux ont eu recours au dépôt de plainte. Le manque de temps est le principal frein retrouvé. La peur des représailles est également citée. Les agressions verbales, qui sont les agressions les plus nombreuses, sont souvent banalisées.

Pourtant, les injures et menaces constituent des délits. Selon l'article R. 621-1 et R. 621-2 du Code Pénal, « Toute injure ou diffamation proférée en privé vous coûtera 38 euros d'amende ». Et selon les articles 32 et 33 de la loi du 29 juillet 1881 relative à la liberté de la presse, « cette amende passe à 12000 euros si les propos sont proférés dans un lieu public ». Selon l'article 222-17 du Code Pénal, « La menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes, dont la tentative est punissable, est punie de six mois d'emprisonnement et de 7500 euros d'amende lorsqu'elle est, soit réitérée, soit matérialisée par un écrit, une image ou tout autre objet. » (34). L'article 222-13 du Code Pénal rappelle que les violences commises « sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de

ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur » sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (35).

Un médecin a le droit de refuser de soigner un patient comme le rappelle le Code de Déontologie Médicale dans l'article 47 : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. » (36).

Le médecin peut en informer le Conseil de l'Ordre par écrit, sans aucune obligation. Il en est de même pour la CPAM.

b) Sécurisation du cabinet, prévention des agressions

Le CNOM a réalisé, en collaboration avec le Ministère de l'Intérieur, un « Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé » (37). Il explique les différentes mesures à mettre en place afin de prévenir les incivilités dont les professionnels pourraient être victimes.

Un seul des médecins de l'étude connaît ce guide. Cependant, certaines mesures sont entreprises par la majorité des médecins interrogés (système d'alarme, interphone, éclairage...).

Le travail en cabinet de groupe semble rassurant pour les médecins interrogés. Certaines femmes de l'étude travaillent en association et expliquent ressentir moins d'insécurité depuis qu'elles ont adopté ce mode de travail. Ce sentiment peut expliquer en partie le nombre croissant de maisons de santé en France.

L'existence d'un secrétariat est également gage d'une meilleure sécurité par la diminution de l'isolement mais ne diminue à priori en rien les incivilités, perpétrées parfois à l'encontre de la secrétaire.

Des médecins de notre panel ne consultent que sur rendez-vous, cela permet, pour eux, une meilleure gestion du temps et donc moins d'attente pour les patients.

Lors des gardes, l'existence d'une régulation systématique des appels s'avère rassurante. Certains ne participent pas à la permanence des soins pour des raisons autres que les agressions.

Pour la sécurité du cabinet contre les vols, les médecins ont recours à des systèmes d'alarme ou de vidéosurveillance mais cet équipement n'est pas systématique. Dans la thèse du Docteur Fasciaux, en 2009, 48% des médecins interrogés victimes d'incivilité ont modifié leur pratique et notamment par le recours à des systèmes de sécurisation (14). Dans notre étude, plusieurs praticiens avouent s'être munis d'arme de défense, pour certaines illégales.

Un des médecins proposait la mise en place d'une téléalarme, ceci est une des mesures demandée par le syndicat CSMF qui interpelle le gouvernement pour mettre en œuvre, en plus du numéro d'appel d'urgence, des mesures telles que : les caméras de surveillance, l'accompagnement ponctuel des visites par les forces de l'Ordre ou un chauffeur pendant les gardes, le recours à la procédure de citation directe, la création d'un véritable statut de « professionnel protégé », l'aide au regroupement des médecins dans des lieux d'exercice partagés (4). La citation directe permet de saisir un tribunal pénal sans passer par une enquête approfondie (38).

A l'échelle nationale, plusieurs dispositifs pilotes ont été testés comme, par exemple, un système de géolocalisation (testé en Seine-Saint-Denis) permettant aux médecins d'activer un boîtier qui envoie un message d'alerte et débute une écoute (39).

L'anticipation est une notion clé relevée dans l'étude et est facilitée, dans l'exercice libéral, par la connaissance des patients et de leur histoire de vie. Ainsi, les médecins prennent certaines précautions avant de voir en consultation les patients qu'ils connaissent fragiles ou violents, et ce d'autant qu'ils se rendent à leur domicile.

La réaction des médecins face aux agressions est adaptée au patient et au type d'agression. La priorité est donnée à la communication. Cette notion est retrouvée dans les formations dispensées dans les établissements de santé mentale, comme une formation canadienne intitulée Oméga. Cette formation a été créée en 1999 par l'Association paritaire pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur Affaires Sociales [ASSTSAS] (40). Son objectif est de « développer chez les intervenants des habiletés et des modes d'interventions pour assurer leur sécurité et celle des autres en situation d'agressivité ». La pacification, qui est une approche de communication centrée sur le vécu de la personne agressive, visant à l'amener à exprimer ses émotions, est la première étape à toujours privilégier.

V. CONCLUSION

Ce travail permet de définir le vécu des médecins généralistes des Hauts-de-France face à la violence des patients et les moyens de protection dont ils disposent.

L'insécurité, définie comme le « sentiment de vivre dans un environnement physique ou social favorisant les atteintes aux personnes et aux biens » (41), est un sentiment bien présent chez les médecins généralistes de notre étude. La parole se libère au-fur-et-à-mesure de l'entretien et les médecins relatent des situations dont ils ont été les victimes.

Les agressions verbales semblent majoritaires. Face à elles, la pacification est l'attitude privilégiée. L'anticipation, en partie grâce à l'expérience, des situations d'incivilité semble une notion importante. Plusieurs moyens permettraient de sécuriser le cabinet. Le médecin ne doit pas hésiter à solliciter les autorités locales pour garantir sa sécurité.

Peu de médecins signalent les événements dont ils ont été victimes. Leur difficulté est d'avouer l'agression et de reconnaître que ce n'est pas une situation inéluctable. L'enjeu est de ne pas banaliser ces événements. C'est dans ce sens que l'Observatoire pour la Sécurité des Médecins a été créé.

La complexité des démarches, autant ordinales que judiciaires, maintient les médecins agressés dans leur isolement. Une meilleure communication sur les moyens disponibles pour signaler une incivilité ainsi que la dématérialisation de la fiche de signalement ou même une application permettrait de faciliter les démarches pour les victimes. Une collaboration étroite avec les autorités locales paraît intéressante. Il pourrait être possible de convenir d'un rendez-vous pour limiter l'attente afin de porter de plainte.

L'absence d'aide psychologique est à déplorer dans certaines situations. Il serait intéressant de mieux répondre à ce besoin. Un soutien moral de la part des confrères est un souhait formulé.

L'insécurité peut être un facteur de réticence à l'installation des médecins comme l'a évoqué le Conseil de l'Ordre. Il serait alors intéressant d'interroger les jeunes professionnels à ce sujet afin de savoir si la violence dans l'exercice de la profession de médecin généraliste est un des freins à leur installation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Châtelleraut : un médecin agressé dans son cabinet [Internet]. France 3 Nouvelle-Aquitaine. Disponible sur: <http://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/chatelleraut-medecin-agresse-son-cabinet-1119325.html>
2. Un médecin limouxin se fait rouer de coups par un patient [Internet]. ladepeche.fr. Disponible sur: <http://www.ladepeche.fr/article/2017/02/01/2508516-medecin-limouxin-fait-rouer-coups-patient.html>
3. Nogent-le-Rotrou: un médecin poignardé à mort dans son cabinet en pleine journée, la ville sous le choc [Internet]. FranceSoir. 2017. Disponible sur: <http://www.francesoir.fr/societe-faits-divers/nogent-le-rotrou-un-medecin-poignarde-mort-dans-son-cabinet-en-pleine-journee-eure-et-loire-docteur-meurtre-crime-enquete-autopsie-patient>
4. SECURITE DES MEDECINS LIBERAUX : LA CSMF TIRE LA SONNETTE D'ALARME | CSMF [Internet]. Disponible sur: <http://www.csmf.org/actualites/2017-06-01-000000/securite-des-medecins-liberaux-la-csmf-tire-la-sonnette-dalarme>
5. Encore des agressions de médecins ! | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/encore-des-agressions-de-medecins-1296>
6. L'observatoire pour la sécurité des médecins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>
7. Lutte contre l'insécurité des médecins: l'ONSM membre du nouvel Observatoire des violences en milieu de santé | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/lutte-contre-l-insecurite-des-medecins-l-onsm-membre-du-nouvel-observatoire-des-violences-en-milieu-1156>
8. observatoire_securite_medecins_2016.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2016.pdf

9. Définitions : violence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>
10. Heymann R. L'insécurité en pratique de médecine générale: enquête rétrospective auprès de 525 médecins du Bas-Rhin concernant leur exercice professionnel du 1er Janvier 2001 au 31 Décembre 2003 inclus [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université Louis Pasteur; 2004.
11. Bojanova-Nogues M. L'insécurité dans l'exercice de la médecine générale: enquête auprès de tous les médecins généralistes de l'Hérault [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2005.
12. Echeberz Riollot T. Médecine et insécurité: étude de l'insécurité et de l'exercice de la médecine générale dans les zones urbaines sensibles de l'agglomération toulousaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2007.
13. Elhadad Michel M. L'Insécurité en médecine générale en Rhône-Alpes: étude rétrospective auprès des médecins généralistes de la région [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2009.
14. Fasciaux F. L'insécurité en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2009.
15. Lhomme H. Violence à l'encontre du médecin généraliste: enquête par entretiens en Ile-et-Vilaine (ville de Rennes) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2010.
16. Mahon-Ferreira C. L'insécurité en médecine générale dans l'Oise: étude rétrospective auprès d'un échantillon de 300 médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2012.
17. Fanara Amandine. Violence des patients : ressenti et vécu des femmes médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lorraine; 2012. [Internet]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_FANARA_AMANDINE.pdf
18. Blériot E. L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique: état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.

19. Définition : Représentation [Internet]. Disponible sur: <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Representation.htm>
20. Larousse É. Définitions : ressources - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ressources/68739>
21. L. Letrilliart, I. Bourgeois, A. Vega, J. Cittée, M. Lutsman. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer* 2009;87:74-9. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Outils%20methodo%20pour%20la%20these/glo1.pdf>
22. I. Aubin-Auger, A. Mercier, L. Baumann, A.M. Lehr-Drylewicz, P. Imbert, L. Letrilliart, GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;84:142-5. [Internet]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
23. L. Letrilliart, I. Bourgeois, A. Vega, J. Cittée, M. Lutsman. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 2^{ème} partie. *Exercer* 2009;88:106-12. [Internet]. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Outils%20methodo%20pour%20la%20these/glo2.pdf>
24. Microsoft Word - Urbain-rural.doc - urbain-rural.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://sirius-upvm.net/doc/geo/urbain-rural.pdf>
25. J.L. Dubreucq, C. Joyal, F. Millaud. Risques de violence et troubles mentaux graves. *Annales médicopsychologiques*; 2005. p 852-864. [Internet]. Disponible sur: http://www.laurent-mucchielli.org/public/Risque_de_violence_et_troubles_graves.pdf
26. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ondrp) - Data.gouv.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/organizations/observatoire-national-de-la-delinquance-et-des-reponses-penales-ondrp/#datasets>
27. I. Bourgeois, M. Lutsman. Quels sont les apports concrets des sciences humaines à la médecine générale ? *Société Française de Médecine Générale; Sociologie et anthropologie, quels apports pour la médecine générale.* 2007;64. p 14-16. [Internet]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/48/fichier_dr64_art_lutsman-bourgeois95d9.pdf

28. AAPML [Internet]. AAPML. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>
29. download_fichier_fr_2017.09.01.r.f.rents.locaux.commissariats.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.cdom93.fr/fichier/t_download/276/download_fichier_fr_2017.09.01.r.f.rents.locaux.commissariats.pdf
30. Protocole professions de santé version 4 pages.indd - protocole_professions_de_sante_ordres.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf
31. le numéro "post-agression" pour les médecins libéraux est opérationnel [Internet]. Région Hauts-de-France. 2017. Disponible sur: <http://www.hautsdefrance.fr/numero-dappel-post-agression-medecins-operationnel/>
32. La Région va mettre en place un numéro spécial pour les médecins agressés. La Voix du Nord. 2 juin 2017; page 4.
33. Le magazine de la Santé, France 5, 1er juin 2017.
34. Code pénal - Article 222-17 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT00006070719&idArticle=LEGIARTI000006417660>
35. Code pénal - Article 222-13 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT00006070719&idArticle=LEGIARTI000006417637>
36. codedeont.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
37. guidesecuritedesprofsante2012.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012.pdf>
38. Citation directe | service-public.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1455>
39. MEDECINS29.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS29.pdf

-
40. FT4_crise_violence.pdf [Internet]. Disponible sur:
http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Fiches/FT4_crise_violence.pdf
41. Larousse É. Définitions : insécurité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur:
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ins%C3%A9curit%C3%A9/43306>

ANNEXES

Annexe 1 : Canevas d'entretiens

1ère partie : Ce que les médecins vivent :

- Quel est votre ressenti concernant vos conditions de travail ?
- Quel est votre ressenti par rapport à la sécurité dans votre travail ?
- Quels types de comportement qualifiez-vous d'agressif ?
- A quels types de conflits avez-vous été confrontés ? Exprimez les différents types de conflits.
- Quels gestes ou paroles déplacés avez-vous vécus ?
- Quelle a été votre réaction ?
- Comment avez-vous géré la ou les situations ?
- Avez-vous parlé de ce ou ces évènements ? A qui ? Pourquoi ?
- Avez-vous signalé ce ou ces évènements ? Comment ? Pourquoi ?
- Quel a été votre ressenti suite aux évènements ? Quelles ont été les conséquences physiques ?
- Comment avez-vous géré "l'après" avec le ou les patients responsables de ses agressions ?
- Quelles ont été les répercussions sur votre mode de travail ?
- Que pensez-vous de l'évolution de la relation médecin-malade depuis le début de votre carrière en libéral ?

2ème partie : les moyens disponibles pour se protéger

- Que connaissez-vous comme moyens de protection pour votre cabinet ?
- Quels sont pour vous les moyens légaux ? Quels recours avez-vous ? Qu'en pensez-vous ?
- Connaissez-vous la fiche de signalement disponible sur le site du Conseil de l'Ordre des Médecins ? Qu'en pensez-vous ?
- Connaissez-vous le « Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé » édité par le Conseil de l'Ordre ? Qu'en pensez-vous ?


3ème partie : Caractéristiques du médecin

- Sexe, Âge ?
- Lieu d'exercice ?
- Type d'exercice (cabinet de groupe ou individuel, maison de santé) ? Plusieurs médecins travaillent-ils en même temps ? Existence d'un secrétariat ?
- Nombre d'années d'installation ?
- Gardes nuits et week-ends / consultations libres et RDV / visites ?

Annexe 2 : Fiche de signalement

Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

Le Conseil national a mis en place l'Observatoire de la sécurité des médecins, afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

<p>Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.</p>	
<p>Événement survenu le : L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.</p>	
<p>Cachet et signature (à défaut n° RPPS : _____)</p>	
<p>IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>Vous êtes médecin spécialiste en _____ (à compléter)</p> <p>Vous êtes une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/></p>	
<p>Qui est la victime de l'incident ?</p> <p>Vous-même <input type="checkbox"/></p> <p>Un collaborateur <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Qui est l'agresseur ?</p> <p>Patient <input type="checkbox"/></p> <p>Personne accompagnant le patient <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>A-t-il utilisé une arme ? (Préciser le type d'arme) _____ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Quel est le motif de l'incident ?</p> <p>Un reproche relatif à une prise en charge <input type="checkbox"/></p> <p>Un temps d'attente jugé excessif <input type="checkbox"/></p> <p>Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...) <input type="checkbox"/></p> <p>Le vol <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Pas de motif particulier <input type="checkbox"/></p>	
<p>Atteinte aux biens</p> <p>Vol <input type="checkbox"/></p> <p>Objet du vol : _____</p> <p>Vol avec effraction <input type="checkbox"/></p> <p>Acte de vandalisme <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Atteinte aux personnes</p> <p>Injures <input type="checkbox"/></p> <p>Menaces <input type="checkbox"/></p> <p>Coups et blessures volontaires <input type="checkbox"/></p> <p>Intrusion dans le cabinet <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Cet incident a eu lieu...</p> <p>• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville</p> <p>Au cabinet <input type="checkbox"/></p> <p>Ailleurs (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins</p> <p>Établissement public <input type="checkbox"/> Établissement privé <input type="checkbox"/></p> <p>Dans un service d'urgence <input type="checkbox"/></p> <p>Ailleurs (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle</p> <p>À préciser : _____</p>	
<p>À la suite de cet incident, vous avez :</p> <p>Déposé une plainte <input type="checkbox"/></p> <p>Déposé une main courante <input type="checkbox"/></p>	
<p>Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?</p> <p>Oui : (Indiquer le nombre de jours) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>L'incident a eu lieu...</p> <p>En milieu rural <input type="checkbox"/></p> <p>En milieu urbain, en centre ville <input type="checkbox"/></p> <p>En milieu urbain, en banlieue <input type="checkbox"/></p>	
<p>Déclaration d'incident remplie le ____ / ____ / 201 ____</p> <p>Je désire rencontrer un conseiller départemental <input type="checkbox"/></p>	

AUTEUR : Nom : DELGATTE **Prénom :** Florence

Date de Soutenance : 14/09/2017

Titre de la Thèse : Violence à l'encontre des spécialistes de Médecine Générale des Hauts-de-France dans l'exercice de leur profession : Représentations et ressources dont ils disposent.

Thèse – Médecine – Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : médecin généraliste, insécurité, violence, victime, étude qualitative

Résumé :

Introduction : La démographie médicale change et son déficit s'aggrave. L'insécurité est un des facteurs de réticence à l'installation des médecins mis en évidence par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. En 2003, il crée l'Observatoire de la sécurité des médecins pour recenser les incivilités. L'objectif de ce travail est de définir le vécu des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant la violence des patients et d'examiner les solutions dont ils disposent.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien. Il comportait deux parties composées de questions ouvertes s'intéressant au vécu des médecins et aux moyens à leur disposition pour se protéger et une troisième partie composée de questions fermées permettant de caractériser l'activité des participants de l'étude. Les entretiens étaient anonymes, enregistrés et retranscrits intégralement. Ils étaient ensuite analysés grâce au logiciel NVivo® par deux chercheurs.

Résultats : Treize médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France ont été rencontrés. La saturation des données a été obtenue. Les médecins généralistes étaient conscients que leur métier était à risque d'agression et étaient confrontés à la violence, principalement verbale. La pacification était privilégiée pour gérer la situation, celle-ci étant plus aisée avec l'expérience. Les agressions étaient vectrices de conséquences psychiques pouvant être majeures. L'isolement pouvait être ressenti par les médecins. Les démarches ordinaires et judiciaires étaient peu utilisées. La sécurisation du cabinet et l'anticipation des situations à risques étaient nécessaires.

Discussion : Les médecins généralistes des Hauts-de-France sont concernés par la violence dans l'exercice de leur profession. Cette réalité a pu modifier leur pratique. L'insécurité peut être un facteur de réticence à l'installation des médecins.

Composition du jury :

Président : Professeur BERKHOUT

Assesseurs : Professeur LEFEBVRE, Docteur MESSAADI, Docteur CHARANI