

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2018

N° 083

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 09 octobre 2018

Par

Chmouel OLIEL

Étude de l'impact psychologique d'une agression sur le chirurgien-dentiste au cabinet dentaire en France

Dirigée par Monsieur le Professeur Philippe Pirnay

JURY

M. le Professeur Philippe Pirnay

Président

M. le Docteur Alain Hadida

Assesseur

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Assesseur

M. le Docteur Farid Ghoul

Assesseur



Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme DURSUN Mme VITAL	M. COURSON Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET M. PIRNAY	Mme GERMA M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES		M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW
Mise à jour le 04 septembre 2018			

Remerciements

À Monsieur le Professeur Philippe Pirnay

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifié en Médecine bucco-dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilitation à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Facultés de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chef de Service de l'hôpital Henri Mondor

Officier de l'Ordre des palmes académiques

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie dentaire

Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie

Qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail et présider ce jury. Vous avez su m'apporter l'écoute et le soutien dont j'avais besoin pour me permettre d'apprendre de mes erreurs et d'évoluer. Merci pour l'aide et le temps accordés dans la rédaction de ce travail. Vos conseils ont toujours été justes et bienveillants. Veuillez trouver ici ma gratitude et mon plus grand respect.

À Monsieur le Docteur Alain Hadida

Docteur en médecine

Spécialiste qualifié en stomatologie

Docteur de l'Université Paris Descartes

Maître de Conférences des Universités, Facultés de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Qui me fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse.
Merci pour vos précieux conseils et votre enseignement. Veuillez
trouver ici ma gratitude et mon plus grand respect.

À Monsieur le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Qui me fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Votre passion et votre sens de la transmission de l'histoire de la dentisterie sont admirables. Vous êtes une source de culture et une inspiration pour tous vos étudiants.

À Monsieur le Docteur Farid Ghoul

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Qui me fait l'honneur de participer à ce jury.

Merci de me transmettre votre passion de la chirurgie dentaire d'avoir toujours souhaité que je m'épanouisse dans ces études, en me montrant les cas cliniques les plus intéressants. J'espère pouvoir continuer longtemps à apprendre à vos côtés.

Un grand MERCI

À tous ceux qui m'ont apporté leur savoir, leur aide, leur soutien dans les bons comme dans les mauvais moments durant mes études,

Aux enseignants de l'hôpital Albert Chenevier, en particulier Dr.Sellem, Dr.Bensaid, Dr.Ghoul, Dr.Orlu qui m'ont chacun transmis leur savoir avec générosité. Vous avez toujours été disponibles et bienveillants.

À ma femme, tu m'épauls dans les bons comme dans les moments les plus difficiles. Tu as toujours cru en moi et m'a donné l'envie et la force de me battre pour nous. Merci de m'apporter chaque jour joie et bonheur, surtout maintenant que nous sommes une meute de 3 loups! Je t'aime

À mes parents, vous m'avez inculqué le sens des responsabilités et du travail. Je vous dédie ce diplôme. Je vous aime.

À mes beaux-parents, merci pour votre soutien sans faille.

À Nat & Yaya, Raph & Alex, Myr & Arnaud, Alex, Ana et Simon, quelle chance j'ai de vous avoir ! J'apprends chaque jour de chacun de vous. Vous êtes ma priorité ! Un remerciement particulier à Lyora, mon binôme dans la vie et dans les études, j'aurai du suivre tes conseils plus tôt.

À Mathi, Cyr, OB, Sam, Go Syd, Lashim et Yaya B avec qui tout a commencé, j'aurai aimé finir avec vous mais la vie n'est pas un long fleuve tranquille.

À Mélanie, Elena, Claire et Micka dray.

À Jerem Dray avec qui j'ai vécu toutes les galères.

À Nils et Solal avec qui j'ai fini mes études et passé de merveilleux moments. J'espère que nous resterons unis de longues années.

À mendos mon binôme de T1 et ami de toujours.

**Étude de l'impact psychologique d'une agression sur le chirurgien-
dentiste au cabinet dentaire en France**

Table des matières

Glossaire.....	3
Introduction	4
1. Impact psychologique d'une agression	6
1.1. Définition des termes.....	6
1.1.1. La qualification d'atteintes aux biens et à la personne	6
1.1.2. La répression des atteintes aux biens et à la personne	9
1.1.3. Vers l'émergence d'une troisième catégorie d'atteinte	10
1.2. Définir un impact psychologique	11
1.2.1. Définition des risques psychosociaux selon l'INRS.....	11
1.2.2. Conséquences des RPS sur la santé mentale	13
1.2.3. Outils d'évaluation des conséquences psychologiques des RPS.....	14
1.3. Santé mentale des chirurgiens-dentistes en France	15
1.3.1. Prévalence des atteintes à la santé mentale chez les chirurgiens-dentistes en France .	15
2. Etats des lieux des violences chez les professionnels de santé en France	20
2.1. Analyse des violences envers les professionnels de santé en France	20
2.1.1. Les origines de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé.....	20
2.1.2. La composition de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé	21
2.1.3. Les chiffres clés obtenus par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS)	22
2.1.4. La classification des actes de violence prévue par l'Observatoire.....	24
2.2. Analyses des violences envers les chirurgiens-dentistes en France	26
2.2.1. L'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes	26
2.2.2. Données épidémiologiques chez les chirurgiens-dentistes.....	27
3. Etude.....	35
3.1. Matériel et méthode.....	35
3.1.1. Lieu et chronologie de l'étude	35
3.1.2. Biais de sélection	37
3.1.3. Questionnaire	38
3.1.4. Méthode statistique	40
3.2. Résultats.....	41
3.2.1. Réponses au questionnaire.....	41
3.2.2. Les analyses descriptives univariées (Pr)	48
3.3. Discussion.....	49
3.3.1. Existe-il un « profil » type de chirurgien-dentiste victime ? Quels enjeux sur l'impact psychologique ?	49
3.3.2. Quels types d'agression retrouve-t-on et pourquoi? Les agressions chez les professionnels de santé correspondent-elles à une fatalité?	53
3.3.3. Quelles suites sont données par les chirurgiens-dentistes agressés?.....	57
3.3.4. L'impact psychologique	60
Conclusion	62
Bibliographie.....	64
Table des figures.....	70
Annexes	71

Glossaire

AFP	Agence France Presse
Anact	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANCD	Académie Nationale de Chirurgie-Dentaire
BIT	Bureau International du Travail
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CNSD	Confédération nationale des syndicats dentaires
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGT	Direction Générale du Travail
Dicom	Délégation à l'information et à la communication
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
ITT	Incapacité totale de travail
ONCD	Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
ONVH	Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier
ONVS	Observatoire National des Violences en milieu de Santé
RPS	Risques psycho-sociaux
SSJO	Santé-Sécurité-Justice-Ordres

Introduction

On a pu observer récemment dans la presse nationale des titres tels que : « Blanc-Mesnil : il tue un dentiste par balle et se suicide »¹, « Freyming-Merlebach : six mois ferme pour le voleur d'un cabinet dentaire armé d'une hache »², « Lyon : cambriolage de 200 000 euros de matériel dentaire »³, « Dax : mécontente d'un bridge, elle agresse sa dentiste »⁴, « Un dentiste se fait braquer en pleine consultation »⁵ ou encore « Marseille : une dentiste tuée dans son cabinet, l'agresseur est mort »⁶.

L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), dont le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes fait partie depuis 2013, est un organisme représentant toutes les professions libérales du secteur de la santé au niveau national. Dans le cadre du dispositif instauré avec les pouvoirs publics à l'occasion de la validation du protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordre (SSJJO), conclu en 2011, « *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* »⁷.

L'ONVS rappelle qu'un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique des praticiens et de l'équipe médicale mais également aux biens des personnels et/ou du bon fonctionnement de la structure médicale⁸.

En 2017, l'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes a recensé 121 déclarations d'incidents survenus dans les cabinets dentaires. Selon Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national et en charge de l'observatoire, le nombre de vols, de dégradations de locaux, de menaces et d'agressions physiques est en constante augmentation. Elle explique également que les chiffres annoncés ne reflètent pas tout à fait la réalité puisque « *Les praticiens ont tendance à minimiser les agressions verbales, qu'ils ne considèrent pas comme de véritables agressions, entendons par là des atteintes physiques ou des dégradations de matériel au cabinet dentaire* »⁹.

¹ L'Obs avec Agence France-presse, « Blanc-Mesnil : il tue un dentiste par balle et se suicide ».

² Perrot, « Freyming-Merlebach : le dentiste maîtrise son cambrioleur ».

³ Regis, « Lyon : cambriolage de 200 000 euros de matériel dentaire ».

⁴ Denis, « Landes : elle se plaint d'un bridge et fracture le pied de son ancienne dentiste à Dax ».

⁵ Fontaine-Fourches, « Un dentiste se fait braquer en pleine consultation ».

⁶ Agence France-presse, « Marseille : une dentiste tuée dans son cabinet, l'agresseur est mort ».

⁷ Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, Protocole d'accord Santé-Sécurité-Justice-Ordres du 20 avril 2011 relatif à la sécurité des professions libérales de santé.

⁸ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire ».

⁹ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « La sécurité dans les cabinets dentaires, c'est l'affaire de tous ! »

Pourtant, les actes de violence verbale, peuvent nuire également à la qualité du travail, mais aussi et surtout au bien-être des chirurgiens-dentistes et de leurs équipes¹⁰. Ainsi, de manières répétitives et associées à d'autres facteurs de stress, elles peuvent produire les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal-être, perte de confiance¹¹...

L'objectif de ce travail n'est certainement pas de victimiser la profession mais de faire un état des lieux d'un phénomène sous-estimé : les agressions vécues au quotidien par les chirurgiens-dentistes. Il s'agira aussi et surtout d'estimer l'impact psychologique de ces agressions.

Dans ce but, nous avons réalisé une analyse systématique de la littérature qui explore l'impact psychologique d'une agression et l'état des lieux des violences chez les professionnels de santé en France. Puis, nous avons mené une étude à l'aide d'un questionnaire auto-administré, distribué en ligne entre mai et juin 2018 sur la page Facebook « Dentistes de France ».

L'approche de la santé psychologique des chirurgiens-dentistes n'est pas nécessairement fréquente dans la littérature. C'est, entre autres, pour cette raison et pour améliorer la prise en charge des praticiens agressés, que ce travail nous paraît trouver sens.

¹⁰ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire ».

¹¹ Observatoire national des violences en milieu de santé et Direction générale de l'offre de soins, « Guide méthodologique : la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé ».

1. Impact psychologique d'une agression

1.1. Définition des termes

L'agression est une attaque, souvent soudaine et brutale, avec une atteinte réactionnelle de l'organisme¹².

Selon le Bureau International du travail (B.I.T.), la violence sur le lieu de travail se définit comme *« toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable, par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail »*.

On distingue la violence interne, entre les travailleurs, et la violence externe, qui existe entre les travailleurs et d'autres personnes présentes sur le lieu de travail (patients, clients...).

Ce travail s'axe uniquement sur les violences externes.

Le concept de violence externe au travail englobe généralement *« les actes d'incivilités, les insultes, les menaces, agressions physiques ou psychologiques exercées contre une personne sur son lieu de travail par des individus extérieurs à l'entreprise, y compris des clients ou patients et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être »*.

Les formes d'agressions peuvent être multiples : le plus souvent verbales, les agressions peuvent dégénérer en atteintes physiques ou morales, portant atteinte à l'intégrité de la personne mais aussi en atteintes aux biens.

1.1.1. La qualification d'atteintes aux biens et à la personne

1.1.1.1. Les atteintes aux biens

En droit pénal français, le terme « atteinte aux biens » désigne l'ensemble des infractions portant atteinte à la propriété des personnes ou de l'Etat¹³.

¹² Santé sécurité au travail, « Agression ».

¹³ Comité interministériel de prévention de la délinquance, « La politique de prévention de la délinquance ».

Les atteintes aux biens les plus connues sont notamment les actes de dégradations ou destructions, les vols, les escroqueries, les extorsions, les détournements et les blanchiments¹⁴.

Au sein des cabinets dentaires, l'infraction dite de « destruction, dégradation et détérioration » correspond à la forme d'agression la plus fréquente parmi les atteintes aux biens. Même si elle est dirigée non sur des personnes mais contre des biens matériels, les professionnels de santé peuvent se sentir attaqués dans leur travail et leur identité professionnelle. Pénalement, elle est qualifiée de délit¹⁵.

Nous verrons également que les cabinets dentaires peuvent être sujets à d'autres atteintes aux biens telles que les vols et les extorsions.

Enfin, l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes cite également sur son site le problème du racket. Ainsi, nous avons recolté le témoignage de deux chirurgiens-dentistes collaborateurs, exerçant en banlieue parisienne qui y ont été confronté. Les agresseurs, après avoir suivi nos deux confrères à la fin d'une journée de travail, ont menacé ces derniers pendant des mois de s'en prendre à leurs familles si une certaine somme d'argent ne leur était pas versée régulièrement.

Si le racket est communément considéré comme un vol avec violence, il est juridiquement qualifié d'extorsion. Il s'agit d'une infraction aux termes de laquelle le racketteur exige de sa victime de l'argent ou des objets en utilisant sa force physique ou encore en lui faisant du chantage¹⁶.

1.1.1.2. Les atteintes à la personne

Les atteintes à la personne regroupent l'ensemble des infractions pénales constituant des atteintes volontaires à l'intégrité physique ou psychique de la personne¹⁷.

Selon l'O.M.S., la violence physique est définie par « *L'usage de la force physique contre une autre personne ou un autre groupe entraînant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques. Sont visés les actes qui consistent notamment à battre, donner des coups de pied, gifler, poignarder, tirer avec une arme à feu, pousser, mordre, pincer ...* ».

¹⁴ LexisNexis, « Atteintes aux biens ».

¹⁵ Bonis et Ollard, Destructions, dégradations et détériorations ne présentant pas de danger pour les personnes.

¹⁶ Légifrance, De l'extorsion. Section 1. Article 312-1.

¹⁷ Jurifiable, « Atteintes à la personne : que faire si vous en êtes victime ? »

On note que si l'existence de la violence physique personnelle au travail a toujours été reconnue, on a longtemps sous-estimé l'existence de la violence psychologique, qui devient aujourd'hui un problème prioritaire.

Selon l'O.M.S., la violence psychologique est définie par « *L'usage délibéré du pouvoir, y compris la menace de recourir à la force physique, contre une autre personne ou un autre groupe, pouvant entraver le développement physique, mental, spirituel ou social. Sont visés les actes tels que les insultes, l'intimidation, et les menaces* ».

La violence psychologique personnelle se manifeste souvent par un comportement répété, d'un type relativement mineur en soi, mais dont l'accumulation peut constituer une forme de violence très grave. Si un seul incident peut suffire, la violence psychologique est souvent une action répétée, inopportune, unilatérale et imposée qui peut avoir des effets dévastateurs sur la victime.

Dans la pratique, un classement des différentes formes de violence est très difficile à établir car violence physique et violence psychologique se recouvrent souvent.

Les violences volontaires, physiques ou psychiques, sont réprimées aux titres des articles 222-7 et suivants du Code pénal.

Nous pouvons définir certains des termes les plus fréquemment utilisés à propos de la violence :

- Injures (R. 621-2 du Code pénal) « *Expression outrageante, termes de mépris ou invective qui ne renferme l'imputation d'aucun fait* ».
- Insultes (R. 624-4 et 132-77 du Code pénal) « *Comportement humiliant, dégradant ou témoignant autrement d'un manque de respect pour la dignité et la valeur d'une personne*.
- Menace « *Promesse de recourir à la force physique ou au pouvoir (force psychologique) entraînant la crainte de dommages physiques, sexuels ou psychologiques ou d'autres conséquences négatives pour les personnes ou les groupes visés* ».
 - De mort ou sous conditions (R.222-17 et 222-18 du Code pénal)
 - Autres menaces – intimidations (R. 623-1 du Code pénal)
 - De dégradations (R. 631-1, R. 634-1, 322-12, 322-13 du Code pénal)
- Agression/attaque « *Comportement délibéré qui porte préjudice physiquement à une autre personne, y compris les agressions sexuelles.* »

1.1.2. La répression des atteintes aux biens et à la personne

1.1.2.1. Les atteintes aux biens

Les tribunaux apprécient la gravité des faits en fonction :

- de l'affectation du bien dégradé (utilité publique) ;
- de l'importance du dommage (léger ou grave).

De cette façon, le juge pénal peut prononcer la peine la plus juste en réponse à l'infraction pénale commise.

A titre d'exemples :

- La destruction ou la dégradation d'un bien d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et 30.000 euros d'amende¹⁸.
- S'agissant des tags, l'auteur de ces derniers peut être sanctionné d'une amende de 3.750 euros et d'une peine de travail d'intérêt général.
- L'auteur d'un vol peut être condamné jusqu'à trois ans d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende.

1.1.2.2. Les atteintes à la personne

Dans l'hypothèse de violences volontaires, les peines encourues sont fonction du préjudice subi par la victime. Elles peuvent être aggravées.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'un délit puni de plusieurs années d'emprisonnement, au maximum dix années, et d'une amende de plusieurs dizaines de milliers d'euros¹⁹.

Des peines complémentaires sont également encourues par les personnes physiques coupables de violences volontaires, telles que :

- l'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou une fonction publique ;
- l'interdiction de porter une arme ;
- l'interdiction des droits civiques, civils et de famille ;
- la suspension du permis de conduire ;

¹⁸ Légifrance, Article 322-1.

¹⁹ LexisNexis, Atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne. Fasc.20.

- l'obligation d'effectuer un stage de citoyenneté ;
- l'interdiction de séjour ;
- l'interdiction du territoire.

Lorsque les violences ont entraîné la mort, même sans intention de la donner, il ne s'agit plus d'un délit mais d'un crime, lequel est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

1.1.3. Vers l'émergence d'une troisième catégorie d'atteinte

Les incivilités désignent les désordres et comportements d'inconduite qui, sans être expressément visés par le code pénal, constituent des manquements aux règles élémentaires de vie en société : nuisances sonores, dégradations, manque de respect²⁰.

Selon l'Observatoire national des violences en milieu de santé :

« Parmi les types de violences répertoriés à l'ONVS se trouvent les incivilités. Elles sont une véritable nuisance sociale qui gangrène les règles élémentaires de la vie en société et, de façon insidieuse, portent gravement atteinte à la qualité de la vie au travail. Répétitives au point de devenir habituelles, ces incivilités peuvent générer chez ceux qui les subissent une accoutumance nocive, destructrice de leur personne et du sens et de l'intérêt de leur travail. L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal-être, perte de confiance, démobilisation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme. Par répercussion, elles portent également atteinte à la qualité des soins dispensés. Il est donc primordial de lutter contre cette sorte de harcèlement moral qui mérite la mobilisation de tous. L'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable ».

²⁰ Vie publique, « Incivilités, violence et citoyenneté ».

1.2. Définir un impact psychologique

1.2.1. Définition des risques psychosociaux selon l'INRS

Il n'existe pas, à notre connaissance, de publication sur ce sujet précisément dans le domaine bucco-dentaire. L'approche qui nous est apparue la plus adaptée pour définir un impact psychologique en rapport avec une agression au travail est celle de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) qui définit la notion de risques psycho-sociaux.

La principale ambition de l'INRS est de développer et de promouvoir une culture de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Une mission qui s'articule autour de 3 axes majeurs : identifier, analyser, diffuser et promouvoir. On note que ses actions sont destinées aux spécialistes de la prévention et aux entreprises et salariés du régime général de la Sécurité sociale, mais nous l'étendrons au secteur libéral qui est le nôtre.

Selon l'INRS, les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

- du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
- des violences externes commises sur des travailleurs par des personnes externes à l'entreprise (incivilités, insultes, menaces, agressions...) ²¹.

Dans le cadre de notre sujet, ce sont les violences externes qui nous intéressent particulièrement. Cependant, les risques psychosociaux sont souvent imbriqués et peuvent interagir entre eux. Par exemple, le stress peut avoir un impact direct sur les violences au travail et la façon dont elles sont ressenties.

²¹ Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, « Risques psychosociaux ».

L'INRS décrit également six catégories de facteurs à l'origine des RPS. Il est intéressant de constater comment certaines d'entre elles sont particulièrement présentes dans notre domaine :

- Intensité et temps de travail : elle comprend les notions d'«exigences psychologiques» et d'«efforts» mais plus largement les contraintes de rythme, les longues journées de travail, l'imprévisibilité des horaires de travail...
- Exigences émotionnelles : elles font référence à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions. Elles concernent essentiellement les métiers de services : exigence de sourire ou de bonne humeur, de devoir cacher ses émotions ... Cela est particulièrement vrai dans le rôle de soignant.
- Manque d'autonomie
- Rapports sociaux au travail dégradés
- Conflits de valeurs : ils renvoient à l'ensemble des conflits intrapsychiques consécutifs à la distorsion entre ce qui est exigé au travail et les valeurs professionnelles, sociales ou personnelles des travailleurs. Par exemple : faire un travail que l'on juge inutile ou à un prix trop élevé.
- Insécurité de la situation de travail : elle comprend à la fois l'insécurité socio-économique (peur de perdre son emploi, son niveau de salaire) et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail (restructurations, incertitude sur l'avenir de son métier ...). Ce facteur de risque nous a paru intéressant à évoquer dans le contexte politique de ces dernières années (règlement arbitral, ouverture des frontières pour les praticiens, concurrence des centres de santé...)²².



²² Ibid.

1.2.2. Conséquences des RPS sur la santé mentale

L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur l'entreprise (augmentation de l'absentéisme, réduction de la productivité, dégradation du climat social...) mais surtout sur la santé physique et mentale des salariés²³.

Ainsi, au niveau de la santé physique on peut relever une augmentation des maladies cardiovasculaires, des troubles musculo-squelettiques, des atteintes immunitaire²⁴...

Nous nous concentrerons dans ce travail uniquement sur les atteintes à la santé mentale.

Plusieurs signes de souffrance psychologique ou mal-être peuvent être relevés :

- La dépression : il s'agit d'un diagnostic posé, sur la base de critères précis par un médecin, en général, psychiatre ;
- Les troubles dépressifs : ils doivent être distingués de la dépression car il ne s'agit pas d'un diagnostic. La tristesse, l'altération de l'humeur et la perte d'estime de soi s'accompagnent souvent de problèmes de sommeil, de fatigue, de manque d'énergie et d'altération du plaisir et d'intérêt pour la vie. Dès lors qu'il y a trouble, on retrouve une répercussion sur la vie sociale/familiale ou professionnelle;
- Les troubles anxieux : les plus fréquents sont les phobies, les crises de panique et l'anxiété généralisée. Les symptômes communs se manifestent par des pensées anxieuses obsédantes, des manifestations physiques comme les maux de tête, les douleurs abdominales, des palpations, la sensation d'étouffement, la fatigue et des troubles du sommeil ;
- Le suicide ;
- La consommation de médicaments psychoactifs (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs...);
- Les conduites dopantes concernent la consommation d'un médicament ou d'une substance chimique pour surmonter une difficulté, réelle ou ressentie, ou/et améliorer ses

²³ Ibid.

²⁴ Chouanière et al., « Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques ».

performances. Elles peuvent entraîner ou non une dépendance. Dans le monde du travail, cela concerne principalement le tabac, l'alcool, le café, certains médicaments psychoactifs (amphétamines...) et les drogues illicites.

- Le workaholisme est une addiction au travail. Le sujet travaille de façon excessive et de manière compulsive au point que cela devienne obsessionnel.
- Le stress post-traumatique est un état faisant suite à l'exposition à un événement violent et qui entraîne des symptômes spécifiques tels que la peur, la détresse ou l'horreur (braquage, agression physique...). L'état de stress suraigu évolue, quelques semaines après l'événement, vers des troubles anxiodépressifs avec évocation persistante de l'événement traumatique.
- Le burnout correspond à un syndrome d'épuisement physique et mental, en conséquence d'un état de stress chronique professionnel. Il se caractérise par trois symptômes : épuisement émotionnel, désinvestissement de la relation et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail²⁵.

1.2.3. Outils d'évaluation des conséquences psychologiques des RPS

Notre objectif premier étant d'évaluer un impact psychologique chez un chirurgien-dentiste ayant subi une agression, il est important de savoir comment chacune des formes de souffrance psychologique citées précédemment peut être mesurée.

La souffrance psychologique	le GHQ (General Health Questionnaire) qui explore plusieurs champs de la santé mentale (dépression, anxiété...) permet de calculer un score global de souffrance psychologique.
La dépression	Il existe quelques questionnaires diagnostiques spécifiques de la dépression tels que le Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D) ou le Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) .
Les troubles dépressifs	Ils sont rarement évalués par des diagnostics médicaux mais le plus souvent par des auto-questionnaires ciblés sur un ensemble de

²⁵ Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et Institut national de recherche et de sécurité, *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : mieux comprendre pour mieux agir : guide d'aide à la prévention*.

	symptômes dépressifs.
Les troubles anxieux	Ils sont également évalués le plus souvent par des questionnaires de symptômes comme l' Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y ou State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)
Le suicide	Il est souvent étudié par le biais des données de mortalité (quand elles recensent les causes du décès).
Les tentatives de suicide ou les idéations suicidaires	Elles sont explorées par des questions présentes dans les questionnaires de souffrance psychologique comme le GHQ .
La consommation de médicaments psychoactifs	Elle est évaluée par les données des systèmes d'assurance maladie , par les médecins du travail ou par autodéclaration des salariés .
Dépendance aux conduites dopantes	Elles sont évaluées, dans les études, par des questions non standardisées ou pour l'alcool, par des outils tels que le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) ou l' AUDIT-C qui permettent en quelques questions simples de dépister une consommation d'alcool à problèmes ou une dépendance.
Workaholisme	Cette addiction est le plus souvent évaluée dans les études sur la base d'un diagnostic médical ou de questions non standardisées.
Stress post-traumatique	Il est le plus souvent évalué dans les études, sur la base d'un diagnostic médical ou de questions non standardisées.
Burnout	Il est évalué dans les études épidémiologiques par un autoquestionnaire de référence, le MBI (Maslach Burn-out Inventory) .

1.3. Santé mentale des chirurgiens-dentistes en France

1.3.1. Prévalence des atteintes à la santé mentale chez les chirurgiens-dentistes en France

1.3.1.1. Troubles anxio-dépressifs et dépression

Le peu d'études réalisées en France nous amène à considérer une étude menée par l'*American Dental Association* :

En 2015, elle révèle que :

- 11 % des dentistes étaient victimes de dépression contre 6,7 % dans la population générale ;
- 6 % des dentistes souffraient de troubles anxieux contre 3,1 % dans la population générale

- 4 % des dentistes rapportaient des troubles de paniques (trouble anxieux caractérisé par des attaques de panique récurrentes et sévères) contre 2,7 % dans la population générale²⁶.

1.3.1.2. Suicide

Le suicide au travail est un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur.

Selon deux études américaines réalisées par Steven Stack à partir de données collectées entre 2002 et 2012, les chirurgiens-dentistes présentent le taux de suicide le plus important par catégorie professionnelle avec un taux 5,45 fois plus élevé que la moyenne.

En France, selon l'Institut de Veille Nationale, le secteur d'activité le plus touché par le suicide est celui de la santé de l'action sociale²⁷. Nous n'avons pas accès aux détails de ces chiffres par profession.

En 2015, 112 chirurgiens-dentistes se sont suicidés en France²⁸. Parmi les facteurs en cause on peut trouver : l'isolement (une grande partie des chirurgiens-dentistes travaille seule), le peu de lumière naturelle, des gestes répétitifs, une profession méprisée par les patients augmentent le stress généré par l'intensité d'une journée de travail.

1.3.1.3. Consommation de médicaments psychoactifs et dépendance aux conduits dopantes des chirurgiens-dentistes

Nous n'avons pas d'étude sur la consommation de médicaments psychoactifs ou la dépendance aux conduites dopantes chez les chirurgiens-dentistes. En effet, ce genre d'étude a logiquement plus tendance à être mené auprès des patients que chez les professionnels de santé.

L'enquête sur le burnout des chirurgiens-dentistes élaborée par l'ONCD et l'ANCD comporte des items sur le sujets mais les résultats détaillés ne nous sont pas encore parvenus.

1.3.1.4. Stress post-traumatique

On peut trouver sur le site de la CNSD, un témoignage datant de 2015 d'un confrère agressé au cours

²⁶ Brown, « Are dentists really more prone to suicide? »

²⁷ Chouanière et al., « Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques ».

²⁸ Deschaux, « Burnout : un déni collectif ! »

de sa garde du dimanche par un patient sur lequel il vient de pratiquer une extraction.

« ... à plusieurs reprises, il m'a menacé physiquement et verbalement de vouloir me tuer, joignant ses menaces avec des intentions de vouloir m'étrangler. Puis s'éloignant, il est revenu vers moi toujours avec des expressions d'une violence démesurée, mais cette fois en me menaçant de son poing dirigé vers mon visage. Je peux assurer aujourd'hui, avec le recul du temps, que j'ai eu la peur de ma vie.../...Après avoir ravagé ma salle d'attente, fauteuils jetés contre les cloisons, présentoirs à revues éparpillés sur le sol, j'ai tenté, gardant toujours mon calme, de dialoguer .../... J'ai donc tout de suite téléphoné en appelant le 17 pour avoir le recours des services de police. Les gendarmes sont arrivés quelques temps après, à mon grand soulagement.../... J'ai pu mesurer le traumatisme post réactionnel après coup, car pour pouvoir finir cet après-midi de garde, j'ai demandé la présence de ma femme ainsi que d'un de mes voisins-ami pour me sécuriser. Je ne vous cache pas que le sommeil dans les jours qui suivirent, fut difficile à obtenir.../... Aujourd'hui, les choses en sont là, et si je pense être d'une nature physique et psychique solide, je n'en ai pas moins subi un traumatisme certain. Au point que je me demande, si je serai disposé à refaire une permanence de garde. Sauf si l'on met à disposition un gendarme devant ma porte ! (humour). J'ai entendu dire que des situations comme la mienne ne seraient pas anecdotiques. Après réflexion, la meilleure solution pour l'avenir, c'est que chaque hôpital, disposant d'un service d'urgence, ait un local équipé pour les urgences dentaires. Ainsi nous nous déplacerions dans ce service pour assurer notre garde dans un environnement sécurisé ».

1.3.1.5. Workaholisme et burnout

« Je suis stressée, complètement stressée... et même complètement speedée... J'aime être stressée, le stress me dope ! Je n'arrête pas, je commence tôt le matin, je grignote à peine le midi, je termine tard le soir... C'est bien, les affaires marchent, je suis créative, performante... Et puis... Toutes les contraintes, les urgences... Le temps passe... de plus en plus, les patients... Ils me fatiguent, je n'arrive plus à les supporter, je suis débordée et je ne sais pas dire non, je leur parle brutalement, je perds la maîtrise de mes gestes... C'est trop, je craque... Le Burnout »²⁹.

²⁹ Pirnay, « Au service de mon patient en tenant compte de ma santé ».

Selon le Dr Théry-Hugly, président de la Société de psychologie Odontostomatologique et médicale, ce syndrome est une véritable « *destruction psychologique personnelle* » du professionnel dont toute l'énergie se trouve consumée sous l'effet d'un travail contraignant³⁰.

Or, on identifie communément la profession de chirurgien-dentiste comme étant la plus exposée aux symptômes du burnout. Le Bureau International du Travail la place juste après celle des policiers. Les chirurgiens-dentistes sont face à des contraintes administratives, de lourds enjeux économiques, une démographie déséquilibrée et des patients de plus en plus exigeants. Leur exercice est celui des gestes chirurgicaux aussi précis à 8h00 qu'à 20h00, de la prise en charge de patients anxieux et du temps de repos toujours remis à plus tard.

Les chirurgiens-dentistes français ne sont pas les seuls, c'est un problème qui dépasse nos frontières. Aux États-Unis, la Société américaine de Dentisterie rappelle dans un rapport que les chirurgiens-dentistes sont beaucoup plus touchés par les maladies cardiovasculaires et les troubles neuropsychiatriques liées au stress.

Ainsi, une enquête nationale de l'Observatoire de la santé des chirurgiens-dentistes en 2011 a conclu que 48 % des praticiens sont concernés par le burnout³¹. En Ile-de-France, ce taux atteindrait 60 % des praticiens³². La relation patient-praticien serait un des facteurs de risque les plus importants à prendre en compte³³. Même si nous savons que ces chiffres sont difficilement vérifiables à ce jour, nous pouvons comparer ce taux aux 17 % des salariés français qui se disent potentiellement en burnout, selon l'institut Great Place to Work.

En novembre 2017, les chirurgiens-dentistes ont reçu une invitation à répondre à une enquête lancée par le Conseil national sur le burnout. L'enjeu consiste à faire reconnaître cette maladie professionnelle³⁴. Les résultats ont été publiés en avril 2018³⁵.

Sur les 34 455 praticiens qui ont reçu le mail envoyé par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, 6 783 ont répondu. Les chirurgiens-dentistes devaient dans un premier volet répondre à 30 questions sur leur qualité de vie professionnelle. Les praticiens se déclarant en situation de burnout devaient ensuite soumettre à une enquête plus approfondie.

Le constat est accablant puisque 2 378 praticiens déclarent être en situation de burnout.

³⁰ Théry-Hugly, « Le Burn out n'est pas une fatalité ».

³¹ Deschaux, « Burn-out des chirurgiens-dentistes : une réalité ».

³² Pirnay, « Au service de mon patient en tenant compte de ma santé ».

³³ Weinman, « Le stress du dentiste, le burn out & le suicide professionnel ».

³⁴ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Répondez à notre enquête sur le burn out ».

³⁵ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Burn out : le choc ».

Voici les principaux chiffres :

- 58 % des praticiens déclarent avoir été touchés par l' « épuisement professionnel » ;
- 54 % éprouvent une « perte d'accomplissement personnel » ;
- 73 % ressentent une « dépersonnalisation des relations avec les patients » ;
- 14 % des praticiens ont eu des idées suicidaires.

On note que les deux facteurs de stress les plus importants dans la vie quotidienne évoqués par les répondants sont les complexités techniques et les relations avec les patients.

2. États des lieux des violences chez les professionnels de santé en France

2.1. Analyse des violences envers les professionnels de santé en France

2.1.1. Les origines de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé

A titre liminaire, il convient de rappeler que seuls les fonctionnaires et les agents publics non titulaires bénéficient, depuis 1983³⁶, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent.

Dans le prolongement de cette législation, une politique de prévention des situations de violence a été mise en place, au niveau régional, aux termes d'une première circulaire en date du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence³⁷, autour des axes suivants :

- des formations à la conduite de projet ou visant à renforcer les compétences des agents en matière de prévention des phénomènes de violence ;
- des mesures d'amélioration de l'accueil visant à diminuer l'agressivité ;
- la mise en place d'équipements de sécurité, lorsque le diagnostic le justifie ;
- le renforcement des personnels d'accueil et de sécurité pour exercer les missions permanentes d'accueil et de sécurité.

C'est dans ce contexte que l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier (ci-après désigné « ONVH ») a été créé en 2005 afin de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés.

³⁶ Légifrance, Loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors.

³⁷ Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, CIRCULAIRE DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence.

Dans la même année, deux textes majeurs ont été publiés aux fins d'encadrer la mise en place de l'ONVH :

- la circulaire du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements de santé³⁸, laquelle a alors instauré une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements vers les agences régionales de l'hospitalisation et de ces dernières vers la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
- le protocole national santé-sécurité du 12 août 2005³⁹, conclu entre le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur aux fins d'améliorer la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés, dans les services en général et les urgences en particulier, ainsi qu'à leurs abords immédiats, de renforcer la coopération entre lesdits établissements et les services de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

2.1.2. La composition de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé

L'ONVH a eu une importance majeure pour nous chirurgiens-dentistes car il est aujourd'hui, de par sa composition le seul organisme qui œuvre pour la sécurité des professionnels de santé :

- A représenter toutes les professions libérales du secteur de la santé au niveau national ;
- A coopérer directement avec les ministères concernés.

Cela donne donc beaucoup plus de poids aux initiatives qui auraient pu être prises de manière indépendante par le Conseil National de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Ce n'était pas le cas lors de sa création puisqu'il était composé pour moitié de représentants du monde hospitalier et pour autre moitié de représentants du ministère de l'intérieur et de la justice.

Il a fallu attendre, respectivement 2009, 2010 et 2011, pour que des représentants du Conseil National de l'Ordre des Médecins, des représentants du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers et des représentants du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens deviennent membres de l'ONVH.

³⁸ Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, CIRCULAIRE DHOS/P1/2005/327 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique.

³⁹ Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire et Ministère de la santé et des solidarités, Protocole d'accord entre le ministre d'Etat, de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire et le ministre de la Santé et des Solidarités du 12 août 2005 relatif à la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés.

De par cette extension notable aux professionnels de santé exerçant à titre libéral, un protocole majeur a été conclu, le 20 avril 2011, entre le Ministre de la santé, le Garde des Sceaux, le Ministre de l'Intérieur et les différents présidents des Conseils Nationaux des Ordres des professionnels de santé⁴⁰, aux termes duquel il est expressément prévu que :

« 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. » (article 1^{er} du protocole du 20 avril 2011)

Enfin, l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes a rejoint le protocole en 2013⁴¹.

C'est dans ce contexte que l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier (« ONVH ») est devenu l'Observatoire National des Violences en milieu de santé (ci-après désigné « ONVS »).

2.1.3. Les chiffres clés obtenus par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS)

Aux termes du rapport annuel 2017⁴² publié par l'ONVS au regard des données collectées sur les années 2015 et 2016, il convient de préciser que le nombre de signalements d'atteintes aux personnes et aux biens est en hausse. En effet, de 15 990 signalements en 2015, l'ONVS a comptabilisé plus de 17 590 signalements, effectués par 360 hôpitaux, publics ou privés, en 2017.

On note qu'au sein de ce recensement ne figure pas de chapitre consacré aux chirurgiens-dentistes stricto sensu⁴³. Cela étant, nous verrons plus tard que le Conseil de l'Ordre national a saisi l'occasion de la publication de ce document pour guider les praticiens victimes de faits de violence dans le cadre de leur exercice.

Dans les hôpitaux, un acte est signalé toutes les trente minutes.

⁴⁰ Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, Protocole d'accord Santé-Sécurité-Justice-Ordres du 20 avril 2011 relatif à la sécurité des professions libérales de santé.

⁴¹ Lansade, « Un observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes ».

⁴² Observatoire national des violences en milieu de santé et Direction générale de l'offre de soins, « Données 2015 et 2016 ».

⁴³ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire ».

- S'agissant des victimes de ces atteintes aux personnes et aux biens :
 - 94 % sont des membres du personnel ;
 - 76 % de ces derniers sont des femmes ;

- S'agissant des auteurs de ces atteintes aux personnes et aux biens :
 - 90 % sont des patients et des visiteurs ;
 - 70 % sont des hommes.

Sur les seules atteintes aux personnes :

- 50 % de ces atteintes sont des violences physiques ;
- 33 % de ces atteintes sont les injures et insultes ;
- 16 % de ces atteintes sont des menaces à l'intégrité physique ;
- 1 % de ces atteintes sont des violences avec armes.

Le bilan social des établissements publics de santé sociaux et médico-sociaux (2014) mentionne que la 4ème cause d'arrêt de travail rapportée par les établissements est due au contact avec un patient agité.

Les risques engendrés par ces atteintes en milieu de santé représentent un coût humain, économique et social évident bien qu'il ne soit pas chiffré.

Aux fins de prévenir ces actes de violence, l'Observatoire élabore et diffuse des outils et des bonnes pratiques tel que le guide méthodologique intitulé « La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé ».

Selon les auteurs du guide précité, le but de ce dernier est « *d'aider les personnels à mener une réflexion préalable qui s'impose pour parvenir à mettre en place la meilleure prévention possible des atteintes aux personnes et aux biens dans le contexte de travail et environnemental qui leur est propre* »⁴⁴⁴⁵.

⁴⁴ Observatoire national des violences en milieu de santé et Direction générale de l'offre de soins, « Guide méthodologique : la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé ».

⁴⁵ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire ».

2.1.4. La classification des actes de violence prévue par l'Observatoire

L'ONVS recueille sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence (dont les incivilités) commis en milieu de santé contre les personnes (personnel, patients ou visiteurs) et contre les biens. « La plateforme de signalement de l'ONVS », mise en place depuis le 9 janvier 2012 donne, grâce à une application Internet, la possibilité de recenser et de centraliser les atteintes aux personnes et aux biens⁴⁶.

L'ONVS rappelle qu'un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

- A l'intégrité physique et/ou psychique des praticiens et de l'équipe médicale ;
- Aux biens des personnels et/ou du bon fonctionnement de la structure médicale⁴⁷.

Le préjudice peut relever de trois ordres :

- Physique ou psychique (blessure et, de manière générale, tout atteinte à la santé ou à l'intégrité tant physique que mentale d'une personne) ;
- Moral (préjudice non économique et non matériel subi par la victime) ;
- Matériel (dégâts et dégradations tels que véhicule brûlé, vêtement déchiré...)⁴⁸.

La consultation peut ensuite s'effectuer à trois niveaux : local pour l'établissement concerné, régional pour l'agence régionale de santé et enfin national pour l'ONVS.

Afin de donner la possibilité à l'ensemble des établissements d'avoir une approche la plus homogène possible des signalements, l'ONVS adapte régulièrement sa fiche de signalement (Figure 1).

Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité (Annexe 1) reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal. Ils sont différenciés selon les atteintes aux personnes ou les atteintes aux biens puis déclinés par niveau de gravité⁴⁹.

⁴⁶ Lansade, « Un observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes ».

⁴⁷ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire ».

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Direction générale de l'offre de soins, « La violence en milieu de santé ».

Figure 1: Fiche de signalement de l'ONVS



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Ministère de la Santé et de la Prévention

Cette fiche ne remplace en aucun cas le déclenchement des procédures habituelles d'alerte

FICHE DE SIGNALEMENT



OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTÉ

L'ONVS accompagne les établissements dans le développement de leur politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens notamment en venant les rencontrer

<http://www.solidarites-sante.gouv.fr/ovms>

Champ libre pour les établissements

(Précisions sur le lieu, nom prénom du déclarant par exemple)

Informations générales

Date de l'événement : / / Heure de l'événement : : Structure :

Description anonymisée des faits :

Circonstances

Reproche relatif à une prise en charge : ☐ Temps d'attente jugé excessif : ☐ Refus de prescription : ☐ Atteinte au principe de laïcité : ☐

Causes de violences Règlement de compte : ☐ Diagnostic non accepté : ☐ Refus de soins : ☐ Suicide ou tentative : ☐

Alcoolisation : ☐ Drogue : ☐ Automutilation : ☐ Autres : ☐

Intrusions Zone de soins : ☐ Espace d'accueil de l'IOA : ☐ Bloc opératoire : ☐ Autre lieu : ☐

Interventions Personnel hospitalier : ☐ Forces de l'ordre : ☐ Service de sécurité interne : ☐

Autres : ☐ Aucune : ☐

Préjudices

Le cause principale du fait déclaré est directement liée à un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur : ☐

Préjudice principal :

Préjudice aux personnes

Injure, insulte et provocation : ☐ Chahut, occupation des locaux : ☐ Exhibition sexuelle : ☐ Violence involontaire : ☐

Menace physique : ☐ Menaces de mort : ☐ Port d'arme : ☐ Drogue / alcool : ☐

Menace avec arme : ☐ Violence avec arme : ☐ Agression sexuelle : ☐ Viol : ☐

Violence volontaire : ☐ Enlèvement, séquestration : ☐ Prise d'otage : ☐ Autre fait qualifié de crime : ☐

Préjudice aux biens

Dégradations de locaux : ☐ Dégradation de véhicule : ☐ Dégradations de matériel de valeur : ☐

Dégradation légère : ☐ Incendie volontaire : ☐ Tags, graffitis : ☐

Escroquerie : ☐ Atteinte aux informations : ☐ Vol à main armée : ☐

Vol sans effraction : ☐ Vol avec effraction : ☐ Vol de véhicule : ☐

Vol de matériel électronique : ☐ Vol de moyen de paiement/papier d'identité : ☐ Vol de petit matériel : ☐

Vol de matériel important : ☐ Vol de documents médicaux (ordonnance, tampon...) : ☐ Vol d'autres types de biens : ☐

Vol d'effets personnels : ☐ Vol de médicaments : ☐

Victimes/auteurs

	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes	Hommes
Nombre de victimes	Médecins ou assimilés :		Personnels administratifs :			Détenus :		
	Infirmiers :		Agents de sécurité :			Visiteurs :		
	Personnels soignants :		Patients :			Autres :		
Établissement victime : ☐								
	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes	Hommes
Nombre d'auteurs	Médecins ou assimilés :		Personnels administratifs :			Détenus :		
	Infirmiers :		Agents de sécurité :			Visiteurs :		
	Personnels soignants :		Patients :			Autres :		

Bilan chiffré

Nombre total de jours d'arrêt de travail : Nombre total de jours d'ITT :

Estimation du montant des dégradations : Estimation du montant des vols :

Mode opératoire

Mode opératoire du vol avec effraction : L'arme a-t-elle été utilisée : ☐

Type d'arme de l'auteur de l'événement :

Suites

Suite engagée (plainte, main courante, etc.) : Qui a déposé (victime, Éts) : Suite judiciaire :

Condamnation prononcée Peine de prison : ☐ Amende : ☐ Rappel à la loi : ☐ Autres : ☐

Commentaires

Description des dégradations :

Commentaire général :

Source : Observatoire national des violences en milieu de santé, fiche de signalement, 2017

2.2. Analyses des violences envers les chirurgiens-dentistes en France

2.2.1. L'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes

Afin de compléter le dispositif instauré avec les pouvoirs publics à l'occasion de la validation du protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordre (SSJIO), l'Ordre National des chirurgiens-dentistes a créé en 2013 l'Observatoire de la Sécurité des Chirurgiens-dentistes⁵⁰.

Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national, est en charge de l'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes. Selon elle, « *Les praticiens ont tendance à minimiser les agressions verbales, qu'ils ne considèrent pas comme de véritables agressions, entendons par là des atteintes physiques ou des dégradations de matériel au cabinet dentaire* »⁵¹. On suppose donc que les 85 déclarations d'incidents recensées par l'Observatoire en 2016 ne reflètent en aucun cas la réalité. Pourtant, les actes de violence, même verbale, nuisent à la qualité du travail, mais aussi et surtout au bien-être des chirurgiens-dentistes et de leurs équipes⁵².

Ses missions :

- Via les déclarations d'incidents des praticiens, il permettra de cerner précisément les problèmes de sécurité et de cibler les besoins en fonction des territoires, qui ne sont pas tous exposés au même degré d'insécurité ni aux mêmes types de problèmes ;
- Grâce à ce recensement des incidents, le Conseil national sera en mesure d'analyser les situations et de faire remonter les informations lors des réunions de travaux avec les ministères, prévues dans le cadre du protocole SSJO⁵³.

Pour ce faire, le Conseil national met à la disposition des praticiens la fiche de déclaration d'incident de l'ONVS (figure 1), en téléchargement sur son site internet. On note que cette fiche de signalement a récemment remplacé un autre formulaire, la « fiche de déclaration d'incident à visée observationnelle » dont le Conseil national était à l'origine.

⁵⁰ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Notre sécurité est l'affaire de tous ! »

⁵¹ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « La sécurité dans les cabinets dentaires, c'est l'affaire de tous ! »

⁵² Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire ».

⁵³ Lansade, « Un observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes ».

Le praticien victime devra envoyer cette fiche de déclaration au conseil départemental qui fera remonter l'information au conseil national. Cette double transmission est primordiale pour que les signalements soient pris en compte et débouchent sur de réelles actions.

Ce document doit systématiquement s'accompagner d'un dépôt de plainte, qu'il s'agisse d'une atteinte aux biens ou d'une agression verbale. En effet, il faut rappeler que les insultes et menaces aux professionnels de santé constituent un délit pénal.

L'Ordre insiste sur le fait que les praticiens victimes de violences verbales, physiques, ou aux biens pourront toujours s'en remettre au conseil de l'ordre, qui les appuiera et les soutiendra dans toutes leurs démarches. Ainsi, le conseil départemental de l'Ordre peut s'associer à la plainte et se porter partie civile. Il peut même, si nécessaire, se substituer au confrère en cas de crainte de représailles sur ce dernier⁵⁴.

Par mesure préventive, l'Ordre ne peut qu'inviter les praticiens à consulter « Le Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé » afin de prévenir les risques de malveillance et d'évaluer la vulnérabilité de leur cabinet dentaire⁵⁵.

2.2.2. Données épidémiologiques chez les chirurgiens-dentistes

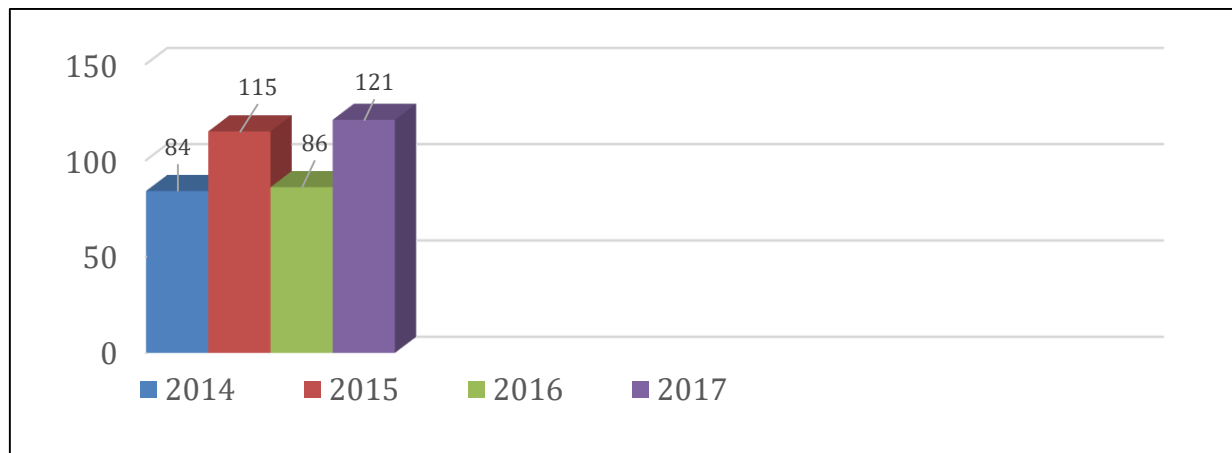
Depuis 2014, l'Observatoire national de la sécurité des chirurgiens-dentistes recense les différentes agressions ayant eu lieu au sein des cabinets dentaires (annexe 2).

En 2017, l'Observatoire de la sécurité des praticiens de l'Ordre a recensé 121 déclarations d'incidents survenus dans les cabinets dentaires, contre 86 en 2016 (figure 2).

⁵⁴ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « La sécurité dans les cabinets dentaires, c'est l'affaire de tous ! »

⁵⁵ Observatoire national des violences en milieu de santé et Direction générale de l'offre de soins, « Guide méthodologique : la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé ».

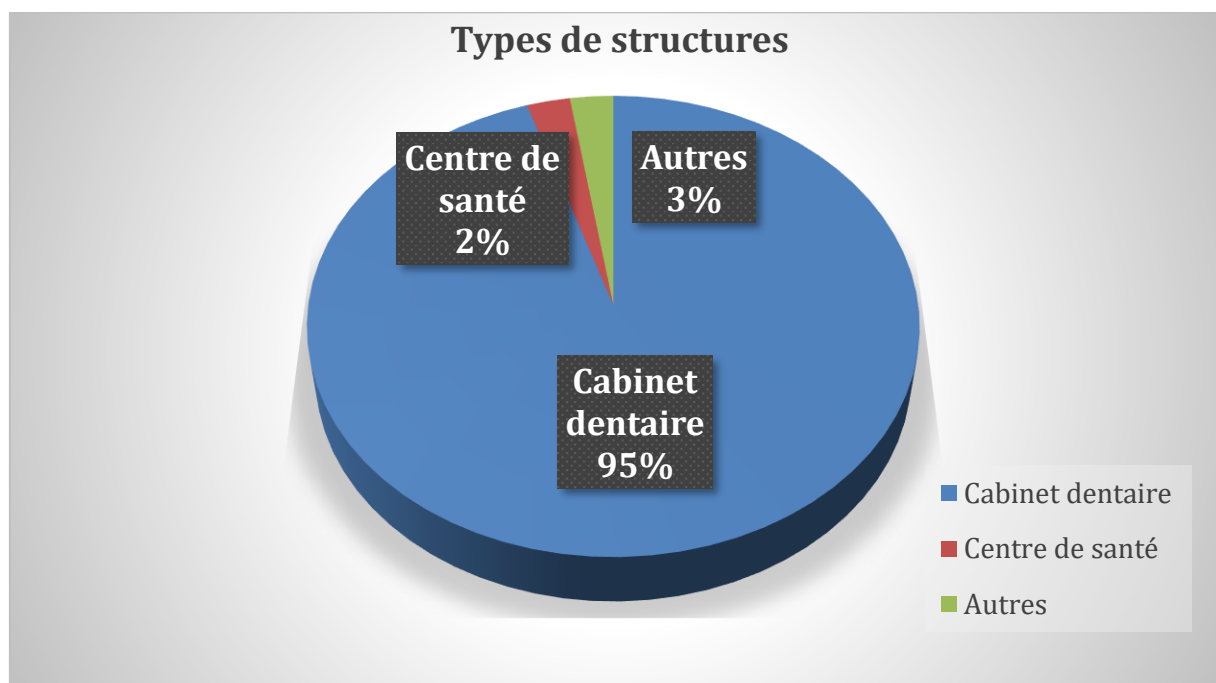
Figure 2 : Nombre d'incidents déclarés de 2014 à 2017 à l'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes



Source : Auteur, synthèse des données, 2018

Dans 95 % des cas d'agressions recensées, celles-ci avaient lieu dans un cabinet dentaire (figure 3). Nous n'avons pas d'information précisant si s'agit d'un cabinet de groupe ou d'un praticien exerçant seul ni si l'exercice a lieu en milieu rural ou urbain.

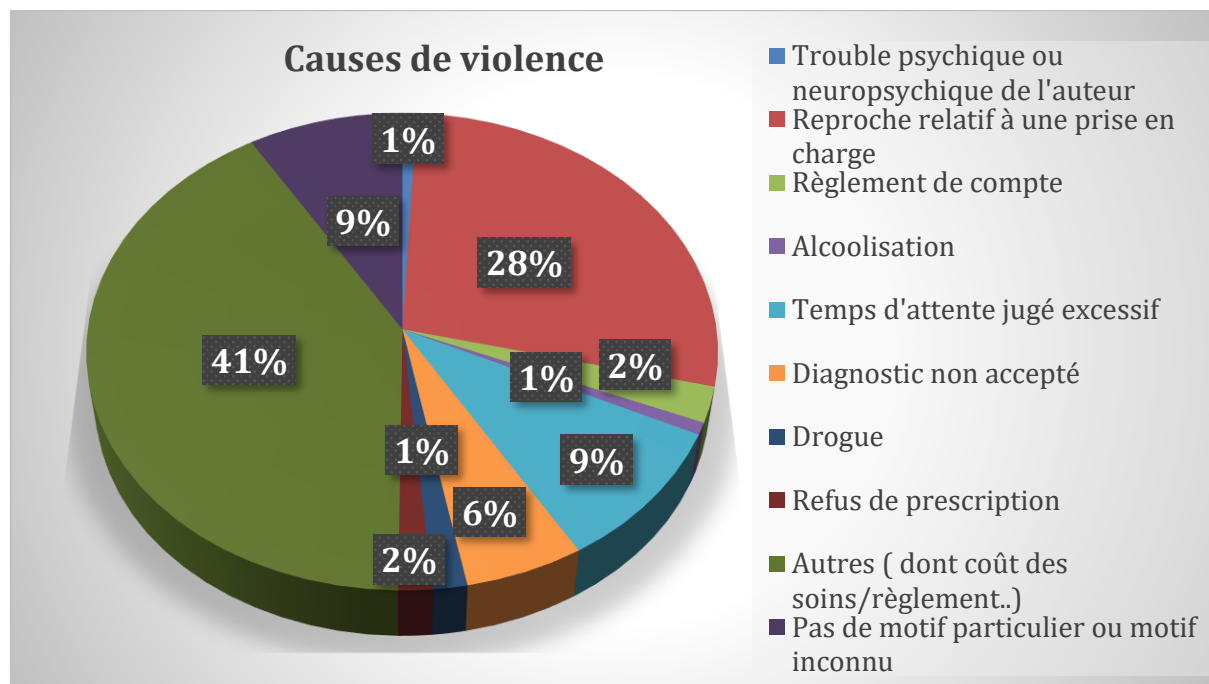
Figure 3 : Types de structures déclarantes



Source : Auteur, synthèse des données, 2018

Les motifs d'agressions sont multiples. Par ordre de fréquence, le reproche concernant le coût des soins/ le règlement constitue 41 % des actes de violences. Nous retrouvons ensuite un reproche relatif à une prise en charge à hauteur de 28 %. Enfin, on retrouve le temps d'attente jugé trop excessif (9 %) et un motif inconnu/ pas de motif (9 %) (figure 4).

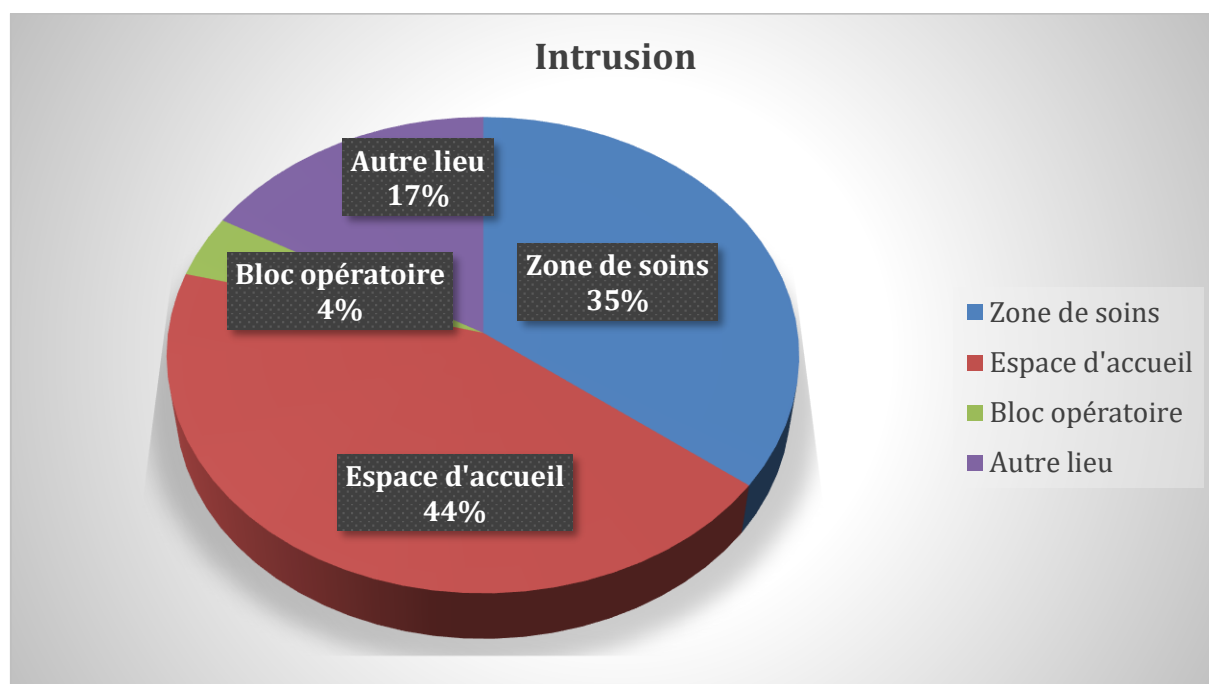
Figure 4 : Causes de violence



Source : Auteur, synthèse des données, 2018

Dans 40 % des cas, il y a eu une intrusion c'est à dire que l'agresseur a pénétré dans une salle où sa présence n'était pas souhaitée lors de l'agression (figure 5). Dans la majorité des cas, c'est à l'accueil (44 %) ou dans la salle de soins (35 %).

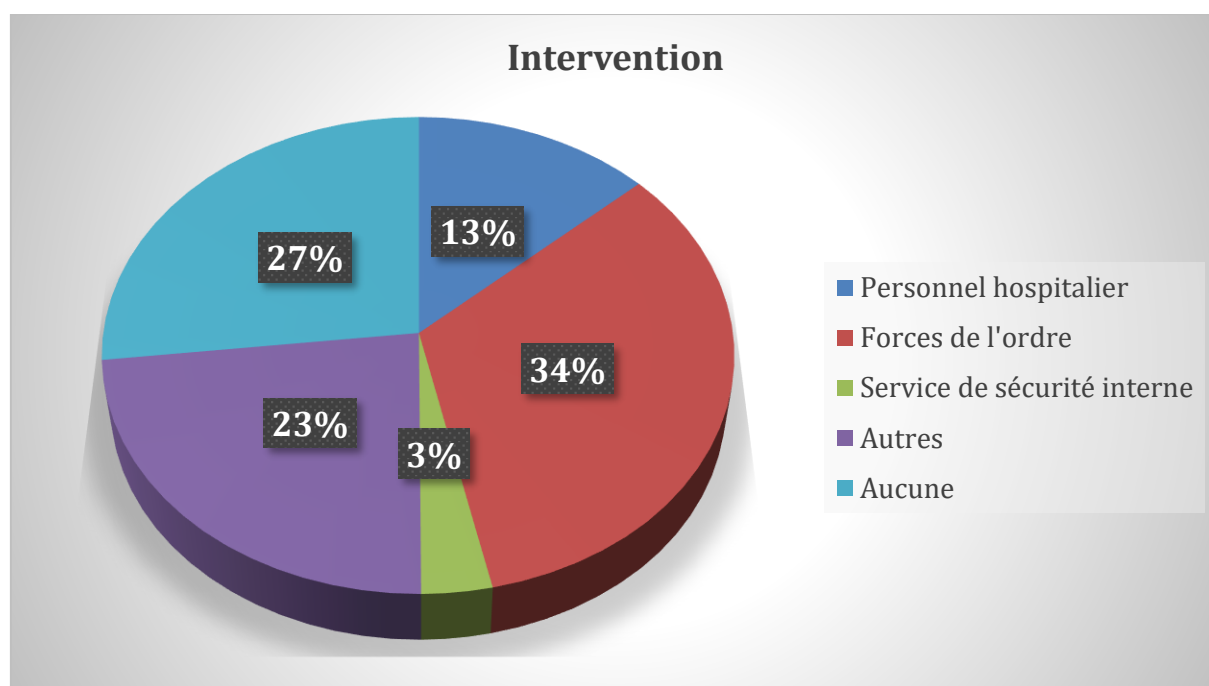
Figure 5 : Intrusion



Source : Auteur, synthèse des données, 2018

Dans 25 % des cas, l'agression a nécessité une intervention (figure 6). Parmi elles, ce sont les forces de l'ordre qui ont le plus souvent intervenu (34 %).

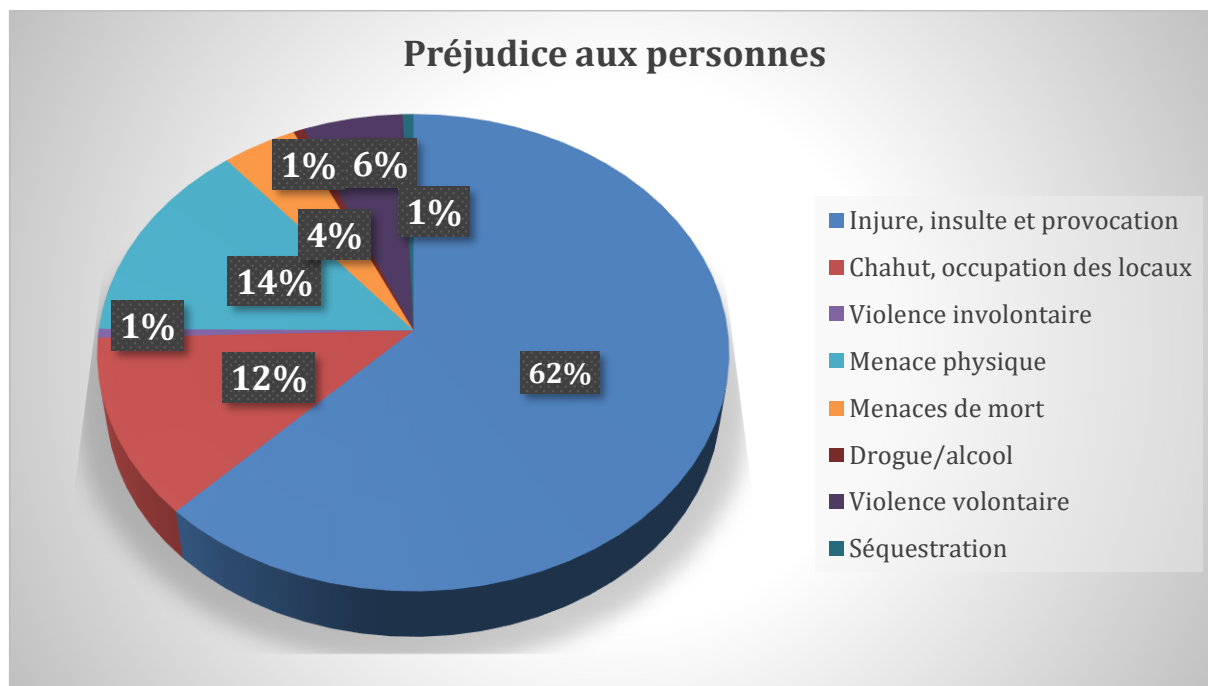
Figure 6 : Intervention



Source : Auteur, synthèse des données, 2018

On relève 165 atteintes aux personnes. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'injures ou d'insultes (62 %). On retrouve ensuite les menaces physiques (14 %). Neuf chirurgiens-dentistes et/ou salariés ont été physiquement agressés avec coups et blessures volontaires (figure 7).

Figure 7 : Préjudices aux personnes

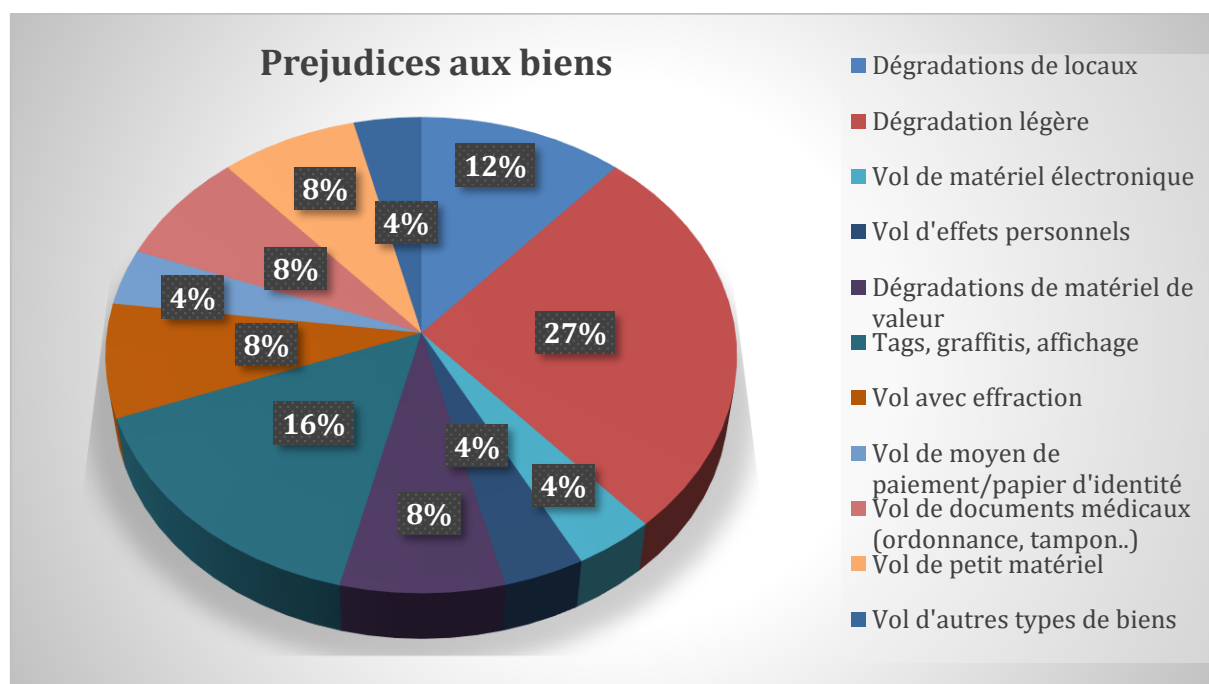


Source : Auteur, synthèse des données, 2018

Concernant les atteintes aux biens, 26 ont été relevées (figure 8). Dans la plupart des cas, il s'agit de dégradations légères (27 %) ou de graffitis (16 %). Neuf vols ont également été recensés en 2017 (matériel électronique, moyens de paiements, papiers d'identités, documents médicaux et petits matériels).

L'estimation du montant des dégradations recensées s'élève à 6 100 €. Concernant les vols, le bilan pour 2017 s'élève à environ 142 300 €.

Figure 8 : Préjudices aux biens

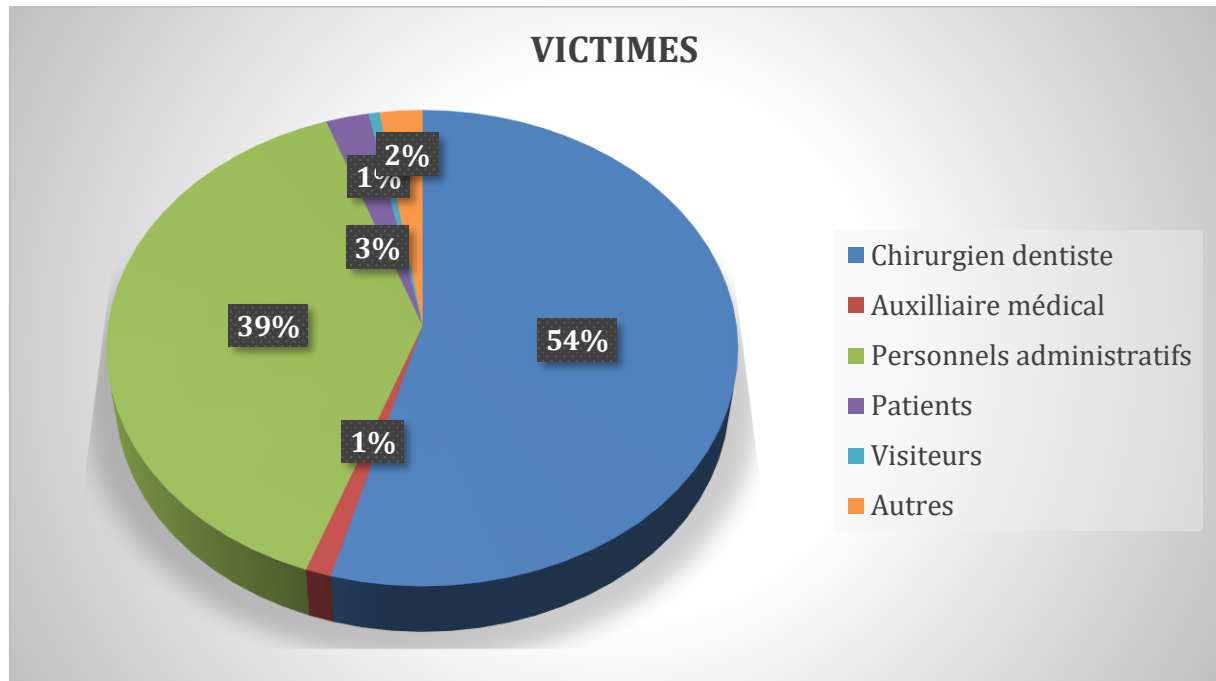


Source : Auteur, synthèse des données, 2018

Ces incidents ont concerné 168 personnes dont 90 praticiens, 67 salariés et 4 patients (figure 9).

On note qu'il n'y a pas de différence significative concernant le sexe des praticiens victimes (44 femmes, 45 hommes, 1 non précisé). Cela n'est pas vrai tous les ans puisque les femmes représentaient 55 % des praticiens victimes en 2014 et 65 % en 2015. Par ailleurs, la totalité du personnel administratif (dont assistant dentaire) agressée était des femmes.

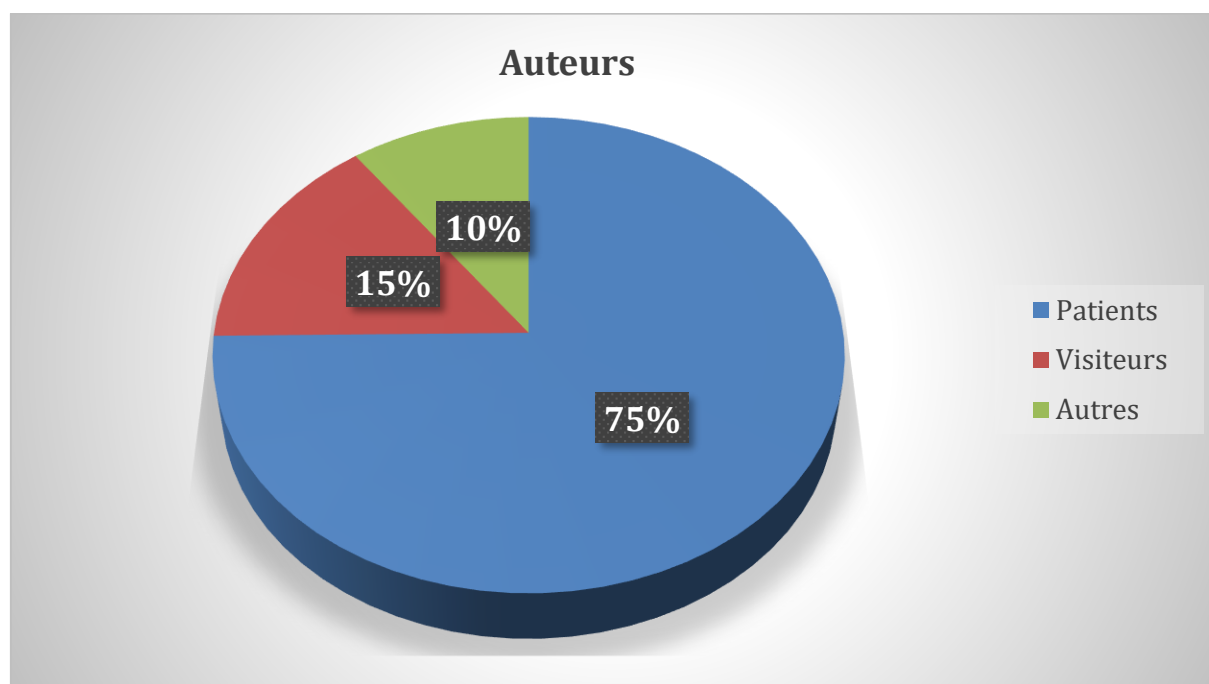
Figure 9 : Les victimes



Source : Auteur, synthèse des données, 2018

Concernant les auteurs, il s'agit des patients dans 75 % des cas (figure 10). Parmi eux, 40 étaient des hommes, 19 des femmes et 30 dont le sexe n'était pas précisé. Cela ne nous permet donc pas de tirer de conclusions fiables sur ce point.

Figure 10 : Les auteurs



Source : Auteur, synthèse des données, 2018

Un praticien a eu 4 jours d'incapacité totale de travail (ITT). Les autres victimes ont été dans l'incapacité de travailler pour des durées allant de deux à cinq jours, pour un total de 59 jours.

En 2017, on relève une seule agression avec présence d'une arme, celle-ci n'ayant pas été utilisée. Le bilan était bien plus lourd en 2015 avec 6 agressions avec présence d'armes dont 4 au cours desquelles celles-ci ont été utilisées.

Enfin, concernant les suites, elles restent très faibles puisqu'on relève seulement 32 plaintes, une suite judiciaire et aucune condamnation prononcée (peine de prison, amende, rappel à la loi).

3.Étude

3.1Matériel et méthode

3.1.1 Lieu et chronologie de l'étude

Nous avons voulu évaluer dans quelles mesures les incivilités et les agressions, physiques ou verbales, subies au quotidien par le chirurgien-dentiste impactent leur santé psychologique.

Nous avons donc élaboré un questionnaire à l'aide de Google Forms, outil qui permet la réalisation d'un formulaire entièrement personnalisable et sa mise en ligne. Il permet également un total anonymat dans les réponses.

Le questionnaire s'inspire de l'enquête élaborée par l'ONCD et l'ANCD sur les conditions de travail et le stress des chirurgiens-dentistes, réalisée de novembre 2017 à février 2018.

Il comporte plusieurs variables s'articulant autour de trois thématiques :

- La première partie consistait en la description du profil du praticien (sexe et année d'obtention du diplôme) et de son activité mode d'exercice et typologie de la commune d'exercice) ;
- La deuxième partie permettait de dresser le bilan de l'exposition aux violences (agressions verbales, physiques, atteintes aux biens), de leurs motifs et des suites données ;
- La troisième partie concernait l'impact psychologique de ces agressions.

Le questionnaire a été distribué entre le 28 mai 2018 et le 17 juin 2018 sur Facebook et plus précisément la page « Dentistes de France » qui regroupe plus de 18 000 membres.

Les avantages sont nombreux :

- La visibilité : c'est aujourd'hui la plateforme qui réunit le plus de chirurgiens-dentistes, tous réseaux sociaux confondus ;
- La représentativité de l'échantillon : nous constatons dans la diversité des publications que tous les profils de chirurgiens-dentistes sont présents. Ainsi, on trouve sur le groupe tous les sexes, les âges, les régions de France (zone rurale ou urbaine), les modes d'exercices (libéral ou salarié, cabinet de groupe ou non) et les types de pratiques.

- L'absence de contrainte de distance avec la région Parisienne contrairement à un entretien physique ;
- La facilité pour le chirurgien-dentiste : il peut répondre le soir tranquillement chez lui plutôt que de fixer un RDV téléphonique au cabinet dentaire ;

Nous avons choisi un questionnaire à réponse fermée car la collecte des réponses est simple et fiable. Cela permet également de rendre le questionnaire plus court pour le répondant et limite l'effort à faire. Nous prenons donc moins de risque de « perdre » le praticien, d'autant plus dans le cas d'un questionnaire publié en ligne.

Dans la dernière partie, il était également permis aux praticiens qui le désiraient de laisser un commentaire libre. Notre choix pour cet item a été déterminé par le thème abordé, la violence auprès de la population de chirurgiens-dentistes, et notamment le recueil d'un ressenti face à ce phénomène. Il nous paraissait important de prendre en compte à un moment de l'étude, un contexte, une situation, une émotion sans le biais imposé par des questions fermées.

Le seul critère d'inclusion est le suivant : le chirurgien-dentiste doit se considérer comme ayant déjà été victime d'agression (atteinte aux biens ou aux personnes, incivilités comprises).

Ainsi, le questionnaire s'accompagnait de l'annonce suivante :

« ÉTUDE SUR L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE D'UNE AGRESSION SUR LE CHIRURGIEN-DENTISTE AU CABINET DENTAIRE

Bonjour à tous, je suis actuellement étudiant en 6ème année de chirurgie dentaire à Paris V et dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise une étude sur l'impact psychologique d'une agression sur le chirurgien-dentiste au cabinet dentaire.

Si vous êtes chirurgien-dentiste et que vous avez déjà été victime d'une agression physique ou verbale ou d'une atteinte aux biens (vol, dégradation de matériel ou racket au cabinet), merci de prendre le temps de réponse à ce questionnaires (moins de cinq minutes sont nécessaires).

Merci de ne remplir qu'un questionnaire par chirurgien-dentiste.

Les informations communiquées sont confidentielles et aucune information concernant votre identité n'est demandée.

MERCI de votre participation.

Chmouel OLIEL ».

Concernant la taille de l'échantillon, nous avons choisi de traiter tous les questionnaires reçus sur une période de trois semaines avec un objectif d'un minimum de 30 questionnaires validés afin d'obtenir la significativité statistique nécessaire pour ce type d'étude quantitative. Nous avons fait des relances tous les trois jours sur le site (hors week-end et jours fériés) afin de garder la forte visibilité nécessaire pour les enquêtes en ligne.

Pour éviter les questionnaires incomplets et donc non analysables, toutes les questions étaient obligatoires (sauf la dernière question ouverte) pour valider le questionnaire.

3.1.2 Biais de sélection

L'étude pouvait comporter certains biais, en effet :

- Il n'y a pas que des chirurgiens-dentistes sur le groupe Facebook. Aussi, des prothésistes, des étudiants en chirurgie-dentaire ou autre ont pu répondre à l'étude. C'est pourquoi nous avons demandé précisément que les réponses ne soient apportées que par les chirurgiens-dentistes.
- Une sur représentation de jeunes praticiens sur les réseaux sociaux.
- Une personne peut remplir plusieurs questionnaires. C'est pourquoi nous avons précisé dans notre demande qu'une seule réponse ne soit envoyée.
- Il peut y avoir une réticence des praticiens à parler de leur consommation de médicaments, de drogue ou d'alcool, c'est pourquoi pour faciliter les réponses, le questionnaire a été anonymisé.

3.1.3 Questionnaire

PARTIE 1 : Généralités

- 1) Vous êtes ?
 - Une femme
 - Un homme

- 2) Quel est votre âge?
 - Moins de 29 ans
 - De 30 à 49 ans
 - De 50 à 64 ans

- 3) Quel est votre mode d'exercice ?
 - Libéral
 - Salarié
 - Mixte

- 4) Dans quelle type de commune exercez vous ?
 - Rurale
 - Urbaine

PARTIE 2 : Exposition aux agressions et suites données

- 5) Avez-vous déjà été confronté à des violences verbales ? Si oui, lesquelles ?

	Oui	Non
- Incivilités		
- Injures / insultes		
- Menaces physiques		
- Menaces avec arme		
- Chahut, occupations des locaux		
- Autre		

- 6) Avez-vous déjà été confronté à des agressions physiques ? Si oui, lesquelles?

	Oui	Non
- Violence volontaire		
- Violence avec arme		

- Agression sexuelle		
- Autre		

7) Avez-vous déjà été confronté à des problèmes de dégradations de biens ou de vols ? Si oui, lesquels?

	Oui	Non
- Dégradation des locaux		
- Vol de matériel électronique ou dentaire		
- Vol d'effet personnel		
- Escroquerie		
- Vol à main armée		
- Autre		

8) Quels motifs avez vous déjà rencontré en cas d'agression ?

- Trouble psychique ou neuropsychique de l'auteur
- Reproche relatif à une prise en charge
- Règlement de compte
- Alcool / Drogue
- Temps d'attente jugé excessif
- Diagnostic non accepté
- Refus de prescription
- Coût des soins
- Pas de motif / motif inconnu
- Autre

9) Suite à l'agression, avez-vous fait appel à un organisme pour vous aider dans vos démarches ? Si oui, lequel ?

	Oui	Non
- Le Conseil de l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes		
- La police (plainte, main courante)		

10) Saviez vous que le Conseil de l'Ordre peut vous accompagner dans vos démarches juridiques ?

- Oui
- Non

PARTIE 3 : Impact psychologique de l'agression

11) Cette agression a-t-elle entraîné une apparition ou une aggravation :

	Oui	Non
- De troubles anxio-dépressifs (phobies, crise de panique, trouble du sommeil, altération de l'humeur, perte de l'estime de soi...)		
- D'une dépression		
- Du phénomène de burnout (épuisement professionnel)		
- D'idées suicidaires		

12) Cette agression a-t-elle entraîné un début ou une augmentation d'une consommation :

	Oui	Non
- De médicaments psychoactifs : anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs		
- De produits tels que le tabac, l'alcool, le café ou la drogue		

13) Suite à cette agression, avez-vous traversé un stress post traumatique (troubles anxio-dépressifs avec évocation persistante de l'événement traumatique) :

- Oui
- Non

14) Optionnel : Avez-vous un témoignage supplémentaire à apporter ?

3.1.4 Méthode statistique

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel R Studio, outil de référence pour le traitement d'analyses de données, puissant, libre d'accès et gratuit.

Nous avons également effectué des analyses univariées pour lesquelles, lors du croisement de deux variables qualitatives nous avons utilisé :

- Le test du Chi Deux lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5 ;
- Le test de Fisher lorsque le test du Chi Deux ne pouvait pas être appliqué et que nous avions un tableau de plus de 4 cases ;

Pour chaque test nous avons indiqué sa significativité (pvalue). Dans l'usage, le risque de première espèce alpha est arbitrairement fixé à 5 % pour les analyses statistiques, une différence était donc considérée comme significative quand p était inférieur à 0,05 (valeur seuil institutionnalisée par Fisher en 1925).

3.2 Résultats

Nous avons reçu 108 questionnaires lors de la période de l'enquête.

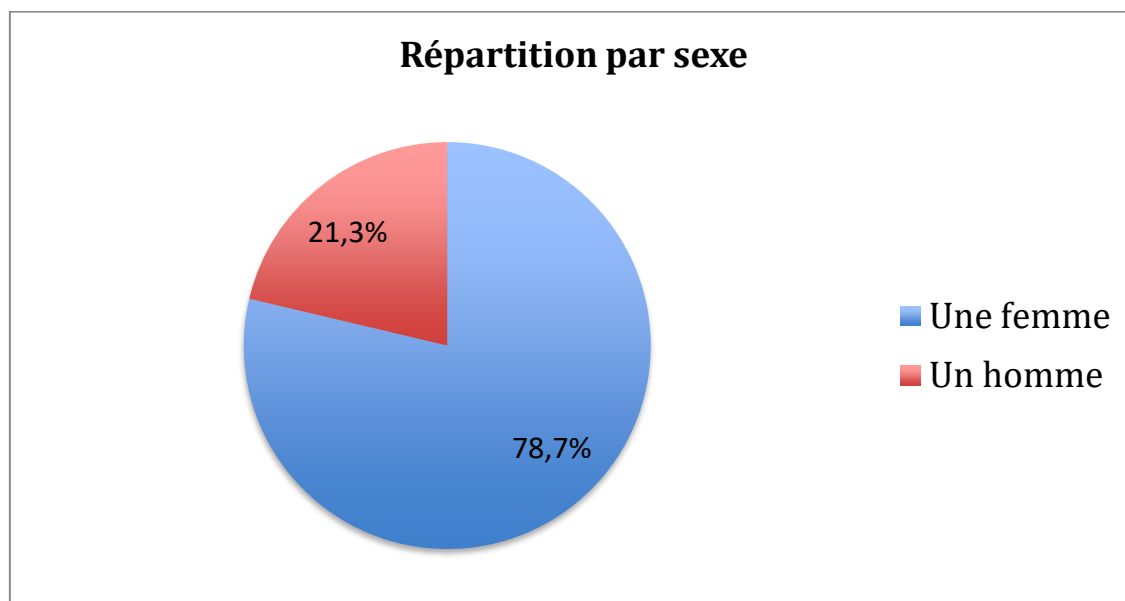
Deux types d'analyses ont été réalisés :

- Une analyse descriptive d'une part ;
- Des analyses univariées d'autre part (annexe 3) ;
 - La première, dont la variable dépendante est le sexe ;
 - La deuxième, dont la variable dépendante est l'âge ;
 - La troisième, dont la variable dépendante est la typologie de la commune ;
 - La quatrième, dont la variable dépendante est le mode d'exercice.

3.2.1 Réponses au questionnaire

- Quel est votre sexe ?

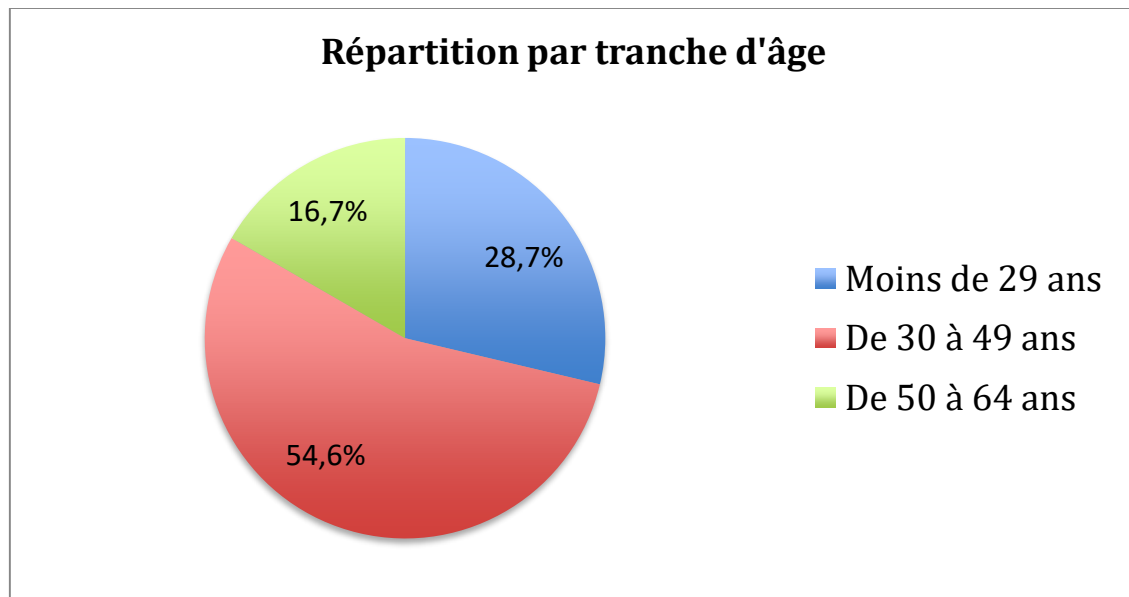
Figure 11: Répartition homme/femme



Source : Auteur , 2018

- Quel est votre âge ?

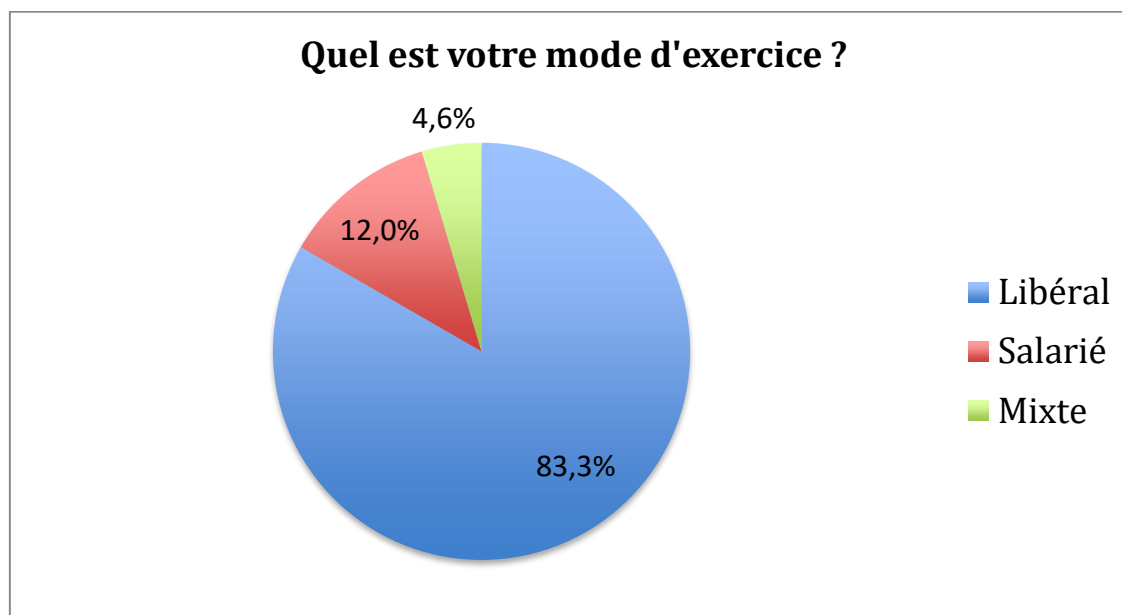
Figure 12 : Répartition par tranche d'âge



Source : Auteur, 2018

- Quel est votre mode d'exercice ?

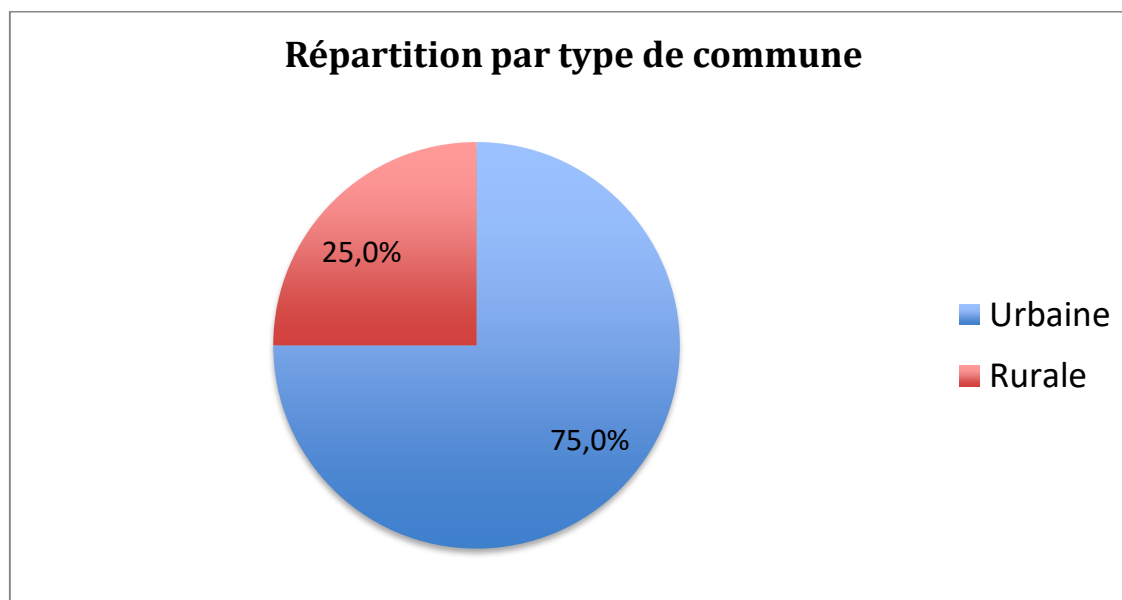
Figure 13 : Répartition par mode d'exercice



Source : Auteur, 2018

- Dans quel type de commune exercez-vous ?

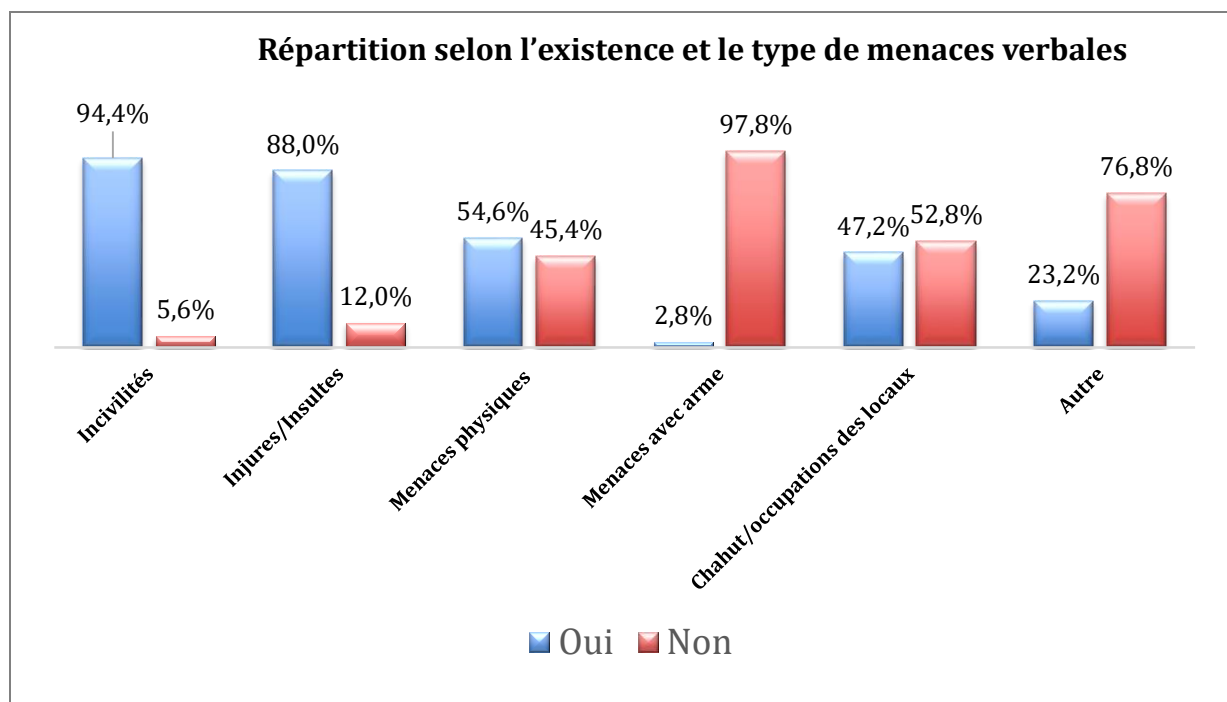
Figure 14 : Répartition par type de commune



Source : Auteur, 2018

- Avez-vous déjà été confronté à des violences verbales ? Si oui, lesquelles?

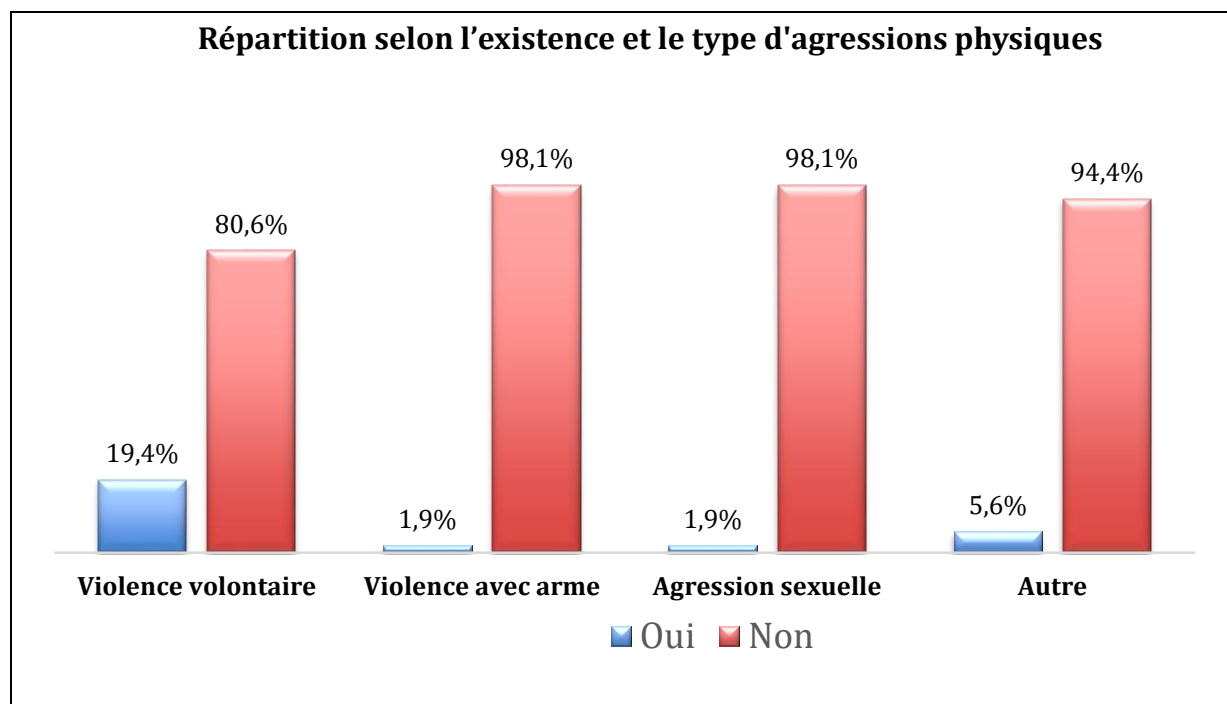
Figure 15 : Répartition selon l'existence et le type de menaces verbales



Source : Auteur, 2018

- Avez-vous déjà été confronté à des agressions physiques ? Si oui, lesquelles?

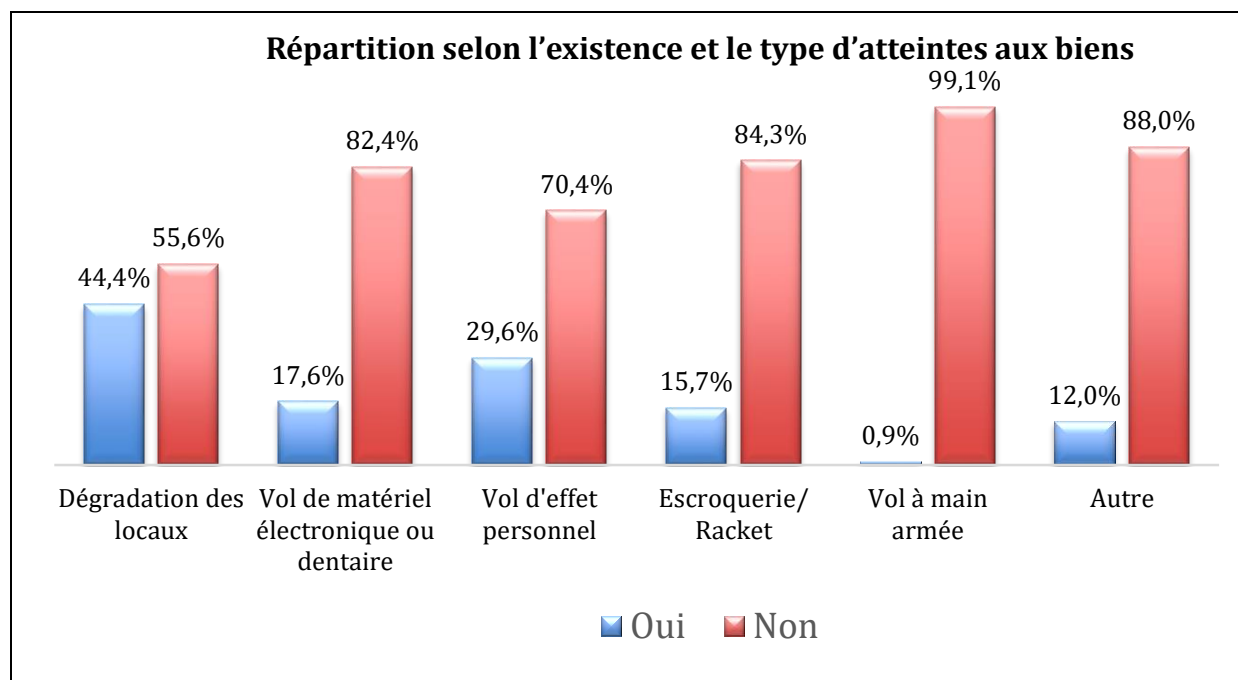
Figure 16 : Répartition selon l'existence et le types d'agressions physiques



Source : Auteur, 2018

- Avez-vous déjà été confronté à des problèmes de vols ou de dégradations de biens ? Si oui, lesquelles?

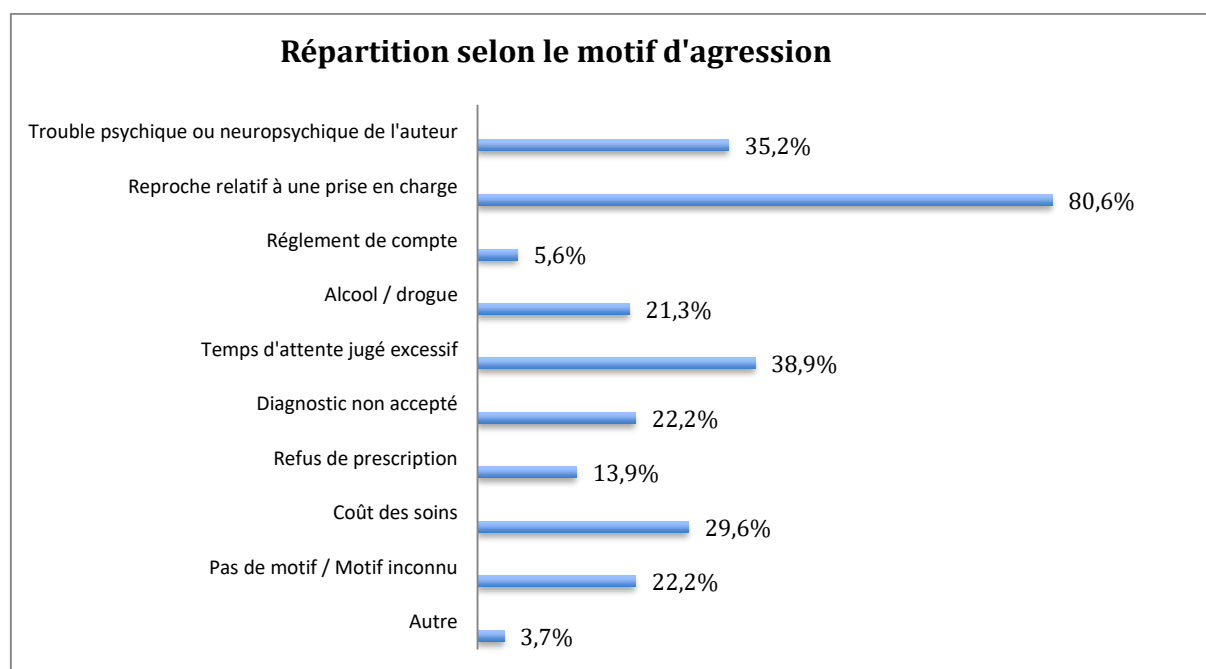
Figure 17 : Répartition selon l'existence et le type d'atteintes aux biens



Source : Auteur, 2018

- Quels motifs avez-vous déjà rencontré en cas d'agression ?

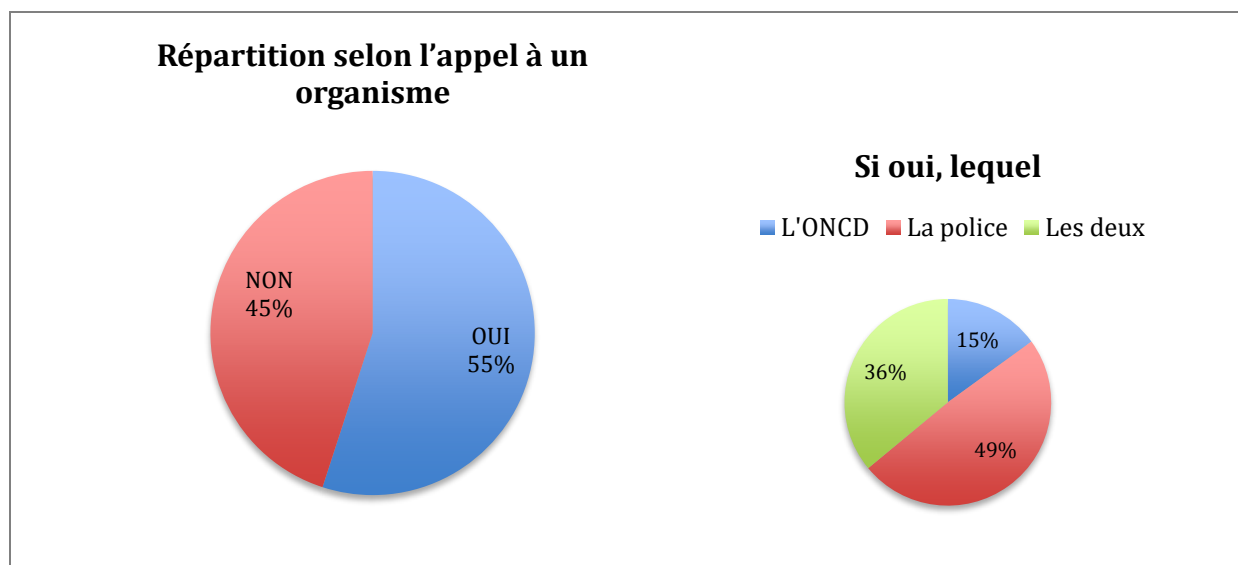
Figure 18 : Répartition selon le motif d'agression



Source: Auteur, 2018

- Suite à l'agression, avez-vous fait appel à un organisme pour vous aider dans vos démarches ? Si oui, lequel ?

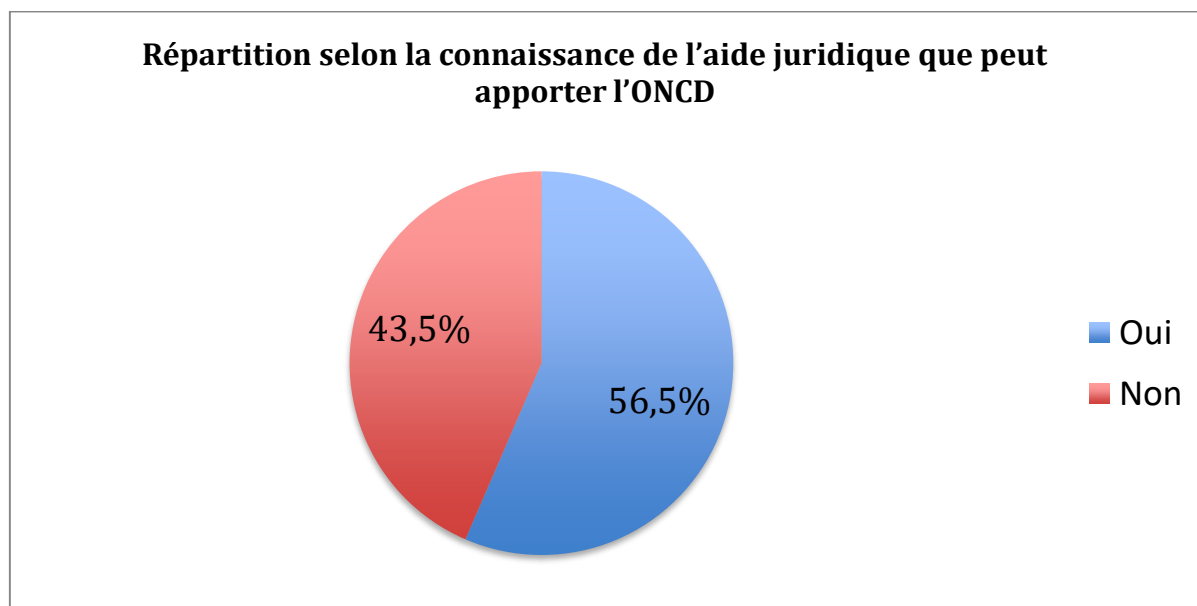
Figure 19 : Répartition selon l'organisme sollicité



Source : Auteur, 2018

- Saviez-vous que le Conseil de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes peut vous accompagner dans vos démarches juridiques ?

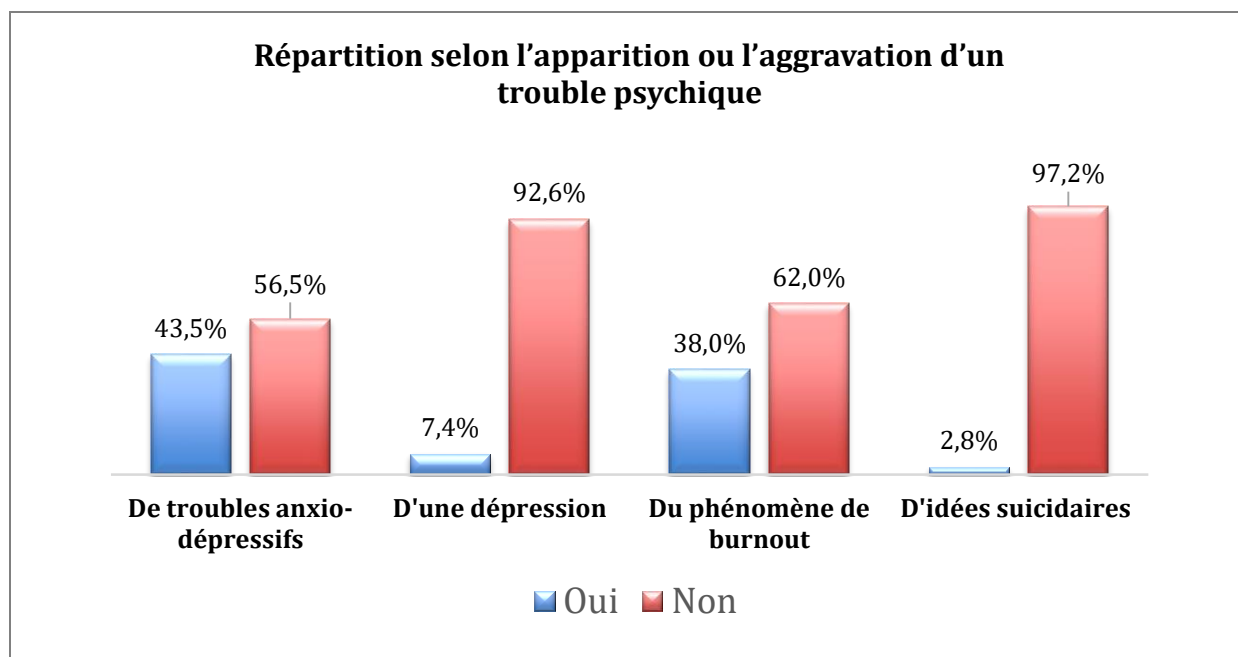
Figure 20 : Répartition selon la connaissance de l'aide juridique que peut apporter l'ONCD



Source : Auteur, 2018

- Cette agression a-t-elle entraîné une apparition ou une aggravation d'un trouble psychique? Si oui, lequel ?

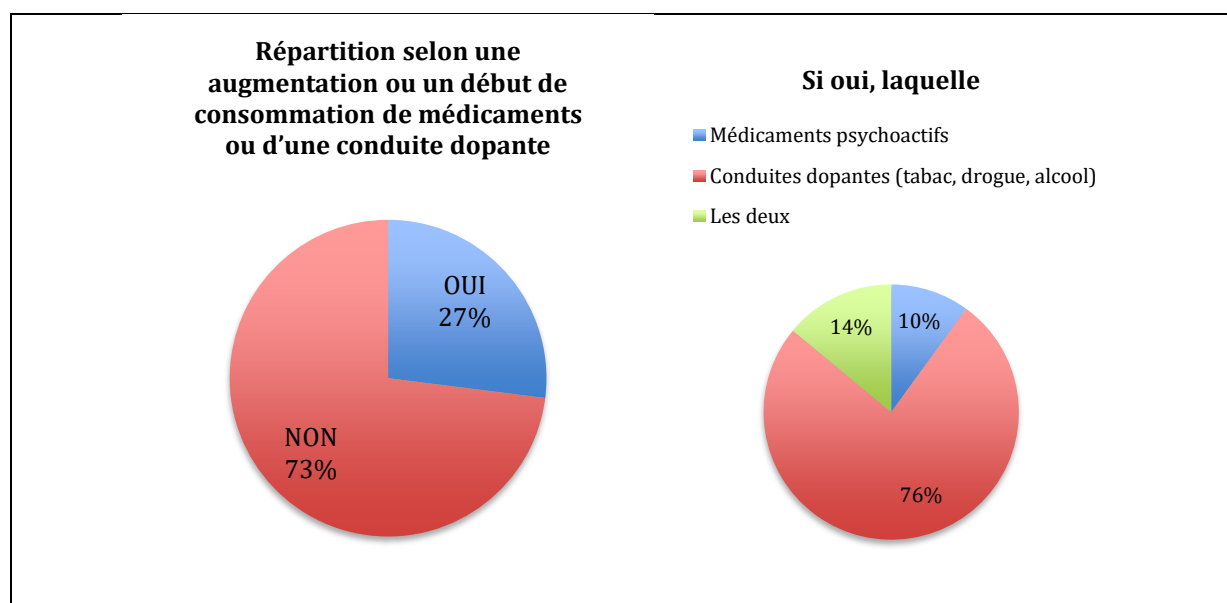
Figure 21 : Répartition selon l'apparition ou l'aggravation d'un trouble psychique



Source : Auteur, 2018

- Cette agression a-t-elle entraîné un début ou une augmentation de la consommation de médicaments psychoactifs ou d'une conduite dopante ?

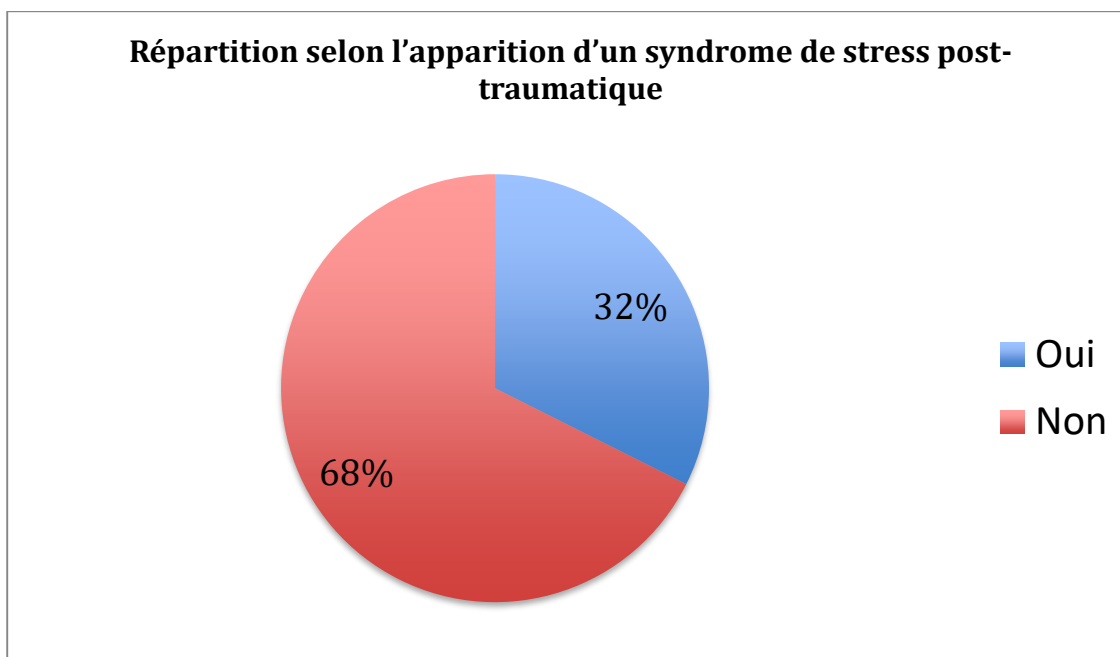
Figure 22 : Répartition selon une augmentation ou un début de consommation de médicaments psychoactifs ou d'une conduite dopante



Source : Auteur, 2018

- Suite à cette agression, avez-vous traversé un stress post-traumatique (troubles anxio-dépressifs avec évocation persistante de l'événement traumatique) ?

Figure 23 : Répartition selon l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique



Source : Auteur, 2018

- Optionnel : Avez-vous un témoignage supplémentaire à apporter ? (Annexe 4)

3.2.2 Les analyses descriptives univariées (Pr)

Pour chacune de ces études, nous n'avons donné que les résultats statistiquement significatifs.

➤ Analyse descriptive univariée dont la variable dépendante est le sexe

Les tests étaient exécutables sur toutes les questions des parties 2 et 3 du questionnaire.

Nous avons trouvé des résultats statistiquement significatifs pour deux d'entre elles.

Variable indépendante (n=108)		Femmes (%)	Hommes (%)	pr
Apparition ou aggravation de troubles anxio-dépressifs	Non	77	23	
	Oui	8	0	<u>0,004</u>
Apparition d'un syndrome post traumatique	Non	53	20	
	Oui	32	3	<u>0.026</u>

➤ *Analyse descriptive univariée dont la variable dépendante est l'âge*

Les tests n'étaient pas exécutables sur toutes les questions.

Nous avons trouvé des résultats statistiquement significatifs pour deux d'entre elles.

Variable indépendante (n=108)		Moins de 29 ans (%)	De 30 à 49 ans (%)	De 50 à 64 ans (%)	pr
Atteintes aux biens – Dégradation des locaux – Vols d'effet personnel	Non	24	46	6	
	Oui	7	13	12	<u>0,001</u>
Apparition d'un syndrome post - traumatique	Non	27	34	12	
	Oui	4	25	6	<u>0,018</u>

➤ *Analyse descriptive univariée dont la variable dépendante est la typologie de la commune d'exercice*

Les tests étaient exécutables sur toutes les questions mais nous n'avons trouvé aucun résultat statistiquement significatif.

➤ *Analyse descriptive univariée dont la variable dépendante est le mode d'exercice*

Nous n'avons pas pu exécuter les tests pour cette variable car nous n'avions aucun effectif théorique supérieur à 5.

3.3 Discussion

3.3.1 Existe-il un « profil » type de chirurgien-dentiste victime ? Quels enjeux sur l'impact psychologique ?

⇒ **Les femmes sont-elles plus agressées et plus impactées psychologiquement que les hommes suite à une agression?**

Plus de trois-quart des chirurgiens-dentistes ayant répondu à notre étude sont des femmes (figure 11). Or, dans les déclarations d'incidents recensées par l'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-

dentistes, nous ne relevons pas de différence significative concernant le sexe des praticiens victimes (figure 9).

On ne peut donc pas déterminer que les femmes sont plus agressées que les hommes, mais plusieurs pistes sont à envisager :

- Les femmes ont plus de facilité à parler des agressions subies notamment sur les réseaux sociaux. Elles sont d'ailleurs beaucoup plus nombreuses à avoir répondu à la question libre permettant de s'exprimer librement sur les circonstances de l'agression.
- Les agressions subies par des femmes sont plus violentes que celles des hommes. En effet, même si les résultats ne sont pas statistiquement significatifs, on note que, dans notre étude, les femmes sont plus souvent victimes d'agressions physiques notamment les violences volontaires et les agressions sexuelles (figure 16).
- Enfin, on observe dans l'étude que les femmes sont de manière statistiquement significatives plus enclines à développer des troubles anxio-dépressifs ou un syndrome post traumatique (figures 21 et 23).

De manière générale, les femmes sont deux fois plus souvent concernées que les hommes par la dépression. Selon une étude européenne, elles sont également deux fois plus nombreuses à consommer des psychotropes⁵⁶. On trouve dans la littérature plusieurs facteurs qui peuvent expliquer cela :

- Les facteurs hormonaux : la prévalence la plus importante de troubles anxio-dépressifs se situe avant la ménopause (autour de 35-40 ans).
- Les facteurs cognitifs : les femmes réagiraient de manière plus importante au stress et aux événements traumatisant que les hommes qui, eux, se concentreraient plus volontiers sur des objectifs « abstraits » (leur travail, par exemple).
- Les facteurs neurologiques : les états dépressifs traduisent souvent un déficit sérotoninergique. Or, ce neurotransmetteur est fabriqué à un taux plus élevé dans les cerveaux masculins que féminins⁵⁷.

Ainsi, le témoignage d'une chirurgien-dentiste particulièrement impactée psychologiquement car l'agression a eu lieu lors de sa grossesse, moment particulier dans la vie d'une femme, a été rapporté dans notre étude :

⁵⁶ Boyd et al., « Gender differences in psychotropic use across europe : results from a large cross-sectional, population-based study ».

⁵⁷ Fourcade et al., « La santé des femmes en France ».

- « Enceinte de 4 mois un patient m'a mis un coup de poing dans le ventre car il a ressenti une vive douleur lors d'un soin... C'est parti tout seul mais ça a bien cogné. Quatre jours plus tard je perdais du sang, à l'auscultation mon col était ouvert. J'ai passé le reste de ma grossesse alitée sans pouvoir profiter de mon premier enfant âgé de 18 mois. Et le reste de la grossesse n'était que stress, j'ai accouché 6 semaines prématurément. Mon fils a un an maintenant mais je n'ai pas pu reprendre le travail, je fais des crises d'angoisse plusieurs fois par semaine et l'idée de retravailler me tétanise. J'ai 33 ans diplômée depuis 2011, je ne sais pas si je retravaillerai un jour ni même si je vais réussir à profiter de mon quotidien sans stresser de tout... sans voir le mal partout. Cela m'a pourri la vie, j'ai perdu confiance en moi ».

⇒ Zone rurale ou zone urbaine ?

Les résultats de notre étude ne sont pas statistiquement significatifs et ne nous permettent pas de définir une zone plus encline à l'agression. En revanche, on note tout de même que les quatre agressions les plus « graves » recensées dans l'étude (deux violences avec arme et deux agressions sexuelles) ont eu lieu en milieu urbain (figures 14 et 16).

Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons :

- Globalement, en France, la criminalité est bien plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural⁵⁸ (liée en partie à la concentration de populations défavorisées en zone urbaine).
- La plus forte densité de chirurgiens-dentistes dans certaines grandes villes, accentuée par la nouvelle concurrence des centres dentaires, peut donner le sentiment au patient de choisir « par qui, quand et comment » il veut se faire soigner. Cela s'observe notamment dans les agressions liées au délai de RDV ou au temps d'attente jugé excessif plus importantes en zone urbaine (figure 18).
- Par ailleurs, on peut observer dans certaines zones rurales un sentiment de sécurité entre les habitants, où le professionnel de santé est connu de tous et a un rôle particulier dans la ville.

En revanche, concernant l'impact psychologique d'une agression, on note que les chirurgiens-dentistes exerçant en zone rurale ne sont pas moins touchés. Ceci se reflète d'ailleurs dans la population générale puisqu'une étude récente a montré que, contrairement aux idées reçues, les Français des régions rurales dépriment plus que ceux des zones urbaines, à l'exception des Parisiens. Ceci s'explique en partie par :

⁵⁸ Chroniques cartographiques, « Carte de la criminalité en France ».

- Un accès plus difficile aux spécialistes (psychologue ou psychiatre) en cas d'impact psychologique;
- Un plus grand nombre de personnes vivant seules, ce qui reste à ce jour un des facteurs le plus important corrélé à la dépression⁵⁹.

⇒ **Libéral ou salarié ?**

Sur ce point encore, les chiffres ne sont pas statistiquement significatifs pour définir une règle. Cependant, les chirurgiens-dentistes libéraux sont largement plus représentés dans notre étude (figure 13). Ceci s'explique en grande partie par la répartition des chirurgiens-dentistes en France, puisqu'on observe 87,70 % de libéraux et 12,30 % de salariés⁶⁰.

Les agressions les plus graves recensées dans l'étude ont lieu dans le cadre d'un exercice libéral, sûrement car ce sont plus fréquemment des cabinets où le praticien exerce seul.

Concernant l'impact psychologique, on observe un impact psychologique plus important chez les praticiens libéraux. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte :

- Il est plus difficile de prendre un congé maladie ou juste de faire une « pause » après une agression quand on exerce en libéral et que l'on a un cabinet à faire marcher (le personnel, les charges ...).
- Les horaires sont souvent plus contraignants en libéral ce qui laisse moins de temps pour consulter un psychologue.

Ainsi, on note que tous les praticiens ayant répondu positivement à l'apparition d'idées suicidaires après une agression sont des chirurgiens-dentistes libéraux.

⇒ **Quel âge ?**

On trouve des résultats statistiquement significatifs pour deux questions pour l'âge comme variable dépendante (figure 12).

La première concerne les atteintes aux biens et plus précisément les vols d'effets personnels qui sont plus importants chez les chirurgiens-dentistes de plus de 50 ans. Nous pouvons corrélérer cela au fait que les chirurgiens-dentistes les plus âgés pratiquent souvent seul dans leur cabinet, ce qui peut les rendre plus vulnérables à ce genre d'atteintes.

⁵⁹ Ims health, « Dépression et territoires ».

⁶⁰ Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, « Cartographie et données publiques ».

Enfin, les 30-49 ans (et plus particulièrement les femmes) ont des taux largement plus importants d'apparition de stress post-traumatique par rapport aux autres tranches d'âges.

Après l'étude des facteurs de risque d'une agression au cabinet dentaire, on note que ce sont les femmes, de 30 à 49 ans, exerçant en zone urbaine et ayant une pratique libérale qui présentent plus de risque de se faire agresser, notamment de façon grave et d'en subir un impact psychologique important.

3.3.2 Quels types d'agression retrouve-t-on et pourquoi? Les agressions chez les professionnels de santé correspondent-elles à une fatalité?

Nous avons pu mettre en évidence dans notre étude des taux très importants d'agression, qu'elles soient verbales, physiques ou matérielles.

⇒ Les violences physiques

Près d'un-quart des chirurgiens-dentistes interrogés affirment avoir été victimes de violences physiques volontaires.

Encore une fois, si nos chiffres sont difficilement comparables car ils ne comportent pas de notion de limite dans le temps, ce taux reflète une grave réalité. En effet, selon la dernière étude de la CNESST réalisée entre 2012 et 2015, les professionnels de la santé arrivent en tête du nombre et de la fréquence relative des lésions physiques attribuables à la violence en milieu de travail. Ainsi, le personnel de la santé concentre 42,7 % de ces lésions en 2012, 45,4 % en 2013, 45,1 % en 2014 et 40,0 % en 2015.

Pour information, les enseignants arrivent en seconde place avec des taux bien moins importants puisqu'ils concentrent, entre 2012 et 2015, entre 18 et 25 % des lésions physiques au travail selon la profession⁶¹.

On retrouve dans la presse des exemples d'agressions au cabinet dentaire aboutissant au meurtre du praticien :

⁶¹ Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail, « Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail ».

« **Blanc-Mesnil : il tue un dentiste par balle et se suicide** », Nouvel Obs, février 2014

- En février 2014, un dentiste est tué d'une balle dans la tête au Blanc-Mesnil. Le meurtrier présumé s'est suicidé. Il avait expliqué à ses proches avoir agi par jalousie, soupçonnant le chirurgien de région parisienne d'être l'amant de son ex-femme.⁶²

« **Marseille : une dentiste tuée dans son cabinet, l'agresseur est mort** », Le Point, mars 2013

- En mars 2013, une dentiste est tuée dans son cabinet à Marseille. L'agresseur était en litige avec le cabinet pour une dette de 99 euros. Il était muni de deux armes de poing, un pistolet et un revolver et s'est finalement suicidé.⁶³

⇒ **Les atteintes aux biens**

Près de la moitié des chirurgiens-dentistes interrogés ont déjà subi une ou plusieurs atteintes aux biens.

Ainsi les cabinets dentaires recensent un grand nombre de vols que ce soit du matériel électronique ou dentaire, des effets personnels, des médicaments ...

Cela peut s'expliquer de plusieurs façons :

- Le coût du matériel, très cher et plus facile à dérober que du gros matériel de radiologie par exemple ;

« **Il se spécialisait dans le vol de matériel dentaire** », CNEWS, Septembre 2016

- Un homme a été interpellé à l'aéroport d'Orly avec une valise pleine de matériel médical dentaire volé. Le matériel était destiné à des pays d'Afrique du Nord. L'homme interpellé est soupçonné d'être le personnage central d'une longue série de cambriolages réalisés dans une quarantaine de cabinets dentaires du Val-de-Marne, des Hauts-de-Seine, de l'Essonne et de Seine-et-Marne. Selon l'enquête de la sûreté territoriale, les premiers vols avec effraction ont été commis en juillet 2015 et les derniers en juin 2016. D'après le Parisien, le préjudice s'élèverait au minimum à 75 000 €. Europe 1 parle d'un préjudice de près de 800.000 euros⁶⁴.

« **Lyon : cambriolage de 200 000 euros de matériel dentaire** », Lyon capitale, janvier 2017

- En janvier 2017, un cambriolage de 200 000 euros de matériel dentaire a eu lieu dans une clinique dentaire du centre de Lyon. *Si les individus ont agi pendant la nuit, ils*

⁶² L'Obs avec agence-France presse, « Blanc-Mesnil : il tue un dentiste par balle et se suicide ».

⁶³ Agence France-presse, « Marseille : une dentiste tuée dans son cabinet, l'agresseur est mort ».

⁶⁴ Cnews, « Il se spécialisait dans le vol de matériel dentaire ».

avaient pris le soin de neutraliser le système d'alarme de la clinique. Le matériel dérobé cette nuit dans cette clinique est considéré comme "haut de gamme" et sa valeur est estimée à environ 200 000 euros. Les individus à l'origine du vol sont, "selon toute vraisemblance", "en relation avec une filière pour écouler ces appareils". L'enquête pour trouver les auteurs de ce cambriolage a été confiée à la brigade des affaires générales de la Sûreté⁶⁵.

- Le fait que les chirurgiens-dentistes travaillent souvent seuls et sont donc des « proies faciles », notamment pour les vols dans la salle d'attente ;

« Freyming-Merlebach : six mois ferme pour le voleur d'un cabinet dentaire armé d'une hache »,
Républicain Lorrain, décembre 2016

- En décembre 2016, un homme armé d'une hache entre dans un cabinet dentaire à Freyming-Merlebach afin de voler la télévision de la salle d'attente. Le dentiste parvient finalement à maîtriser son cambrioleur. Alors que le procureur requiert douze mois de prison ferme, le tribunal le condamne finalement à dix mois dont quatre avec sursis et mise à l'épreuve⁶⁶.

« Nancy : elle porte plainte contre celui qui diffuse la vidéo de son vol sur les réseaux sociaux »,
France bleue, avril 2016

- En avril 2016, un dentiste de Nancy diffuse sur les réseaux sociaux la vidéo de l'auteur présumé de son cambriolage. Sur ces images vues plus de 180 000 fois, on peut voir distinctement le visage de la femme qui rentre et dérobe la sacoche du praticien située derrière la borne d'accueil dans la salle d'attente. Finalement, cette dernière porte plainte contre le dentiste pour atteinte à la présomption d'innocence et atteinte à la vie privée. L'enquête est toujours en cours⁶⁷.
- Le matériel dentaire peut être assimilé à des « armes » (bistouris, daviers...) ou à de la drogue (médicaments, seringues...) ;
- Dans certains cas, il s'agit juste d'un acte visant à « paralyser » un cabinet dentaire, motivé par un sentiment de vengeance ou de cruauté ;

« Un dentiste se fait braquer en pleine consultation », Le parisien, 13 novembre 2009

⁶⁵ Regis, « Lyon : cambriolage de 200 000 euros de matériel dentaire ».

⁶⁶ Perrot, « Freyming-Merlebach : le dentiste maîtrise son cambrioleur ».

⁶⁷ Broutin et Barbier, « Nancy : le dentiste diffuse sur les réseaux sociaux la vidéo de l'auteur présumée de son cambriolage ».

- En novembre 2009, un dentiste de Moissy-Cramayel se fait braquer, frapper et asperger de gaz lacrymogène alors qu'il était en train de soigner une patiente. *Deux adolescents, sans doute âgés de 16 ans à 18 ans, le visage à moitié caché par des capuches, se sont introduits dans le cabinet, armés d'une bombe lacrymogène. « Donne-moi les clés ! » ont-ils lancé au dentiste en l'aspergeant de gaz. Clés du coffre, de voiture ? « On cherche encore à déterminer ce qu'ils voulaient précisément », confie un enquêteur. Les deux garçons ont ensuite frappé le médecin avant de prendre la fuite à pied, bredouilles. « Ils n'ont volé ni matériel ni argent, même pas le sac à main de la patiente. Ils ont peut-être agi juste pour terroriser. » Le dentiste, blessé à la tête, a été soigné sur place par les sapeurs-pompiers⁶⁸.*

Par ailleurs, on note que certains praticiens, encore parfois associés dans la presse à une image de « joueur de golf » ou de « conducteur de Porsche », peuvent être victimes de racket ou d'escroquerie.

« Lille : la dentiste rencontre un homme sur Meetic, il l'escroque d'un million d'euros », le nouveau détective, septembre 2017

- Un homme escroque une praticienne veuve et mère de trois enfants. L'homme aujourd'hui en fuite avait fait signer à sa compagne une procuration sur ses comptes. Addict aux jeux, la femme séduite perd au moins un million d'euros. Après une enquête, il apparaît que l'escroc avait déjà approché plusieurs femmes célibataires sur internet, toutes chirurgiens-dentiste.

⇒ **L'agression du personnel soignant est-elle une fatalité ?**

Il s'agit ici de comprendre les mécanismes déclencheurs de la violence.

Dans notre étude, les motifs les plus importants d'agression concernent un reproche relatif à une prise en charge ou un temps d'attente jugé excessif. Ces deux facteurs arrivent également en tête du classement des motifs de violence envers les professionnels de santé dans le rapport 2018 de l'ONVS.

- Un reproche relatif à une prise en charge :

« Dax : mécontente d'un bridge, elle agresse sa dentiste », Sud Ouest, mai 2016

- En mai 2016, une femme de 73 ans a violemment agressé une dentiste à Dax. La patiente n'avait pas revu sa dentiste depuis 10 ans mais réclame des centaines de milliers d'euros.

⁶⁸ Fontaine-Fourches, « Un dentiste se fait braquer en pleine consultation ».

Elle prend finalement rendez-vous chez la praticienne sous une fausse identité et lui fracture le pied. L'agression a causé quinze jours d'arrêt de travail. Le parquet de Dax a envoyé la femme chez un psychiatre qui l'a jugée pénalement responsable.⁶⁹

- Le temps d'attente jugé excessif :

« La colère d'un médecin agressé à son cabinet en Seine-Saint-Denis », Le parisien, mars 2018

- Le médecin a été agressé dans son propre cabinet et devant ses patients. *«J'étais en consultation, quand j'ai entendu des cris et des menaces dans la salle d'attente. C'était un père, très virulent, qui exigeait que j'ausculte son enfant sur le champ, raconte-t-il. Face à son attitude menaçante, et alors que je le sentais prêt à frapper, j'ai finalement accédé à sa demande».*

Une étude récente tente d'expliquer pourquoi le nombre d'agressions est aussi important chez les professionnels de santé. Tout d'abord, le cabinet médical est par nature un lieu où l'angoisse, la tension, l'émotion sont toujours très présentes et aboutissent, parfois, à des actes violents.

On observe également plusieurs facteurs déclencheurs défavorables, identifiés dans bien d'autres domaines : fragilité psychologique du patient ou de l'accompagnant (fatigue, angoisse, douleur, incompréhension...), une relation ambivalente avec le professionnel de santé (on attend tout de lui avec un sentiment d'impuissance personnelle, parfois d'infériorité, promiscuité), intimité rarement préservée (salle d'attente bondée, couloirs), sentiment de n'être que rarement la priorité, écouté, voire oublié ou abandonné...

3.3.3 Quelles suites sont données par les chirurgiens-dentistes agressés?

Près de la moitié des chirurgiens-dentistes ne font appel ni à la police ni à l'ONCD après une agression.

⇒ Sollicitation selon le type d'agression

Les incivilités et les agressions verbales ne donnent quasiment jamais lieu à des suites judiciaires ni même à la sollicitation d'un organisme.

Cela renforce l'idée de Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes, selon qui « *Les praticiens ont tendance à minimiser les agressions verbales,*

⁶⁹ Denis, « Landes : elle se plaint d'un bridge et fracture le pied de son ancienne dentiste à Dax ».

qu'ils ne considèrent pas comme de véritables agressions, entendons par là des atteintes physiques ou des dégradations de matériel au cabinet dentaire »⁷⁰.

Ces chiffres confirment également que le nombre de déclarations d'incidents recensées par l'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes ces dernières années ne reflète pas la réalité.

Cependant, on note que nos résultats ne peuvent pas directement être comparés avec ceux de l'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes qui recense les agressions annuellement. Notre étude est beaucoup plus large puisque nous n'avons pas inclus de notion de date limite pour l'agression vécue, le but étant d'évaluer un impact psychologique et non de faire un état des lieux des agressions en France.

⇒ **Explications du peu de suites données selon l'ONVS**

Le dernier rapport de l'ONVS donne plusieurs explications à ce phénomène d'« autocensure » pour signaler des violences et des incivilités ou pour déposer plainte : la méconnaissance de la protection pénale dont les professionnels de santé bénéficient, la crainte de devoir entrer dans le processus judiciaire très mal connu, la peur de représailles et l'impression de perdre du temps (quel intérêt de déclarer si ce n'est pas suivi d'action ? Tâche administrative supplémentaire se rajoutant à tant d'autres).

Ils proposent également des solutions pour pallier à ces réticences. D'une part, il apparaît nécessaire qu'une juste information soit portée à la connaissance des professionnels de santé sur le large spectre judiciaire dont dispose la justice pour rétablir les victimes dans leurs droits avec une graduation dans la sanction pénale adaptée au type d'infraction commise et à la personnalité de l'auteur (passage obligé pour faire cesser le sentiment d'injustice qui nuit à la qualité de la vie au travail et qui, par contre coup, porte atteinte à la qualité des soins dispensés).

Il apparaît aussi nécessaire que les enquêteurs de la police et de la gendarmerie nationales soient mieux informés, au-delà de leur formation en école, de la protection pénale mise en place spécifiquement par le législateur envers les professionnels de santé pour les sensibiliser à ces violences et à ces incivilités.

Deux témoignages illustrent ces phénomènes dans notre étude :

⁷⁰ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire ».

- Sur la réaction des officiers de police, un chirurgien-dentiste rapporte son expérience à la police après l'agression d'un patient qui l'accusait d'avoir voler son collier durant les soins: *« J'ai été étonné par la réaction de l'officier de police venu prendre mon nom. Le patient après avoir jeté les chaises de la salle d'attente pour m'intimider voulait tout de même porter plainte contre moi pour le soi-disant vol de son collier... et quand j'ai essayé de lui faire prendre conscience de l'absurdité de la situation, l'officier m'a répondu : "Vous savez dans notre métier aussi, on se fait agresser tous les jours" ».*
- Sur l'impression de perdre du temps, un chirurgien-dentiste explique : *« Ayant subi différentes formes d'agressions en 37 ans d'exercice, l'attitude n'a pas été la même selon les agressions, j'ai la chance de toujours avoir répondu sans montrer mon inquiétude. Pour info, l'arme était une arme blanche et les patients présents ont été tip -top, ainsi que la police municipale pour sa surveillance, après les faits. Cela aide, mais la plainte contre l'individu suivi en psy n'a servi qu'à perdre du temps; il a été laissé en liberté en proximité. Alors que les médecins souhaitaient une hospitalisation d'office qui a été refusée par le procureur. La menace de revenir me défoncer la tronche à 2 mecs sous prétexte que je ne suis qu'une femme m'a plus traumatisée que le couteau du psychopathe; par contre mon assistante a quant à elle très mal supporté ; j'ai informé la médecine du travail. Bon courage ».*

⇒ **Le rôle de l'ONCD**

Le nombre de chirurgiens-dentistes qui affirment avoir fait appel à l'ONCD ou avoir connaissance de l'aide juridique que peut apporter l'ONCD après une agression est assez important et nous paraît incohérent avec le faible nombre de déclarations d'incidents recensés chaque année (fiche ONVS).

Nous pouvons donc nous interroger sur la mise en place de consignes automatiques au niveau Conseil de l'Ordre pour guider les praticiens victimes d'agression.

Un autre frein à la déclaration à l'ONCD peut résulter de l'image parfois interrogative qu'ont les chirurgiens-dentistes au conseil de l'ordre et des organismes sociaux censés les défendre.

Ainsi, un professionnel de santé qui déclare peut craindre de se voir affubler d'une mauvaise réputation.

3.3.4 L'impact psychologique

⇒ Les troubles psychiques

On relève surtout des taux importants de troubles anxio-dépressifs et de burn-out à la suite d'une agression au cabinet dentaire (figure 21).

Ces chiffres confirment la conclusion de l'enquête sur le burnout des chirurgiens-dentistes selon laquelle la relation patient-praticien serait un des facteurs de risque les plus importants à prendre en compte.

En revanche, le taux de pensées suicidaires dans notre étude est assez faible par rapport aux résultats de l'enquête de l'ONCD qui relevait 14 % de praticiens ayant déjà eu des idées suicidaires. On suppose qu'une mauvaise expérience de relation patient-praticien n'est pas un des facteurs de risque importants dans le fait d'avoir pensées suicidaires⁷¹.

Toujours selon la dernière étude de la CNESST réalisée entre 2012 et 2015, le personnel de santé arrive en troisième position au niveau du nombre et de la fréquence relative des lésions psychiques attribuables à la violence en milieu de travail. Ainsi, le personnel de la santé concentre 10,1 % de ces lésions en 2012, 14,1 % en 2013, 12,1 % en 2014 et 11,6 % en 2015. Ils classent les lésions psychiques en quatre catégories relativement proches des nôtres : l'anxiété/ le stress, un stress post-traumatique, un état dépressif et un trouble d'adaptation⁷².

Pour information, le personnel administratif arrive en tête du classement suivi par les enseignants.

⇒ La consommation de médicaments psychoactifs et les conduites dopantes

Dans un quart des cas, une agression entraîne un début ou une augmentation de conduites dopantes telles que le tabac, l'alcool ou la drogue (figure 22). Ce taux est très important surtout si l'on considère que cette question peut entraîner une gêne et donc des faux négatifs.

On sait également que consommer du tabac, de l'alcool ou des psychotropes est associé au phénomène de dépression et de burnout⁷³. Recourir à ces substances peut également modifier la

⁷¹ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Burn out : le choc ».

⁷² Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail, « Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail ».

⁷³ Orriols et al., « Prescription medicines and the risk of road traffic crashes ».

qualité de la pratique et les perceptions personnelles et professionnelles du soignant influant sur sa santé psychologique⁷⁴.

De manière générale, la consommation d'alcool est plus importante chez les chirurgiens-dentistes de sexe masculin, au sein des cabinets libéraux, ayant entre 41 et 50 ans. Néanmoins, les chirurgiens-dentistes n'auraient pas plus de risque d'alcoolisme que le reste de la population⁷⁵.

⇒ **Le syndrome de stress post-traumatique**

Le pourcentage de l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique dans notre étude (figure 23) concorde avec les données actuelles puisque, selon Christian Mormont, Docteur en psychologie spécialiste du syndrome de stress post traumatique, « grosso modo, un tiers des individus exposés à un évènement potentiellement traumatogène présentent des troubles notables mais passages, alors qu'environ 8 % des individus exposés conservent des séquelles durables ».

Il rajoute que, « quand celui-ci survient dans le contexte du travail, il bat en brèche la représentation que l'individu a de son milieu de travail et de son travail même comme moyen d'assurer la subsistance des siens, de s'insérer dans la société, de se développer ».⁷⁶

Enfin, on note que la notion d'état de stress post-traumatique (ESPT) a pris son essor après la guerre du Vietnam et concernait des menaces immédiates et ponctuelles pour la survie. Dans le milieu du travail, il s'agit plus souvent d'agressions verbales, psychologiques ou institutionnelles, multiples, insistantes, auxquelles le travailleur est exposé de façon prolongée et répétée. Nous avons gardé le même terme en France mais aux Etats-Unis, dans ces cas, on parle aujourd'hui plutôt de DESNOS (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*).

L'important est de constater que toutes les sphères de la personnalité peuvent être touchées et que des troubles graves et variés peuvent être directement causés par des situations de violence interpersonnelle.

⁷⁴ Kay et Lowe, « A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of uk dental practitioners in 2005 ».

⁷⁵ Winwood, Winefield, et Lushington, « The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists ».

⁷⁶ Mormont, « L'impact de l'agression sur le travailleur ».

Conclusion

Au travers de notre étude sur l'impact psychologique d'une agression sur le chirurgien-dentiste au cabinet dentaire, il apparaît finalement que, même si des tendances se dégagent, on observe très peu de différences significatives dans les taux d'agressions, et cela quelque soit le sexe, l'âge, le type de commune ou le mode d'exercice. On suppose que face à la violence, les chirurgiens-dentistes sont tous « égaux » et qu'il faut explorer d'autres pistes pour comprendre et combattre ce phénomène.

Dans un premier temps, étant donné le faible nombre d'incidents recensés *officiellement* chaque année, il faudrait mettre l'accent sur la formation des chirurgiens-dentistes et des organismes qui les représentent pour permettre une déclaration systématique des incidents. On peut par exemple penser à une plateforme en ligne, simple d'utilisation, qui recenserait chaque acte de violence (incivilités comprises) et guiderait de manière automatique et adaptée le chirurgien-dentiste agressé : envoi de la fiche ONVS, aide possible du Conseil de l'Ordre, quand porter plainte... Par ailleurs, il nous semble évident que la solution ne réside pas en un simple recensement des agressions mais qu'il est essentiel de favoriser la prise en charge psychologique des chirurgiens-dentistes agressés. Ainsi, dans la dernière Lettre de l'Ordre publiée en juin 2018, il apparaît la notion de soutien psychologique après une agression. L'Ordre informe que l'association Soins aux professionnels de santé (SPS) a mis en place, avec le soutien de la CNSD, une plateforme d'appel gratuite pour tous les professionnels de santé en situation de souffrance morale ou psychologique⁷⁷.

Dans un second temps, on peut s'interroger sur le model social actuel. S'il présente des avantages indéniables, il aurait peut être tendance à trop « assister » les individus et donnerait finalement l'impression au patient de n'avoir que des droits et pas de devoirs. Ainsi, pour obtenir une baisse des actes de violence dans le milieu de la santé, l'analyse la plus complète doit être réalisée pour proposer un éventail de mesures préventives et correctrices. Pour cela, il convient de s'interroger sur l'agressivité de la société en générale et sur l'évolution de l'image traditionnelle du médecin, notable privilégié et respecté, qui ne semble plus d'actualité.

Tout d'abord, l'accent doit être mis sur l'éducation. C'est dans ce but que le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) a été créé en 2005. Il s'agit d'une instance de

⁷⁷ Gourlay, « Comment réagir après une agression ».

réflexion, d'observation et de proposition qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement au collège et au lycée. Il vise notamment à « préparer les élèves à l'apprentissage de la vie en société, à la construction d'attitudes et de comportements responsables vis-à-vis de soi, des autres et de l'environnement »⁷⁸.

Les médias doivent également agir de façon plus responsable en faisant attention à l'image qu'ils véhiculent des différents professionnels de santé : soins onéreux, grèves trop fréquentes, salaires élevés, refus de soins, réticence à pratiquer le tiers-payant intégral, demandes de revalorisation d'actes médicaux, temps d'attente excessif, manque de personnel, déserts médicaux ... Autant d'images qui peuvent « contrarier » le public si elles ne sont pas accompagnées d'un traitement complet de l'information.

Par ailleurs, l'évolution de la société 2.0 touche aussi la santé et s'accompagne de nombreux désagréments. On observe par exemple qu'il est possible pour n'importe quel individu de noter et commenter sa visite chez le professionnel de santé. Au-delà du caractère abusif de commentaires parfois très violents qui peuvent toucher profondément les praticiens, ces derniers dénoncent surtout le manque de contrôle et le fait d'être considérés comme un bien de consommation.

Enfin, bien que nécessaire pour les passages aux actes les plus graves, imaginer une réponse uniquement technique et judiciaire, ne nous paraît pas adapté au secteur de la santé et n'aurait que peu d'effets dissuasifs ; le contexte psychologique du patient agressif n'étant que peu sensible à la rationalité dans l'instant. Aussi, seule l'ouverture d'esprit permettra d'élargir les concepts à expérimenter.

⁷⁸ Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Circulaire n°2016-114 relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Bibliographie

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, et Institut national de recherche et de sécurité. *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : mieux comprendre pour mieux agir : guide d'aide à la prévention*, 2015. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf.

Boyd, A., S. Van de Velde, M. Pivette, M. ten Have, S. Florescu, S. O'Neill, J.-M. Caldas-de-Almeida, et al. « Gender differences in psychotropic use across europe : results from a large cross-sectional, population-based study ». *European psychiatry* 30, n° 6 (2015) : 778-88.
doi:10.1016/j.eurpsy.2015.05.001.

Broutin, N., et M. Barbier. « Nancy : le dentiste diffuse sur les réseaux sociaux la vidéo de l'auteure présumée de son cambriolage », 2016. <https://www.francebleu.fr/infos/insolite/nancy-le-dentiste-diffuse-sur-les-reseaux-sociaux-la-video-de-l-auteure-presumee-de-son-cambriolage-1461768049>.

Brown, E. « Are dentists really more prone to suicide? », 2017.
https://tonic.vice.com/en_us/article/5344jz/are-dentists-really-more-prone-to-suicide.

Chouanière, D., C. Cohidon, C. Edey Gamassou, F. Kittel, A. Lafferrerie, V. Langevin, M-P. Moisan, et al. « Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques ». *Documents pour le médecin du travail*, n° 127 (2011): 509-17.

Chroniques cartographiques. « Carte de la criminalité en France », 2015. <http://www.chroniques-cartographiques.fr/2015/01/carte-de-france-des-crimes-et-delits.html>.

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire dhos/P1/2000/609 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence (2000). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ609_15122000.pdf.

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Circulaire dhos/P1/2005/327 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique (2005). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ327_110705.pdf.

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Circulaire n°2016-114 relative aux orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (2016).

Cnews. « Il se spécialisait dans le vol de matériel dentaire », 2016.
<https://www.cnews.fr/france/2016-07-04/il-se-specialisait-dans-le-vol-de-materiel-dentaire-733545>.

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail. « Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail », 2017.
<http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-255web.pdf>.

Comité interministériel de prévention de la délinquance. « La politique de prévention de la délinquance », 2012.

Denis, F. « Landes : elle se plaint d'un bridge et fracture le pied de son ancienne dentiste à Dax ». *France Bleu*, 2016. <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/landes-elle-se-plaint-d-un-bridge-et-fracture-le-pied-de-son-ancienne-dentiste-dax-1463678935>.

Deschaux, S. « Burnout : un déni collectif ! », 2016.
<https://www.dentalespace.com/praticien/blog/burnout-deni-collectif/#>.

———. « Burn-out des chirurgiens-dentistes : une réalité ». *Le chirurgien-dentiste de France* 81, n° 1479-1480 (2011): 21-25.

Direction générale de l'offre de soins. « La violence en milieu de santé ». *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 2017. <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/onvs>.

Ims health. « Dépression et territoires », 2014. https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/sites/regions_france3/files/assets/documents/dossier_depression_et_territoires_-_source_ims_health_2014_0.pdf.

Santé sécurité au travail. « Agression ». *Tissot*. Consulté le 13 juin 2018. <https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-st-definition.aspx?idDef=1442&definition=Agression>.

Fourcade, N., L. Gonzalez, S. Rey, et M. Husson. « La santé des femmes en France ». *Études et résultats*, n° 834 (2013): 1-6.

Gourlay, L. « Comment réagir après une agression ». *Le chirurgien-dentiste de France* 88, n° 1803-1804 (2018): 19.

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. « Risques psychosociaux », 2017.

<http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>.

Jurifiable. « Atteintes à la personne : que faire si vous en êtes victime ? », 2018.

<https://www.jurifiable.com/conseil-juridique/droit-penal/atteintes-la-personne>.

Kay, E. J., et J. C. Lowe. « A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of uk dental practitioners in 2005 ». *British dental journal* 204, n° 11 (2008): 622-23.
doi:10.1038/sj.bdj.2008.490.

Lansade, P. « Un Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes ». *La Lettre*, n° 116 (2013): 8-10.

Fontaine-Fourches. « Un dentiste se fait braquer en pleine consultation ». *leparisien*, 2009.
<http://www.leparisien.fr/fontaine-fourches-77480/un-dentiste-se-fait-braquer-en-pleine-consultation-13-11-2009-709500.php>.

Agence France-presse. « Marseille : une dentiste tuée dans son cabinet, l'agresseur est mort ». *lepoint*, 2013. http://www.lepoint.fr/societe/marseille-intervention-du-gipn-pour-une-agression-a-main-armee-chez-un-dentiste-19-03-2013-1641774_23.php.

Légifrance. De l'extorsion. Section 1. Article 312-1, Code pénal § (2002).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165327&cidTexte=LEGITEXT000006070719>.

— — —. Article 322-1, Code pénal § (2002).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LE>

GIARTI000006418258&dateTexte=&categorieLien=cid.

———. Loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors., Code pénal § (1983). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000504704>.

LexisNexis. Atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne. Fasc.20, Pub. L. No. Art.222-44 à 222-51, JurisClasseur Pénal Code (2007). https://www.lexis360.lexisnexis.fr/droit-document/fascicules/jcl-penal-code/857_EG_PE3_393857CH_1_PRO_231983.htm#.WyDuB63pNE4.

Bonis, E., et R. Ollard. Destructures, dégradations et détériorations ne présentant pas de danger pour les personnes. Fasc.20, JurisClasseur Pénal Code § (2018). https://www.lexis360.lexisnexis.fr/droit-document/fascicules/jcl-penal-code/786_EG_PE3_472786CH_1_PRO_081602.htm#.WyDr9K3pNE4.

LexisNexis. « Atteintes aux biens ». *Responsabilité civile et assurances*, n° 1 (2011). <http://www.lexis360.lexisnexis.fr/droit-document/sommaire-article/responsabilite-civile-assurances/responsabilite-civile-assurances-janvier-2011-n-1.htm>.

L'Obs avec Agence France-presse. « Blanc-Mesnil : il tue un dentiste par balle et se suicide », 2014. <https://www.nouvelobs.com/faits-divers/20140218.OBS6703/blanc-mesnil-il-tue-un-dentiste-par-balle-et-se-suicide.html>.

Mormont, C. « L'impact de l'agression sur le travailleur », 2008. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/192909>.

Observatoire national des violences en milieu de santé, et Direction générale de l'offre de soins. « Guide méthodologique : la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé », 2017. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf.

Observatoire national des violences en milieu de santé, et Direction générale de l'offre de soins. « Données 2015 et 2016 », 2017. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2017_-_donnees_2015-2016_2017-09-18_.pdf.

Ordre national des chirurgiens-dentistes. « Burn out : le choc ». *La lettre*, n° 166 (2018): 4-9.

Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes. « Cartographie et données publiques ». *ONCD*, 2016. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>.

Ordre national des chirurgiens-dentistes. « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire ». *La lettre*, n° 163 (2017): 8-9.

———. « La sécurité dans les cabinets dentaires, c'est l'affaire de tous ! », 2017. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/divers/securite-des-chirurgiens-dentistes.html>.

———. « Notre sécurité est l'affaire de tous ! » *La lettre*, n° 159 (2017): 12-14.

———. « Répondez à notre enquête sur le burn out ». *La lettre*, n° 161 (2017): 11.

Orriols, L., B. Delorme, B. Gadegbeku, A. Tricotel, B. Contrand, B. Laumon, L. Salmi, et E. Lagarde. « Prescription medicines and the risk of road traffic crashes : a french registry-based study ». Édité par M. Pirmohamed. *Plos medicine* 7, n° 11 (2010). doi:10.1371/journal.pmed.1000366.

Perrot, E. « Freyming-Merlebach : le dentiste maîtrise son cambrioleur », 2016. <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-forbach/2016/12/07/freyming-merlebach-le-dentiste-maitrise-son-cambrioleur>.

Pirnay, P. « Au service de mon patient en tenant compte de ma santé ». *L'Information dentaire* 97, n° 43 (2015): 34-36.

Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, et Ministère de la santé et des solidarités. Protocole d'accord entre le ministre d'Etat, de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire et le ministre de la Santé et des Solidarités du 12 août 2005 relatif à la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés (2005).

Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire. Protocole d'accord Santé-Sécurité-Justice-Ordres du 20 avril 2011 relatif à la sécurité des professions libérales de santé (2011).

Regis, M. « Lyon : cambriolage de 200 000 euros de matériel dentaire », 2017. <https://www.lyoncapitale.fr/Justice/Lyon-cambriolage-de-200-000-euros-de-materiel-dentaire/>.

Théry-Hugly, M-C. « Le Burn out n'est pas une fatalité ». *L'Information dentaire* 90, n° 38 (2008): 2175-85.

Vie publique. « Incivilités, violence et citoyenneté », 2006. <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/citoyen/enjeux/crise-citoyennete/incivilites-violence-citoyennete.html>.

Weinman, J. « Le stress du dentiste, le burn out & le suicide professionnel ». Consulté le 18 juin 2018. <http://www.peurdudentiste.com/gestion-du-stress/stress-dentiste/>.

Winwood, P. C., A. H. Winefield, et K. Lushington. « The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: a study of south australian general dental practitioners ». *Australian Dental Journal* 48, n° 2 (2003): 102-9. doi:10.1111/j.1834-7819.2003.tb00017.x.

Table des figures

Figure 1: Fiche de signalement de l'ONVS.....	25
Figure 2 : Nombre d'incidents déclarés de 2014 à 2017 à l'Observatoire de la sécurité des chirurgiens- dentistes	28
Figure 3 : Types de structures déclarantes	28
Figure 4 : Causes de violence.....	29
Figure 5 : Intrusion	30
Figure 6 : Intervention	30
Figure 7 : Préjudices aux personnes	31
Figure 8 : Préjudices aux biens	32
Figure 9 : Les victimes	33
Figure 10 : Les auteurs	34
Figure 11: Répartition homme/femme	41
Figure 12 : Répartition par tranche d'âge	42
Figure 13 : Répartition par mode d'exercice.....	43
Figure 14 : Répartition par type de commune	43
Figure 15 : Répartition selon l'existence et le type de menaces verbales.....	44
Figure 16 : Répartition selon l'existence et le types d'agressions physiques	44
Figure 17 : Répartition selon l'existence et le type d'atteintes aux biens	45
Figure 18 : Répartition selon le motif d'agression	45
Figure 19 : Répartition selon l'organisme sollicité	46
Figure 20 : Répartition selon la connaissance de l'aide juridique que peut apporter l'ONCD	46
Figure 21 : Répartition selon l'apparition ou l'aggravation d'un trouble psychique	47
Figure 22 : Répartition selon une augmentation ou un début de consommation de médicaments psychoactifs ou d'une conduite dopante.....	47
Figure 23 : Répartition selon l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique.....	48

Annexes

ANNEXE 1 – Echelle de gravité de signalements de l'ONVS

L'atteinte aux personnes

- **Niveau 1** : Injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures
- **Niveau 2** : Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)
- **Niveau 3** : Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle
- **Niveau 4** : Violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : stylo, lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, enlèvement, séquestration, etc.).

L'atteinte aux biens

- **Niveau 1** : Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis
- **Niveau 2** : Vols avec effraction
- **Niveau 3** : Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée et/ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.)

ANNEXE 2 – Chiffres de 2015 à 2017 des agressions recensées par l'Observatoire national de la Sécurité des chirurgiens-dentistes

INCIDENTS 2015-2017

			2015	2016	2017
Nombre de déclarations			115	86	121
Structure:					
Cabinet			106	80	115
Centre de santé			2	3	3
Etablissement de santé (public et privé)			2	2	
Autres (dont service médical)			5	1	3
Circonstances:					
Causes de violence:					
Trouble psychique ou neuropsychique de l'auteur			2	6	1
Reproche relatif à une prise en charge		NR		17	36
Règlement de compte			3		3
Alcoolisation			2	1	1
Temps d'attente jugé excessif			6	7	12
Diagnostic non accepté			5	2	7
Drogue			1	1	2
Refus de prescription				2	2
Suicide					
Autres (dont coût des soins / règlement / R-V)			48	37	53
Pas de motif particulier ou motif inconnu			11	13	11
Intrusion:					
Zone de soins			7	5	17
Espace d'accueil			7	8	21
Bloc opératoire			1		2
Autre lieu			2	4	8
Interventions:					
Personnel hospitalier			1		4

Forces de l'ordre		9	7	10
Service de sécurité interne		1		1
Autres		2		7
Aucune		2	6	8
Préjudice:				
Préjudice aux personnes:				
Injure, insulte et provocation		89	71	103
Chahut, occupation des locaux		6	6	20
Exhibition sexuelle				
Violence involontaire			1	1
Menace physique		10	6	23
Menaces de mort		7	3	7
Port d'arme				
Drogue/alcool		1	1	1
Menace avec arme		1		
Violence avec arme			1	
Agression sexuelle				
Viol				
Violence volontaire		8	8	9
Séquestration			2	1
Prise d'otage				
Autre fait qualifié de crime				
Préjudice aux biens:				
Dégradations de locaux		3	3	3
Dégradation légère		7	2	7
Escroquerie				
Vol sans effraction			3	
Vol de matériel électronique		3	1	1
Vol de matériel important		5	2	
Vol d'effets personnels				1
Dégradation de véhicule				
Incendie volontaire		1		
Dégradations de matériel de valeur		1		2
Tags, graffitis, affichage		2		4
Vol avec effraction		5	2	2
Vol de moyen de paiement/papier d'identité		3	1	1

Vol de documents médicaux (ordonnance, tampon..)		1	1	2
Vol de médicaments				
Vol à main armée				
Vol de véhicule				
Vol de petit matériel		3	3	2
Vol d'autres types de biens		1	3	1
Tentative de vol		NR	2	
Victimes / auteurs:				
Nombre de victimes:				
Chirurgien-dentiste				
Femme		57	30	44
Homme		32	31	45
Sexe non précisé ou inconnu		6	1	1
Autre professionnel médical				
Femme		4	2	
Homme			1	
Auxiliaire médical				
Femme				1
Homme				1
Personnels administratifs (dont assistant dentaire)				
Femme		43	44	67
Homme				
Agents de sécurité				
Femme				
Homme				
Patients				
Femme		1		1
Homme		1	2	3
Détenus				
Femme				
Homme				
Visiteurs				
Femme				
Homme				1
Autres				

Femme			3	2
Homme		1	2	
Etablissement / cabinet victime		3	1	2
Nombre d'auteurs:				
Chirurgien-dentiste				
Femme				
Homme		1		
Autre professionnel médical				
Femme				
Homme				
Sexe non précisé ou inconnu		1		
Auxiliaire médical				
Femme				
Homme				
Personnels administratifs (dont assistant dentaire)				
Femme				
Homme				
Agents de sécurité				
Femme				
Homme				
Patients (ND)				
Sexe non précisé		49	33	30
Femme		9	8	19
Homme		25	15	40
Détenus				
Femme				
Homme				
Visiteurs (dont accompagnateurs)				
Femme		4	5	7
Homme			6	6
Sexe non précisé ou inconnu		7	8	5
Autres (dont inconnu)				
Femme				1
Homme		1	3	4
Sexe non précisé ou inconnu		10	10	7
Victimes / auteurs:				

Bilan chiffré:				
Nombre total de jours d'arrêt de travail (moy.)		(21)/42	11	59
Nombre total de jours d'ITT (moy.)		(25)/41	34	4
Estimation du montant des dégradations (moy.)			3500	6100
Estimation du montant des vols (moy.)		115 000 €	187 544€	142300
Mode opératoire:				
Présence d'une arme:				
Oui		6	1	1
Non		92	58	51
Dans l'affirmative, utilisation de l'arme:				
Oui		4	1	
Non		1		9
Suites:				
Plainte				
Oui		19	12	32
Non		5	8	3
Suites judiciaires				
Oui			3	1
Non			2	
Condamnation prononcée				
Peine de prison				
Amende				
Rappel à la loi				

ANNEXE 3 – Résultats des analyses univariées

Analyse descriptive univariée (Pr) dont la variable dépendante est le sexe

Variable indépendante (n=108)		Femmes (%)	Hommes (%)	pr
Age	Moins de 29 ans	23	8	
	De 30 à 49 ans	49	10	
	De 50 à 64 ans	13	5	NA
Mode d'exercice	Libéral	71	19	
	Mixte	5	0	
	Salarié	9	4	NA
Lieu d'exercice	Rural	25	2	
	Urbain	60	21	0,077
Violences verbales - Incivilités	Non	4	2	
	Oui	81	21	0,606
Violences verbales - Insultes/ injures	Non	9	4	
	Oui	76	19	0,469
Violences verbales – Menaces physiques	Non	39	10	
	Oui	46	13	0,837
Violences verbales – Menaces avec armes	Non	83	22	
	Oui	2	1	0,516
Violences verbales – Chahut/ occupation	Non	46	11	
	Oui	39	12	0,592
Agressions physiques – Violences volontaire	Non	68	19	
	Oui	17	4	1,000
Agressions physiques – Violences avec arme	Non	84	22	
	Oui	1	1	0,382
Agressions physiques – Agression sexuelle	Non	83	23	
	Oui	2	0	1,000
Atteintes aux biens – Dégradation des locaux	Non	47	13	
	Oui	38	10	0,916
Atteintes aux biens – Vol de matériel électronique ou dentaire	Non	71	18	
	Oui	14	5	0,547
Atteintes aux biens – Vol d'effets personnels	Non	60	16	
	Oui	25	7	0,924
Atteintes aux biens – Escroquerie / Racket	Non	73	18	
	Oui	12	5	0,353
Atteintes aux biens – Vols à main armée	Non	84	23	
	Oui	1	0	1,000
Apparition ou aggravation de troubles anxio-dépressifs	Non	77	23	
	Oui	8	0	0,004
Apparition ou aggravation d'une dépression	Non	53	14	
	Oui	32	9	0,198
Apparition ou aggravation d'un burnout	Non	82	23	

	Oui	3	0	0,896
Apparition ou aggravation d'idées suicidaires	Non	78	23	
	Oui	7	0	1,000
Apparition ou augmentation de consommation de médicaments psychoactifs	Non	64	18	
	Oui	21	5	0.342
Apparition ou augmentation de consommation de substances telles que l'alcool, le tabac, le café ou la drogue	Non	53	20	
	Oui	32	3	0,768
Apparition d'un syndrome post - traumatique	Non	53	20	
	Oui	32	3	<u>0.026</u>

Analyse descriptive univariée (Pr) dont la variable dépendante est la typologie de la commune d'exercice

Variable indépendante (n=108)		Rural (%)	Urbain (%)	pr
Violences verbales - Incivilités	Non	2	4	
	Oui	25	77	0,638
Violences verbales - Insultes/ injures	Non	3	10	
	Oui	24	71	1,000
Violences verbales – Menaces physiques	Non	15	34	
	Oui	12	47	0,219
Violences verbales – Menaces avec armes	Non	27	78	
	Oui	0	3	0,571
Violences verbales – Chahut/ occupation	Non	12	45	
	Oui	15	36	0.317
Agressions physiques – Violences volontaire	Non	21	66	
	Oui	6	15	0.674
Agressions physiques – Violences avec arme	Non	27	79	
	Oui	0	2	1.000
Agressions physiques – Agression sexuelle	Non	27	79	
	Oui	0	2	1.000
Atteintes aux biens – Dégradation des locaux	Non	14	46	
	Oui	13	35	0.655
Atteintes aux biens – Vol de matériel électronique ou dentaire	Non	23	55	
	Oui	4	15	0.777
Atteintes aux biens – Vol d'effets personnels	Non	23	53	
	Oui	4	28	0,056
Atteintes aux biens – Escroquerie / Racket	Non	25	66	

	Oui	2	15	0.300
Atteintes aux biens – Vols à main armée	Non	27	80	
	Oui	0	1	1.000
Apparition ou aggravation de troubles anxio-dépressifs	Non	15	46	
	Oui	12	35	0.911
Apparition ou aggravation d'une dépression	Non	26	74	
	Oui	1	7	0.676
Apparition ou aggravation d'un burnout	Non	13	54	
	Oui	14	27	0.086
Apparition ou aggravation d'idées suicidaires	Non	26	79	
	Oui	1	2	1.000
Apparition ou augmentation de consommation de médicaments psychoactifs	Non	23	78	
	Oui	4	3	0.064
Apparition ou augmentation de consommation de substances telles que l'alcool, le tabac, le café ou la drogue	Non	21	61	
	Oui	6	20	0.795
Apparition d'un syndrome post-traumatique	Non	18	55	
	Oui	9	26	0.906

Analyse descriptive univariée (Pr) dont la variable dépendante est le mode d'exercice

Variable indépendante (n=108)		Libéral	Mixte	Salarié	pr
Violences verbales - Incivilités	Non	5	0	1	
	Oui	85	5	12	NA
Violences verbales - Insultes/ injures	Non	11	0	2	
	Oui	79	5	11	NA
Violences verbales – Menaces physiques	Non	40	2	7	
	Oui	50	3	6	NA
Violences verbales – Menaces avec armes	Non	89	4	12	
	Oui	1	1	1	NA
Violences verbales – Chahut/ occupation	Non	47	4	6	
	Oui	43	1	7	NA
Agressions physiques – Violences volontaire	Non	74	4	9	
	Oui	16	1	4	NA
Agressions physiques – Violences avec arme	Non	90	4	12	
	Oui	0	1	1	NA
Agressions physiques – Agression sexuelle	Non	88	5	13	
	Oui	2	0	0	NA
Atteintes aux biens – Dégradation des locaux	Non	54	3	3	
	Oui	36	2	10	NA

Atteintes aux biens – Vol de matériel électronique ou dentaire	Non	74	5	10	
	Oui	16	0	3	NA
Atteintes aux biens – Vol d’effets personnels	Non	60	4	12	
	Oui	30	1	1	NA
Atteintes aux biens – Escroquerie / Racket	Non	76	4	11	
	Oui	14	1	2	NA
Atteintes aux biens – Vols à main armée	Non	90	4	13	
	Oui	0	1	0	NA
Apparition ou aggravation de troubles anxio-dépressifs	Non	55	1	5	
	Oui	35	4	8	NA
Apparition ou aggravation d’une dépression	Non	83	5	12	
	Oui	7	0	1	NA
Apparition ou aggravation d’un burnout	Non	56	3	8	
	Oui	34	2	5	NA
Apparition ou aggravation d’idées suicidaires	Non	87	5	13	
	Oui	3	0	0	NA
Apparition ou augmentation de consommation de médicaments psychoactifs	Non	85	5	11	
	Oui	5	0	2	NA
Apparition ou augmentation de consommation de substances telles que l’alcool, le tabac, le café ou la drogue	Non	68	4	10	
	Oui	22	1	3	NA
Apparition d’un syndrome post - traumatique	Non	62	3	8	
	Oui	28	2	5	NA

Analyse descriptive univariée (Pr) dont la variable dépendante est l’âge

Variable indépendante (n=108)		30-49 ans	50-64 ans	Moins de 29 ans	pr
Mode d’exercice	Libéral	51	16	23	
	Mixte	3	1	1	
	Salarié	5	1	7	NA
Lieu d’exercice	Rural	14	4	9	
	Urbain	45	14	22	NA
Violences verbales - Incivilités	Non	3	2	1	
	Oui	56	16	30	NA
Violences verbales - Insultes/ injures	Non	10	1	2	
	Oui	49	17	29	NA
Violences verbales – Menaces physiques	Non	26	6	17	
	Oui	33	12	14	0.331
Violences verbales – Menaces avec armes	Non	58	17	30	
	Oui	1	1	1	NA

Violences verbales – Chahut/ occupation	Non	30	9	18	
	Oui	29	9	13	0,782
Agressions physiques – Violences volontaire	Non	45	13	29	
	Oui	14	5	2	NA
Agressions physiques – Violences avec arme	Non	59	17	30	
	Oui	0	1	1	NA
Agressions physiques – Agression sexuelle	Non	58	17	31	
	Oui	1	1	0	NA
Atteintes aux biens – Dégradation des locaux	Non	30	11	19	
	Oui	29	7	12	0,558
Atteintes aux biens – Vol de matériel électronique ou dentaire	Non	47	15	27	
	Oui	12	3	4	NA
Atteintes aux biens – Vol d'effets personnels	Non	46	6	24	
	Oui	13	12	7	0,01
Atteintes aux biens – Escroquerie / Racket	Non	47	14	30	
	Oui	12	4	1	NA
Atteintes aux biens – Vols à main armée	Non	59	17	31	
	Oui	0	1	0	NA
Apparition ou aggravation de troubles anxio-dépressifs	Non	30	11	20	
	Oui	29	7	11	0,420
Apparition ou aggravation d'une dépression	Non	52	18	30	
	Oui	7	0	1	NA
Apparition ou aggravation d'un burnout	Non	36	8	23	
	Oui	23	10	8	0,114
Apparition ou aggravation d'idées suicidaires	Non	56	18	31	
	Oui	3	0	0	NA
Apparition ou augmentation de consommation de médicaments psychoactifs	Non	54	17	30	
	Oui	5	1	1	NA
Apparition ou augmentation de consommation de substances telles que l'alcool, le tabac, le café ou la drogue	Non	43	14	25	
	Oui	16	4	6	NA
Apparition d'un syndrome post - traumatique	Non	34	12	27	
	Oui	25	6	4	0,018

ANNEXE 4 – Réponses à la question ouverte du questionnaire

1. J'ai été étonnée par la réaction de l'officier de police venu prendre mon nom car le patient après avoir jeté les chaises de la salle d'attente pour m'intimider voulait tout de même porter plainte contre moi pour le vol de son collier...et quand j'ai essayé de lui faire prendre conscience de l'absurdité de la situation celui ci m'a répondu : "vous savez dans notre métier on se fait agresser tous les jours"
2. Toujours le reproche lors des conflits d'être raciste à la suite d'une prise en charge ou d'arrêt d'une prise en charge alors que non mes patients sont multiculturels et le les adore mais ceux qui cherchent le conflit sont tout simplement cons !! Et je ne soigne pas les cons !
3. Enceinte de 4 mois, un patient m'a mis un coup de poing dans le ventre car il a ressenti une vive douleur lors d'un soin... C'est parti tout seul mais ça a bien cogné. 4 jours plus tard je perdais du sang, à l'auscultation mon col était ouvert. J'ai passé le reste de ma grossesse alitée sans pouvoir profiter de mon premier enfant âgé de 18 mois.. et le reste de la grossesse n'était que stress, j'ai accouché 6 semaines prématurément. Mon fils a 1 an maintenant mais je n'ai pas su reprendre le travail, je fais des crises d'angoisse plusieurs fois par semaine et l'idée de retravailler me tétanise.. j'ai 33 ans diplômée depuis 2011, je ne sais pas si je retravaillerai un jour ni même si je vais réussir à profiter de mon quotidien sans stresser de tout... Sans voir le mal partout. Ça m'a pourri la vie, j'ai perdu confiance en moi..
4. ayant subi différentes formes d'agressions en 37 ans d'exercice, l'attitude n'a pas été la même selon les agressions, j'ai la chance de tjrs avoir répondu sans montrer mon inquiétude . pr info, l'arme était une arme blanche et les patients présents ont été tip -top, ainsi que la police municipale pr sa surveillance, après les faits. ça aide :-) mais la plainte ctre l'individu suivi en psy n'a servi qu'à perdre du temps; il a été laissé en liberté en proximité:-(alors que les médecins souhaitent une hoshi d'office qui a été refusée par le proc. la menace de revenir me défoncer la tronche à 2 mecs sous prétexte que je ne suis qu'une femme m'a plus traumatisée que le couteau du psychopathe; par contre mon assistante a qt à elle très mal supporté ; j'ai informé la médecine du travail. bon courage.
5. trop de "patients" manquent de prises en charges psy et sont livrés à eux même
6. Zone sensible urbaine
7. J'étais alors enceinte de 6mois et c'est la seule raison qui la freinée à ne pas lever la main sur moi.
8. Non
9. Ça c'est toujours réglé facilement donc pas de traumatisme.mais j'y pense quand je suis seule au cabinet.
10. Aide de la part du CDO , DE la RCP et de la gendarmerie
11. Procès en cours
12. Les incivilités et insultes de rares sont passées en quelques années à récurrentes. Ca ne s'arrange pas.
13. J'en ai retiré une leçon :Ne jamais flancher devant le patient !

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Professeur Philippe PIRNAY

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes

Professeur Frédéric DARDEL

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Étude de l'impact psychologique d'une agression sur le chirurgien-dentiste au cabinet dentaire en France

Résumé :

En France, le nombre d'agressions de chirurgiens-dentistes au cabinet dentaire est en constante augmentation. Dans la plupart des cas, ce phénomène se limite à des incivilités ou des agressions verbales mais les praticiens sont également de plus en plus souvent exposés à des agressions plus graves. Ces actes de violence peuvent nuire à la qualité du travail, mais aussi et surtout au bien-être des chirurgiens-dentistes. Dans ce contexte, nous avons d'abord réalisé une analyse de la littérature qui explorait l'impact psychologique d'une agression et l'état des lieux des violences chez les professionnels de santé en France. Puis, nous avons mené une étude à l'aide d'un questionnaire auto-administré en ligne. L'objectif de ce travail est d'évaluer dans quelles mesures, les incivilités et les agressions, physiques ou verbales, subies au quotidien par le chirurgien-dentiste impactent leur santé psychologique.

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés fMesh et Rameau :

Violence au travail -- Dissertations universitaires ; Santé au travail -- statistiques et données numériques -- Dissertations universitaires ; Santé publique -- Thèses et écrits académiques ; Relations personnel médical-patient -- Thèses et écrits académiques

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge