



HAL
open science

**Médecins généralistes victimes de violence en cabinet:
ressources utilisées pour faire face aux agressions. Étude
qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes
des Alpes-Maritimes**

Amalia Alamé

► **To cite this version:**

Amalia Alamé. Médecins généralistes victimes de violence en cabinet: ressources utilisées pour faire face aux agressions. Étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes des Alpes-Maritimes . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01380955

HAL Id: dumas-01380955

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01380955>

Submitted on 13 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE
ANNEE 2016

THESE

Pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice le :

26 Avril 2016

Par

ALAME Amalia

Née le 25 Juin 1984, à Reims (51)

MEDECINS GENERALISTES VICTIMES DE VIOLENCE EN CABINET :
RESSOURCES UTILISEES POUR FAIRE FACE AUX AGRESSIONS
ETUDE QUALITATIVE REALISEE AUPRES DE 14 MEDECINS GENERALISTES DES
ALPES MARITIMES

JURY

Monsieur le Professeur Gérald QUATREHOMME

Président

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseur

Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY

Assesseur

Monsieur le Docteur Alain GANASSI

Directeur



UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2015 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUE Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel M.	M. LAMBERT Jean-Claude
BLAIVE Bruno M.	M. LAZDUNSKI Michel
BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M SAUTRON Jean-Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M.GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DE PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme. CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme. ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas M.	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme. PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme. RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DE DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02) Cytologie et Histologie (42.02)
M. BAHADORAN Philippe	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BARRANGER Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Psychiatrie (49.03)
M. BENOIT Michel	Cancérologie – Génétique (47.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Chirurgie Infantile (54-02)
M. BREAUD Jean	Rhumatologie (50.01)
Mlle BREUIL Véronique	Médecine Interne (53.01)
M. CANIVET Bertrand	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CARLES Michel	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. CHEVALLIER Patrick	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
Mme CHINETTI Giulia	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. DELOTTE Jérôme	Chirurgie plastique
M. DUMONTIER Christian	Neurochirurgie (49.02)
M. FONTAINE Denys	

M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DE DEUXIEME CLASSE (suite)

M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre M.	Pédiatrie (54.01)
RUIMY Raymond Mme	Bactériologie-virologie (45.01)
SACCONI Sabrina M.	Neurologie (49.01)
SADOUL Jean-Louis M.	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
TROJANI Christophe M.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----------------------	-------------------

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur QUATREHOMME

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur HOFLIGER

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de recevoir mon profond respect.

A Monsieur le Professeur PRINGUEY

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et vous prie de recevoir ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GANASSI

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Et je te remercie davantage pour avoir partagé tes connaissances et ton savoir-faire lors de mon stage au sein de ton cabinet et de m'avoir permis d'acquérir plus de confiance en moi.

A Arnaud : Je te remercie infiniment pour ta présence et ton soutien depuis notre rencontre, dans la vie de tous les jours mais également lors de cette thèse. Cette année 2016 sera définitivement l'année du changement nous concernant !

A ma maman qui m'a toujours soutenue dans mes décisions et qui est toujours présente depuis toutes ces années ! Je ne pourrais jamais assez te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi.

A mon père qui m'a transmis sa vocation de médecin. Merci de m'avoir enseigné la rigueur et l'exigence lors de nos études.

A mon frère Moran que je remercie d'être à mes côtés en ce jour.

A ma sœur Mélissa qui n'a malheureusement pu être présente ce jour mais que je remercie pour son soutien.

A ma tata Marylène qui me fait l'honneur d'être présente ce jour à mes côtés et que je remercie également pour son soutien.

A ma belle-famille Bernadette et Gilbert qui m'ont accueilli dans leur famille. Je vous remercie pour votre soutien et votre présence ce jour à mes côtés.

A Elodie : Tu es la première personne que j'ai rencontrée en arrivant sur Nice et depuis ce stage en gynécologie à Grasse, nous sommes devenues amies. Je ne pourrais jamais assez te remercier pour ton aide précieuse dans ce travail de thèse et m'avoir supportée durant ces stages ! A notre futur salon de tricoté couture !!!

A mes amies d'enfance : Julie, Ophélie, Lauren que je n'ai pas revues depuis plusieurs années mais que je n'oublie pas. Merci pour votre amitié depuis toutes ces années.

A mes amis de la faculté de Médecine de Reims : Barbara, Clémence, Anne-Laure. Merci pour ces moments passés ensemble pendant l'externat, que de souvenirs à vos côtés !

Aux niçois d'adoption pour la plupart : Séverine, Julie H., Julie C., Chloé, Laure. Merci pour votre aide et votre présence !

A tous les médecins, infirmier(es) et aides soignant(e)s que j'ai côtoyés durant mes stages. Merci de m'avoir enseigné votre savoir et de m'avoir soutenu durant cet internat.

ABREVIATIONS UTILISEES

- CNOM : Conseil national de l'Ordre des Médecins
- DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale
- FMC : Formation médicale continue
- OMS : Organisation mondiale de la Santé
- OSM : Observatoire pour la Sécurité des Médecins

TABLE DES MATIERES

Table des matières	11
1 INTRODUCTION	13
1.1 Généralités.....	13
1.2 Naissance du sujet de notre étude.....	14
1.3 Question posée.....	14
1.4 Objectifs.....	14
1.4.1 Objectif principal	14
1.4.2 Objectif secondaire.....	15
1.5 Contexte.....	15
1.5.1 Définition de la violence	15
1.5.2 Etat actuel des violences en cabinet de médecine générale.....	17
1.5.3 Rôles de l'Observatoire de sécurité des médecins	18
1.5.4 Protocole de sécurité de 2011	19
1.5.5 Outils mis en place pour les médecins	19
2 MATERIEL ET METHODE	21
2.1 Choix de la méthode.....	21
2.2 Réalisation du canevas d'entretien	21
2.3 Constitution de l'échantillon.....	22
2.4 Contact des médecins généralistes	22
2.5 Entretiens réalisés.....	23
2.6 Transcriptions des entretiens.....	23
2.7 Méthode d'analyse.....	24
3 RESULTATS	25
3.1 Données sociodémographiques	25
3.1.1 Nombre de médecins recrutés.....	25
3.1.2 Caractéristiques de l'échantillon.....	25
3.2 Données qualitatives	27
3.2.1 Caractéristiques des agressions.....	27
3.2.2 Réactions des médecins face à l'agression.....	33
3.2.3 Relation médecin-patient dans le cadre des violences	38
3.2.4 Modifications effectuées suite à l'agression.....	39
3.2.5 Ressources et médecin victime	44
3.2.6 Attitudes à adopter face à un patient agressif	47
4 DISCUSSION.....	50
4.1 Limites de notre étude	50
4.1.1 Biais liés au recueil de données	50
4.1.2 Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation	51
4.2 Forces de notre étude.....	52
4.2.1 Méthode utilisée.....	52
4.2.2 Représentativité de la population générale	53
4.3 Résultats comparés à la littérature.....	53
4.4 Pistes d'amélioration	59

4.5	<i>Coordonnées utiles</i>	62
5	CONCLUSION	63
6	BIBLIOGRAPHIE	65
	ANNEXES	70

1 INTRODUCTION

1.1 Généralités

Au cours de son exercice, le médecin est ou sera confronté à la violence. Dans la plupart des situations, il s'agit d'une confrontation indirecte avec la violence, lors de la rédaction de certificat de coups et blessures dans le cadre de violence conjugale ou maltraitance par exemple. Mais le médecin se voit de plus en plus confronté directement à la violence au sein de son cabinet ou lors de l'exercice en établissement de soins.

L'évolution actuelle de la relation médecin/patient favorise-t-elle l'émergence de la violence dans le milieu médical (17) ?

Les médecins, notamment dans le contexte de la médecine de ville, sont désormais face à des patients en demande constante de prescriptions médicamenteuses, d'examens d'imagerie et d'arrêt de travail. Il devient parfois difficile dans certaines situations de refuser la demande du patient sous peine de se voir exposer à l'agressivité de celui-ci.

Cette violence, qu'elle soit physique, verbale ou psychologique peut avoir des répercussions directes sur le travail du médecin (arrêt de travail, changement de lieu d'exercice voire cessation d'activité) mais aussi des conséquences psychologiques à type de stress au travail et de syndrome d'épuisement au travail (9).

Des recours sont possibles pour le médecin victime, par l'intermédiaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sous la forme d'une fiche de signalement disponible sur le site internet et également des forces de l'ordre (dépôt de plainte et mains courantes) (2).

Cependant ces recours ne sont que très peu utilisés par les médecins : seuls 34 % des médecins victimes d'une agression ont déposé plainte auprès des forces de l'ordre ou du CNOM en 2014 (32).

1.2 Naissance du sujet de notre étude

L'idée de cette étude nous est venue en consultant une publication émanant du CNOM en 2013 (6). Il s'agissait d'un article relatant l'augmentation constante des actes de violence envers les médecins et plus spécifiquement envers les médecins généralistes.

Des travaux de thèses ainsi que des études étrangères se sont intéressés aux caractéristiques des médecins généralistes agressés. Les conclusions sont sensiblement les mêmes, mettant en évidence une très nette prédominance des violences de type verbal (1) (8) (19-26). Les médecins de sexe féminin sont majoritairement touchés par les agressions verbales et sexuelles, les médecins de sexe masculin par des agressions physiques (1) (8).

Les médecins généralistes se reconnaissent eux-mêmes comme une cible facile de violence de la part des patients.

La formation professionnelle permettant aux médecins généralistes de reconnaître les signes d'alerte des violences chez les patients et d'accroître leur vigilance est primordiale (1) (8) (10) (13).

Il nous a donc paru nécessaire devant l'augmentation constante de cette violence en France, de nous intéresser aux ressources utilisées par les médecins généralistes victimes de violence.

1.3 Question posée

Quelles sont les ressources utilisées par les médecins généralistes des Alpes Maritimes pour faire face aux violences en cabinet de médecine générale ?

1.4 Objectifs

1.4.1 Objectif principal

Etablir les ressources (conseils pratiques et théoriques) utilisés par les médecins généralistes victimes de violence au sein de leur cabinet.

1.4.2 Objectif secondaire

Recueillir le vécu du médecin victime et mettre en évidence les conséquences d'une agression sur sa pratique professionnelle.

1.5 Contexte

1.5.1 Définition de la violence

1.5.1.1 Selon le dictionnaire Larousse

La violence est définie comme un acte d'agression commis volontairement à l'encontre d'autrui, sur son corps ou sur ses biens. Il s'agit d'une contrainte physique ou morale exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé (27).

La violence est donc bien définie sur le plan physique mais également sur le plan psychologique.

1.5.1.2 Selon l'OMS

La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès (34).

Dans cette définition, les dommages physiques et psychologiques sont mis en évidence.

1.5.1.3 Cadre légal des violences

➤ Selon le code civil

L'article 1112 du Code Civil définit la violence entre personnes « *Il y a violence lorsqu'elle est de nature à faire impression sur une personne raisonnable, et qu'elle peut lui inspirer la crainte d'exposer sa personne ou sa fortune à un mal considérable et présent. On a égard, en cette matière, à l'âge, au sexe et à la condition des personnes.* » (29).

Le code civil émet une distinction entre les victimes concernant leur âge, leur sexe et les conditions de la personne dans la définition de la violence. Cette distinction permet une variabilité des peines encourues selon les caractéristiques de la victime.

➤ Sanctions encourues selon le Code Pénal

Le code pénal définit les violences en tant que crimes ou délits selon le type de violence exercé et la catégorie de la victime. Il existe une aggravation des peines encourues selon la catégorie à laquelle appartient la victime (mineurs ou majeurs, personnes exerçant dans la fonction publique, sur les ascendants ou descendants, les concubins ou conjoints) (30). Le code pénal distingue plusieurs types de violence. Sont définies les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les agressions sexuelles, le harcèlement moral.

Plusieurs articles font état des peines encourues :

- Article 222-1 du Code pénal :

« Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

- Article 222-14 du Code Pénal :

« Les violences prévues par les dispositions de la présente section sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques. »

- 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 7 500 euros d'amende lorsqu'elle est, soit réitérée, soit matérialisée par un écrit, une image ou tout autre objet. La peine est portée à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende s'il s'agit d'une menace de mort. »

- Article 222-33-2 modifié par LOI n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 40 du Code Pénal

« *Le fait de harceler autrui par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.* »

➤ Quelques exemples de condamnation :

L'agresseur d'un médecin niçois a été condamné à un an de prison ferme pour vol sous la menace d'une arme (4).

Dans le Calvados, un patient toxicomane a agressé physiquement son médecin généraliste, il a été placé en garde à vue puis dans une unité hospitalière spécialisée (3).

Un médecin généraliste de sexe féminin exerçant en région parisienne a subi un vol à main armée dans son cabinet. Un de ses agresseurs a été condamné à 3 ans de prison et 5000 euros de dommages et intérêts (18).

1.5.2 Etat actuel des violences en cabinet de médecine générale

La violence envers les médecins est un sujet d'actualité en France mais aussi en Europe où elle apparaît comme un problème de santé publique, notamment au Royaume-Uni (15). En France depuis 2003, il existe une nette augmentation des actes de violences selon l'OSM : 901 actes en 2014 contre 798 en 2012 (32). Cette augmentation se retrouve notamment dans le cadre de l'exercice libéral où il existe une hausse des actes de violence : 83 % d'incidents déclarés en 2014 contre 75 % en 2013 (32).

Les médecins généralistes sont les plus touchés et représentent 61 % des agressions en 2014.

Cinquante-six pour cent des médecins ayant déclaré un incident sont des hommes en 2014 (32).

Ces agressions ont lieu principalement au cabinet du médecin dans 67 % des cas.

L'agresseur est le plus souvent le patient lui-même dans 53 % des cas, la personne accompagnante dans 18 % des cas et une autre personne dans 34 % des cas (32).

1.5.2.1 Motifs de violence

Par ordre de fréquence, le reproche relatif à la prise en charge constitue 30 % des actes de violence. Nous retrouvons ensuite le vol ou la tentative de vol à hauteur de 20 %. Le refus de prescription d'ordonnance, d'arrêt de travail ou de certificat représente 14 % des agressions. L'attente jugée trop excessive par le patient correspond à 9 %. Les autres motifs sont les falsifications de documents, un délai de rendez-vous éloigné, un patient venu sans rendez-vous ou un refus de payer la consultation (32).

1.5.2.2 Types de violence subies

Les violences subies par les médecins au sein de leur cabinet sont principalement d'ordre psychologique et verbal à hauteur de 65 % des agressions. Par ordre de fréquence décroissante, nous retrouvons le vol ou tentative de vol dans 21 % des cas, puis les agressions physiques dans 11 % des cas et enfin le vandalisme dans 10 % des cas (32).

1.5.2.3 Zones géographiques les plus touchées

Les départements ayant déclaré le nombre le plus important d'incidents en 2014 sont le Nord avec 63 incidents déclarés, les Bouches du Rhône avec 41 incidents et l'Isère avec 38 incidents. Soixante-dix-neuf pour cent des agressions ont eu lieu en milieu urbain (centre-ville et banlieue), 14 % en milieu rural (32).

1.5.3 Rôles de l'Observatoire de sécurité des médecins

L'observatoire de sécurité des médecins a été créée en 2002 par le Dr LENGMANN Michel, médecin au CNOM (5).

Il s'agit principalement d'un outil statistique de recensement des violences faites au médecin. Il intervient ensuite dans la prévention des situations d'insécurité en collaboration avec le ministère de la justice, de l'intérieur et de la santé (7).

Les agressions déclarées au CNOM sont principalement les agressions les plus graves, et ces actes ne constituent que 10 % à 15 % des violences faites aux médecins.

Seuls 34 % des médecins victimes ont déposé plainte en 2014, 14 % ont déposé une main courante (32).

L'OSM a créé une fiche de déclaration d'incident anonyme pour les médecins victimes disponible sur le site du CNOM (Annexe 1). Un numéro d'appel gratuit permet en cas d'agression de relier directement les médecins aux forces de l'ordre. Pour les professionnels assurant des gardes, une solution de géolocalisation a été mise en place par l'OSM. Cet observatoire a également participé à la création d'un protocole national en Avril 2011 concernant la sécurité des établissements de santé publics et privés. Il s'agit d'un accord signé entre le garde des Sceaux, le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le Ministre de l'Intérieur ainsi que les Présidents des conseils nationaux des professionnels de santé (Annexe 2).

1.5.4 Protocole de sécurité de 2011

Ce protocole étend les mesures de l'accord du 10 juin 2010 à la médecine de ville (Annexe 2).

Cet accord permet l'amélioration de la sécurité des professionnels de santé ainsi qu'un renforcement de la coopération avec les services de l'Etat.

Il facilite également les démarches avec les services de sécurité de l'Etat (dépôt de plainte, de main courante...) ainsi que la transmission de l'information judiciaire (suivi du dépôt de plainte).

Les principales avancées sont les suivantes (7) :

- Une reconnaissance du médecin victime en tant que personne à vulnérabilité particulière.
- Une inscription dans le module « SIP » : identification directe du médecin et de ses antécédents lors du contact avec la brigade locale.
- Une intervention plus rapide et efficace des forces de l'ordre en cas d'agression.
- La création d'une base départementale de sécurité publique (BDSP) dans laquelle le médecin peut s'inscrire pour être plus rapidement identifié.

1.5.5 Outils mis en place pour les médecins

Le Ministère de la Santé a établi un guide pratique pour les médecins libéraux notamment (33).

Il y explique la conduite à tenir au cabinet et lors des déplacements pour prévenir les actes de violence et éviter ces agressions. Les suites à donner en cas d'agressions sont également abordées.

L'association FML (Femmes Médecins Libéraux) a mis à disposition sur son site une fiche pratique pour organiser la sécurité au sein du cabinet mais également lors des visites. Il existe également des conduites à tenir lors d'une agression (35).

Peu de formations sont disponibles pour les médecins dans le cadre de la formation médicale continue. Il existe cependant des formations en gestion de l'agressivité par des organismes de formation privés non spécifiques au milieu médical.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Choix de la méthode

Nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative basée sur un entretien semi-dirigé. Notre choix a principalement été déterminé par le thème abordé, la violence auprès de la population de médecins généralistes et notamment le recueil d'un ressenti face à un acte de violence. Ces variables sont difficilement mesurables par les études quantitatives (28).

L'entretien semi-dirigé est particulièrement adapté aux études qualitatives ayant pour objet l'étude d'un ressenti et du vécu chez une population (28). La réalisation d'un focus group nous paraissait peu adaptée dans le cadre de notre étude, compte-tenu de notre thème, la violence, qui est encore peu abordée de façon ouverte dans le milieu médical et dans la population générale.

Le statut de « victime » peut être vécu comme un sentiment de honte ou de culpabilité chez le sujet d'où la difficulté de s'exprimer sur ce thème en public. L'entretien face à face au cabinet du médecin généraliste nous a paru plus adapté à la situation. Nous avons exclu l'entretien téléphonique car il ne permettait pas de recueillir les émotions véhiculées par la personne interrogée.

2.2 Réalisation du canevas d'entretien

Le guide d'entretien a été établi selon les trois thèmes principaux à explorer dans notre étude (Annexe 3). Un recueil de données démographiques a été réalisé au préalable afin d'établir les caractéristiques de la population étudiée.

Nous avons tout d'abord voulu recueillir le vécu du médecin généraliste lors de son agression qu'elle soit physique, verbale ou psychologique. Cela nous a permis ensuite d'aborder les réactions immédiates et retardées du médecin suite à l'agression.

Nous avons ensuite évoqué le sujet de la formation médicale continue dans le cadre des violences et son intérêt pour le médecin généraliste.

Le canevas du guide d'entretien a été établi en cellule qualitative avec l'aide du Dr BOUCHEZ et du Dr PAPA, médecins généralistes enseignants du DERMG de Faculté de Médecine de Nice.

2.3 Constitution de l'échantillon

Les sujets de notre étude étaient les médecins généralistes, hommes et femmes, tout âge confondu. Nous avons choisi de nous intéresser à la population de médecins généralistes du département des Alpes Maritimes.

Au début de notre étude, nous voulions inclure uniquement les médecins victimes d'une agression et ayant réalisé une fiche d'incident auprès de l'Ordre des Médecins. Cette fiche étant anonyme, nous avons rédigé un texte expliquant notre étude, texte publié sur le site du CDOM des Alpes Maritimes par l'intermédiaire du Dr ROSSANT (Annexe 4). Malheureusement aucune réponse n'a été recueillie.

Par l'intermédiaire du Dr DI MEGLIO, également médecin au CDOM des Alpes Maritimes, notre texte a été diffusé auprès des médecins généralistes ayant déposé plainte auprès du CDOM. Cependant aucun médecin n'a souhaité donner suite à notre demande.

Nous avons donc sélectionné une population de médecins généralistes urbaine, semi rurale et rurale afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif sur le plan géographique. Les médecins généralistes niçois ont également été recrutés par quartier, pour une représentativité la plus exhaustive au niveau du type de patientèle. L'âge et la durée d'installation n'étaient pas connus au moment de la prise de contact avec le médecin généraliste.

2.4 Contact des médecins généralistes

Le recrutement des médecins a été réalisé en fonction de leur localisation par l'intermédiaire de l'annuaire Pages Jaunes et par ordre alphabétique. Les médecins ont été contactés directement par téléphone. Le texte ci-dessous leur était communiqué afin de leur expliquer notre travail.

« Bonjour Dr X., je suis Mademoiselle Alamé, remplaçante en médecine générale et je me permets de vous contacter car je réalise actuellement mon travail de thèse sur le thème de la violence envers les médecins généralistes installés en cabinet.

J'aimerais savoir tout d'abord si vous avez déjà été confronté à un patient agressif. Si tel est le cas, l'étude est basée sur un entretien anonyme d'une durée de 15 minutes environ. Nous pouvons convenir d'un rendez-vous pour l'entretien à votre cabinet quand vous le désirez ».

Au total, cinquante médecins généralistes installés dans les Alpes Maritimes ont été contactés de juin 2015 à septembre 2015. Quinze médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude et nous avons convenu d'un rendez-vous à leur cabinet. Un médecin a annulé l'entretien.

Parmi les trente-cinq autres médecins contactés, dix n'ont pu être joints directement par téléphone, un message leur a été laissé par leur secrétaire mais ils n'ont pas souhaité nous recontacter.

Treize médecins ont déclaré ne pas se sentir concernés par le sujet ou n'étaient pas disponibles pour nous recevoir. Douze médecins ont été contactés mais n'ont jamais répondu malgré plusieurs tentatives de notre part.

Nous avons convenu d'un rendez-vous à leur cabinet pour les médecins ayant accepté de participer à notre étude. Ils étaient informés au préalable de la durée et du type d'entretien ainsi que de l'anonymat des données recueillies. L'enregistrement numérique de l'entretien ainsi que sa transcription littérale ont été acceptés par les médecins avant de débiter l'entretien.

2.5 Entretiens réalisés

Le nombre d'entretiens a été défini de manière théorique au début de l'étude (entre 10 et 20 entretiens) puis établi au moment du point de saturation, en l'absence de nouvelles idées évoquées. La saturation correspond au moment où aucune autre idée significative n'apparaît pour nous permettre de comprendre le phénomène observé (28).

2.6 Transcriptions des entretiens

Les données enregistrées par dictaphone numérique lors de l'entretien ont été retranscrites mot à mot sur le logiciel Microsoft Word de juin 2015 à septembre 2015.

2.7 Méthode d'analyse

L'analyse des données recueillies a été effectuée avec l'aide du logiciel N'Vivo, de janvier 2016 à février 2016. Les différentes idées exprimées dans chaque entretien ont été regroupées par thèmes puis sous-thèmes. Les idées ont été ensuite illustrées par des citations.

3 RESULTATS

3.1 Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques des médecins interrogés sont résumées en annexe 5.

3.1.1 *Nombre de médecins recrutés*

Nous avons réalisé 14 entretiens au sein de cette étude jusqu'à arriver au point de saturation des données.

3.1.2 *Caractéristiques de l'échantillon*

3.1.2.1 Age et sexe des médecins interrogés

Huit médecins hommes et six médecins femmes ont été interrogés. La plupart des médecins était âgé de 45 à 65 ans. Voici leur répartition selon les tranches d'âge :

- 25 - 35 ans : 2
- 35 - 45 ans : 3
- 45 - 65 ans : 9

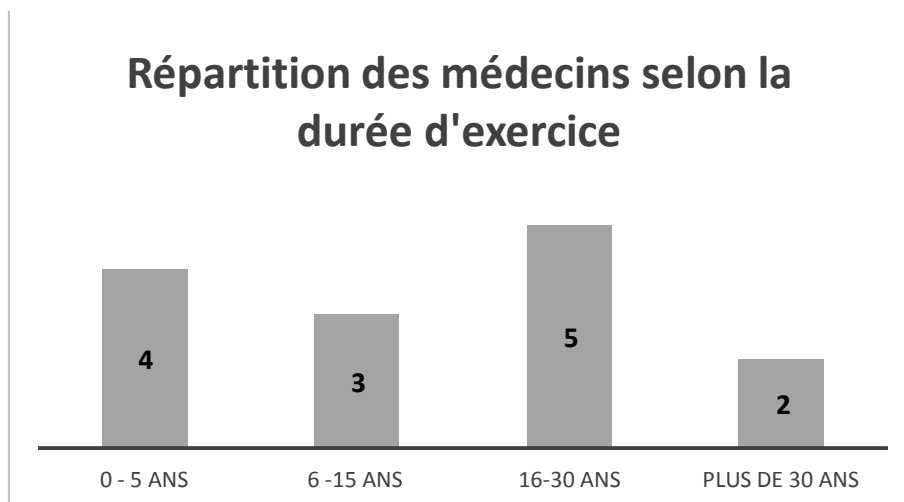
3.1.2.2 Durée d'installation

Nous avons interrogé des médecins ayant une expérience qui variait entre 9 mois et 33 ans. Les médecins ayant une faible expérience avaient auparavant été remplaçants dans leur propre cabinet.

La répartition des médecins selon la durée d'exercice s'établit de la façon suivante :

- 0 - 5 ans : 4 médecins
- 6 - 15 ans : 3 médecins
- 16 - 30 ans : 5 médecins
- Plus de 30 ans : 2 médecins

Figure 1 : Répartition selon la durée d'exercice

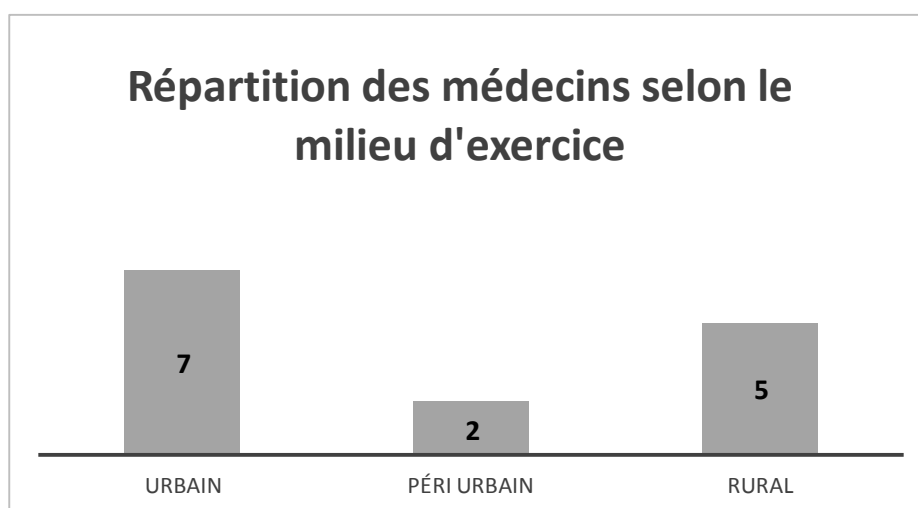


3.1.2.3 Milieu d'exercice

Les 14 médecins interrogés exercent dans des milieux différents :

- 7 en milieu urbain : Nice quartier Nord, Nice quartier Ouest, Nice centre, Nice Est.
- 2 en milieu semi-rural : La Trinité, Drap.
- 5 en milieu rural : Tourette-Levens, l'Escarène, le Bar sur loup, Tourette sur Loup.

Figure 2 : Répartition selon le milieu d'exercice



3.1.2.4 Mode d'exercice

Notre échantillon présente une diversité d'exercice :

- 9 médecins exercent seuls
- 4 exercent en cabinet de groupe
- 1 médecin exerce en centre de santé mutualiste.

Dix des médecins interrogés consultent sur rendez-vous, 6 médecins pratiquent les visites à domicile. Une secrétaire est présente au cabinet chez 5 médecins et 9 médecins prennent eux-mêmes leur rendez-vous.

3.1.2.5 Patientèle

La patientèle de médecins interrogés est très variée pour la majorité : dix des médecins interrogés avaient une patientèle variée comprenant des patients actifs, une population gériatrique et pédiatrique. Deux des médecins avaient une majorité de population gériatrique. Un médecin avait une population majoritairement pédiatrique et un autre médecin une patientèle d'actifs.

3.2 Données qualitatives

3.2.1 Caractéristiques des agressions

3.2.1.1 Typologie des violences

Lorsque nous évoquons le terme de violence ou agression, les médecins demandent une précision sur le type de violence. Les médecins interrogés considèrent les agressions de la part du patient comme une violence physique, peu de médecins incluent les agressions verbales ainsi que les menaces. Plusieurs médecins interrogés ne considèrent pas la violence verbale comme une agression.

(E7) « Ça dépend de ce que vous appelez agression. C'est à dire, euh, à partir de quel niveau, que vous définissiez. »

(E8) « La violence verbale oui. La violence physique oui, le premier degré mais dire qu'on a agression ici, non. »

(E5) « *Quand on leur refuse, ils ne sont pas contents. Donc ça reste assez verbal mais y en a qui n'ont pas de violences.* »

Certains médecins minimisent la violence verbale.

(E2) « *La première fois c'était un monsieur, il a commencé à me dire que j'étais un voleur, un bandit, je l'ai mis dehors. Mais il m'a juste agressé en paroles, hein.* »

Les agressions verbales sont fréquentes selon les médecins interrogés.

(E1) « *On se faisait insulter régulièrement, ce n'était jamais physique, j'ai eu très peu de menace physique mais quand même.* »

Un médecin interrogé décrit une pression ressentie de la part des patients mais ne les considère pas comme une agression.

(E10) « *Je n'appellerai pas ça des violences mais c'est des pressions.* »

Les vols ou tentatives de vol n'appartiennent pas aux agressions selon un médecin interrogé.

(E6) « *Ah oui j'ai eu plein de vols aussi, enfin ça ne rentre pas dans les agressions. Les vols d'ordonnance, les vols de machin comme ça.* »

Les violences verbales sont les plus courantes selon les médecins interrogés.

(E1) « *la dernière fois il y a quelqu'un qui m'a traité de salope* »

(E2) « *La première fois c'était un monsieur, il a commencé à me dire que j'étais un voleur, un bandit, je l'ai mis dehors. Mais il m'a juste agressé en paroles.* »

(E3) « *il a commencé à être euh, à crier aussi, contre moi.* »

(E5) « *Quand on leur refuse, ils ne sont pas contents. Donc ça reste assez verbal.* »

(E7) « *Ces trois agressions. Ça en est toujours resté au verbal. On en est jamais venu aux mains.* »

(E9) « *Il a insisté et j'ai maintenu le refus et il a commencé à sortir des noms d'animaux.* »

(E14) « *Sur le plan verbal c'est arrivé. Pour des histoires de retard, de machin de truc. Qu'on en vienne à des propos désagréables, c'est arrivé.* »

Plusieurs médecins ont été menacés verbalement d'être agressés physiquement. Il s'agit souvent de menaces physiques illustrées par des gestes.

(E3) « *Il m'a levé la main dessus mais il ne m'a pas touchée.* »

(E6) « *Je reviens dans dix minutes avec des copains, tu verras je vais te fracasser.* »

(E7) « *Donc si vous voulez, c'est le ton qui ait monté, on a échangé quelques mots et il en est venu aux mains : « je vais t'égorger (...) Il est venu avec le même discours. « Je t'égorge et je t'enterre ici.* »

(E11) « *Et puis il m'a menacé, il a fait un geste, donner un coup de poing.* »

(E14) « *Il a dit : Si je te trouve dans la rue, je te descends ou je ne sais pas quoi.* »

Concernant les menaces par armes (blanches ou à feu), un médecin a déclaré en avoir été victime. Un patient en état de détresse l'a contacté pour une visite à domicile et l'a accueilli avec une arme à feu à la main, la pointant dans la direction du médecin.

(E4) « *Il ouvre la porte, il avait une carabine à la main, qu'il a braqué sur moi. Voilà. Direct.* »

Quelques médecins ont rapporté des violences physiques. Un médecin a déclaré avoir été frappé par son patient.

(E8) « *En la raccompagnant, elle s'est retournée vers moi et elle m'a déchirée le sweat en voulant me frapper, des gens sont intervenus pour la maîtriser.* »

(E12) « *Quand elle m'a vue, elle m'a surprise, elle m'a sauté dessus. Elle m'a ruée de coups.* »

Deux médecins ont déclaré avoir été victime d'un cambriolage au sein de leur cabinet.

(E6) « *Bon effectivement le cabinet, déjà j'ai été cambriolée trois fois ici.* »

(E7) « *Une fois par contre on a été cambriolé, si ça c'est une agression mais bon c'est un cambriolage.* »

3.2.1.2 Caractéristiques de l'agresseur

Le patient est l'agresseur dans la majorité des situations décrites (13 médecins sur 14 interrogés).

L'agresseur est souvent un patient atteint d'une pathologie psychiatrique ou avec un profil psychologique particulier.

(E4) « Un patient qui avait eu une rupture sentimentale quelques semaines auparavant et qui m'avait appelé en fait au secours quoi. »

(E5) « Ce sont souvent les gens qui ont des troubles, des pathologies psychiatriques. »

(E8) « Elle sort de Sainte Marie, elle est bipolaire, elle a tout un ensemble de facettes avec une touche de psy, de schizophrénie. »

(E11) « C'était un profil particulier psychologique pour ce gars-là. »

Les médecins font la distinction entre trouble mental et dépendance aux médicaments et drogues.

Les patients toxicomanes sont fréquemment mis en cause dans les agressions.

(E3) « J'ai un toxicomane qui est venu où je remplaçais euh pour avoir du Subutex ®... il a réellement été agressif. »

(E6) « ... Oui il était shooté. »

(E14) « J'ai été agressé par un patient, ce n'était pas un de mes patients, c'était un patient qui est sous méthadone, je crois, méthadone. »

Nous retrouvons aussi les patients caractérisés par les médecins comme nerveux, agressifs. Il s'agit de patients pouvant facilement s'énerver.

(E2) « Quant au deuxième patient, c'était un très gros nerveux, qui était habitué à faire ça. »

(E6) « Là avec le type, ce sont des frictions : « Oui bon j'ai été là, elle n'avait pas à passer. »

Un médecin décrit son agresseur comme une personne radicalisée, donc à risque de violence pour le médecin.

(E7) « C'était un jeune islamiste, barbu là, qui voulait un certificat pour le tir. »

Deux médecins ont été agressés par les membres de la famille d'un patient. Il s'agissait de membres de la famille mécontents par rapport à la prise en charge du patient.

(E3) « c'était une famille qui a essayé de me frapper parce que je les avais convoquées. »

(E12) « des patients qui étaient mécontents par rapport à un diagnostic »

3.2.1.3 Lieu de l'agression

Les médecins ont décrit trois lieux d'agression : le cabinet, lors de visites à domicile et par téléphone. La majorité des médecins ont été agressés directement au cabinet.

(E1) « ça peut être dans la salle d'attente, ici directement dans le cabinet »

(E2) « A domicile jamais, au cabinet ça m'est arrivé deux fois... »

Deux agressions ont été commises lors de visites à domicile par le patient lui-même.

(E4) « En fait j'ai été appelé en visite, j'étais en remplacement à l'époque, par un type que me dit « voilà docteur, il faut que vous veniez, j'ai des problèmes à respirer. »

(E12) « en visite. Une HDT, une dame que je connais. »

Un médecin déclare subir plus souvent les agressions par téléphone.

(E5) « Ah ouais c'est plus souvent par téléphone. Plus que de visu. »

3.2.1.4 Motifs des violences

Le refus de prescription est la cause principale de l'agression pour les médecins interrogés.

(E1) « C'est des personnes qui pensent que je vais leur faire quelque chose que je ne vais pas faire. »

(E5) « Je lui ai dit : « Moi je ne fais pas ça habituellement mais je vais regarder. » Après quand je l'ai rappelé, je lui ai dit : « non je ne peux pas. »

(E8) « une fois j'ai refusé, à travers le bureau, il m'a attrapé la main, tordu le doigt et fait très mal. »

(E9) « J'ai eu un patient qui est venu me voir car il souhaitait que je modifie une décision d'un médecin conseil. Je lui ai expliqué que je ne pouvais pas mais il a refusé de me croire. »

(E11) « Il vient me revoir ce patient, et bien, pour un certificat médical, pour le sport. Alors déjà je lui dis, déjà un, je ne fais pas de certificat comme ça et en plus, de deux, vous me devez la consultation, de la fois d'avant. »

(E13) « L'agression vient surtout quand il y a refus. »

Il s'agit le plus souvent d'un refus de prescription de médicaments (benzodiazépines, hypnotiques), de certificat ou d'arrêt de travail.

(E5) « Principalement c'est pour les somnifères... »

(E10) « Il ne comprenait pas pourquoi je ne lui mettais pas son collutoire pour la gorge à 100%. »

(E13) « Quelqu'un qui vient pour euh, je ne sais pas moi, un arrêt de travail, quelqu'un la plupart du temps que je connais pas. »

Un temps d'attente jugé trop long par le patient, des problèmes d'horaire de consultation constitue le second motif évoqué par les médecins.

(E7) « Il avait attendu une heure dans la salle d'attente. »

(E14) « Pour des histoires d'horaire, un patient qui voulait passer devant, un qui prétendait que j'étais en retard alors que c'était lui. »

L'erreur de diagnostic est une des causes de comportement de violence chez un des médecins interrogés.

(E12) « Donc ça c'est des patients qui étaient mécontents par rapport à un diagnostic donc ils sont venus à trois, euh, les parents de l'enfant et le grand-père. Et euh bah là ils étaient euh, ils hurlaient, ils ont renversé l'ordinateur et pété la porte. »

Parfois, il est difficile pour le médecin de déterminer la cause de la violence. Un des médecins victimes n'a pas su définir le motif de son agression par le patient.

(E2) « Je ne sais pas trop ce qu'il s'est passé. »

3.2.1.5 Fréquence des violences

Concernant la fréquence des agressions, les violences verbales sont fréquentes selon les médecins interrogés. Elles se banalisent lors de l'exercice quotidien.

(E1) « Ça c'est des trucs qui peuvent arriver facilement... On se faisait insulter régulièrement, ce n'était jamais physique »

3.2.2 Réactions des médecins face à l'agression

3.2.2.1 Réactions immédiates

Chaque médecin réagit différemment à la violence quelque soit son type.

A la question « Quelle réaction immédiate avez-vous eu suite à l'agression ? », le recours aux forces de l'ordre est une réponse fréquente chez les médecins interrogés.

Il s'agit soit de menacer le patient de contacter des forces de l'ordre, soit de les appeler en présence du patient.

(E4) « Et là j'ai appelé le 15 etc. Il a accepté, j'ai appelé les pompiers, ils sont venus le chercher. »

(E6) « Voilà... j'appelle la gendarmerie, qui ne vient pas, c'est moi qui suis mal à l'aise. »

(E7) « Immédiatement j'appelle la police. » (E9) « J'ai dû appeler la police pour le faire partir. »

(E11) « Je l'ai menacé, je lui ai dit : « Maintenant vous partez sinon j'appelle la police. »

La passivité est la seconde réaction retrouvée chez les médecins. Il s'agit de la règle de non-violence.

(E2) « Moi j'essaie toujours de rester très calme, ça désamorce. »

(E4) « J'ai essayé de garder mon calme. »

(E5) « Classiquement je me zénifie. »

(E10) « Je ne sais pas, ça dépend. Bon déjà physiquement, euh, ben je n'aurais pas d'action physique. Euh j'ai un, j'aurais une réponse verbale tout en restant poli bien sûr, mais euh en lui montrant que s'il n'est pas content, il va se faire voir ailleurs, quoi. »

(E12) « J'ai laissé passer l'orage, j'ai attendu que ça se passe. Je n'ai pas réinvesti dans l'agressivité. J'ai subi, voilà et puis j'ai attendu qu'ils s'en aillent. »

(E14) « Bah rien. J'ai continué la consultation. Que voulez-vous que je fasse ? »

Un médecin n'a pu réagir face à la violence du patient du fait d'une action imprévisible du patient.

(E12) « Bah je n'ai pas pu réagir, elle a ouvert la porte, elle m'a sauté dessus de suite... »

Deux médecins n'ont pas voulu céder devant le patient agressif et sont restés sur leur position.

(E1) « chaque fois, j'essaie de toujours rester sur ma position »

(E13) « *Et quand ce n'est pas justifié, c'est la plupart du temps non. Je dis la plupart du temps parce qu'il ne faut pas se leurrer, on va des fois dans le sens du patient même quand c'est pas justifié pour deux raisons, la première c'est parce que on veut avoir la paix.* »

Un médecin a contacté un confrère ou un établissement hospitalier pour demander de l'aide.

(E3) « *pour dédramatiser la situation, je l'ai fait patienter pour pouvoir appeler le centre des toxicos de Saint Roch.* »

3.2.2.2 Recours effectués

➤ Signalement auprès du CNOM

Le dépôt de plainte ainsi que le signalement au CNOM est le recours le plus utilisé chez les médecins interrogés. Certains transmettent plus facilement au CNOM.

(E5) *Je n'ai jamais été obligé mais j'ai appelé le conseil de l'ordre, pour lui demander ce que je devais faire, dans ce genre de situation* »

(E6) « *Effectivement, moi je vous garantis, tout ça je transmets au conseil de l'ordre tout de suite* »

(E9) « *J'ai également prévenu le médecin conseil qui m'a confirmé le comportement du patient et le conseil de l'ordre pour lui dire que je ne prenais plus ce patient en consultation à partir de ce jour.* »

Le recours à l'ordre directement par téléphone est le plus fréquent. Pour un médecin, il s'agit de déclarer dès qu'il y a eu menaces, agression physique ou verbales.

(E6) « *A l'ordre plusieurs fois parce de temps en temps j'avais une, des situations, des menaces etcétera et tout...* »

(E11) « *Puis j'ai appelé le conseil de l'ordre et j'ai appelé la gendarmerie.* »

Le contact par courrier se fait principalement pour les vols ou tentatives.

Lorsque nous avons évoqué le signalement au CNOM par une fiche déclarative sur leur site internet, seul un médecin paraissait connaître ce mode de signalement.

Pour un des médecins interrogés, le recours à l'Ordre est évoqué lorsqu'un patient porte plainte contre lui mais n'y voit pas d'intérêt lorsqu'il est victime d'une agression.

(E14) « D'aller contacter l'Ordre ? Pour me défendre ? Non, non, non. »

Un des médecins interrogés n'a pas pensé à ce recours lors de son agression.

(E1) « Ça c'est vrai j'ai jamais pensé à l'Ordre. En fait je pense que l'agression, je la vois plus comme une agression de structure. »

➤ Recours aux forces de l'Ordre

Concernant le recours aux forces de l'ordre, un médecin déclare se sentir peu aidé par la gendarmerie. Ce médecin les a contactés suite à une agression et ils ne se seraient pas déplacés.

Le médecin a donc dû fermer son cabinet pour se rendre à la gendarmerie.

(E6) « C'est moi qui dois fermer, et je dois y aller. Nan mais bon, ça veut dire, c'est vrai que c'est désagréable de devoir fermer... »

D'autres médecins préfèrent déposer plainte auprès de la Gendarmerie ou des forces de Police.

(E6) « Gendarmerie, alors après j'ai déposé une plainte. »

(E8) « J'ai signalé parce que j'ai un ami qui est commissaire de police et qui est un de mes patients. »

(E9) « J'ai également eu par l'intermédiaire de l'Ordre ; un numéro, une ligne directe avec un policier du Commissariat de Foch, qui peut prendre une déposition. »

➤ Contact d'un confrère

Un médecin ne connaissait pas les démarches suite à une agression et a fait appel à un confrère.

(E11) « j'ai appelé un confrère, pour savoir un petit peu quelles étaient les démarches à suivre. La première chose qui m'a justement surprise, qu'est-ce que je fais avec ça ? »

➤ Aucune action réalisée

Pour certains médecins, il ne paraît pas nécessaire de déposer plainte. Les raisons invoquées sont multiples : méconnaissance des procédures, proximité affective de la famille du patient, maladie psychiatrique du patient agresseur.

(E1) « Ça c'est vrai j'ai jamais pensé à l'Ordre. »

(E7) « Voilà donc puis bon connaissant la famille, je veux dire, je m'occupe du papa qui est charmant...je n'ai pas voulu aller porter plainte. »

(E12) « Nan, parce que la pauvre, c'était vraiment psychiatrique. Après j'ai juste arrêté d'être son médecin traitant parce que du coup la relation était plus possible mais ... voilà. »

(E14) « Non quand même pas, qu'est-ce que vous voulez faire ? »

3.2.2.3 Répercussions psychologiques de l'agression

➤ Sentiments négatifs

Les termes « stress » et « angoisse » ont beaucoup été utilisé par les médecins pour décrire leur sentiment après une agression.

(E4) « Je pense que maintenant que j'ai une famille, je serais plus angoissée. »

(E9) « au niveau psychologique, oui ça a des conséquences... Je suis stressé quand je vais au boulot »

(E12) « Et la deuxième, un impact énorme avec beaucoup de stress déjà dans les six mois puis même maintenant »

La notion de « peur » a été également évoqué par plusieurs médecins suite à leur agression

(E3) « C'est vraiment la seule fois où j'ai eu très très peur. »

(E4) « Je pense que j'ai eu suffisamment peur de lui... »

(E5) « Malheureusement c'est un peu qui fait peur aux jeunes médecins et moi ça m'a fait un peu peur aussi, c'est que euh on n'a pas trop de soutien face à ça. »

(E6) « Vous êtes là, vous avez vachement peur. »

(E8) « Euh, par rapport à ce patient-là ? Bah euh j'ai eu peur. »

Le sentiment de solitude face à un acte de violence est fréquemment retrouvé. Les médecins victimes ne se sentent que très peu soutenus par les autorités.

(E5) « *Moi ça m'a fait un peu peur aussi, c'est que euh on n'a pas trop de soutien face à ça.* »

(E6) « *Je ne sais pas... on est pas très protégée. Parce que la gendarmerie pas tellement.* »

(E12) « *C'est vrai que le problème c'est d'être tout seul quoi.* »

A ce sentiment de solitude, se rajoute parfois un sentiment d'insécurité. Un médecin ayant été agressé et cambriolé à plusieurs reprises ne sent plus à l'aise dans son cabinet.

(E6) « *Je pourrais plus être cambriolée, c'est moi qui suis derrière les barreaux là.* »

Pour certains médecins, il est difficile de faire face suite à l'agression. Il leur est d'autant plus difficile qu'ils sont proches de leur patient et que cela les touche personnellement.

(E9) « *Je me suis fait même insulter de « Sale juif » une fois...Et ça fait mal de se faire insulter par ses propres patients.* »

(E11) « *Un petit difficile surtout que moi je suis un médecin qu'on apprécie beaucoup.* »

(E12) « *Je suis plus en victime encore.* »

Quelques médecins ont parlé de leur agression à leur proche. Pour un médecin, il s'agit de se libérer de ses émotions.

(E6) « *J'ai un souci, que ce soit un souci personnel ou quoi, j'en parle à mon copain, à mon fils, à mon associé et j'évacue, j'évacue le souci. Un souci partagé n'est plus un souci pour moi.* »

Un médecin a ressenti le besoin de consulter une psychologue suite à son agression.

(E12) « *J'ai vu une psychologue, deux trois fois et bon après elle a dit que je gérais bien* »

Au contraire, un médecin déclare ne pas avoir parlé de son agression que ce soit à son entourage ou à un confrère.

(E8) « *La violence ? Euh je n'en parle pas tellement* »

Certains médecins disent ne pas avoir eu de répercussion dans leur vie personnelle ou professionnelle.

(E3) « Bah non parce que moi je suis assez parano de base, donc ça ne change rien. »

(E10) « Moi, dès que je suis plus au cabinet, je suis plus médecin. Je n'amène pas les soucis à la maison. »

Un médecin a ressenti de la culpabilité suite à l'agression par son patient et ne s'est pas senti écouté par les autorités.

(E11) « j'ai ressenti un sentiment de culpabilité de la part des gendarmes. Ça m'a pris la tête. »

➤ Sentiments positifs

Un médecin a évoqué un sentiment de solidarité avec le personnel médical, suite aux agressions notamment avec le secrétariat.

(E1) « Une grosse solidarité entre les équipes de l'accueil et les médecins. »

Suite à leur agression, certains médecins se sont remis en question. Cela leur permet de réfléchir sur leur comportement face au patient agressif et éventuellement adopter une attitude différente en cas d'agression ultérieure.

(E1) « le but c'est d'essayer de comprendre ce que ça a fait jouer à l'intérieur de toi pour que la prochaine fois tu puisses réagir autrement. »

(E7) « chaque agression, bien sûr oui nous donne à penser. On va peut-être modifier un peu. »

3.2.3 Relation médecin-patient dans le cadre des violences

La relation médecin-patient évolue, plusieurs médecins interrogés se trouvent parfois dans une position d'infériorité par rapport au patient avec un sentiment d'obligation de prescrire.

(E8) « C'est-à-dire qu'on est en position d'infériorité. Parce que finalement on est obligé de prescrire. »

(E8) Je n'étais pas maître de la consultation. »

(E13) « Parce que maintenant ce n'est pas le médecin qui prescrit, c'est le patient qui prescrit. »

Un médecin préfère parfois se plier à la demande du patient pour éviter une éventuelle agression de la part du patient ou de sa famille.

(E3) « *Moi je dis aux familles ce qu'ils ont envie d'entendre quoi.* »

D'autres éprouvent une difficulté à refuser la demande du patient.

(E1) « *Je ne savais pas comment lui dire non.* »

Les médecins déclarent subir une pression importante de la part du patient.

(E1) « *Parce là aussi, il y a la pression qui est un peu importante, voilà.* »

Un autre médecin évoque la notion de manque de respect de la part du patient, respect qui existait auparavant envers le médecin.

(E9) « *Ce n'est plus pareil maintenant d'exercer, avant les patients avaient du respect avec leur médecin maintenant ça disparaît.* »

Le mot « position » a été retrouvé dans trois entretiens en lien avec la relation médecin-patient. Deux médecins préfèrent ne pas céder aux demandes du patient même en cas de menace/agression verbale sous peine de se retrouver en position d'infériorité vis-à-vis du patient.

(E1) « *J'essaie de toujours rester sur ma position.* »

(E13) « *Avoir tendance à apaiser les choses, ça ne règle pas forcément le problème parce que ça donne une position dominante sur celui qui est en face. Pas envie...* »

Pour certains médecins, un accord peut être possible entre les deux parties pour parvenir à maintenir un équilibre dans la relation. Il évoque la notion de négociation avec le patient.

(E8) « *Si on prescrit plus, on est plus ami. Il faut négocier.* »

3.2.4 Modifications effectuées suite à l'agression

3.2.4.1 Moyens de protection contre la violence

Deux médecins ont changé leur mode d'installation suite à une agression. La présence de plusieurs médecins au cabinet permet d'en rassurer certains.

(E3) « *Et c'est pour ça qu'on a refusé de travailler seuls aussi. C'est pour ça qu'on est en cabinet de groupe... »*

Un médecin déclare avoir changé de milieu d'exercice suite à son agression.

(E4) « *Les changements que j'ai effectués, c'est que je n'ai plus souhaité exercer en zone rurale, isolée. »*

Plusieurs médecins ont déclaré avoir changé leur mode de consultation.

Un médecin préfère consulter uniquement sur rendez-vous. Le fait d'exercer sur rendez-vous serait un facteur limitant d'agression selon lui.

(E13) « *En même temps je suis sur rendez-vous aussi. »*

La création d'une liste de patients indésirables constitue un facteur de protection pour un des médecins.

(E3) « *On avait une liste dans ce cabinet où on ne recevait plus les patients après et j'ai blacklisté les éventuels rendez-vous. »*

La modification des horaires de consultation s'est avérée nécessaire pour un des médecins.

Les agressions avaient souvent lieu après le départ de son confrère ou lorsqu'il était absent.

(E6) « *Mon collègue part une heure plus tard. Enfin je pars avant lui. Je ne veux pas faire la fermeture. »*

Suite à leur agression, quelques médecins ont modifié la structure du cabinet.

Un médecin a agrandi son cabinet et a choisi d'installer une salle d'attente uniquement pour ses patients.

(E8) « *J'ai effectué un changement, le fait d'avoir un cabinet qui est plus large... le fait qu'on ne soit pas dans une notion de bourrage de salle d'attente avec des gens qui crient et tout ça, fait que la sécurité se fait d'elle-même. »*

Un médecin a posé des barreaux au niveau des portes et des fenêtres suite à de nombreux cambriolages.

(E6) « *Je ne pourrais plus être cambriolée, c'est moi qui suis derrière les barreaux là. »*

Plusieurs médecins déclarent désormais fermer la porte d'entrée du cabinet lorsqu'ils sont seuls.

(E3) « *Je fais très attention, ici dès que je suis seule je ferme systématiquement la gâche. »*

(E7) « *Euh je ferme toujours, voyez. Moi je ferme toujours. »*

Concernant les caméras de surveillance, des médecins déclarent ne pas y voir d'intérêt sécuritaire. Le fait d'installer une caméra ne permettrait pas d'augmenter leur sécurité.

(E4) « *Je suis sûrement naïve mais je pense que la dérive sécuritaire, caméras, machins, c'est un faux débat. »*

(E6) « *Une caméra, hein les caméras euh ils vous les prennent, ils vous les tordent, et pis même si j'avais une caméra là, dans la salle d'attente, qu'est-ce que je fais, comment je sors ? »*

Un médecin souhaitait en installer une dans son cabinet mais a trouvé les démarches administratives trop compliquées, il a donc abandonné l'idée.

(E7) « *Je voulais mettre une vidéosurveillance donc mais enfin, quand j'avais été voir c'est tellement compliqué, il fallait passer par la Préfecture, par je ne sais pas où. »*

Un autre médecin a installé une caméra de surveillance depuis son agression, dans le but notamment de surveiller les patients à risque.

(E9) « *J'ai installé une caméra de surveillance, mais vous savez on n'a pas le droit d'enregistrer. C'est pour voir les patients qui arrivent. »*

Concernant les moyens de défense, un médecin a déclaré posséder une bombe lacrymogène notamment lors des visites à domicile.

(E3) « *J'ai toujours une bombe lacrymogène sur moi. C'est systématique, y compris en visite. »*

Le fait de maintenir la porte de leur salle d'examen entrouverte lorsqu'ils sont seuls avec un patient permet de rassurer certains médecins.

(E9) « *Je laisse aussi la porte ouverte quand je suis seul avec un patient.* »

(E11) « *Si, les serrures, je ne les ferme pas pour qu'on puisse... Pour que les gens ils puissent entendre les conversations* »

Deux médecins déclarent ne pas avoir effectué de changement au sein de leur cabinet suite à leur agression. Pour eux, aucun changement n'aura d'impact sur leur sécurité.

(E12) « *Non je n'ai pas de bombe d'auto agression de défense. Non quoi faire, difficile... de toute façon on est quand même exposé.* »

(E14) « *On n'a rien changé de spécial.* »

3.2.4.2 Modification comportementale du médecin

Suite à une agression, la plupart des médecins interrogés déclarent avoir pris de la distance face aux agressions notamment verbales mais aussi par rapport aux patients.

(E1) « *Et donc du coup on a appris à se décaler complètement des propos qu'ils nous disaient.* »

(E4) « *C'est vital en tant que médecin généraliste d'arriver à faire la disjonction entre les deux sinon on se fait bouffer, à mon avis.* »

(E9) « *J'ai changé mon attitude, je me suis renfermé... Je suis devenu plus distant.* »

(E11) « *Je ne vais pas m'encombrer. Je suis complètement détaché.* »

Certains praticiens sont désormais plus rigoureux dans leur discours et évitent les justifications non nécessaires en cas de refus de prescriptions.

(E1) « *Je me perdrais moins en explication.* »

(E8) « *Si vous mettez de l'ordre, vous n'avez pas d'insécurité.* »

(E11) « *J'ai plus de justesse, de rigueur, je m'encombre moins.* »

Du fait de l'agression, plusieurs médecins refusent de suivre les patients agressifs et certaines catégories de patients comme les toxicomanes, les plus à risque de violence selon eux.

(E3) « *Je ne prends pas de toxico moi, de principe.* »

(E9) « *Une fois qu'il y a eu un manque de respect, je ne les reçois plus.* »

(E12) « *Quelques-uns qui prennent des toxiques mais dans ces cas-là, on essaye de pas trop les suivre nous. On n'est pas un cabinet qui suit ce genre de patients. »*

(E14) « *Moi j'ai refusé de le voir évidemment. »*

Deux médecins ont évoqué le fait de négoier avec le patient et de répondre à sa demande pour éviter une éventuelle dérive.

(E3) « *Quand je sens que la situation ne va pas dans le sens qu'ils veulent, je vais plier dans leur sens, ne plus me mettre en danger. »*

(E5) « *Si tu vois que tu risques gros, tu dis ok je la fais (en parlant d'une ordonnance), il n'y a pas de soucis, vous la faites »*

La présence d'un confrère, d'un témoin ou des forces de l'ordre lors d'un entretien avec un patient agressif paraît nécessaire pour deux médecins interrogés et permet de les rassurer.

(E6) « *Bon quand il y a du monde dans la salle d'attente et que je reçois des cas difficiles et tout, j'arrive à faire signe à quelqu'un. »*

(E12) « *Dans ce cas-là j'appellerai mon associé ou je diffèrerais l'entrevue pour que ce soit plus à froid. »*

Quelques médecins sont devenus beaucoup méfiants et prudents suite à l'agression.

(E4) « *Je pense que je suis devenue un peu plus prudente. »*

(E7) « *Au cabinet faut se méfier bien sûr, c'est-à-dire on fait attention...On va prendre des précautions. »*

(E12) « *Ah je n'ai pas eu d'autres HDT mais si j'en ai une bah dans ce cas-là j'appellerai d'abord le transport avant, pour qu'on soit ensemble avec les pompiers. »*

Une des solutions évoquées par quelques médecins pour éviter les situations de violence est le refus de la demande du patient dès la salle d'attente. Lorsque le patient peut paraître agressif ou avoir une demande inadaptée ou être inconnu du cabinet, certains médecins refusent de les recevoir.

(E7) « *J'ai compris que la prochaine fois, voyez, c'est-à-dire dès que vous voyez une personne louche, il faut à l'entrée lui dire : Je ne fais pas. »*

(E9) « Si je vois que c'est un patient qui n'a pas rendez-vous et qui peut poser problème, je règle la situation directement dans la salle d'attente. »

3.2.5 Ressources et médecin victime

3.2.5.1 La place de la formation

Plusieurs médecins ont déclaré ne pas avoir assez de temps pour participer à des formations. Ils évoquent le fait d'être submergé par des démarches annexes à leur travail.

(E10) « Plus de la pression, internet, il faudrait qu'on fasse ça. Ça, c'est pénible. »

(E14) « Ça serait peut-être bien. Faudrait avoir le temps. Et j'avoue, je n'en ai jamais fait. »

Deux médecins participent régulièrement à des formations mais ne se sont jamais vus proposer ce sujet ou n'y ont pas prêté attention.

(E2) « Mais jamais dans ces thèmes, je crois pas avoir vu celui-là de thème ou alors je n'ai pas été intéressé. »

(E12) « On n'a pas eu vraiment de proposition à ce niveau-là. Je suis aux FMC de Grasse. »

Plusieurs médecins ayant été victimes ne se sentent pas concernés par ce type de formation, et n'y voient pas d'intérêt dans le cadre leur pratique.

(E10) « Voilà on en parle comme ça entre nous mais de là à dire qu'on est intéressé euh je ne sais pas quoi. Enfin, on ne le ressent pas comme ça. »

(E11) « Moi je n'ai pas besoin, ça m'apporterait pas grand-chose »

(E13) « Dans notre formation à nous post fin de réunions informels que l'on a régulièrement, on n'a jamais évoqué ce truc-là. C'est nous qui choisissons nos sujets. C'est nous qui votons pour le choix des sujets, et à ce jour personne n'a proposé ce sujet-là. »

Une grande majorité des médecins trouve utile de réaliser une formation.

(E2) « Après pendant le cursus FMC oui ça ne serait pas idiot qu'on fasse ça... Je crois que ça devrait être développé. »

(E7) « ça peut être utile d'avoir des conseils. »

(E14) « Ça serait peut-être bien ouais. Ça serait peut-être bien. »

Trois médecins ont participé à des formations dans le cadre de la gestion du patient agressif.

(E4) « Y avait Mr X. qui est au port, voilà qui fait justement un truc sur la situation des urgences pour les MG, comment réagir face à une agression verbale. »

(E5) « Je l'ai faite justement. Je l'ai faite cette année, parce que, bon elle était incluse avec le patient difficile. »

(E6) « Des trucs, pas des FMC, mais vous savez des, en groupe, en DPC. En DPC, j'en ai fait... »

Pour certains, une formation lors des études de médecine notamment lors des stages chez le praticien serait plus adaptée que des FMC.

(E1) « Je pense que les stages chez le prat sont bien intéressants... c'est vrai que 2-3 outils qu'on pourrait nous donner, à la fac on retient pas forcément grand-chose. »

Concernant le type de formation, la formation théorique et informelle paraît plus adaptée pour un des médecins interrogés, qui présente encore à ce jour un statut de victime.

(E12) « Dans un cadre informel, pas avec des jeux de rôles etc... je n'en ai pas envie. Pas en m'investissant plus que ça. Je suis plus en victime encore. »

Des cas concrets, des formation pratiques paraissent plus adaptés pour les autres médecins vu la thématique, de savoir comment se comporter face au patient agressif.

(E5) « Une formation je pense que ça peut aider, surtout avec des cas concrets. Savoir comment s'exprimer... »

(E8) « La formation qui serait synonyme de simulation, de jeux de rôles, de simulation de situation. Je pense que ce n'est pas la même chose de regarder une formation vidéo ou avec des spécialistes. »

Pour d'autres, il s'agirait d'apprendre des mots-clés ou des phrases afin de mieux appréhender la relation avec le patient agressif.

(E4) « Bien sûr par rapport au langage, par rapport à la gestuelle. Je pense qu'il y a des petites choses à faire qui peuvent, peut-être pas sauver une vie mais en tout cas désamorcer, éviter l'explosion... »

(E9) « *ça peut être très intéressant à faire, pour apprendre des mots, des phrases face à un patient agressif* »

3.2.5.2 Outils à développer

Un médecin a évoqué la nécessité d'une formation par le CNOM. Il souhaiterait une mise en valeur plus importante concernant le numéro direct mis en place par le CNOM. Les informations distribuées par le CNOM ne sont pas suffisantes selon lui.

(E2) « *Je pense que déjà il faudrait faire un peu plus de publicité pour ce numéro. J'ai reçu qu'un court courrier et ce n'est pas suffisant.* »

De même, pour deux médecins interrogés, la distribution d'un dépliant paraît utile lors de l'installation d'un nouveau médecin.

(E2) « *Ben je pense que en tout cas l'ordre quand on s'installe devrait nous donner un document « bon voilà si vous êtes agressé vous appelez tel numéro.* » »

(E7) « *On reçoit, par exemple, des bulletins de l'Ordre des médecins, voyez, qui vous donnent des conseils par exemple « Méfiez-vous du patient qui arrive à la fermeture.* »

Concernant le médecin exerçant dans un centre mutualiste, celui-ci a évoqué la notion de supervision lors de l'entretien. Il s'agit de réunion multidisciplinaire constituée de l'équipe médicale et encadré par un psychologue pour permettre de débriefer des situations compliquées avec le patient agressif notamment.

(E1) « *On serait beaucoup plus malin de faire des, on faisait ça au planning familial c'était génial, des supervisions* »

Quelques médecins ont mentionné l'utilité des formations annexes comme l'hypnose ou le yoga pour permettre de garder son calme et maîtriser la situation.

(E4) « *Après y a tout ce qui est harmonisation au niveau des gestes, j'ai été formée à l'hypnose.* »

(E5) « *Du yoga (rires), parce que je me rends compte que si vous, vous gardez le calme, vous gardez la situation en main.* »

3.2.6 Attitudes à adopter face à un patient agressif

3.2.6.1 La « non-violence »

La technique de la « non-violence » est celle la plus adoptée par les médecins interrogés. Ils décrivent plusieurs attitudes pour éviter l'escalade de la violence. Selon plusieurs médecins, il faut éviter de répondre au patient que ce soit verbalement ou physiquement.

(E1) « Ensuite c'est de pas élever la voix. »

(E2) « Il ne faut surtout pas répondre par la violence. »

(E7) « Donc bon, on sait que face à un patient agressif, faut jamais rentrer en conflit sinon, sinon ça tourne au drame très vite... »

Pour la moitié des médecins interrogés, il est nécessaire et même primordial de rester calme.

(E5) « On se calme et vous essayez de calmer le patient. »

(E9) « De rester calme, de faire sortir le patient si cela est possible. Si ce n'est pas le cas de ne pas entrer dans le cercle de la violence. »

(E10) « Il faut arriver à maîtriser, à se maîtriser et à, voilà quoi. »

(E11) « Faut pas, faut pas prendre, faut dire et allez tu... pars. C'est tout. Faut pas s'énerver. »

(E13) « Des conseils que moi je ne pratique pas, c'est-à-dire rester calme. »

Quelques médecins déclarent essayer d'apaiser la situation avec le patient que ce soit en discutant avec lui ou par d'autres moyens comme la dérision.

(E4) « Eviter de provoquer, savoir calmer le jeu. »

(E10) « Moi j'essaie de prendre avec, par la dérision, c'est une manière de détourner un petit peu, de faire tomber la, la pression. »

Pour un médecin, il s'agit d'éviter de mettre de la distance avec le patient agressif.

(E5) « Je me suis mise à côté d'eux, ça calme tout de suite le jeu, presque plus être en face à face, de quitter son bureau, faire le tour, se mettre à côté de la personne, déjà c'est impressionnant. »

Plusieurs médecins ont évoqué la notion de passivité face à l'agresseur.

(E3) « Laisser faire, il faut plier sinon vraiment tu prends pour toi. »

(E4) « Ne pas faire transparaître la peur, ne pas être agressive c'est-à-dire ce que j'appelle « Low profile »

(E12) « Limiter la, fin plutôt d'être euh, neutre le plus possible, pas réinvestir dans des paroles agressives soi-même. Temporiser le plus possible, de laisser couler, d'essayer de proposer de se revoir plus tard. »

(E14) « Il vaut mieux lâcher un peu que de risquer de se faire buter. »

La seule solution est de laisser faire le patient pour un des médecins.

(E12) « Si c'est que de l'agression... on peut juste subir en fait. »

Etablir une distance avec l'agression et ne pas s'impliquer est primordial pour deux médecins interrogés. Selon eux, la colère du patient ne leur est pas destinée.

(E1) « Ce n'est pas un truc qui nous appartient c'est leur colère. »

(E4) « Essayer de pas prendre à titre personnel une agression qui n'est pas destinée à la personne. »

3.2.6.2 La résistance : ne pas céder à la demande du patient

Quelques médecins refusent « d'accepter » cette violence et font face au patient.

Certains médecins ne désirent pas céder à la demande du patient même sous peine de violence.

(E5) « Il faut être ferme, c'est comme ça, je ne peux pas faire autrement et en général les gens comprennent. »

Un médecin déclare ne pas vouloir se retrouver en position d'infériorité face au patient. Selon lui la passivité ne va pas régler la situation, voire même aura tendance à l'aggraver.

(E13) « Avoir tendance à apaiser les choses, ça ne règle pas forcément le problème parce que ça donne une position dominante sur celui qui est en face. Pas envie. »

Un autre médecin considère que la gestuelle et les paroles ont un impact important sur l'agresseur.

Il est donc nécessaire de surveiller ses gestes ainsi que de poser ses mots face au patient.

(E4) « Il faut faire attention à peser tous les mots et même l'attitude physique. »

Selon les réponses de deux médecins interrogés, il apparaît nécessaire de mettre un terme rapidement à la consultation avec un patient agressif.

(E2) « *Quelqu'un qui est violent, vous vous levez, impassible hein... hop vous fermez la porte.* »

(E8) « *Si y a intention de violence, écourter l'entretien.* »

3.2.6.3 L'anticipation : « Mieux vaut prévenir que guérir »

Une solution pour deux des médecins interrogés est de stopper la violence directement à la source.

Un médecin suggère d'éviter le problème avant que celui-ci n'apparaisse, principalement en éduquant le patient. Il refuse, dès le début de la relation médecin-patient, les demandes inappropriées du patient.

(E13) « *si vous lui dites non tout de suite, il sait que vous lui direz non à chaque fois et il ne vous rendra pas les choses emmerdantes.* »

L'anticipation des réactions du patient est primordiale dans la relation avec un patient agressif selon un médecin.

(E8) « *Avoir un temps d'avance dans la réflexion par rapport à l'autre, savoir exactement qu'elle est l'intention.* »

3.2.6.4 La déclaration de l'incident

Trois des médecins interrogés déclarent que le signalement de l'incident au CNOM doit être effectué au plus vite.

(E9) « *Il faut appeler l'Ordre aussi pour signaler.* »

Pour seulement un des médecins, il est primordial de déclarer l'incident et de déposer plainte.

(E11) « *Suivre la procédure. Déclarer.* »

4 DISCUSSION

4.1 Limites de notre étude

4.1.1 *Biais liés au recueil de données*

➤ Biais de sélection de l'échantillon

Lors du choix du sujet de notre étude, nous voulions interroger les médecins généralistes victimes de violences et ayant déclaré un incident auprès du CNOM. Cependant nous n'avons obtenu aucune réponse de la part des médecins concernés. Nous avons donc décidé de nous intéresser à l'ensemble des médecins généralistes des Alpes Maritimes. Notre choix s'est porté sur la ville de Nice et ses périphéries ainsi qu'à son arrière-pays. La ville de Nice a également été divisée par quartier (Nice centre, Nice Nord, Nice Ouest, Nice Est).

Il apparaît donc un biais de sélection de l'échantillon dans notre étude. Nous avons limité notre sélection aux médecins généralistes exerçant plus particulièrement sur la ville de Nice et son arrière-pays. De ce fait, tous les médecins généralistes des Alpes Maritimes ne sont pas représentés dans notre étude. De plus, les médecins généralistes ont été sélectionnés via l'annuaire des Pages Jaunes. Ils ont été contactés par ordre alphabétique dans l'annuaire. Il n'y a donc pas eu de sélection aléatoire.

Le sujet de notre étude a également rendu difficile le recrutement des médecins, certains ne comprenaient pas l'intérêt de notre étude, d'autres ne se sentaient pas ou peu concernés.

➤ Biais de déclaration

Un des principaux biais retrouvés dans notre étude est le biais de déclaration. Il s'agit d'une étude qualitative et de ce fait nous ne pouvons confirmer les réponses données par les médecins. Quelques médecins ont pu modifier leur réponse de façon consciente ou inconsciente et de ce fait sélectionner ce qu'ils voulaient ou ne voulaient pas dire. Nous avons essayé de minimiser ce biais en précisant que l'entretien restait anonyme et n'était pas diffusé dans la thèse.

Le thème de la violence est un thème difficilement abordable. Il est possible que certains médecins aient voulu minimiser les violences subies ainsi que leur ressenti.

Quelques médecins ont pu se sentir mal à l'aise d'évoquer à nouveau des situations de violence (E12).

➤ Conditions d'entretien

L'entretien s'est déroulé au cabinet du médecin généraliste sur rendez-vous. Les conditions de l'entretien n'étaient pas optimales pour certains médecins. Quelques médecins étaient interrompus par le téléphone pour des prises de rendez-vous ou des demandes des patients (E6, E13, E14). Cela a eu pour principale conséquence une perte du fil de la pensée de la personne interrogée.

Un manque de temps de la part du médecin a pu raccourcir la durée de l'entretien. La durée moyenne des entretiens était d'une vingtaine de minutes. La durée minimum d'un entretien a été de 7 minutes. La durée maximum des entretiens était de 1 heure 15 minutes. Plusieurs médecins nous ont reçu en rendez – vous entre deux patients. Quelques médecins nous ont reçus à la fin de leur programme de consultation (matinée et soirée) et d'autres en début de consultation. Les entretiens avec la plus courte durée étaient ceux réalisés entre deux consultations.

➤ Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention

Un manque d'objectivité de la part de l'observateur a pu être noté au cours de notre étude. Un seul enquêteur était présent lors de l'entretien. Cet enquêteur a pu suggérer certaines réponses des médecins, par ses relances et l'orientation de ses questions.

Un entretien réalisé par deux observateurs dont un observateur extérieur à notre étude pourrait permettre une meilleure objectivité. Nous avons cependant élaboré un guide d'entretien avec les questions très ouvertes afin que le médecin puisse s'exprimer le plus librement possible.

4.1.2 Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation

➤ Biais d'analyse

L'analyse des résultats a été réalisée par une seule personne, l'enquêteur, par l'intermédiaire du logiciel N'vivo. Il n'y a pas eu de triangulation des données de l'analyse. Il peut donc exister un biais d'analyse lorsque nous avons élaboré les différents thèmes de nos résultats ainsi que lors de

la sélection des réponses des médecins interrogés. Une deuxième analyse par une personne extérieure à notre étude aurait permis d'éviter ou de minimiser ce biais.

➤ Biais d'extrapolation

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens dirigés. La saturation des données a été obtenue au bout de 14 entretiens, ce qui est faible pour une étude qualitative.

Les résultats de notre étude ne peuvent donc pas être généralisés à la population générale.

4.2 Forces de notre étude

4.2.1 Méthode utilisée

La méthode qualitative était la méthode la plus adaptée à notre sujet d'étude. Il s'agissait de recueillir tout d'abord le ressenti des médecins victimes de violence, ressenti qui peut difficilement être mesuré par une étude quantitative.

L'utilisation de l'entretien semi-dirigé au cabinet du médecin généraliste permettait à celui-ci de s'exprimer plus facilement en face à face avec l'observateur. Un entretien en focus group n'aurait pas permis de recueillir autant de réponses notamment au niveau du recueil des sentiments des médecins interrogés. Il peut exister des difficultés pour certains médecins à s'exprimer en public compte-tenu de notre sujet, mais également la peur d'être jugé par ses confrères concernant ses réponses ou ses attitudes.

Réaliser l'entretien au cabinet du médecin, dans son environnement habituel, mettait le médecin en confiance pour participer à notre étude et lui permettait de se livrer plus facilement.

Le fait que l'observateur soit également un médecin généraliste a pu faciliter l'échange et la confiance. Il n'existait pas de barrière comme cela aurait pu être avec une personne exerçant un métier différent.

Plusieurs médecins interrogés nous ont fait part de l'intérêt du sujet de notre étude. Certains ont apprécié que l'on s'intéresse à eux directement en tant que personne victime de violence.

Notre guide d'entretien a permis d'obtenir des réponses variées de la part des personnes interrogées, notamment avec les différentes relances et la présence de questions ouvertes.

Le médecin était prévenu au préalable qu'il n'existait pas de bonnes ou de mauvaises réponses à notre entretien.

4.2.2 Représentativité de la population générale

Notre échantillon de médecins est assez représentatif de la population générale des médecins (31). Nous avons interrogé autant d'hommes que de femmes médecins.

En 2014, les médecins touchés par les violences en cabinet de médecine générale sont des hommes pour 51 % des cas, 49 % des femmes.

Les milieux d'exercice sont tous représentés dans notre étude avec une prédominance d'exercice en milieu urbain, milieu le plus touché par les violences selon l'OSM en 2014 (32).

Des médecins de tout âge avec des durées d'exercice variées (de 9 mois à plus de 33 ans d'exercice) ont été interrogés.

Les principaux motifs de violence décrits par les médecins dans notre étude sont ceux retrouvés au niveau des statistiques de l'OSM (refus de prescription puis retard de la part du médecin.) (32).

Les violences verbales sont les plus fréquentes chez les médecins interrogés tout comme au niveau national (32).

4.3 Résultats comparés à la littérature

➤ **Caractéristiques des violences subies**

Les violences verbales sont les plus fréquentes selon les médecins interrogés dans notre étude.

Les médecins que nous avons interrogés évoquent la fréquence des violences verbales de la part des patients. Certains déclarent même s'y « habituer » (E1).

Cette notion de tolérance de la violence verbale est reprise dans une étude anglaise de 2000 où elle était retrouvée chez 25% des médecins interrogés (16).

Concernant le sexe des médecins agressés, les hommes sont aussi touchés que les femmes par les violences que celles-ci soient physiques ou psychologiques.

Nous n'avons pas pu établir de différence entre les deux sexes concernant les violences sexuelles car aucun médecin n'en avait subies dans notre étude.

Une étude réalisée en Angleterre en 1991 retrouve l'absence de différence significative entre les sexes concernant le type de violence (11).

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative des agressions dans les milieux ruraux ou urbains dans notre étude et dans la littérature (11).

Le cabinet est le lieu le plus fréquemment cité dans le cadre des agressions dans la littérature ainsi que dans notre étude, où la majorité des médecins ont subi des violences au sein même du cabinet.

➤ Répercussions psychologiques

Concernant les répercussions psychologiques, une étude anglaise menée en 1991 évoque, en conclusion, l'intérêt du suivi des médecins généralistes victimes après leur agression (11). Ce suivi apparaît nécessaire pour les médecins déclarant souffrir d'anxiété, de stress « post-traumatique » pour parler de cet évènement avec une personne neutre et essayer de diminuer leur seuil de stress afin de reprendre leur activité professionnelle de façon plus sereine.

Un des médecins interrogés dans notre étude a bénéficié d'une psychothérapie suite à son agression. Les autres médecins déclarent en parler parfois avec leur entourage mais n'en discutent pas avec d'autres collègues. D'autres, au contraire, n'évoquent pas le sujet même avec un proche. Il existe une dissociation complète entre leur environnement professionnel et leur environnement personnel (E10).

Plusieurs médecins ont mentionné ressentir un sentiment de stress au travail et de peur suite à leur agression dans notre étude mais déclarent ne pas bénéficier d'une prise en charge psychologique (E5, E7).

La notion de culpabilité du médecin face à l'agression a été évoquée dans une étude anglaise de 2006 (14). La violence du patient pourrait provenir selon le médecin d'un manque ou d'une erreur

d'expertise de sa part. Nous n'avons pas retrouvé ce sentiment dans notre étude. Toutefois, certains médecins parlent d'une remise en question suite à une agression par un patient (E1, E7).

Le sentiment de vulnérabilité des médecins généralistes est évoqué dans une étude canadienne de 2008 (15). Les médecins déclarent se sentir vulnérables lors de leur exercice libéral. Les médecins généralistes se considèrent comme une cible facile de violences notamment de la part des patients, de par le fait qu'ils exercent souvent seuls. La médecine générale libérale est souvent exercée de façon isolée, sans associé et parfois sans secrétariat, ce qui rend les médecins généralistes beaucoup plus à risque de violences.

Nous avons retrouvé cette notion chez un des médecins interrogés (E6) où le médecin déclarait se sentir peu protégé au sein de son cabinet.

➤ Modification de la relation médecin-patient

Le médecin et son patient sont unis par un contrat tacite selon le Code civil (art 1102). Ce contrat définit des obligations réciproques entre les deux parties (médecin et patient). Cependant le médecin tout comme le patient peuvent rompre le contrat à tout moment.

Dans notre étude, plusieurs médecins ont suggéré une modification de la relation médecin-patient depuis plusieurs années. Certains patients sont de plus en plus demandeurs de prescriptions, souvent injustifiées d'après les médecins interrogés. Le refus de prescriptions est le motif le plus fréquent d'agressions d'après notre étude et les statistiques nationales (32). Il peut être nécessaire pour les médecins concernés, d'évoquer avec le patient, la possibilité de rupture du contrat si celui-ci n'est pas satisfait de sa prise en charge, ce qui pourrait être une solution pour diminuer le risque d'agressions.

➤ Changements effectués suite à l'agression

Une étude anglaise de 1994 s'est intéressée aux changements de pratique effectués par les médecins suite à une agression (12). La majorité des médecins interrogés n'a effectué aucun changement. Chez les autres médecins, 68 types de changements ont été mis en évidence. Ils consistaient principalement à refuser la prise en charge de certaines catégories de patient, de l'instauration de réunions avec d'autres médecins et de l'installation d'un bouton panique. D'autres médecins ont

évoqué des modifications de leur comportement avec des répercussions négative : un moindre investissement au travail, ainsi qu'une perte de confiance en soi.

Dans notre étude, quelques médecins seulement n'ont effectué aucun changement. Les autres médecins ont souhaité principalement modifier leurs conditions de travail. Le changement du mode et du milieu d'exercice, la modification de la structure du cabinet et l'installation d'une caméra de surveillance sont les changements les plus fréquemment évoqués.

Une autre étude avance l'idée, de l'installation d'une deuxième porte comme « issue de secours » en cas d'agression notamment physique (12).

➤ Modifications comportementales

Certains médecins de notre étude ont déclaré prendre de la distance avec les patients suite à leur agression (E1, E9). Ces sentiments se rapprochent d'un article (14), évoquant la notion de diminution d'intérêt et de manque d'investissement de certains médecins suite à une agression.

D'autres médecins de l'étude refusent de suivre certaines catégories de patients depuis leur agression. La présence d'un confrère ou d'un témoin lors de la présence d'un patient agressif pourrait rassurer certains d'entre eux (E6, E12)

➤ Outils des médecins

Une étude australienne réalisée en 2007 (13) a montré l'intérêt de la pratique de techniques de relaxation, l'utilisation de débriefing ainsi que l'utilisation de réseaux de soutien aux médecins victimes. Deux de nos médecins interrogés (E4, E5) ont suggéré l'utilité de ces techniques (hypnose, yoga) afin de garder son calme et de « se maîtriser ».

Des modifications concernant le cabinet du médecin généraliste sont évoquées dans une étude anglaise publiée en 2000 (16). Selon cette étude, l'aménagement de la salle d'attente avec un espace suffisant et le fait d'éviter de faire patienter le patient trop longtemps pourrait diminuer les violences. Un des médecins dans notre étude a réalisé des modifications de sa salle d'attente suite à son agression afin diminuer le risque de violences (E8).

Cette même étude anglaise publiée en 2000 (16) a également mis en évidence la nécessité pour les médecins généralistes de bénéficier d'un apprentissage de la communication non-violente et de la mise en place de staff. Nous retrouvons ces notions dans notre étude. Les médecins que nous avons interrogés ont suggéré l'intérêt d'une formation notamment pratique avec des jeux de rôles concernant la communication avec le patient agressif. Un médecin dans notre étude (E1) a évoqué la mise en place de supervision qui permettrait de discuter des violences subies au travail avec l'équipe médicale.

Concernant la formation des médecins, une étude anglaise en 1991 (11) évoque également la notion de formation à la communication avec le patient et la nécessité du suivi des victimes. Une étude néozélandaise confirme l'intérêt de la formation des médecins généralistes (10).

Un travail de thèse réalisé en 2012 en France a mis en l'évidence l'absence de formation à l'insécurité en cabinet de médecine durant la formation médicale initiale. Toutefois, pour les médecins interrogés dans ce travail, la formation médicale continue ne présenterait pas d'intérêt concernant la gestion de la violence en cabinet et l'expérience serait le principal mode d'enseignement (20).

➤ Attitudes à adopter face aux patients agressifs

Concernant les attitudes des médecins généralistes faces aux violences, une étude qualitative australienne parue en 2006 a recherché les différentes réponses des médecins généralistes face aux patients agressifs, et les a stratifiées en 3 types de réponses : primaire, secondaire et tertiaire (14).

Les stratégies primaires consistaient principalement à éviter le conflit et les agressions au cabinet en évitant les visites à domicile, certaines catégories de patients, l'isolement et en pratiquant le blacklisting.

Nous les avons retrouvés dans notre étude sous forme de la stratégie d'anticipation. Elle consiste principalement à refuser les demandes inappropriées de la part des patients dès l'instauration de la relation médecin-patient. Elle comprend également la capacité du médecin à reconnaître les signes potentiels de violence pouvant émaner du patient afin d'éviter les agressions.

La prévention des agressions ou la diminution du niveau de violence au cabinet constitue la stratégie secondaire. Dans notre étude, elle correspond principalement à la technique de « non-violence ». Il s'agit, pour le médecin, de garder son calme, d'essayer de négocier avec le patient ainsi que de ne pas élever la voix.

Enfin les stratégies tertiaires sont représentées principalement par la négociation avec la violence établie (self défense, mesures non conventionnelles (armes factices)). Ces stratégies n'ont pas été mentionnées chez les médecins interrogés dans notre étude. Un seul des médecins a déclaré posséder une bombe lacrymogène lors de ses visites à domicile (E3).

Dans notre étude, une des stratégies évoquées par un médecin afin de se protéger était de laisser la porte de son cabinet entrouverte lors d'un rendez-vous avec un patient à risque. Ce médecin pouvait ainsi, en cas d'agression, obtenir de l'aide des patients en salle d'attente (E6). Cependant cette stratégie compromet le secret professionnel établi entre le médecin et son patient.

Le recours à l'installation de caméra de surveillance (E9) peut également compromettre ce secret. Il existe actuellement des lois encadrant la pratique de surveillance en cabinet médical. Le cabinet du médecin traitant peut-être soumis au code de la sécurité intérieure lorsqu'il exerce sans rendez-vous et une demande d'autorisation en préfecture est nécessaire pour l'installation du matériel de surveillance. Ces démarches ne sont pas nécessaires lorsque le médecin exerce uniquement sur rendez-vous et qu'il n'enregistre pas les images filmées. Cependant, l'installation de la caméra doit se faire uniquement dans l'entrée ou la salle d'attente du cabinet.

➤ Recours effectués par les médecins

Moins de la moitié des médecins interrogés dans notre étude ont eu recours à la Police pour porter plainte ainsi qu'au CNOM pour effectuer un signalement. Plusieurs médecins se sont sentis peu soutenus par les autorités (E6, E11). Les démarches administratives apparaissent parfois compliquées et peu utiles selon certains médecins. Actuellement, peu d'études évoquent le recours des médecins lors d'une agression.

Dans un travail de thèse de 2012 (23), les médecins déclarent porter plainte notamment lors des vols et lors de certaines agressions physiques ou sexuelles mais ne signalent pas les agressions verbales.

Une étude turque de 2009 décrit le besoin d'un support légal par le gouvernement concernant les actes de violence envers les médecins (1). Une autre étude anglaise de 2007 (13) évoque la notion de stratégies et directives pour les médecins généralistes concernés par ces actes de violence. Il s'agirait d'appliquer, par exemple, le principe de la « tolérance zéro » par rapport aux patients agressifs. Cette tolérance zéro pourrait correspondre à un blacklisting du patient dès lors que celui-ci deviendrait agressif avec son médecin.

4.4 Pistes d'amélioration

Plusieurs actions peuvent être menées pour diminuer la fréquence des violences et leurs répercussions.

➤ **Améliorer la prise en charge des médecins victimes**

La création de groupes de soutien de médecins victimes peut être nécessaire pour les médecins ayant besoin d'extérioriser leur ressenti avec des personnes ayant vécu une situation semblable.

Un suivi à distance par un/une psychologue peut également s'avérer utile. Beaucoup de médecins déclarent être stressés et avoir peur suite à leur agression mais n'ont pas bénéficié d'une psychothérapie ou n'ont pas discuté de leur agression avec des personnes de leur entourage.

➤ **Faciliter les démarches pour le médecin avec les forces de l'ordre**

Parmi les médecins interrogés dans notre étude, plusieurs médecins ont évoqué les difficultés concernant les démarches de dépôt de plaintes. Certains déclarent même avoir ressenti un manque d'intérêt par les autorités lors du dépôt de plainte.

Le protocole de sécurité établi en 2011 (Annexe 2) avait pour principale fonction de faciliter les dépôts de plainte mais aussi la création d'une ligne directe avec les forces de l'ordre en cas d'agression. Cependant à l'heure actuelle, peu de médecins de notre étude connaissent l'existence de cette ligne et ne savent pas à qui s'adresser en cas de violence (E11).

➤ Sensibiliser les médecins et les patients à la violence, informer

La sensibilisation des médecins aux patients violents pourrait leur permettre d'anticiper les situations à risque de violence au sein de leur cabinet. Une formation par le CNOM ou des organismes de formation médicale continue nous paraissent utile à organiser. Il s'agirait principalement de reconnaître les signes de violence de la part du patient et de connaître des techniques pour y faire face. La présence d'affiches dans les salles d'attente des médecins concernant la violence au sein des cabinets permettrait également de sensibiliser les patients et de ce fait de diminuer certains types de violence. Ce modèle d'affiches existe déjà dans certains hôpitaux (Annexe 6).

Lors de l'installation d'un nouveau médecin, une rencontre avec un représentant du CNOM au cabinet du médecin pourrait permettre d'évaluer les situations à risque de violence avec le médecin. Cette évaluation serait basée tout d'abord sur l'aménagement du cabinet médical ainsi que de sa salle d'attente. Une seconde évaluation serait ensuite réalisée concernant la patientèle du cabinet ainsi que sur le mode d'exercice du médecin. Cet entretien pourrait être également l'occasion de distribuer au médecin généraliste un dépliant avec les numéros utiles à contacter en cas d'agression.

➤ Instaurer des réunions et des supervisions au cabinet

Certains médecins de notre étude déclarent ne jamais évoquer leur agression avec une autre personne (E10, E13). Une réunion notamment lors des groupes de pairs sur le thème de la violence de la part des patients pourrait permettre de discuter de manière informelle de ces situations.

La création de « supervision » ou débriefing dirigée par un psychologue avec l'équipe médicale (médecins du cabinet et secrétaire par exemple) serait utile pour aborder ces situations à risque, leurs répercussions notamment psychologiques sur leur travail et peut-être suggérer des améliorations à effectuer.

➤ Développer la formation pratique à la gestion du patient agressif

Une grande majorité des médecins interrogés dans notre étude a trouvé intéressant la réalisation de formations pratiques concernant la gestion du patient agressif. Ils souhaiteraient participer à des formations notamment avec des mises en situations, des jeux de rôles afin de connaître des

« phrases types » pour communiquer avec le patient agressif. Toutefois, peu de médecins participant à des formations médicales ont travaillé sur ce thème lors de leur formation. Il pourrait être nécessaire de développer et de mettre en évidence davantage cette thématique lors des formations médicales continues et de développer l'apprentissage des techniques de non-violence.

Il serait également intéressant et utile de réaliser une formation de gestion de la violence lors de la formation médicale initiale, notamment au moment de l'externat, lors de la pratique des stages à l'hôpital.

Actuellement, il n'existe pas de formation à la communication avec un patient véritablement agressif. La gestion du patient alcoolique ou ayant une pathologie psychiatrique ainsi que le refus de soins sont abordés durant le cursus des études médicales. Cependant les violences de ces patients envers le soignant ne sont pas évoquées. Une formation avec des phrases ou des mots clés pourrait être réalisée.

➤ Améliorer la sécurité au cabinet et lors des visites à domicile

Du fait du développement des nouvelles technologies numériques, une application mobile a été créée par l'URPS des médecins libéraux du Languedoc Roussillon pour les médecins victimes d'agressions (36). Le Corpus Médical d'Alerte, appelé CORMEDAL, permet d'alerter directement les autorités soit par un appel au 17 soit par l'envoi d'un message par téléphone à un proche. Cette application est intéressante mais nécessite d'avoir son téléphone à proximité lors d'une agression.

Certains médecins généralistes, notamment en Angleterre, ont installé un système de bouton poussoir sous le bureau afin d'alerter discrètement les secours (12). Ce système existe depuis de nombreuses années dans les commerces et les banques. Nous n'avons pas retrouvé cette installation chez les médecins généralistes interrogés.

Une application smartphone permettant simultanément d'enregistrer les faits et d'alerter les secours serait peut-être plus adaptée de nos jours.

Concernant les dispositifs de surveillance, les démarches d'installation de caméra de surveillance ou de dispositif d'alarme sont désormais facilitées. Cependant peu de médecins dans notre étude en ont eu connaissance. Une information, donnée par les autorités aux médecins généralistes, concernant ces dispositifs apparaît comme nécessaire (36).

Un dispositif pilote concernant la surveillance des médecins généralistes en visite à domicile dans des quartiers sensibles a été mis en place dans la ville de Nîmes. Les médecins généralistes communiquent au préalable leur trajet au service de surveillance. Ce service prévient alors la Police municipale des déplacements du médecin, et permet une surveillance de celui-ci via les caméras de sécurité de la ville (37). Ce dispositif de surveillance pourrait être étendu sur le territoire national afin de faciliter les visites à domicile pour les médecins généralistes.

➤ Favoriser les techniques de relaxation (hypnose, yoga autres...)

Lors de notre étude, certains médecins ont évoqué l'utilité des techniques de relaxation lors des situations de violence (E4, E5). L'hypnose, le yoga, la sophrologie permettraient aux médecins de garder leur calme face à un patient agressif. Il pourrait être intéressant d'évoquer ce bénéfice auprès des médecins généralistes libéraux via les sites internet consultés par les médecins par exemple.

4.5 Coordonnées utiles

- Site du CNOM : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>
- Site CORMEDAL : <http://cormedal.org/que-faire-en-cas-d-agression/fiche-d-incident-de-l-ordre.html> avec des conseils de prévention des violences et les démarches à réaliser en cas d'agression
- Numéro de téléphone à composer en cas d'agression : **17 ou 112**
- Référent sûreté : <http://www.referentsurete.com/carte-alpes-maritimes.html>. Ce sont des interlocuteurs privilégiés des Ordres professionnels de santé pour les problèmes de sécurité et de prévention situationnelle
- Plateforme téléphonique pour l'aide aux professionnels de santé victimes « 08 Victimes » : **08 842 846 37** au prix d'un appel local.
- Association d'aide aux victimes : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/annuaires-12162/annuaire-des-associations-daide-aux-victimes-21769.html>

5 CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif de recenser les différentes ressources utilisées par les médecins généralistes ayant été victimes de violences lors de leur exercice en cabinet et de recueillir leur ressenti.

Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative basée sur la méthode d'entretiens semi-dirigés. Quatorze médecins généralistes libéraux et salariés ont été recrutés sur Nice, sa périphérie ainsi que l'arrière-pays Niçois.

Les résultats de cette étude ont principalement mis en évidence des difficultés concernant le recours des médecins après l'agression que ce soit auprès des forces de l'ordre ou au niveau du CNOM. De plus, peu de médecins connaissent les différents recours à effectuer suite à une agression verbale ou physique. Certains médecins se sentent même peu soutenus par les autorités.

Concernant le ressenti des médecins généralistes, ils mentionnent notamment un sentiment de stress et de la peur suite à leur agression. Cependant un seul médecin a bénéficié d'une prise en charge psychologique.

Un manque de formation, notamment lors de la formation médicale initiale, sur la gestion des violences a également été évoqué par les médecins interrogés.

Les attitudes à adopter face au patient agressif sont diverses selon les médecins. La plupart favorise la règle de la non-violence quitte à adopter une position de passivité voire d'infériorité face au patient.

Les médecins généralistes ont essentiellement mis en évidence un défaut de formation notamment dans la communication avec le patient agressif ainsi qu'un manque de sensibilisation que ce soit chez les médecins mais aussi chez le patient. Il est nécessaire d'informer le patient sur les actes de violence envers les médecins généralistes mais aussi sur la répercussion des agressions verbales quotidiennes.

Un suivi à distance des médecins ayant été victimes d'une agression pourrait être bénéfique tant pour eux-mêmes que pour leur activité professionnelle. La création de groupes de soutien permettrait de rompre le sentiment de solitude de certains médecins agressés.

Mais ce qui apparaît primordial suite à notre étude, c'est l'amélioration des recours disponibles pour les médecins généralistes suite à leur agression. Une cellule composée d'un membre du CNOM, d'un officier de police ou de gendarmerie au niveau local permettrait de faciliter les démarches du médecin.

Durant nos entretiens, les médecins généralistes ont souvent évoqué l'évolution de la relation médecin-patient notamment lors des prescriptions. Les médecins se sentent souvent dans l'obligation de prescrire ce que désire le patient pour éviter une agression verbale voire physique. Cette obligation ressentie par le médecin peut parfois mettre celui-ci dans une position d'infériorité par rapport au patient. L'évolution de la relation peut entraîner une diminution de l'investissement du médecin dans sa profession mais peut également interférer avec la qualité des soins et modifier le jugement du médecin.

De plus, la majoration des actes de violences envers les médecins généralistes, notamment dans les quartiers sensibles de certaines agglomérations, fait apparaître la problématique de la désertification de la médecine générale. Certains médecins généralistes ne souhaitent plus assurer les visites à domicile ainsi que les gardes nocturnes dans ces zones difficiles.

A l'heure actuelle, la violence est de plus en plus omniprésente dans notre quotidien, que ce soit au travers des médias mais également lors d'évènements récents comme les attentats. Le cabinet médical, notamment celui du médecin généraliste, est habituellement considéré par le patient comme un lieu d'écoute, de sécurité et de confiance pour le patient. Désormais, ce lieu peut devenir un lieu d'insécurité pour le médecin.

6 BIBLIOGRAPHIE

➤ REVUES – PERIODIQUES - QUOTIDIENS D'INFORMATION

1. Aydin B., Kartal M., Midik O. et al. Violence against general practitioners in Turkey. *J Interpers Violence*. 2009 ; 24(12) : 1980-1995.
2. Allart R. Les infractions commises au cabinet professionnel. *MACSF*. 2012.
3. Bisson A. Dans le Calvados. Un médecin agressé par un patient à son cabinet. *Journal Ouest France*. 2014 [en ligne] Disponible sur <http://www.ouest-france.fr/normandie/bretteville-sur-laize-14680/dans-le-calvados-le-medecin-agresse-par-un-patient-son-cabinet-2348144>. (Page consultée le 15/02/2016).
4. Cirone C. Agression du médecin niçois : la révolte de toute une cité. *Journal Nice Matin*. 2012 [en ligne] disponible sur <http://archives.nicematin.com/nice/agression-du-medecin-nicois-la-revolte-de-toute-une-cite.1067751.html>. (Page consultée le 15/02/2016).
5. CNOM. *Bulletin d'information. Entretiens croisés*. 2011 ; 17 : 3-4.
6. CNOM *Bulletin d'information, Entretiens croisés*. 2013 ; 29 : 22-27.
7. CNOM. *Bulletin d'information. Entretiens croisés*. 2015 ; 40 : 12-15.
8. D'Urso P., Hobbs R. Aggression and the general practitioner. *BMJ*. 1989 ; 298 : 97-98.
9. Galam E. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. *JLE (John Libbey Eurotext)*. 2007 ; 3 : 474-477.
10. Gale C., Arroll B., Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand : one-year prevalence. *NZ Med J*. 2006 ; 119 (1237).
11. Hobbs R. Violence in general practice: a survey of general practitioner's views. *BMJ*. 1991. 302 : 329-332.

12. Hobbs R. General practitioner's changes to practice due to aggression at work. *Family practice*. 1994 ; 11 : 75-79.
13. Koritsas S., Coles J., Boyle M. et al. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs : a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*. 2007 ; 57 : 967-970.
14. Magin P., Adam J., Ireland M. et al. The response of general practitioners to the threat of violence in their practices : results from a qualitative study. *Family practice*. 2006 ; 23 : 273-278.
15. Magin P., Adams J., Joy E. et al. Violence in general Practice. Perceptions of cause and implications for safety. *Canadian Family Physician*. 2008 ; 54 : 1278-1284.
16. Ness G., House A., Ness A. Aggression and violent behavior in general practice: population based survey in the north of England. *BMJ*. 2000 ; 320 : 1447-1448.
17. Palazollo J. L'évolution de la relation médecin malade. *Cerveau et Psycho*. 2006 ; 16.
18. UNOF (Union Nationale des Omnipraticiens Français). Médecin agressé : « En douze ans, je n'ai eu droit à rien ». 2013 [en ligne] disponible sur http://www.unof.org/spip.php?page=imprimer_breve&id_breve=2364. (Page consultée le 15/02/2016).

➤ THESES ET MEMOIRES

19. Bojanova-Nogues M. L'insécurité dans l'exercice de la médecine générale. Enquête auprès de tous les médecins généralistes de l'Hérault. Th : M.D : Montpellier ; 2005.
20. Duran-Kiss C. Sentiment d'insécurité chez les femmes médecin généraliste : étude qualitative dans les Bouches du Rhône. Th : M.D : Versailles St Quentin Paris Ouest ; 2014.

21. Echeberz-Riollet T. Médecine et insécurité. Etude de l'insécurité et de l'exercice de la médecine générale dans les zones urbaines et sensibles de l'agglomération toulousaine .Th : M.D : Toulouse ; 2007.
22. Elhadad-Michel M. L'insécurité en médecine générale en Rhône Alpes : étude rétrospective auprès des médecins généralistes de la région. Th : M.D : Lyon ; 2009.
23. Fanara A. Violence des patients : ressenti et vécu des femmes médecins généralistes en Meurthe et Moselle. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Th : M.D : Nancy ; 2012.
24. Heinry-Lhomme H. Violence à l'encontre du médecin généraliste : enquête par entretiens en Ille-et-Vilaine (milieu rural et péri-urbain). Th : M.D : Rennes ; 2010.
25. Heymann R. L'insécurité en pratique de médecine générale. Enquête rétrospective auprès de 525 médecins du Bas-Rhin concernant leur exercice professionnel du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2003. Th : M.D : Strasbourg ; 2004.
26. Mahon-Ferreira C. L'insécurité en médecine générale dans l'Oise : étude rétrospective auprès d'un échantillon de 300 médecins. Th : M.D : Amiens ; 2012.

➤ OUVRAGES

27. Larousse : le dictionnaire de la langue française édition 2016.
28. Mucchiella A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. 3^e Edition, 2009. 290 p.

➤ TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

29. Code Civil Légifrance [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721>. (Page consultée le 04/01/2016).

30. Code Pénal Légifrance [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721> (Page consultée le 04/01/2016)

➤ RAPPORTS

31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Atlas de la démographie médicale 2015*. 2015. [En ligne] Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607> (Page consultée le 03/03/2016).

32. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Observatoire de la sécurité des médecins 2014*. 2015 [En ligne] disponible sur https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_2014_version_courte.pdf. (Page consultée le 04/01/2016).

33. Ministère de la Santé. *Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé*. 2011 [En ligne] Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_pratique_pour_la_securite_des_professionnels_de_sante.pdf. (Page consultée le 04.01.2016).

34. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. 2002, 2002 ; 24. [En ligne] Disponible sur http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf. (Page consultée le 04.01.2016).

➤ SITES INTERNET

35. Association Femmes Médecins Libéraux. Fiche agression contre les médecins. [En ligne] disponible sur <http://www.asso-fml.com/documents/Fiche-Agression-contre-les-medecins.docx>. (Page consultée le 15/02/2016).

36. Corpus Médical d'Alerte CORMEDAL [en ligne] disponible sur <http://www.cormedal.org/mon-compte.html>. (Page consultée le 15/02/2016).

➤ REPORTAGES VIDEOGRAPHIQUES


37. France Télévision. A Nîmes, les médecins généralistes sont sous surveillance. [En ligne]
Disponible sur http://www.francetvinfo.fr/societe/a-nimes-les-visites-des-generalistesont-sous-surveillance_1147803.html. (Page consultée 03/03/2016).

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de déclaration d'incidents du CNOM

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.

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

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.

Annexe 2 : Protocole de santé sécurité Juin 2011



MINISTÈRE DE LA JUSTICE MINISTÈRE DU TRAVAIL,
 ET DES LIBERTÉS DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
 MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE-MER, DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET
 DE L'IMMIGRATION

Protocole d'accord entre

Le Garde des Sceaux,
 Ministre de la Justice et des Libertés

Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la
 Santé

Le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration Les présidents des conseils nationaux des ordres
 des professionnels de santé

Le présent protocole est la transposition, au profit des autres professionnels de santé, des mesures prévues au protocole signé le 10 juin 2010 et relatif à la sécurité des établissements de santé, publics et privés. Il formalise, par ailleurs, l'engagement **des institutions ordinaires** dans le dispositif partenarial.

Est convenu ce qui suit :

Article 1

Le présent protocole a pour objectif d'améliorer la sécurité des professionnels de santé exerçant sur le territoire national. Il renforce la coopération entre lesdits professionnels et les services de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national conduite dans les régions par les Agences régionales de Santé.

Article 2

Conclu entre le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration, le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le Ministre, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et des Libertés et les présidents des conseils nationaux des ordres des professionnels de santé concernés, ce protocole sera mis en œuvre par les services centraux et déconcentrés de ces trois ministères, les agences régionales de santé (ARS), ainsi que les différentes instances territoriales des ordres des professionnels de santé, sous l'égide et la coordination du représentant de l'Etat dans le département d'implantation et du procureur de la République.

En tout état de cause, les conseils nationaux des ordres des professions de santé signataires s'engagent à veiller à l'application du présent protocole par leurs conseils territorialement compétents. Ces derniers assureront la communication la plus large, auprès de leurs membres, des mesures prévues par ce dispositif.

Ils contribueront avec la police et la gendarmerie nationales à la sensibilisation des professionnels de santé aux questions de sécurité.

Par ailleurs, en fonction de l'analyse des situations locales réalisées avec leurs instances territoriales respectives, les dispositions du présent protocole pourront être étendues, en tant que de besoin, aux professionnels de santé non organisés en ordre professionnel.

Article 3

Le correspondant départemental « aide aux victimes » de la direction départementale de la sécurité publique, le représentant désigné à la direction territoriale de la sécurité de proximité dans le ressort de la Préfecture de police, ainsi que l'officier « prévention-partenariat » du groupement de gendarmerie départementale sont au quotidien, pour les problèmes de sécurité, les interlocuteurs privilégiés des conseils territorialement compétents des ordres concernés. De même, des interlocuteurs clairement identifiés seront désignés au niveau local, dans les services de police et les unités de gendarmerie. Cette mesure doit conduire à renforcer les liens nécessaires à la mise en œuvre de mesures de prévention des situations de violences et à y mettre fin dans les meilleures conditions.

Article 4

Des conseils de sûreté pourront être dispensés auprès des professionnels de santé en suivant la procédure visée à l'article 3. Les demandes exprimées par ces derniers devront être adressées au conseil de l'échelon territorial correspondant de l'ordre concerné, seul interlocuteur des forces de police et de gendarmerie habilité à transmettre ces demandes au sein du département.

Les conseils de sûreté doivent permettre aux professionnels de santé d'envisager les adaptations organisationnelles et matérielles nécessaires à la préservation ou au rétablissement de la sécurité et de la tranquillité. Ces préconisations doivent être de nature à répondre aux problèmes propres à chaque catégorie professionnelle, qu'ils aient trait à la sécurité de leurs déplacements, à l'état de la réglementation, à la sécurisation des lieux où ils exercent, à l'installation de dispositifs d'alarme ou de vidéo protection. A cet égard, il sera recommandé aux maires d'intégrer les abords des cabinets et officines exposés au risque de malveillance dans le périmètre couvert par le dispositif de vidéo-protection implanté dans leur commune.

Article 5

Pour toute situation de danger ou de trouble avéré, le recours immédiat au service de police ou de gendarmerie se fera par usage de la procédure d'alerte existante au plan local. Celle-ci sera précisée aux conseils territorialement compétents des ordres professionnels concernés par l'intermédiaire des correspondants de la police ou de la gendarmerie. En fonction du niveau d'exposition au risque évalué localement, il pourra être convenu, notamment, d'organiser un système communautaire d'alerte, de mettre en place un numéro d'appel d'urgence dédié, d'arrêter des mesures particulières d'accueil et d'accompagnement ou de recourir aux dispositifs électroniques d'alarme géo-localisée. Tout sera ainsi mis en œuvre pour faciliter une intervention rapide et efficace des forces de sécurité. Les professionnels de santé seront, notamment, sensibilisés à la nécessaire préservation des traces et indices, ainsi qu'à la façon d'établir un signalement, en cas de besoin.

Article 6

En vue de faciliter les démarches des professionnels de santé victimes d'infraction et si la situation le requiert, les plaintes pourront être recueillies sur place ou dans le cadre d'un rendez-vous dans les meilleurs délais.

En pareilles circonstances, la victime se verra proposer sa domiciliation à son adresse professionnelle voire au service de police ou à la brigade de gendarmerie territorialement compétente, après accord du Procureur de la République, conformément aux textes en vigueur et, notamment, aux dispositions de l'article 706-57 du code de procédure pénale.

Les ordres concernés ont la faculté d'exercer tous les droits réservés à la partie civile et donc de mettre en mouvement l'action publique, dès lors que la loi l'a expressément prévu et dans les conditions qu'elle a fixées. Les faits incriminés doivent, notamment, porter un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession.

Les professionnels de santé et les personnels de santé apporteront toutes indications utiles au bon déroulement de l'enquête.

Article 7

Compte-tenu de la nécessaire circulation de l'information entre les différents partenaires dans le cadre de la lutte contre les violences à l'encontre des professionnels de santé et de la nécessité de permettre d'éventuelles constitutions de partie civile, le Procureur de la République veillera à aviser, dans les meilleurs délais, les professionnels de santé concernés de toutes les suites procédurales réservées aux saisines dont il fait l'objet, qu'il s'agisse d'un classement sans suite, d'une mesure alternative aux poursuites pénales ou d'un renvoi à une juridiction pénale.

De leur côté, les instances territoriales des ordres professionnels concernés veilleront à une information effective des services de police ou des services judiciaires relative aux faits de violence subis par les professionnels de santé.

Article 8

Le présent protocole sera décliné dans chaque département en tenant compte de l'environnement territorial propre à chaque profession de santé et en lien avec la mise en œuvre du protocole conclu avec les organisations syndicales représentatives.

Article 9

A l'initiative du ministère de l'Intérieur, les services compétents des trois ministères signataires ainsi que les ordres des professions de santé concernées procéderont à une rencontre annuelle qui sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole aux fins d'évaluer les réalisations et l'évolution des conditions de leur coopération et de fixer les nouvelles orientations de travail. Les organisations professionnelles représentatives seront associées à cette rencontre.

Une rencontre analogue sera organisée dans les départements, sous l'égide du Préfet et du ou des Procureurs de la République. Elle associera les présidents des instances territoriales correspondantes des ordres des professionnels de santé concernés et les représentants des services de police et/ou de gendarmerie territorialement compétents.

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-dirigé (version définitive)

Tout d'abord, je tiens à vous remercier de me recevoir aujourd'hui dans votre cabinet pour cet entretien.

Je réalise mon travail de thèse sur les violences envers les médecins généralistes en cabinet.

Comme annoncé par téléphone, l'entretien est ANONYME et les données seront enregistrées par dictaphone pour être ensuite analysées.

Une partie de cet entretien pourra être retranscrit dans la thèse.

Si vous le souhaitez, je peux vous envoyer la retranscription de l'entretien par mail.

Je vais vous poser quelques questions, sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, il s'agit de recueillir votre vécu.

Généralités :

- Genre : Masculin / Féminin
- Age : De 25 ans à 35 ans/35 -45 ans/ 45-60 ans/ 60 et plus
- Durée d'exercice
- Mode d'installation : Cabinet de groupe/ Maison médicale/ seul ?
- Milieu d'exercice : milieu urbain, semi-rural ou rural ?
- Mode d'exercice : avec ou sans RDV ? Secrétaire ou secrétariat téléphonique à distance
- Type de clientèle : population aisée/ population avec difficulté financière

Entretien :

Thème 1 : la situation

- Pouvez-vous me décrire une situation dans laquelle vous êtes-vous senti(e)s agressé(e)s au cours de votre exercice ?
- Selon vous, comment la situation s'est-elle aggravée ?

Thème 2 : les réactions

- Quelles actions avez-vous réalisées immédiatement ?
- Et ensuite (jours, semaines, mois) ? Quel recours avez-vous effectué ? (Dépôts de plainte auprès de la police, de l'ordre)
- Quels changements avez-vous réalisés dans votre vie professionnelle ?
- Quelles conséquences cette agression a-t-elle eu sur votre vie personnelle ?
- Si vous n'avez pas effectué de changement, pour quelles raisons ?

Thème 3 : la formation

- Face à une même situation, comment vous comporteriez-vous maintenant ?
- Suite à cette agression, de quelles formations avez-vous bénéficié dans le cadre médical ? autres ?
- Que pensez-vous de la place de la formation médicale continue dans le cadre des violences envers les médecins généralistes ?
- Quel(s) conseil(s) pratiques donneriez – vous à vos confrères pour faire face à un acte de violence au sein de son cabinet ?

Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser cet entretien.

Annexe 4 : Contact des médecins généralistes victimes sur le site du CNOM

Bonjour,

Melle ALAME Amalia prépare actuellement sa thèse dont le thème est « la violence envers les médecins généralistes ».

Vous avez été victime de tels agissements.

Afin d'aider notre future consœur, pourriez-vous lui consacrer quelques instants ?

Si oui, nous vous remercions de prendre contact avec elle.

En vous remerciant par avance pour elle,

Bien cordialement,

Dr Marie-Corinne DI MEGLIO,

Secrétaire Général Adjoint

Actuellement en fin d'internat de médecine générale à Nice, je réalise mon travail de thèse sur le thème de la violence envers les médecins généralistes.

Je m'intéresse particulièrement à ce sujet car j'aimerais par mon travail mettre en évidence des conduites à tenir face à ces violences.

Il s'agit d'un travail qualitatif basé sur des entretiens individuels avec des médecins ayant été victimes de violences (quelque soit son type) au sein de leur cabinet.

L'entretien a une durée approximative de 20 minutes.

Je suis donc à la recherche de médecins généralistes qui souhaiteraient participer à mon travail de thèse, tout en sachant que les données recueillies seront bien entendues anonymes.

ALAME Amalia

Annexe 5 : Caractéristiques de l'échantillon

	Age	Sexe	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Avec RDV/sans RDV	Secrétariat	Durée d'exercice	Patientèle
1	25-35 ans	F	Urbain	Centre mutualiste	Sur RDV	OUI	2 ans	Gynéco, pédiatrie
2	Plus de 60 ans	M	Urbain,	Cabinet seul	Sur RDV	NON	30 ans	Variée
3	25-35 ans	F	Semi rural	Cabinet de groupe	Sur RDV	OUI	2 ans	Gynéco, pédiatrie
4	35-45 ans	F	Urbain	Cabinet seul	Sur RDV	OUI	9 mois	Gériatrie
5	25-35 ans	F	Semi rural	Cabinet seul	Avec et sans RDV	NON	3 ans	Gériatrie
6	Plus de 60 ans	F	Rural	Cabinet de groupe	Avec et sans RDV	NON	32 ans	Variée
7	45-60 ans	M	Rural	Cabinet seul	Sans RDV	NON	13 ans	Variée
8	45-60 ans	M	Urbain	Cabinet seul	Sur RDV	NON	12 ans	Variée
9	45-60 ans	M	Urbain	Cabinet seul	Avec et sans RDV	OUI	33 ans	Variée
10	45-60 ans	M	Urbain	Cabinet de groupe	Sur RDV	OUI	26 ans	Variée
11	35-45 ans	M	Rural	Cabinet seul	Sur RDV	NON	23 ans	Variée
12	35-45 ans	F	Rural	Cabinet de groupe	Avec et sans RDV	NON	6 ans	Actifs
13	45-60 ans	M	Urbain	Cabinet seul	Sur RDV	NON	26 ans	Variée
14	45-60 ans	M	Rural	Cabinet de groupe	Sur RDV	NON	27 ans	Variée

Annexe 6: Exemples d'affiches sur le thème de la violence en milieu hospitalier



Notre mission 1
Vous soigner...
Pas nous faire insulter !

STOP VIOLENCE

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

**Les professionnels de l'AP-HM prennent soin de vous,
prenez soin d'eux !**

- Cet établissement est placé sous vidéosurveillance.
- La police est proche, prête à intervenir
- L'atteinte physique à des professionnels de santé est passible de lourdes sanctions
- La Direction portera systématiquement plainte en cas d'agression



Notre métier ?
Sauver des vies...
pas risquer la nôtre !

STOP VIOLENCE

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

**Les professionnels de l'AP-HM prennent soin de vous,
prenez soin d'eux !**

- Cet établissement est placé sous vidéosurveillance.
- La police est proche, prête à intervenir
- L'atteinte physique à des professionnels de santé est passible de lourdes sanctions
- La Direction portera systématiquement plainte en cas d'agression

30 mesures pour garantir la sécurité de ses personnels sur www.ap-hm.fr

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

RESUME

Contexte : L'augmentation constante des violences dans le milieu médical, et plus particulièrement chez le médecin généraliste nous interroge quant aux caractéristiques de ces agressions et leurs répercussions dans la pratique du médecin en cabinet.

Objectif : Notre étude avait pour objectif de recenser les différentes ressources des médecins utilisées suite à leur agression et de mettre en évidence les freins quant à la déclaration de ces actes de violence.

Méthode utilisée : Etude qualitative basée sur la méthode des entretiens semi-dirigés réalisée auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes. Les entretiens ont été retranscrits sur fichier Word puis analysés avec l'aide du logiciel N'vivo et les idées classées ensuite par thèmes puis sous-thèmes.

Résultats : Notre étude a principalement mis en évidence un défaut de formation des médecins généralistes quant à la gestion du patient agressif, ainsi que des difficultés concernant les recours suite à l'agression. Les médecins interrogés ont évoqué l'évolution de la relation médecin-patient avec parfois le ressenti d'un sentiment d'infériorité du médecin. Des répercussions psychologiques ont été soulignées suite aux agressions des médecins généralistes, avec une anxiété pour la plupart voire un sentiment d'isolement et de solitude.

Conclusion : Les violences subies par les médecins généralistes sont de plus en plus fréquentes lors de leur exercice professionnel. Ces agressions engendrent parfois une désertification des zones péri urbaines difficiles. Il paraît nécessaire d'améliorer les conditions d'exercices des médecins généralistes notamment dans les zones à risque afin d'y maintenir une permanence de soins pour ces populations.

Mots-clés : Agression, Violence, Médecins généralistes, Relation médecin-patient, Ressources, Formation, Sécurité.