



HAL
open science

Attitude et ressenti du médecin généraliste picard face à un patient agressif: analyse qualitative

Jennifer Demaie

► To cite this version:

Jennifer Demaie. Attitude et ressenti du médecin généraliste picard face à un patient agressif: analyse qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02334101

HAL Id: dumas-02334101

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02334101>

Submitted on 25 Oct 2019

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

N°2019-91

ATTITUDE ET RESENTI DU MEDECIN GENERALISTE

PICARD FACE A UN PATIENT AGRESSIF :

ANALYSE QUALITATIVE

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

Médecine Générale

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 10 SEPTEMBRE 2019

PAR

Jennifer DEMAIE

Président du jury : Monsieur le Professeur Kaïss LASSOUED

Juges : Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Monsieur le Professeur Cyril PAGE

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Manuel VINCENT

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Kaïss LASSOUED

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Immunologie

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Soyez assuré, Monsieur le professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Maladies infectieuses et tropicales

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon respect et de ma plus grande reconnaissance.

Monsieur le Professeur Cyril PAGE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

ORL

Vous me faites l'honneur Professeur, de prendre part au jugement de cette thèse.

Soyez certain de ma profonde gratitude pour votre implication.

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.

Soyez assuré, Professeur, de ma réelle reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Manuel VINCENT

Médecin généraliste

Maître de Conférence Associé

Département de Médecine Générale d'Amiens

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure à mes côtés.

Je tenais à vous remercier de votre investissement, votre disponibilité et vos encouragements.

Vous êtes celui qui m'a donné envie et encouragé à devenir médecin.

Je vous souhaite le meilleur ainsi qu'à votre famille.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A mon grand-père, Christian, parti trop tôt. Tu as été un père pour moi pendant toutes ces années. Tu m'as transmis tes valeurs, tu as été un réel pilier dans ma vie. Tu me manques tellement, mes pensées volent chaque jour vers toi. Tu étais si heureux lors de mon inscription à la fac de médecine. Tu as toujours cru en moi, peut-être même plus que moi. J'aurais tellement aimé te rendre fier, je te dédie ce travail. Je t'aime.

A ma Paulin, pour ton amour, ton soutien et ta patience. Tu es à mes côtés depuis le début, tu as toujours cru en moi, tu sais à quel point le chemin a été long et difficile. Merci de faire partie ma vie. Pourvu que notre route soit encore longue et belle. Je t'aime.

A ma mère, sans toi je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour ton soutien indéfectible, ton amour et ta patience. Je te suis reconnaissante de tout ce que tu as fait pour moi pendant toutes ces années. Tu m'as permis d'être ce que je suis. Je t'aime.

A mon Frère, un des piliers de ma vie, pour ta présence et tes encouragements. Je t'aime.

A ma grand-mère Suzanne, ma deuxième maman, ma confidente. Merci d'être à mes côtés en toutes circonstances. Je t'aime.

A mon Parrain, David, mon père adoptif, pour ton soutien et ta confiance. Merci de toujours être là pour moi. A Maïté, pour nos discussions interminables. A mon filleul Marceau et la belle Suzanne, vous m'êtes devenus indispensables. Je vous aime.

A mes cousines Pauline et Manon, mes sœurs de cœur, pour nos discussions, nos moments passés ensemble. A Vincent et Louis, merci de rendre mes cousines heureuses. Je vous aime.

A mes grands-parents, André et Roland, merci d'être présents à mes côtés, tendrement.

A ma famille, oncles, tantes, cousins et cousines ainsi qu'à mes proches qui ont toujours cru en moi.

A mon Rominou, ami depuis ma tendre enfance, confident, pour tous ces souvenirs ensemble.

A ma Lulu, Colombine, amie, confidente. Merci d'être là pour moi depuis toutes ces années.

A ma Marin, amie, pour nos moments partagés, tes encouragements, ton soutien, merci de toujours être présente.

A Camille et Elise pour nos balades équestres et notre amitié naissante. Merci d'avoir été là pour moi.

A mes amis Esther et Benoit, pour notre amitié, nos soirées endiablées. Merci pour votre soutien et vos encouragements.

A mes amis Anaïs et Aurélien, merci pour nos discussions et vos conseils.

A mes amis et compagnons de fac : Magda, ma petite Alex, pour toutes nos confidences, nos délires et moments précieux ; Anne-Lise, petite prairie, pour ton aide à la réalisation de ce travail, tes encouragements et ta présence depuis toutes ces années ; Thibault, pour ces souvenirs de fac, nos fous rires ; Benji, pour nos souvenirs lors de nos premières années de Fac ; Martin et Pauline mes compagnons urgentistes ; Manon, Kevin, Floriane, Julie...

A mes amis de la bande dont on ne citera pas le nom, Benjamin, Joséphine, Cassandre, Geoffrey, Antoine, Thomas, Alexandre, Barnabé, Cécile, et Céline. Pour votre amitié, nos délires et moments partagés.

A toute l'équipe du service de Pédiatrie du GHPSO pour m'avoir épaulée lors de mes premiers pas d'interne, à l'équipe des urgences du CHU d'Amiens pour m'avoir confortée dans mon choix, à Carine et Dalila pour m'avoir transmis votre savoir et votre rigueur, aux Dr Ponthieu et François de m'avoir fait découvrir la médecine générale, au service de Réanimation de Beauvais pour leur sympathie et leur professionnalisme, au service de médecine polyvalente de Doullens pour leur sympathie. Au service de Pédiatrie de Beauvais, merci de me faire confiance, merci pour votre enseignement, je vous souhaite de longues années ensemble.

Aux médecins ayant participé à ce travail.

Aux patients croisés pendant mon internat, me rappelant pourquoi j'ai choisi ce métier.

Table des matières

Table des matières	11
LISTE DES ABREVIATIONS :	13
INTRODUCTION.....	14
MATERIEL et METHODE	17
1. Type d'étude.....	17
2. Population étudiée	17
3. Entretien semi-dirigé	17
4. Script d'entretien	18
5. Entretiens.....	18
6. Retranscription des entretiens	18
7. Analyse des entretiens	19
RESULTATS	20
1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens	20
2. Type de l'agression	22
3. Caractéristiques des agresseurs	22
4. Motifs des agressions	24
5. Perception de l'agression par le médecin généraliste.....	25
6. Attitude du médecin généraliste face au patient agressif	26
7. Le ressenti du médecin généraliste face au patient agressif	27
8. Causes du sentiment d'insécurité	29
9. Causes de non insécurité	30
10. Retentissement des agressions sur le médecin généraliste	31
11. Retentissement des agressions sur la relation médecin malade.....	32
12. Retentissement des agressions sur la pratique médicale	33
13. Mesures préventives mises en place par les médecins suite à leur agression	35
14. Attitude à adopter face à un patient agressif.....	36
15. Mesures préventives à mettre en place afin d'éviter les agressions	38
DISCUSSION	41
1. Limites et biais de l'étude	41
2. Forces de notre étude.....	42
3. Résultats comparés à la littérature.....	43
4. Pistes d'amélioration	46
CONCLUSION	50

BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	53
1. Fiche de déclaration d'incidents du CNOM.....	53
2. Script d'entretien :	54
3. Exemple d'affiche sur le thème de la violence en milieu hospitalier :	55
RESUME.....	58

LISTE DES ABREVIATIONS :

- ONSM : Observatoire National pour la Sécurité des Médecins
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- DMG : Département de Médecine Générale
- MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- FMC : Formation Médicale Continue

INTRODUCTION

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

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

Cette violence, qu'elle soit physique, verbale ou psychologique peut avoir des répercussions directes sur le travail du médecin (arrêt de travail, changement de lieu d'exercice voire cessation d'activité) mais aussi des conséquences psychologiques à type de stress au travail et de syndrome d'épuisement au travail [1].

Des travaux de thèses ainsi que des études étrangères se sont intéressés aux caractéristiques des médecins généralistes agressés. Les conclusions sont sensiblement les mêmes, mettant en évidence une nette prédominance des violences de type verbal [2] [3] [4] [5]. Les médecins de sexe féminin sont majoritairement touchés par les agressions verbales et sexuelles, les médecins de sexe masculin par les agressions physiques [2] [3].

Les médecins généralistes se reconnaissent eux-mêmes comme une cible facile de violence de la part des patients. La formation professionnelle permettant aux médecins généralistes de reconnaître les signes d'alerte des violences chez les patients et d'accroître leur vigilance est primordiale [2] [3] [6] [7].

Alors que la barre symbolique des mille incidents remontés par les médecins à leur Conseils départementaux de l'Ordre avait été franchie en 2017, l'année 2018 est marquée par une nouvelle augmentation, avec 1126 déclarations d'incidents, soit une hausse de près de 9%. L'Ile-de-France (171 déclarations), les Hauts-de-France (162) et l'Occitanie (151) sont les trois régions les plus touchées. Ces incidents touchent les médecins où qu'ils exercent : 54% ont lieu en centre-ville, 20% en banlieue, et 17% en milieu rural (en hausse de quatre points par rapport à 2017) [8].

Les médecins généralistes sont les médecins les plus touchés avec 70% des déclarations en 2018 (61% en 2017), alors qu'ils représentent 44% de la population médicale globale [8].

Quarante-neuf pour cent des médecins victimes d'incidents en 2018 sont des femmes, alors qu'elles représentent 47% du corps médical [8].

Parmi les motifs principalement évoqués par les médecins pour expliquer ces incidents, 31% font suite à un reproche relatif à une prise en charge, 17% à un vol, 16% à un refus de prescription (de médicament ou de certificat par exemple), 11% à une falsification de document (ordonnance ou certificat par exemple). Les autres motifs sont un délai de rendez-vous éloigné, un patient venu sans rendez-vous ou un refus de payer la consultation [8].

Les violences subies par les médecins au sein de leur cabinet sont principalement d'ordre psychologique et verbal à hauteur de 65% des agressions. Par ordre de fréquence décroissante, nous retrouvons le vol ou tentative de vol dans 21% des cas, puis les agressions physiques dans 11% des cas et enfin le vandalisme dans 10% des cas [8].

L'ONSM (Observatoire National pour la Sécurité des Médecin) a été créée en 2003 par le Dr LENGMANN Michel, médecin au CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) [9].

Il s'agit principalement d'un outil statistique de recensement des violences faites au médecin. Il intervient ensuite dans la prévention des situations d'insécurité en collaboration avec le ministère de la justice, de l'intérieur et de la santé [10].

L'ONSM a créé une fiche de déclaration d'incident anonyme pour les médecins victimes disponible sur le site du CNOM (Annexe 1). Depuis le 1^{er} janvier 2019, le dispositif de déclaration a par ailleurs été étendu aux internes qui doivent également être protégés dans leur mission au service des patients [8].

En 2011 un protocole de sécurité a été signé, qui étend les mesures de l'accord du 10 juin 2010 à la médecine de ville [12]. Cet accord permet l'amélioration de la sécurité des professionnels de santé ainsi qu'un renforcement de la coopération avec les services de l'Etat. Il facilite également les démarches avec les services de sécurité de l'Etat (dépôt de plainte, de main courante...) ainsi que la transmission de l'information judiciaire (suivi du dépôt de plainte) [7].

L'ordre des médecins a aussi créé un numéro unique d'écoute et d'assistance aux médecins et internes, ce numéro n'est pas uniquement dédié aux médecins victimes d'agressions, ces derniers peuvent cependant y avoir recours pour être mis en relation avec un confrère, un

psychologue clinicien ou un interlocuteur spécifiquement formé pour évoquer toute difficulté administrative ou juridique ou autre, et ce à toute heure du jour et de la nuit, tous les jours de la semaine [8].

Les conseils départementaux de l'ordre ont lancé des expérimentations pour améliorer la sécurité du corps médical. A Limoges, un bip de géolocalisation permettant d'alerter les forces de l'ordre a été proposé aux médecins de ville. Ce dispositif a pour but d'être progressivement étendu à tous les médecins de la Haute-Vienne. En Ile-de-France, le Conseil régional de l'Ordre développe une application qui permet d'alerter et de faciliter l'intervention des forces de l'ordre en cas d'urgence [8].

Le ministère de la Santé a établi un guide pratique pour les médecins libéraux notamment [11]. Il y explique la conduite à tenir au cabinet et lors des déplacements pour prévenir les actes de violence et éviter ces agressions. Les suites à donner en cas d'agressions sont également abordées.

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

Par cette thèse, nous avons voulu offrir une tribune aux Médecins Généralistes de notre région particulièrement touchés par les agressions envers les médecins, en effet la Picardie fait partie des Hauts-de-France qui figurent parmi les trois régions les plus touchées de France [8]. Notre objectif est de recueillir l'attitude et le ressenti du médecin généraliste Picard face à un patient agressif pour proposer des pistes afin d'améliorer la prise en charge de ces patients en vue d'une diminution de ces agressions.

MATERIEL et METHODE

1. Type d'étude

Pour réaliser ce travail et répondre aux questions s'y rapportant, nous avons opté pour une étude qualitative par réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Son but n'était pas de mesurer ni quantifier des données, mais de recueillir des données verbales permettant ensuite une démarche interprétative.

Recueillir l'attitude et le ressenti des différents médecins généralistes interrogés face à un patient agressif était donc ce qui nous intéressait.

2. Population étudiée

La population étudiée était des médecins généralistes installés ayant déjà vécu au moins une agression verbale ou physique lors de leur exercice. Les médecins susceptibles de participer à l'enquête ont été identifiés et contactés par téléphone. Leur choix a été arbitraire et s'est effectué parmi les Médecins que nous avons rencontrés au cours de nos différents stages d'externat et d'internat de Médecine Générale. L'inclusion des Médecins s'est faite au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin d'en contrôler la distribution.

3. Entretien semi-dirigé

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés lors de rencontres en tête à tête avec les sujets interrogés. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur un script d'entretien élaboré préalablement, et qui nous a servi de guide. Ce support permettait aussi une comparabilité entre les entretiens. Aux moments opportuns, des relances verbales ont été émises sans pour autant influencer le sujet interrogé, ni lui couper la parole.

Le nombre d'entretien n'était pas prédéfini. Comme recommandé dans les guides méthodologiques concernant l'analyse qualitative, les entretiens ont été arrêtés peu après

l'obtention de la saturation des données [13]. La saturation des données survient lorsque les entretiens ne font plus émerger de nouvelles idées.

4. Script d'entretien

Le script d'entretien a été préalablement établi (annexe 1). C'est une condition de l'acceptation du travail de Thèse par la Commission de Thèse du Département de Médecine Générale (DMG) de la Faculté de Médecine d'Amiens.

Il comportait une première partie de présentation de l'investigateur et du sujet. La deuxième partie portait sur la présentation du Médecin interviewé. Enfin la troisième partie portait sur les questions posées, au nombre de 11, majoritairement ouvertes pour obtenir des réponses précises.

5. Entretiens

Avant chaque entretien, sous couvert d'anonymat, l'autorisation d'utiliser un enregistrement audio de l'interviewé était recueilli. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone à leur cabinet d'exercice. Les rendez-vous ont été fixés à l'heure de leur convenance selon l'emploi du temps du Médecin concerné. Au total, 14 entretiens ont été menés en Picardie entre mars et mai 2019.

6. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot à partir des enregistrements, au moyen du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Afin de garantir l'anonymat, chaque médecin était désigné par la lettre « M » suivie du chiffre correspondant à l'ordre de passage. Les noms propres cités dans les conversations ont été supprimés.

7. Analyse des entretiens

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 12 for Windows®. Ce logiciel apporte une aide technique pour le « codage » des données mais ne permet pas leur interprétation.

L'analyse des entretiens s'est basée sur la théorisation ancrée ou codage axial des données. Cette technique a servi à analyser chaque entretien et à identifier des thèmes et des catégories à partir des phrases ou groupes de mots cités par le participant. [14]

Chaque thème permet la création d'un « nœud » dans lequel sont classées les phrases ou parties de phrases qui lui sont en rapport. Une partie de texte peut contenir plusieurs idées et ainsi être classée dans plusieurs catégories différentes.

Ces catégories sont ensuite regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories, appelées « sous-nœuds », plus détaillées selon la particularité de l'idée émise. La mise en évidence des relations entre les thèmes permet de répondre à l'objectif de l'étude.

Pour une meilleure interprétation, une analyse par triangulation a été réalisée.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Nous avons réalisé 14 entretiens de Médecins Généralistes âgés de 32 à 59 ans entre mars et mai 2019. Tous exercent en Picardie (versant sud des Hauts de France). Six médecins étaient des femmes et 8 des hommes. Huit exercent dans la Somme, 3 dans L'Oise et 3 dans l'Aisne. Huit médecins exercent en cabinet de groupe, 4 exercent seuls et 2 exercent en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). Les entretiens ont duré entre 6 et 16 minutes. Les principales caractéristiques des médecins et des entretiens sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Médecin	Sexe	Age	Lieu d'installation	Type d'installation	Type d'agression	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
M1	F	37 ans	Rural / Somme	Groupe	Verbale	28/03/2019	13 minutes
M2	H	57 ans	Rural / Oise	Groupe	Verbale	08/04/2019	10 minutes
M3	H	59 ans	Rural / Somme	MSP	Physique	09/04/2019	16 minutes
M4	F	34 ans	Semi Rural / Somme	Groupe	Verbale	11/04/2019	10 minutes
M5	H	32 ans	Semi Rural / Somme	Groupe	Verbale	11/04/2019	6 minutes
M6	F	59 ans	Semi Rural / Somme	Groupe	Verbale	17/04/2019	11 minutes
M7	H	50 ans	Urbain / Somme	Groupe	Verbale	03/05/2019	7 minutes
M8	F	54 ans	Rural / Oise	Seule	Verbale	14/05/2019	10 minutes
M9	H	53 ans	Urbain / Somme	Seul	Verbale	14/05/2019	7 minutes
M10	F	44 ans	Urbain / Oise	Groupe	Verbale	21/05/2019	10 minutes
M11	F	55 ans	Urbain / Aisne	Seule	Verbale	22/05/2019	8 minutes
M12	H	51 ans	Rural / Aisne	Seul	Verbale	22/05/2019	11 minutes
M13	H	33 ans	Urbain / Aisne	MSP	Verbale	23/05/2019	8 minutes
M14	H	42 ans	Urbain / Somme	Groupe	Verbale	25/05/2019	7 minutes

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins et des entretiens.

2. Type de l'agression

Les **agressions verbales** étaient les plus courantes selon les médecins interrogés.

M1 : « *Verbale oui. Enfin verbale pas vraiment dans l'agression euh, comment dirais-je... Plus dans le contenu des propos, c'était assez agressif.* »

M5 : « *Euh oui. Surtout verbale.* »

M11 : « *Il s'est donc énervé car il voulait vraiment cette ordonnance et le ton est monté lors de la discussion.* »

M12 : « *Oui ça arrive, verbale toujours.* »

M13 : « *Jamais physique, mais verbale oui.* »

Deux médecins ont été **menacés avec un fusil**.

M2 : « *Euh et donc euh il me menaçait, il avait un fusil.* »

M6 : « *C'était un soir où je devais être de garde, j'avais eu un appel d'un patient que je connaissais pas, j'arrive chez lui, il était tout seul, et, je me suis retrouvée au bout d'un fusil.* »

Un médecin a subi **une agression physique**.

M3 : « *Il m'a poussé violement.* »

3. Caractéristiques des agresseurs

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

Les **patients toxicomanes ou ayant une dépendance** étaient fréquemment mis en cause dans les agressions.

M5 : « *C'était dans un contexte de patient alcoolisé.* »

M7 : « *C'était pour des toxicos, où là je ne voulais pas faire une prescription.* »

M9 : « *Les toxicomanes qui viennent et qui veulent mais comme on ne donne pas on est un vilain docteur.* »

M11 : « *Il m'avait demandé une ordonnance de Subutex® et en fait d'autres médicaments tel que des benzodiazépines.* »

M13 : « *Typiquement des patients toxicomanes ou ayant des addictions.* »

Nous avons également retrouvé **les patients atteint d'une pathologie psychiatrique.**

M2 : « *C'est les gens qui ont des problèmes psychiatriques.* »

M6 : « *Je pense qu'il y avait un souci psychiatrique en dessous.* »

Les patients inconnus sont souvent évoqués comme agresseur.

M4 : « *C'est pas un patient dont je suis le médecin traitant.* »

M6 : « *C'était quelqu'un que je ne connaissais pas.* »

M11 : « *Il y a une fois où un patient que je ne connaissais pas, je n'étais pas son médecin traitant...* »

Certains médecins ont été agressés par **un patient ayant un passé avec la justice.**

M3 : « *En fait j'avais à faire à quelqu'un qui est visiblement d'un naturel violent, et je pense même que c'est quelqu'un qui a déjà eu affaire à la justice, et qui voilà est un habitué de ce genre de réaction.* »

M9 : « *Lui sortait de prison, il faisait deux mètres je m'en rappelle bien. Il était assez costaud et très agressif verbalement.* »

Un médecin a été agressé **par un membre de la famille d'un patient**.

M3 : « *Le mari de cette patiente-là est arrivé dans mon cabinet, violemment et en criant et me disant qu'il comprenait pas euh que je ne soigne pas sa femme, que je ne la prenne pas en charge, enfin voilà.* »

4. Motifs des agressions

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

M2 : « *En fait ils sont dans une demande, que je ne peux pas forcément toujours accepter.* »

M4 : « *Il voulait que je renouvèle des médicaments que je ne voulais pas renouveler et voilà le ton est monté et il a commencé à voilà, à être agressif verbalement.* »

M7 : « *C'était pour des toxicos, où là je ne voulais pas faire une prescription.* »

M9 : « *Ce sont les refus de ce qui est demandé par le patient.* »

M10 : « *En général c'est lorsque le patient attend quelque chose de moi et que je refuse. Donc ils se mettent en colère.* »

M12 : « *Celles que j'ai le plus souvent vécu c'est suite à des refus, des refus de prescription, on leur explique que ça n'a pas de sens.* »

Le conflit sur le diagnostic évoqué était l'une des causes chez un des médecins interrogés.

M11 : « *Par rapport à des conflits sur des diagnostics évoqués par le patient et que moi je n'évoquais pas.* »

Le fonctionnement du cabinet était un des motifs évoqués par un des médecins interrogés.

M1 : « *Une dame qui se plaignait du fonctionnement du cabinet parce que ce n'était pas à son goût.* »

Un médecin évoquait **des reproches sur la prise en charge** comme motif d'agression.

M7 : « *Il y a eu aussi des mises en causes sur des « vous auriez dû faire ci ou faire ça ». Après ce sont des reproches sur ma prise en charge. »*

5. Perception de l'agression par le médecin généraliste

La majorité des médecins généralistes interrogés percevait l'agresseur comme **une personne ayant des difficultés à accepter le refus du médecin.**

M8 : « *En fait, euh, je dirais qu'ils ont du mal à accepter qu'on leur refuse quelque chose ! Ils ont du mal à accepter qu'ils ne peuvent pas tout obtenir du médecin. »*

M9 : « *Ils sont en mode enfant et n'acceptent pas le refus. Ils pensent que nous sommes des services à la carte, on vient chercher un ticket et on a tout ce que l'on veut. »*

M10 : « *Ils ne supportent pas qu'on leur refuse quelque chose. »*

Un des médecins interrogés percevait son agresseur comme **une personne étant dans l'incompréhension.**

M12 : « *Je pense que c'est une incompréhension de la part du patient qui amène donc à une colère face à notre refus la plupart du temps. J'ai l'impression que le conflit vient toujours d'une incompréhension. »*

Un autre médecin expliquait qu'**une incompatibilité de personnalité** était à l'origine de l'agression.

M1 : « *C'est notre profil qui ne correspond pas au profil de la patiente. »*

6. Attitude du médecin généraliste face au patient agressif

La majorité des médecins interrogés a **gardé son calme et est restée dans l'écoute et l'explication** devant un patient agressif.

M1 : « *J'ai remis un petit peu les choses en place avec elle de façon très poliment, je suis restée calme.* »

M2 : « *J'ai pris sur moi de rester bien calme et de négocier.* »

M10 : « *Je reste calme, j'essaie de dialoguer un maximum pour essayer de comprendre la colère du patient et son agressivité tout en essayant de me protéger.* »

M11 : « *J'essaie d'expliquer ma position de refus, pourquoi je ne prescris pas ce qu'ils attendent. Calmement évidemment, j'essaie de leur demander la cause de leur énervement.* »

M13 : « *Dans un premier temps j'essaie de rester calme, j'essaie de comprendre pourquoi le patient s'énerve et devient agressif. Et puis j'essaie de réexpliquer les choses, j'essaie de reformuler, d'expliquer pourquoi je ne peux pas accéder à sa demande.* »

Certains médecins expliquaient qu'à leurs débuts ils avaient tendance à répondre par **de l'agressivité**.

M2 : « *Au départ, quand on a pas d'expérience on a tendance à réagir avec agressivité.* »

M7 : « *Au début ça finissait par une mise à la porte et maintenant en général, gentiment je leur demande de changer de médecin traitant tout en restant calme et avec moins d'agressivité de ma part.* »

Un médecin **s'est énervé** lorsque son patient l'a agressé verbalement.

M4 : « *Je me suis énervée aussi parce que voilà. Je ne veux pas qu'on me parle comme ça donc je, je l'ai un peu remis à sa place en lui disant que s'il continuait je ne le verrais plus quoi. A un moment donné je ne suis pas mère Theresa ! Je, je lui rentre dedans aussi quoi !* »

Plusieurs médecins ont **arrêté la prise en charge avec un changement de médecin traitant** dans les suites de leur agression.

M1 : « *On l'a gentiment invité à trouver un autre médecin, euh, donc on lui a gentiment demandé de, de prendre son dossier de, de, pour être prise en charge ailleurs. »*

M6 : « *En général cela se solde par un recommandé spécifiant que je ne veux plus être le médecin traitant, que je tiens leur dossier médical à disposition et j'envoie un double au conseil de l'ordre. »*

M8 : « *Et puis par contre après j'écris, j'envoie à la sécu que je refuse de continuer à être leur médecin traitant. »*

M9 : « *Elle a eu une lettre recommandée pour changement de médecin traitant. »*

M13 : « *Et puis parfois ça coupe tout simplement la relation avec le patient et j'arrête d'être leur médecin traitant. »*

Certains médecins ont fait une **déclaration auprès du CNOM**.

M3 : « *Qui a fait l'objet d'une déclaration euh à l'ordre. »*

M6 : « *J'envoie un double au conseil de l'ordre. »*

Un médecin a **déposé une plainte à la gendarmerie**.

M3 : « *Qui a fait l'objet d'une déclaration euh à l'ordre, et un dépôt de plainte à la gendarmerie »*

7. Le ressenti du médecin généraliste face au patient agressif

La majorité des médecins interrogés a évoqué **un ressenti négatif**.

M2 : « *Moi ça me met très mal à l'aise. »*

M3 : « *C'est toujours des consultations assez pénibles. C'est pas facile. »*

M4 : « Une sensation qu'on aime pas ressentir parce que je suis de base, j'aime pas forcément m'énerver contre mes patients hein. »

M9 : « On est pas bien. »

M10 : « Je ne me sentais pas bien. »

M11 : « Ce ne sont jamais des situations agréables. »

Certains ont évoqué **un sentiment de peur, d'inquiétude.**

M2 : « Quelque chose d'un peu inquiétant. »

M3 : « J'ai commencé à avoir un petit peu peur. J'étais pas fier du tout. »

M9 : « Je n'étais pas très rassuré. »

M10 : « J'étais très inquiète. C'est vrai que cette fois ci je n'étais pas très rassurée. »

D'autres médecins ont ressenti **de l'angoisse, de l'anxiété.**

M8 : « Par contre une angoisse... »

M10 : « J'étais très inquiète et anxieuse. »

M13 : « Un peu anxieux, peur de l'agression physique, du passage à l'acte. »

M14 : « Oui angoissé mais tout le but c'est de ne pas le montrer. »

Certains médecins ont ressenti **de la colère.**

M1 : « J'ai eu un peu de colère parce que j'estime qu'on travaille beaucoup. »

M8 : « Par contre une angoisse, un énervement intérieur, de la colère intérieure oui ! »

D'autres médecins ont évoqué une **sensation de stress.**

M4 : « Moi en tout cas le caractère que j'ai fait que c'est toujours stressant d'être dans le conflit. »

M14 : « *Stressé, forcément !* »

Un médecin a été **choqué, secoué**.

M8 : « *Disons que j'ai été secouée, ça m'a choquée d'une certaine manière.* »

Un médecin s'est senti **déstabilisé, perturbé**.

M2 : « *Là c'est un peu perturbant. C'est déstabilisant parce que euh, ça vous touche quand même !* »

Certains médecins interrogés ont évoqué une forme d'**acceptation et de tolérance** des agressions subies.

M6 : « *Je pense qu'à partir du moment où on est d'une profession en rapport avec les gens, qu'il y a une certaine attente par rapport à une profession médicale, par rapport à son état de santé, oui un jour ou l'autre est bien obligé d'y être confronté. Que ce soit justifié ou non, mais ne pas répondre à l'attente d'un patient, selon ce patient un jour ou l'autre ça coince.* »

M9 : « *On sait bien que dans notre métier, métier public ça arrivera.* »

8. Causes du sentiment d'insécurité

A la question « En quoi ces agressions peuvent-elles participer à un sentiment d'insécurité s'il y a ? », les médecins généralistes interrogés ont répondu majoritairement : **la peur de l'agression physique**.

M2 : « *Un sentiment d'insécurité par rapport au fait qu'il y a possibilité que ça aille sur une agressivité physique.* »

M3 : « *Quand vous vous retrouvez nez à nez avec un gars qui est prêt à vous casser la figure, et enfin vous ne savait pas comment ça va se terminer, c'est dur à gérer hein !* »

M7 : « *Physiquement je sais qu'ils étaient dans des états fort donc voilà. Ils sont dans un état un peu second donc oui je sais que physiquement ça pouvait être plus difficile.* »

Certains médecins évoquaient **les menaces** comme cause du sentiment d'insécurité.

M3 : « *Après quand il menace comme ça, parce que bon il m'a traité de tous les noms, ça c'est pas bien grave, on arrive à faire avec ! Mais quand il s'en va en disant « On se retrouvera ! Je reviendrais ! » Bon, ça reste quoi hein.* »

M10 : « *Par contre j'ai déjà vécu une situation où la personne me menaçait, et la quand je suis rentrée chez moi je ne me sentais pas bien, j'étais très inquiète surtout des représailles car les patients savent où j'habite, savent mes horaires de cabinet, ils connaissent ma voiture, ils connaissent mon nom.* »

D'autres médecins expliquaient que **la solitude** participait au sentiment d'insécurité.

M5 : « *Ben on est quand même tout seul, on exerce seul dans un bureau donc euh oui, on peut être amené à, à, à avoir euh ça.* »

M13 : « *Seul ! Même si je suis en groupe, au final on est quand même seul face au patient dans notre cabinet.* »

9. Causes de non insécurité

Certains médecins nous ont répondu ne pas s'être sentis en insécurité.

La raison la plus fréquemment évoquée était **le fait de ne pas être seul**.

M1 : « *Là, il y avait ma secrétaire qui était là, d'autres patients dans la salle d'attente, donc à aucun moment je me suis sentie euh, je me suis sentie euh, euh... en insécurité.* »

M5 : « *Ici on a l'avantage de travailler en cabinet de groupe donc on est plusieurs, et euh c'est plutôt des dires de collègues, mais euh ils sont bien contents des fois qu'on soit dans le bureau d'à côté.* »

M10 : « *En ce qui concerne l'insécurité, je n'en ressens pas vraiment étant donné qu'il y a mon associé au cabinet, je sais qu'il y a toujours quelqu'un qui est là si jamais la situation venait à se dégrader.* »

M11 : « *Après le fait d'être en groupe pourrait permettre de ne plus se sentir en insécurité.* »

M13 : « *Mais en revanche du fait de la MSP et de la présence de mes confrères je ne me suis jamais senti en insécurité en tant que telle.* »

D'autres médecins ne se sont pas sentis en insécurité car le patient n'était **pas violent physiquement**.

M1 : « *Elle a eu aucun geste, aucun geste violent. Et dans le profil de la patiente que je connais un petit peu, dans son gabarit etcetera je savais que, qu'elle allait me faire aucun mal et euh, et euh, et j'étais, il y avait ma collègue qui était là, il y avait ma secrétaire qui était là, d'autres patients dans la salle d'attente, donc à aucun moment je me suis sentie euh, je me suis sentie euh, euh... en insécurité.* »

M4 : « *Il a pas été euh violent physiquement.* »

M12 : « *Etant donné que les agressions ont toujours été que verbale je ne me suis jamais senti en insécurité.* »

10. Retentissement des agressions sur le médecin généraliste

Certains médecins généralistes interrogés ont déclaré avoir été **affectés moralement**.

M1 : « *Forcément le moral en, en prend un coup quand même.* »

M3 : « *Je n'ai rien eu je m'en suis bien sorti mais moralement ça a cassé quelque chose hein.* »

M4 : « *Voilà ce jour-là je, j'étais pas forcément très bien après avoir parlé comme ça.* »

M7 : « *Oui parce que quand tu te sens remis en cause, quand tu sens qu'il n'y a plus de respect, oui là tu en prends, il y a des répercussions oui.* »

D'autres médecins ont évoqué une **remise en question personnelle** suite à leur agression.

M1 : « *On se questionne sur euh, sur son rôle ici. On a tendance à se remettre en question quand même.* »

M2 : « *Je pense que ça a eu pour effet de m'amener à réfléchir sur ma façon de, de réagir.* »

M7 : « *Oui après on réfléchit sur ce que l'on fait, savoir si ça paraît logique. Donc le ressenti peut-être négatif après avec une remise en question.* »

M11 : « *Il y a une remise en question. Après ce genre de consultation on est pas bien, on a du mal à se remettre dans les consultations d'après, on y pense toute la journée. On se demande toujours si on a eu la bonne réaction.* »

Un médecin a déclaré **une perte de confiance** suite à son agression.

M14 : « *Et puis on ne se sent plus autant en confiance dans son rôle qu'on ne l'était avant.* »

Un autre médecin a été **découragé de la profession** suite à son agression.

M11 : « *Comme je trouve que ces attitudes sont en augmentation cela décourage un peu de notre profession.* »

11. Retentissement des agressions sur la relation médecin malade

La majorité des médecins a déclaré **avoir arrêté la prise en charge en tant que médecin traitant de l'agresseur**.

M1 : « *On l'a gentiment invité à trouver un autre médecin, euh, donc on lui a gentiment demandé de, de prendre son dossier de, de, pour d'être prise en charge ailleurs, gentiment et, chose qu'elle a faite, et euh, et voilà ça s'est terminé comme ça.* »

M6 : « *En général cela se solde par un recommandé spécifiant que je ne veux plus être le médecin traitant, que je tiens leur dossier médical à disposition et j'envoie un double au conseil de l'ordre.* »

M8 : « *Ca a changé le fait que j'ai dit à la sécu que je ne voulais plus de ce patient. Je resterai ferme sur le fait que quelqu'un qui m'agresse verbalement je fais par à la sécu que je ne me sens plus capable de m'occuper de ce patient !* »

M10 : « *Maintenant j'essaie de discerner les comportements impulsifs, et je n'hésite plus à refuser un patient en tant que médecin traitant s'il a présenté un comportement agressif contre moi de façon non justifiée.* »

M13 : « *Et puis parfois ça coupe tout simplement la relation avec le patient et j'arrête d'être leur médecin traitant.* »

Un médecin déclarait **une diminution de son investissement affectif** avec ses patients suite aux agressions.

M7 : « *Il y a peut-être moins d'investissement, dans le sens affectif. Parce qu'après on se dit que de toute façon le jour où ils n'ont pas ce qu'ils veulent ça partira en vrille. Voilà j'ai déjà eu des plaintes au conseil de l'ordre, après on prend plus de recul, ça change la pratique.* »

Un médecin ne retrouvait **aucun changement** dans la relation médecin malade après son agression.

M4 : « *Je ne lui en tiens pas rigueur parce que depuis je l'ai revu et ça s'est relativement bien passé, bon il s'est calmé.* »

12. Retentissement des agressions sur la pratique médicale

La majorité des médecins interrogés n'a **pas changé sa pratique** suite aux agressions.

M1 : « *On ne changera pas notre façon de travailler.* »

M6 : « *Aucun, car je pense qu'à partir du moment où on est d'une profession en rapport avec les gens, qu'il y a une certaine attente par rapport à une profession médicale, par rapport à son état de santé, oui un jour ou l'autre est bien obligé d'y être confronté. Que ce soit justifié*

ou non, mais ne pas répondre à l'attente d'un patient, selon ce patient un jour ou l'autre ça coince. »

M9 : *« Après à chaque arrêt de travail on réfléchit, on se dit qu'on ne met plus d'arrêt à personne, mais bon je n'ai pas changé parce que les gens quand ils ne sont pas bien ils ne sont pas bien, voilà. »*

M11 : *« Après au niveau du travail je reste égale à moi-même et je continue de refuser certain examen ou prescription s'ils ne me semblent pas justifiés. »*

Certains médecins expliquaient qu'ils essayaient d'**anticiper certaines situations** depuis leur agression.

M7 : *« Oui dans le sens où maintenant j'essaie de gérer le problème ou les situations qui vont devenir à risque et j'essaie les prendre différemment oui. »*

M10 : *« Maintenant j'essaie de discerner les comportements impulsifs. »*

M14 : *« Peut-être un peu plus de méfiance avec certaines populations du type les toxicomanes ou dépendantes de certaines substances. »*

D'autres médecins évoquaient **un retentissement sur les consultations** suivant l'agression.

M12 : *« C'est certain que pour les consultations qui suivent, on est quand même moins à l'écoute et moins détendu. Oui ça secoue un peu c'est jamais très agréable, c'est beaucoup plus fatiguant qu'une consultation normale et effectivement ça retenti sur les suivantes. »*

M13 : *« Il y a un petit temps à vide le temps d'une ou deux consultations, et puis après bon on passe à autre chose. »*

Un médecin a déclaré **arrêter sa carrière suite à son agression**.

M3 : *« Là ça m'a carrément cassé les pattes, et je me suis dit « merde, ça peut m'arriver à moi aussi ». Et ça je n'accepte pas quoi. Donc j'arrête ma carrière cette année. »*

13. Mesures préventives mises en place par les médecins suite à leur agression

La majorité des médecins interrogés a déclaré qu'**aucune mesure** préventive n'a été mise en place suite à leur agression.

M3 : « *Non ! Non parce qu'on travail en groupe ici et donc c'est des mesures collectives quoi.* »

M4 : « *Je me suis pas, peut-être pas et heureusement, assez fait agresser pour qu'il y ai des mesures drastiques ou des trucs à mettre en place pour le moment, ça va.* »

M13 : « *Aucune, je compte sur le groupe, le fait d'être nombreux au cabinet je trouve que c'est assez protecteur.* »

M14 : « *Je n'ai rien changer.* »

Pour certains médecins **l'écoute et l'explication** étaient des mesures préventives adoptées suite à leur agression.

M8 : « *Les mesures c'est toujours l'écoute, essayer d'écouter un maximum le patient et ses revendications. Essayer peut-être d'expliquer encore mieux les raisons pour lesquelles je refuse de faire là en l'occurrence c'était un certificat médical.* »

M12 : « *Je pense que la mesure préventive ça reste les explications que je donne régulièrement à mes patients, je les éduque d'une certaine façon.* »

D'autres médecins ont accroché **des affiches** dans leur cabinet ou salle d'attente avec différentes explications comme des informations sur le burn out du médecin, un rappel sur les risques juridiques encourus en cas d'agression envers un médecin.

M9 : « *Il y a beaucoup d'explications accrochées dans le couloir, sur ce que le burn out du médecin potentiel, que nous sommes des êtres humains comme tous les autres voilà.* »

M11 : « *J'ai déjà affiché dans ma salle d'attente des rappels sur les incivilités et les risques juridiques encourus.* »

Un médecin possédait **une bombe à poivre** au cabinet depuis son agression.

M9 : « *Après nous avons la petite bombe à poivre, elle est dissuasive.* »

Un autre médecin avait, depuis son agression, **un cabinet sécurisé**.

M13 : « *Après on a un cabinet assez sécurisé, notamment sur les gardes on a une alarme et une vidéo-surveillance à l'ouverture de l'entrée.* »

14. Attitude à adopter face à un patient agressif

A la question : « Pensez-vous que des choses seraient à faire pour désamorcer une situation qui semble devenir violente ? et si oui lesquelles ? », la majorité des médecins interrogés préconisait de **rester calme**.

M1 : « *Le calme. Si vous prenez ça de manière très posée, très calme euh, et très réfléchi, euh le patient se sent ridicule rapidement.* »

M10 : « *Rester calme, à l'écoute du patient, essayer de le comprendre, ne pas hausser le ton.* »

M11 : « *Toujours garder son calme, ne jamais hausser le ton parce que je pense que ça peut vraiment faire empirer la situation.* »

M12 : « *Rester calme et expliquer, toujours expliquer.* »

Ils conseillaient également d'**apaiser la situation et de ne pas entrer dans l'agressivité**.

M2 : « *Le grand mot : apaisement ! Et puis ben il faut essayer de ne pas rentrer dans le jeu du patient agressif. Il ne faut pas rentrer dans l'agressivité.* »

M4 : « *Faut pas monter non plus crescendo comme le patient.* »

M6 : « *Des phrases, des comportements qui n'entre pas dans l'agressivité.* »

M9 : « *Quand les gens sont énervés on temporise ce n'est pas la peine d'en rajouter, ça ira mieux demain.* »

M14 : « *Déjà ne pas montrer son stress et son angoisse. Toujours essayer de calmer la situation en ralentissant le rythme de la conversation, en baissant le ton, en se mettant un petit peu en retrait sans non plus fuir le contact. »*

L'explication avait une place importante et primordiale dans le processus de désamorçage.

M4 : « *Il faut essayer aussi de lui parler, de lui expliquer les choses. »*

M8 : « *Essayer peut-être d'expliquer encore mieux les raisons pour lesquelles je refuse de faire là en l'occurrence c'était un certificat médical. »*

M12 : « *Aller vers l'évolution de toujours plus expliquer aux gens, je pense que la solution est là. Comme j'ai l'impression que le conflit vient toujours d'une incompréhension, je pense qu'en expliquant mieux, en les éduquant mieux on arrivera à les limiter. »*

Certains médecins expliquaient qu'il était nécessaire **d'écouter et d'essayer de comprendre pourquoi le patient est agressif.**

M2 : « *Verbaliser, essayer de comprendre pourquoi l'autre est agressif. Euh, est ce que c'est parce qu'il souffre, essayer de démonter déstructurer, euh, la cause de cette euh, de cette agressivité. »*

M5 : « *Il faut prendre le temps de leur demander ce qu'il se passe et puis euh, tout de suite après on désamorce les choses. »*

M6 : « *Dire que l'on entend bien qu'ils sont en colère, chercher la cause de cette colère. Parce que des fois, ils sont en colère, ils attendent des trucs et ce n'est pas forcément nous. Essayer dans la mesure du possible de détricoter un petit peu cette colère et savoir un petit peu de où ça vient. »*

M8 : « *C'est toujours l'écoute, essayer d'écouter un maximum le patient et ses revendications. »*

M10 : « *Rester calme, à l'écoute du patient, essayer de le comprendre. »*

Quelques médecins conseillaient de **mettre fin à la consultation rapidement**.

M7 : « *Il faut les entendre mais pas trop discuter et mettre un terme à la situation rapidement.* »

M9 : « *Faut s'arrêter de parler et puis dire qu'on en a fini et qu'on n'ira pas plus loin.* »

15. Mesures préventives à mettre en place afin d'éviter les agressions

Les médecins interrogés étaient, en grande majorité, demandeurs d'**une formation médicale** qui leur permettrait d'apprendre à gérer un patient agressif. Ils évoquaient la nécessité d'inclure des formations dans la formation initiale du médecin et également dans la formation médicale continue.

M2 : « *Peut-être avoir des formations. Euh parler à des psychologues, ou... à des médecins formés dans ce domaine pour nous donner des conduites à tenir, pour nous dire ce qu'il faut faire et ne pas faire surtout. Et puis euh, et puis peut-être euh... dans des situations de violence physique, ce que l'on doit faire, vers qui se retourner, est-ce qu'on doit appeler la gendarmerie ? quels sont nos recours ? voilà.* »

M3 : « *Je pense que nous on pourrait avoir des cours, enfin des cours de psychothérapie, je sais pas quoi exactement mais nous apprendre à désamorcer ça oui. Alors ou dans la formation initiale ou dans la formation continue, je ne sais pas, mais ça me paraît important qu'on nous aide de ce côté-là.* »

M7 : « *Je pense qu'il faut une formation, on n'est pas du tout formé à ce type de situation à risque ! Il faudrait quelques heures là-dessus. Arriver à nous former sur gérer une situation de crise.* »

M10 : « *On pourrait aussi avoir des formations lors des FMC avec des mises en situation.* »

M11 : « *Je pense qu'il serait intéressant d'avoir des formations pour gérer ce type de situation.* »

M14 : « *Peut-être des formations sur comment gérer un patient qui vous agresse.* »

Certains médecins évoquaient la création d'**une affiche** à accrocher en salle d'attente permettant de rappeler les règles de courtoisie et les risques encourus en cas d'agression.

M1 : « *Une affiche dans la salle d'attente en disant que toute agression verbale, que ce soit vers nous ou vers la secrétaire euh était puni par la loi.* »

M5 : « *Eventuellement on pourrait mettre un petit écriteau en demandant de rester courtois et poli et euh, voilà de reprendre les choses.* »

M10 : « *Il pourrait y avoir des affiches en salle d'attente rappelant les règles de courtoisie et les risques que ces gens prennent en nous agressant.* »

D'autres médecins expliquaient que **l'installation en cabinet de groupe** était une solution pour éviter les agressions.

M3 : « *S'installer en groupe. Je pense que le meilleur moyen c'est d'être en groupe.* »

M5 : « *Après en étant sur rendez-vous, en étant plusieurs, il y a du monde dans la salle d'attente, je pense que ça désamorce quand même pas mal les choses.* »

M13 : « *Je pense que c'est le fait d'être en groupe qui protège.* »

Certains médecins évoquaient le souhait d'avoir **un système de téléalarme ou un numéro** permettant d'alerter les forces de l'ordre rapidement en cas d'agression.

M6 : « *Quand j'étais installée seule chez moi au départ j'avais un badge que je pouvais déclencher si je me sentais agressée, c'est comme un système de surveillance. Quand vous le déclenchez ils vous téléphonent et vous demandent ce qu'il se passe. Je pense que c'est un truc qui peut être mis à disposition et qui pourrait être utile pour les attaques physiques.* »

M10 : « *Il serait intéressant que l'on ait un numéro rapide à composer sur notre téléphone pour prévenir les forces de l'ordre gendarmerie ou police en cas de besoin.* »

Pour l'un des médecins interrogés c'était au niveau national et pénal qu'il fallait agir avec **des condamnations plus sévère envers les agresseurs.**

M3 : « *Alors je pense qu'il y a déjà une chose à faire au niveau nationale je dirais, c'est d'être beaucoup plus sévère envers ces agresseurs. Donc je pense qu'il devrait y avoir un sentiment de peur chez les agresseurs. La peur des conséquences en cas d'agression, hors là actuellement il n'y en a pas du tout, ils ont une certaine sérénité dans leurs actes hein.* »

Un autre médecin évoquait la création **d'un contrat avec le patient** pour fixer des règles.

M1 : « *Une chartre d'une relation médecin/patient en disant voilà les règles. Une espèce de contrat euh... Contrat bilatéral.* »

Un médecin expliquait **ne pas avoir de solution.**

M4 : « *Est-ce qu'il y aurait des choses à faire je sais pas. Peut-être mais je sais pas comment... Comment s'en dépatouiller ! J'ai pas les solutions là !* »

DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

➤ Biais de sélection de l'échantillon

Le recrutement des Médecins par connaissance directe ou indirecte de l'interviewer ne relève pas d'un choix aléatoire et peut être considéré comme un biais de sélection.

➤ Biais de déclaration

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

Le thème de la violence est un thème difficilement abordable, il est possible que certains médecins aient voulu minimiser leur ressenti.

➤ Biais d'intervention

Un biais d'intervention a pu être créé du fait du manque d'expérience de l'interviewer. Il a été parfois difficile d'utiliser exclusivement des questions ouvertes pour laisser la personne s'exprimer librement et sans l'orienter. Nous avons cependant élaboré un guide d'entretien avec des questions ouvertes afin que le médecin puisse s'exprimer le plus librement possible.

➤ Biais d'investigation

Les entretiens ont été réalisés et menés par une seule personne, ce qui a pu occasionner un biais d'investigation.

➤ Biais d'extrapolation

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés. La saturation des données a été obtenue au bout de 14 entretiens, ce qui est faible pour une étude qualitative. Les résultats de notre étude ne peuvent donc pas être généralisés à la population générale.

➤ Biais d'analyse

La retranscription a été faite le plus fidèlement possible aux entretiens. Il en est de même pour l'encodage qui a été réalisé avec le plus de rigueur et d'impartialité possible. Néanmoins, un des risques inhérents aux études qualitatives est celui de la perte de données. De plus le codage est aussi soumis à l'interprétation du codeur. Une partie des entretiens a pu bénéficier d'une triangulation de l'analyse. Cette méthode consiste à analyser les données par au moins deux chercheurs, permettant de gagner en crédibilité et limiter le biais d'analyse.

2. Forces de notre étude

➤ Méthode utilisée

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

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

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

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

Plusieurs médecins interrogés nous ont fait part de l'intérêt du sujet de notre étude.

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

➤ Représentativité de la population étudiée

Notre échantillon de médecins est assez représentatif de la population générale des médecins [8]. Nous avons interrogé presque autant d'hommes que de femmes médecins.

En 2018, les médecins touchés par les violences en cabinet de médecine générale sont des hommes pour 51% des cas, 49% des femmes.

Les milieux d'exercice sont tous représentés dans notre étude avec une prédominance d'exercice en milieu urbain, le milieu le plus touché par les violences selon l'OSM en 2018 [8].

Les violences verbales sont les plus fréquentes chez les médecins interrogés tout comme au niveau national [8].

Les Médecins Généralistes de notre région sont particulièrement touchés par les agressions envers les médecins, en effet la Picardie fait partie des Hauts-de-France qui figurent parmi les trois régions les plus touchées de France [8].

3. Résultats comparés à la littérature

➤ Caractéristiques des violences subies

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

Les médecins que nous avons interrogés évoquent la fréquence des violences de la part des patients. Certains médecins évoquent même une forme d'acceptation et de tolérance. Cette notion de tolérance de la violence verbale est reprise dans une étude anglaise de 2000 où elle était retrouvée chez 25% des médecins interrogés [15].

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

Une étude réalisée en Angleterre en 1991 retrouve l'absence de différence significative entre les sexes concernant le type de violence [16].

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative des agressions dans les milieux ruraux ou urbains dans notre étude et dans la littérature [16].

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

➤ Ressenti des médecins interrogés

La majorité des médecins interrogés a été affectée suite à leur agression, avec des sentiments de peur, de stress, d'angoisse, d'inquiétude, et parfois même de colère. Certains médecins ont déclaré se sentir déstabilisés et perturbés dans leur rôle de soignant, avec un sentiment d'insécurité principalement causé par la peur de l'agression physique et les menaces reçues des agresseurs. Nos résultats étaient similaires à ceux retrouvés dans une étude qualitative de 2012 menée par A.Rivière à Marseille [22].

Le sentiment de vulnérabilité des médecins généralistes est évoqué dans une étude canadienne de 2008 [23]. Les médecins déclarent se sentir vulnérables lors de leur exercice libéral. Les médecins généralistes se considèrent comme une cible facile de violences notamment de la part des patients de par le fait qu'ils exercent souvent seuls. La médecine générale libérale est souvent exercée de façon isolée, parfois sans associé ni secrétariat, ce qui rend les médecins généralistes beaucoup plus à risque de violences.

Nous avons retrouvé cette notion chez plusieurs médecins interrogés qui déclaraient se sentir en insécurité seuls dans leur cabinet. Une solution fréquemment avancée par ces médecins était une installation en cabinet de groupe.

La notion de culpabilité du médecin face à l'agression a été évoquée dans une étude Australienne de 2006 [21]. La violence du patient pourrait provenir selon le médecin d'un manque ou d'une erreur d'expertise de sa part. Nous n'avons pas retrouvé ce sentiment dans notre étude. Toutefois, certains médecins parlent d'une remise en question suite à une agression par un patient.

➤ Modification de la relation médecin-patient

Le médecin et son patient sont unis par un contrat tacite selon le Code civil (article 1102) [17]. Ce contrat définit des obligations réciproques entre les deux parties (médecin et patient). Cependant le médecin tout comme le patient peuvent rompre le contrat à tout moment.

Dans notre étude, plusieurs médecins ont suggéré une modification de la relation médecin-patient depuis plusieurs années. Certains patients sont de plus en plus demandeurs de

prescriptions, souvent injustifiées. Le refus de prescription est le motif le plus fréquent d'agressions d'après notre étude et les statistiques nationales [8]. Il peut être nécessaire pour les médecins concernés, d'évoquer avec le patient la possibilité de rupture du contrat si celui-ci n'est pas satisfait de sa prise en charge, ce qui pourrait être une solution pour diminuer le risque d'agressions.

Solution fréquemment mise en avant par les médecins interrogés qui nous expliquaient un arrêt de la prise en charge en tant que médecin traitant des patients les ayant agressés.

Ceci est retrouvé dans la littérature, le modèle anglais appelé « zéro tolérance policières », ce dernier incite les médecins victimes de violence à rayer systématiquement de leur patientèle tout patient ayant un comportement inapproprié [24].

➤ Modifications comportementales

Certains médecins de notre étude ont déclaré prendre de la distance avec les patients suite à leur agression. Ce sentiment se rapproche d'un article [21], évoquant la notion de diminution d'intérêt et de manque d'investissement de certains médecins suite à une agression.

Certains médecins ont évoqué des modifications de leur comportement avec des répercussions négatives : un moindre investissement au travail, une perte de confiance en soi, un découragement de la profession.

D'autres médecins de l'étude refusent de suivre ou sont plus méfiants avec certaines catégories de patients depuis leur agression. La présence d'un confrère ou d'un témoin lors de la présence d'un patient agressif pourrait rassurer certains d'entre eux.

Ces résultats étaient similaires à ceux retrouvés dans un travail de thèse effectuée dans les Alpes-Maritimes en 2016 [25].

➤ Attitudes à adopter face aux patients agressifs

Concernant les attitudes des médecins généralistes face aux violences, une étude qualitative australienne parue en 2006 a recherché les différentes réponses des médecins généralistes face aux patients agressifs, et les a stratifiées en 3 types de réponses : primaire, secondaire et tertiaire [21].

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

pratiquant le blacklisting. Stratégies retrouvées dans notre étude avec l'arrêt de la prise en charge en tant que médecin traitant des patients agresseurs, une forme d'anticipation en refusant ou en étant plus méfiant avec certaines catégories de patients, et enfin une favorisation de l'installation en cabinet de groupe pour éviter l'isolement du médecin généraliste.

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

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

La plupart des médecins interrogés ont suggéré l'intérêt d'une formation médicale, à la fois initiale et continue, notamment pratique avec des jeux de rôles concernant la communication avec le patient agressif.

Une étude anglaise publiée en 2000 [15] a également mis en évidence la nécessité pour les médecins généralistes de bénéficier d'un apprentissage de la communication non-violente.

Une autre étude anglaise en 1991 [16] évoque la notion de formation à la communication avec le patient et la nécessité du suivi des victimes. Une étude néozélandaise confirme l'intérêt de la formation des médecins généralistes [6].

Un travail de thèse réalisé en 2012 en France a mis en évidence l'absence de formation à l'insécurité en cabinet de médecine durant la formation initiale et continue [26].

4. Pistes d'amélioration

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

➤ Améliorer la prise en charge des médecins victimes

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

Un suivi à distance par un psychologue peut également s'avérer utile. Beaucoup de médecins déclarent être stressés et avoir peur suite à leur agression.

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

Parmi les médecins interrogés dans notre étude, seulement deux ont fait une déclaration auprès du conseil de l'ordre et un seul a déposé plainte à la gendarmerie.

Le protocole de sécurité établi en 2011 [12], avait pour principale fonction de faciliter les dépôts de plainte mais aussi la création d'une ligne directe avec les forces de l'ordre en cas d'agression. L'ordre des médecins a aussi créé un numéro unique d'écoute et d'assistance aux médecins victimes d'agressions le 0800 288 038. Cependant à l'heure actuelle, peu de médecins de notre étude connaissent l'existence de cette ligne et ne savent pas à qui s'adresser en cas de violence.

Il paraît donc utile d'informer les médecins de l'existence de ces services.

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

La sensibilisation des médecins aux patients violents pourrait leur permettre d'anticiper les situations à risque de violence au sein de leur cabinet. Une formation par le CNOM ou des organismes de formation médicale continue nous paraissent utile à organiser. Il s'agirait principalement de reconnaître les signes de violence de la part du patient et de connaître des techniques pour y faire face. La présence d'affiches dans les salles d'attente des médecins concernant la violence au sein des cabinets permettrait également de sensibiliser les patients et de ce fait de diminuer certains types de violence. Ce modèle d'affiches existe déjà dans certains hôpitaux (Annexe 3).

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

➤ Instaurer des réunions et des supervisions au cabinet

Une réunion notamment lors des groupes de pairs sur le thème de la violence de la part des patients pourrait permettre de discuter de manière informelle de ces situations.

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

➤ Développer la formation pratique à la gestion du patient agressif

Une grande majorité des médecins interrogés dans notre étude a trouvé intéressant la réalisation de formations pratiques concernant la gestion du patient agressif. Ils souhaiteraient participer à des formations notamment avec des mises en situations, des jeux de rôles afin de connaître des « phrases types » pour communiquer avec le patient agressif. Il pourrait être nécessaire de développer et de mettre en évidence davantage cette thématique lors des formations médicales continues et de développer l'apprentissage des techniques de non-violence.

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

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

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

Du fait du développement des nouvelles technologies numériques, une application mobile a été créée par l'URPS des médecins libéraux du Languedoc Roussillon pour les médecins victimes d'agressions [18]. Le Corpus Médical d'Alerte, appelé CORMEDAL, offre un raccourci d'alerte pour appeler rapidement et discrètement la police ou la gendarmerie. Elle offre également la possibilité d'envoyer un SMS d'alerte silencieuse préconfigurée permettant un envoi discret en cas de situation à risque à un collaborateur. Elle permet l'enregistrement des coordonnées du médecin qui, une fois inscrites sur l'application, sont transmises au service de

police, de façon à être identifiées dans les bases de données comme une profession à risque quand les secours sont appelés. Cette application est intéressante mais nécessite d'avoir son téléphone à proximité lors d'une agression.

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

Concernant les dispositifs de surveillance, les démarches d'installation de caméra de surveillance ou de dispositif d'alarme sont désormais facilitées. Une information, donnée par les autorités aux médecins généralistes concernant ces dispositifs apparaît comme nécessaire.

Certains médecins généralistes, notamment en Angleterre, ont installé un système de bouton poussoir sous le bureau afin d'alerter discrètement les secours [19]. Ce système existe depuis de nombreuses années dans certains services d'urgences, dans les commerces et les banques. Nous avons retrouvé un système similaire chez un des médecins interrogés (M6) qui était muni d'un badge lui permettant de contacter une entreprise de sécurité en cas de besoin.

Un dispositif pilote concernant la surveillance des médecins généralistes en visite à domicile dans les quartiers sensibles a été mis en place dans la ville de Nîmes. Les médecins généralistes communiquent au préalable leur trajet au service de surveillance. Ce service prévient alors la Police municipale des déplacements du médecin, et permet une surveillance de celui-ci via les caméras de sécurité de la ville [20]. Ce dispositif de surveillance pourrait être étendu sur le territoire national afin de faciliter les visites à domicile pour les médecins généralistes.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de recueillir l'attitude et le ressenti du médecin généraliste Picard face à un patient agressif et également de proposer des pistes afin d'améliorer la prise en charge de ces patients et une diminution de ces agressions.

La majorité des médecins interrogés a été affectée suite à leur agression, avec des sentiments de peur, de stress, d'angoisse, d'inquiétude, et parfois même de colère. Certains médecins ont déclaré se sentir déstabilisés et perturbés dans leur rôle de soignant, avec un sentiment d'insécurité principalement causé par la peur de l'agression physique et les menaces reçues des agresseurs.

La plupart des médecins favorise la règle de non-violence face au patient agressif. Il s'agit, pour le médecin, de garder son calme, d'essayer de négocier avec le patient, d'apaiser la situation, expliquer, écouter, comprendre le patient, ainsi que de ne pas élever la voix.

Un manque de formation, notamment lors de la formation médicale initiale, sur la gestion des violences a été évoqué par les médecins interrogés. Ils expliquaient un défaut de formation dans la communication avec le patient agressif ainsi qu'un manque de sensibilisation que ce soit chez les médecins mais aussi chez le patient. Il est nécessaire d'informer le patient sur les actes de violence envers les médecins généralistes mais aussi sur les répercussions des agressions verbales quotidiennes.

Un suivi à distance des médecins ayant été victimes d'une agression pourrait être bénéfique tant pour eux-mêmes que pour leur activité professionnelle.

La favorisation de l'installation en cabinet de groupe et la création de groupes de soutien permettraient de rompre le sentiment de solitude de certains médecins agressés.

Parmi les médecins interrogés dans notre étude, seulement deux ont fait une déclaration auprès du conseil de l'ordre et un seul a déposé plainte à la gendarmerie.

Le protocole de sécurité établi en 2011 [12], avait pour principale fonction de faciliter les dépôts de plainte mais aussi la création d'une ligne directe avec les forces de l'ordre en cas d'agression. L'ordre des médecins a aussi créé un numéro unique d'écoute et d'assistance aux médecins victimes d'agressions le 0800 288 038.

Il paraît donc utile d'informer les médecins de l'existence de ces services.

BIBLIOGRAPHIE

1. Galam E. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. John Libbey Eurotext. 2007 ; 3 : 474-477.
2. Aydin B, Kartal M, Midik O et al. Violence against general practitioners in Turkey. J Interpers Violence. 2009 ; 24 : 1980-1995.
3. D'Urso P, Hobbs R. Aggression and the general practitioner. BMJ. 1989 ; 298 : 97-98.
4. Bojanova-Nogues M. L'insécurité dans l'exercice de la médecine générale. Enquête auprès de tous les médecins généralistes de l'hérault. Th : M.D : Montpellier ; 2005.
5. Mahon-Ferreira C. L'insécurité en médecine générale dans l'Oise : étude rétrospective auprès d'un échantillon de 300 médecins. Th : M.D : Amiens ; 2012.
6. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand : one-year prevalence. NZ Med J. 2006 ; 119 : 1237.
7. Koristas S, Coles J, Boyle M et al. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs : a cross-sectionnal study. British Journal of General Practice. 2007 ; 57 : 967-970.
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Observatoire de la sécurité des médecins 2018. 2019 [En ligne] disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1vmbct7/cnom_observatoire_securite_2018.pdf
9. CNOM Bulletin d'information. Entretiens croisés. 2011 ; 17 : 3-4.
10. CNOM bulletin d'information. Entretiens croisés. 2015 ; 40 : 12-15.
11. Ministère de la Santé. Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé. 2011 [En ligne] Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pratique_pour_la_securite_des_professionnels_de_sant_e.pdf
12. CNOM Protocole de santé sécurité juin 2011. [En ligne] Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf
13. Touboul P. [en ligne], Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. Nice (France). Faculté de Médecine de Nice; Mars 2013. Disponible sur : <https://www.nice.cnge.fr>

14. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [Internet]. 2009. Disponible sur : <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>
15. Ness G., House A., Ness A. Aggression and violent behavior in general practice : population based survey in north of England. *BMJ*. 2000 ; 320 : 1447-1448.
16. Hobbs R. Violence in general practice : a survey of general practitioner's views. *BMJ*. 1991. 302 : 329-332.
17. Article 1102 du Code civil. 2016 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
18. Corpus Médical d'Alerte CORDEMAL [en ligne] disponible sur : <https://heraultjuridique.com/entreprises/lapplication-cormedal-outil-de-lutte-contre-les-agressions-de-medecins/>
19. Hobbs R. General practitioner's changes to practice due to aggression at work. *Family practice*. 1994 ; 11 : 75-79.
20. France Télévision. A Nîmes, les médecins généralistes sont sous surveillance. [En ligne] Disponible sur http://www.francetvinfo.fr/societe/a-nimes-les-visites-des-generalistesont-sous-surveillance_1147803.html
21. Magin P., Adam J., Ireland M. et al. The response of general practitioners to the threat of violence in their practices : results from a qualitative study. *Family practice*. 2006 ; 23 :273-278.
22. Rivière.A. Le médecin généraliste face à la violence. Th : M.D : Aix-Marseille ; 2012.
23. Magin P., Adams J., Joy E. et al. Violence in general Practice. Perceptions of cause and implications for safety. *Canadian Family Physician*. 2008 ; 54 : 1278-1284.
24. Elston MA, Gabe J, Denney, Lee R, O'Beirne. Violence against doctors : a medicalised problem ?. The case of National Health Service general practitioners. *Sociology of Health and Illness* 2002 ; 24 : 575-598.
25. Alamé A. Médecins généralistes victimes de violence en cabinet : ressources utilisées pour faire face aux agressions. Etude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Université de Nice, 2016.
26. Fanara A. Violence des patients : ressenti et vécu des femmes médecins généralistes en Meurthe et Moselle. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Th : M.D : Nancy ; 2012.

ANNEXES

1. Fiche de déclaration d'incidents du CNOM

Observatoire pour la sécurité des médecins: recensement national des Incidents

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

<p style="font-size: small;">Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.</p> <p>Événement survenu le: L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.</p> <p>Cachet et signature (à défaut n° RPPS : _____)</p>	<div style="border: 1px solid #4F81BD; padding: 5px;"> <p>IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL</p> <p>Vous êtes médecin spécialiste en _____ (à compléter)</p> <p>Vous êtes une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/></p> </div>
<p>Qui est la victime de l'incident ?</p> <p>Vous-même <input type="checkbox"/></p> <p>Un collaborateur <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>Cet incident a eu lieu...</p> <p style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 2px;">• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville</p> <p>Au cabinet <input type="checkbox"/></p> <p>Ailleurs (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>
<p>Qui est l'agresseur ?</p> <p>Patient <input type="checkbox"/></p> <p>Personne accompagnant le patient <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>A-t-il utilisé une arme? (Préciser le type d'arme) _____ <input type="checkbox"/></p>	<p style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 2px;">• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins</p> <p>Établissement public <input type="checkbox"/> Établissement privé <input type="checkbox"/></p> <p>Dans un service d'urgence <input type="checkbox"/></p> <p>Ailleurs (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>
<p>Quel est le motif de l'incident ?</p> <p>Un reproche relatif à une prise en charge <input type="checkbox"/></p> <p>Un temps d'attente jugé excessif <input type="checkbox"/></p> <p>Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...) <input type="checkbox"/></p> <p>Le vol <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Pas de motif particulier <input type="checkbox"/></p>	<p style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 2px;">• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle</p> <p>À préciser : _____</p>
<p style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 2px;">Atteinte aux biens</p> <p>Vol <input type="checkbox"/></p> <p>Objet du vol : _____</p> <p>Vol avec effraction <input type="checkbox"/></p> <p>Acte de vandalisme <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>À la suite de cet incident, vous avez :</p> <p>Déposé une plainte <input type="checkbox"/></p> <p>Déposé une main courante <input type="checkbox"/></p>
<p style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 2px;">Atteinte aux personnes</p> <p>Injures <input type="checkbox"/></p> <p>Menaces <input type="checkbox"/></p> <p>Coups et blessures volontaires <input type="checkbox"/></p> <p>Intrusion dans le cabinet <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?</p> <p>Oui: (indiquer le nombre de jours) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p>
<p style="font-size: x-small;">Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.</p>	<p style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 2px;">Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p>
	<p>L'incident a eu lieu...</p> <p>En milieu rural <input type="checkbox"/></p> <p>En milieu urbain, en centre ville <input type="checkbox"/></p> <p>En milieu urbain, en banlieue <input type="checkbox"/></p>
	<div style="border: 1px solid #4F81BD; padding: 5px;"> <p>Déclaration d'incident remplie le ____ / ____ / 201 ____</p> <p>Je désire rencontrer un conseiller départemental <input type="checkbox"/></p> </div>

2. Script d'entretien :

INTRODUCTION

Présentation de moi même

« Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon étude sur l'attitude et le ressenti du médecin généraliste picard face à un patient agressif. L'entretien sera enregistré mais restera anonyme bien sûr »

PRESENTATION DE L'INTERROGE

Quel est votre âge ? Depuis combien de temps êtes-vous installé ? Quel est votre type et lieu d'installation ?

VECU

1) Avez-vous une ou plusieurs anecdotes marquantes face à une ou des agressions dont vous avez été victime ?

Causes

2) Quelles circonstances ou situations amènent le plus souvent à des agressions ?

3) Comment interprétez-vous ces agressions ?

Attitudes :

4) Comment réagissez-vous ?

Ressenti

5) Comment vous sentez vous à ce moment-là ?

6) En quoi ces agressions peuvent-elles participer à un sentiment d'insécurité s'il y a ?

Retentissement

7) Quelles répercussions ont-elles eu sur votre pratique, votre façon de travailler ?

8) Sur votre relation avec les patients ? Sur vous-même ? Sur votre moral ?

Mesures mises en place

9) Quelles mesures préventives avez-vous mis en place ?

10) Selon vous, que faudrait-il faire pour éviter ce genre de situation ?

11) Pensez-vous que des choses seraient à faire pour désamorcer une situation qui semble devenir violente ? et si oui lesquelles ?

3. Exemple d'affiche sur le thème de la violence en milieu hospitalier :



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

STOP VIOLENCE


Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

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

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

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

RESUME

ATTITUDE ET RESENTI DU MEDECIN GENERALISTE PICARD FACE A UN PATIENT AGRESSIF : ANALYSE QUALITATIVE

INTRODUCTION : Les violences dans le milieu médical et plus particulièrement chez le médecin généraliste (MG) sont en augmentation constante. L'objectif de cette étude était de recueillir l'attitude et le ressenti du MG Picard face à un patient agressif, pour proposer des pistes afin d'améliorer la prise en charge de ces patients en vue d'une diminution de ces agressions.

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés auprès des MG Picards. Les entretiens ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel Nvivo.

RESULTATS : 14 entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. La majorité des MG a été affectée suite à leur agression, avec des sentiments de peur et d'insécurité principalement causés par la crainte de l'agression physique et les menaces reçues des agresseurs. La plupart des MG favorisent la règle de non-violence face au patient agressif. Il s'agit, pour le médecin, de garder son calme, d'essayer de négocier avec le patient et d'apaiser la situation. Il existe un défaut de formation des MG quant à la gestion du patient agressif, ainsi que des difficultés concernant les recours suite à l'agression.

DISCUSSION : La formation des MG à la gestion du patient agressif et la facilitation des démarches pour le médecin avec les forces de l'ordre permettraient une meilleure prise en charge et une diminution de ces agressions.

CONCLUSION : Les agressions subies par les MG sont de plus en plus fréquentes lors de leur exercice professionnel. Il paraît nécessaire de former et d'accompagner les MG.

Mots clé : Médecine Générale ; Agression ; Violence ; Formation ; Sécurité.

ATTITUDE AND FEELING OF GENERAL PRACTITIONER IN PICARDY AGAINST AN AGGRESSIVE PATIENT : QUALITATIVE ANALYSIS

INTRODUCTION : Violence in the medical community and more particularly in the general practitioner (GP) is constantly increasing. The objective of this study was to collect the attitude and the feeling of GP in Picardy against an aggressive patient, to suggest ways to improve the management of these patients in order to reduce these aggressions.

METHOD : Qualitative study, GP in Picardy were individually interviewed with semi-guided questionnaires. Interviews were analyzed with grounded theory method, with the Nvivo software.

RESULTS : 14 interviews were performed until data saturation. The majority of the GP were affected as a result of their aggression, with feelings of fear and insecurity mainly caused by the fear of physical aggression and the threats received from the attackers. Most GP favor the rule of non-violence against the aggressive patient. This is for the doctor to keep calm, to try to negotiate with the patient and to calm the situation. There is a lack of training of GP in the management of the aggressive patient, as well as difficulties concerning remedies following the aggression.

DISCUSSION : The training of the GP in the management of the aggressive patient and the facilitation of the steps for the doctor with the police force would allow a better management and a decrease of these aggressions.

CONCLUSION : Aggressions suffered by GP are more and more frequent during their professional practice. It seems necessary to train and accompany the GP.

Keywords : General Medecine ; Agression ; Violence ; Training ; Security.