



HAL
open science

Conséquences des agressions dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux de Gironde

Charles Capsec-Laporterie-Moureau

► **To cite this version:**

Charles Capsec-Laporterie-Moureau. Conséquences des agressions dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03526850

HAL Id: dumas-03526850

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03526850v1>

Submitted on 14 Jan 2022

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R des sciences médicales

Année 2021/2022

Thèse n°147

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par
Charles CAPSEC-LAPORTERIE-MOUREAU
né le 26 décembre 1989 à Talence

Le 9 Décembre 2021

Conséquences des agressions dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux de Gironde

Sous la direction du Professeur François Pétrègne et du Docteur Philippe Veaux

Membres du jury :

Madame la Professeure Marie Tournier
Monsieur le Professeur Yves Montariol
Monsieur le Professeur François Dabis
Monsieur le Docteur Fabrice Broucas
Monsieur le Professeur François Pétrègne
Monsieur le Docteur Philippe Veaux

Présidente
Rapporteur
Examinateur
Examinateur
Directeur
Co-Directeur

REMERCIEMENTS

Madame la Professeure Marie TOURNIER,

Je vous remercie, Madame la Professeure TOURNIER, de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. J'ai eu le plaisir de passer dans votre service Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur François PETREGNE,

Je vous remercie infiniment Professeur PETREGNE, d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre disponibilité, vos précieux conseils et votre soutien tout au long de ce travail. Je vous adresse ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Yves MONTARIOL,

Je vous remercie, Monsieur le Professeur MONTARIOL, d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur François DABIS,

Je vous remercie, Monsieur le Professeur DABIS, d'avoir accepté de juger ce travail et de figurer parmi les membres de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Fabrice BROUCAS,

Je vous remercie, Monsieur le Docteur BROUCAS, d'avoir accepté de juger ce travail et de figurer parmi les membres de mon jury.

Monsieur le Docteur Philippe VEAUX,

Je vous remercie, Monsieur le Docteur VEAUX, d'avoir accepté de co-diriger ma thèse. Merci pour votre soutien et votre temps durant l'ensemble de mes travaux. Je vous adresse ma profonde reconnaissance.

A mes proches :

A mon plus beau cadeau inattendu de ma vie, ma boulette, ma bibouche, ma pile, ma batterie. Tu es arrivé pendant ce travail et malgré tout le boulot et les efforts que cela a nécessité, je suis heureux que tu sois à mes côtés pour ce jour spécial. Tu es mon rayon de soleil avec ces sourires, ces fous rires, ces clins d'œil, ces râles, ces danses déjà mythiques. Je remercie d'avance la personne qui te canaliserait durant cette soutenance. Papa qui t'aime.

A ma tendre et douce, ma bien-aimée, l'amour de ma vie, ma bidouche. Tu as été présente du début à la fin, ton soutien et ton expertise en matière de document Word (mais pas que...) a été sans faille malgré mes humeurs labiles et ma difficile collaboration de temps à autre (tout le temps ?). Je te remercie ô combien, certainement jamais assez, pour tout mais sache que je suis le plus comblé d'être à tes côtés. Même si je ne le dis clairement pas assez, mais sache-le. Merci d'être la femme que tu es, merci d'être la mère que tu es, à savoir : parfaite. J'ai hâte de nos futurs projets, de la suite tout simplement. Tu es une battante, ne te sous-estime jamais, je serai toujours là pour toi, quoi qu'il arrive.

A ma mère, qui ne m'a jamais laissé tomber. Tu as toujours su tout gérer, me gérer et surtout m'accompagner tout au long de ma vie. Malgré les difficultés scolaires, malgré les difficultés de la vie, je suis au point où je voulais être, et ce, grâce à toi. Merci maman.

A mon père, qui a toujours été là pour moi, qui m'a transmis toutes ses passions (vive le 7^{ème} art, y'a que ça de vrai !). Merci papa pour ton soutien et ta bienveillance.

A mes frères, Vincent aka Cragger et Jean aka Jeannot le Belge. Je suis tellement heureux d'être votre frère. Je ne me laisserai jamais de nos délires, de nos fous rires ô combien mythiques et cultes. J'en redemande tous les jours. A vous deux, merci pour votre soutien, merci d'être vous, tout simplement. Le bonheur ? Le plaisir ? Assurément.

Hey mec ? Ça va ?

Et Jeannot, qui serais-je sans toi ? Toutes ces années, à grandir comme des Bro', à se chamailler comme des Bro'. La vie en somme. Et à nouveau, un grand merci pour ton aide si précieuse sur ses statistiques. Je n'y serais pas arrivé sans toi.

A mes belles-sœurs, Marion qui m'a fait confiance dès le début de mes

remplacements et Elodie dont je ne me lasse pas de ta bonne humeur et « tchathe » communicative.

A ma tante Babeth et mon parrain Serge, merci d'avoir été là et d'être toujours là pour moi. Signé Charly Gaul (et pas Charles de Gaulle, hein Sergio !).

A ma marraine Pascale et Jean-Bernard, merci de votre accompagnement, votre bienveillance et bonne humeur infini tout au long de ma vie, je ne garde que de bons souvenirs à vos côtés.

A Sylvie et Jean, vous avez toujours été là pour moi. Même si on ne se voit que peu (un bon Thermomix !), vous êtes toujours dans mes pensées.

A mes amis :

Bastien ou l'infailible Bouli, indissociable depuis cette année charnière de 2^{nde} à Grand Lebrun (rien que pour ça, ça valait le coup de redoubler et je ne changerai rien de cette année de seconde ensemble juste mémorable). Que de souvenirs passés, que de futurs à créer. Merci d'être toujours là pour moi Bouli. Une amitié sans faille depuis toutes ces années. Je suis fier d'être ton Bouli.

Olivier ou Le Pec, mon compagnon d'armes pour tout ce cycles d'études de médecine (et Dieu sait qu'il est long ce cycle, regarde, t'y es encore nom d'une boule !). Chacun notre PACES en poche puis Les Pecs se sont trouvés et ne sont plus jamais quittés, pour le meilleur et pour le meilleur. Je t'attends pour notre association de chocs méd G / pédiatre. Ouais, de la Réa Péd, en cabinet, ça se fait sans souci Pec. Tu vas me manquer dans les îles mais merci pour ton soutien inconditionnel Pec.

Mathieu ou Le Dude, mon frère de tennis mais pas que. Ce sport nous a liés à jamais, j'ai déjà hâte de la future fessée (te concernant bien sûr) et de découvrir cette future piscine avec TV intégrée, hein. Sans parler d'une bonne Mustang !

Hugo ou Elvis, entre Grand Lebrun et le tennis, que d'émotions et de fous rires (ce pet historien restera à jamais dans ma mémoire) ! Toujours un réel plaisir de te voir à chaque fois qu'on en a l'occasion. « Love me truue » !

Charlotte, une amie qui vous veut du bien, des soirées mémorables, du bûchage en règle pour les partiels (« non mais je me suis trop chié... Oh j'ai eu 17 ! »), des pleurs, tout en gros, que du bonheur à la fin ! Après toutes ces années, même si la paternité m'accapare beaucoup de temps, je suis toujours enchanté de te revoir à chaque fois, maaaaa couiiiiiiiille !

Fanny, bon il y a peut-être un peu conflit d'intérêt avec ton père mais chut, on ne dira rien. La Gourbe, toujours fidèle au poste d'amie, tout simplement, après toutes ces années (ça passe trop vite), nous sommes des Gourbes soudés comme jamais. J'espère qu'on viendra bientôt vous voir à Evian (ou Abatilles ? Ah non...). Et au passage, tu feras une super maman (so true).

A mes co-internes, avec qui tout a démarré si difficilement après ce concours de l'internat :

Marianne, la sagesse, le calme, la gentillesse. Je suis tellement heureux pour Romain et toi, pour votre mariage, votre vie à deux. C'est toujours un réel plaisir de vous voir, vraiment. Vous ferez de merveilleux parents sans l'ombre d'un doute. Encore bravo, hâte de rencontrer votre mini-vous très prochainement !

Vincent, la facilité, la solidité, la non-peur d'aller en garde à Libourne. Que des bons moments passés en ta compagnie en stage, en soirée.

Camille ou la femme qui s'excusait à l'oreille des humains. Sans oublier un bon Koh-Lanta du vendredi soir ! On en a eu des fous rires, j'attends les prochains avec grand plaisir.

Aux médecins qui ont marqué mon parcours médical, les Docteurs Magdeleine et Larrieu pour ce premier stage d'internat en médecine générale pure et dure, aux Docteurs Siraz et Arrivé qui m'ont laissé les rennes d'un cabinet pour la première fois en SASPAS. Sans oublier les gériatres de Libourne et d'Arcachon (Drs. Risi, Fontan, Leroux, Roux...) ou encore les urgentistes de Pellegrin, qui m'ont fait me sentir à l'aise et en confiance sur l'ensemble de chaque semestre.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	11
1)	Généralités.....	11
2)	Définitions.....	11
3)	Etat des lieux	13
a)	Au niveau du territoire national	13
b)	Au niveau de la Gironde.....	14
c)	Au niveau international	15
4)	Cadre légal.....	17
a)	Selon le Code Civil.....	17
b)	Selon le Code Pénal.....	17
5)	Mesures	18
a)	Mesures déjà mises en place	18
b)	Mesures en cours d'expérimentation.....	20
6)	Conséquences des agressions	20
a)	Sur le médecin lui-même	20
b)	Sur l'exercice professionnel.....	21
c)	Dans la relation médecin-patient.....	22
II.	MATERIEL ET METHODES.....	24
1)	Type d'étude.....	24
2)	Population étudiée.....	24
3)	Recueil des données	24
4)	Analyses statistiques	25
5)	Ethique	25
III.	RESULTATS	26
1)	Caractéristiques de la population incluse	26
a)	Sexe	26
b)	Age	26
2)	Caractéristiques de l'exercice médical.....	26
a)	Zone d'exercice	26
b)	Mode d'exercice.....	26

c)	Modalités de consultations.....	27
3)	Caractéristiques des agressions	27
a)	Nombre d'agressions	27
b)	Date de la dernière agression	27
c)	Type d'agression	28
d)	Lieu de l'agression	28
e)	Motif de l'agression.....	28
f)	Auteur de l'agression.....	28
4)	Caractéristiques des déclarations de l'agression	29
a)	Destinataires de déclaration de l'agression.....	29
b)	Raisons de non-déclaration de l'agression	30
5)	Conséquences et retentissements des agressions	30
a)	Type de conséquences	30
b)	Type de retentissements et vécu.....	31
6)	Soutien après l'agression.....	32
a)	Type de soutien	32
b)	Discussion à titre personnel	32
7)	Mesures prises contre la récurrence des agressions.....	32
8)	Relation médecin-patient	33
9)	Analyses croisées bivariées	34
IV.	DISCUSSION.....	37
1)	Forces de l'étude.....	37
a)	Originalité du sujet	37
b)	Représentativité de la population étudiée	37
2)	Limites et biais de l'étude	37
a)	Les biais	37
b)	Subjectivité individuelle	39
c)	QCM.....	40
3)	Résultats comparés à la littérature	40
a)	Objectif principal.....	40
b)	Objectifs secondaires.....	40
c)	Caractéristiques de la population incluse et des agressions.....	42

4) Pistes d'avenir et d'amélioration	44
V. CONCLUSION	47
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	49
VII. ANNEXES	54

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Nombre de déclarations d'agressions en 2020 (ONSM).....	13
Figure 2 : Conséquences des agressions chez les médecins généralistes libéraux girondins	31
Figure 3 : Retentissements et vécu après une agression chez les médecins généralistes libéraux girondins.....	31
Tableau 1 : Caractéristiques de la population incluse et de l'exercice médical (n = 146).....	27
Tableau 2 : Caractéristiques des agressions (n = 146)	29
Tableau 3 : Caractéristiques des déclarations de l'agression (n = 146 et 142).....	30
Tableau 4 : Soutien après l'agression (n = 144 et 145).....	32
Tableau 5 : Mesures prises contre la récurrence d'agressions (n = 146)	33
Tableau 6 : Modification dans la relation médecin-patient (n = 146 et 31)	33
Tableau 7 : Caractéristiques des médecins et des agressions selon le mode d'exercice.....	35
Tableau 8 : Age et caractéristiques des agressions selon le sexe	36

LISTE DES ABREVIATIONS

- ITT : incapacité totale de travail
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- ONSM : Observatoire National pour la Sécurité des Médecins
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- QCM : Question à Choix Multiples
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- FMC : Formation Médicale Continue
- URPS : Union régionale des professionnels de santé

I. INTRODUCTION

1) Généralités

Les violences et les agressions envers les médecins (toutes spécialités confondues) sont de plus en plus fréquentes.

Les médecins généralistes libéraux sont en première ligne « de mire » de par les soins de premier recours qu'ils prodiguent.

Ils se retrouvent face à des patients en demande constante de prescriptions médicamenteuses, d'arrêt de travail ou encore d'examens d'imagerie. Il peut alors être difficile de refuser la demande du patient dans certaines situations dans la peur de voir naître l'agressivité envers le praticien.

Cette violence peut se manifester sous différentes formes d'agressions : verbale (la plus fréquente)(1), physique, psychologique ou encore sexuelle. Il ne faut surtout pas oublier - dans ce contexte de banalisation du non-respect envers les médecins - de prendre en compte les éventuelles conséquences et répercussions de ces agressions sur le corps médical (arrêt de travail, incapacité totale de travail (ITT), syndrome d'épuisement au travail, cessation d'activité, etc.).

Afin d'essayer d'appréhender au mieux cette violence grandissante, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a créé en 2002 l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins (ONSM) qui dénombre et publie annuellement les incidents déclarés par les médecins quel que soit leur spécialité, ce qui en fait un outil de mesure intéressant mais incomplet.

Les médecins généralistes de Gironde sont confrontés à des situations d'insécurité et d'agressions répétées mais quelles en sont les retentissements ? Quelles conséquences accompagnent les médecins généralistes libéraux girondins dans leur cadre professionnel ?

2) Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit de manière globale la violence comme suit : « utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui

entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ».(2)

Afin de détailler les différents types de violence et d'agression (physique, verbale, psychologique, etc.), voici quelques définitions.

D'après l'OMS ainsi que l'Organisation Internationale du Travail(3), la violence physique consiste en «l'usage de la force physique contre une autre personne ou un autre groupe entraînant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques».

Toujours selon l'OMS(2) la violence psychologique est définie comme un «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, moral ou social. Sont visés les actes tels que les insultes, l'intimidation, le harcèlement et les menaces ».

La violence verbale est décrite par Graines de Paix(4) comme «des propos, des cris qui sont insultants, blessants, infériorisants, méprisants et/ou dégradants, qui affectent la personne ou les groupes qui les subissent et qui peuvent porter atteinte à leur intégrité psychologique».

Quant à la violence sexuelle, elle est caractérisée par l'OMS(5) comme «les actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, ainsi que des formes de contrainte très variées allant de la pression et de l'intimidation sociale jusqu'à la force physique».

Pour conclure, Le Larousse en ligne définit une agression comme une «attaque non provoquée, injustifiée et brutale contre quelqu'un, contre un pays»(6).

3) Etat des lieux

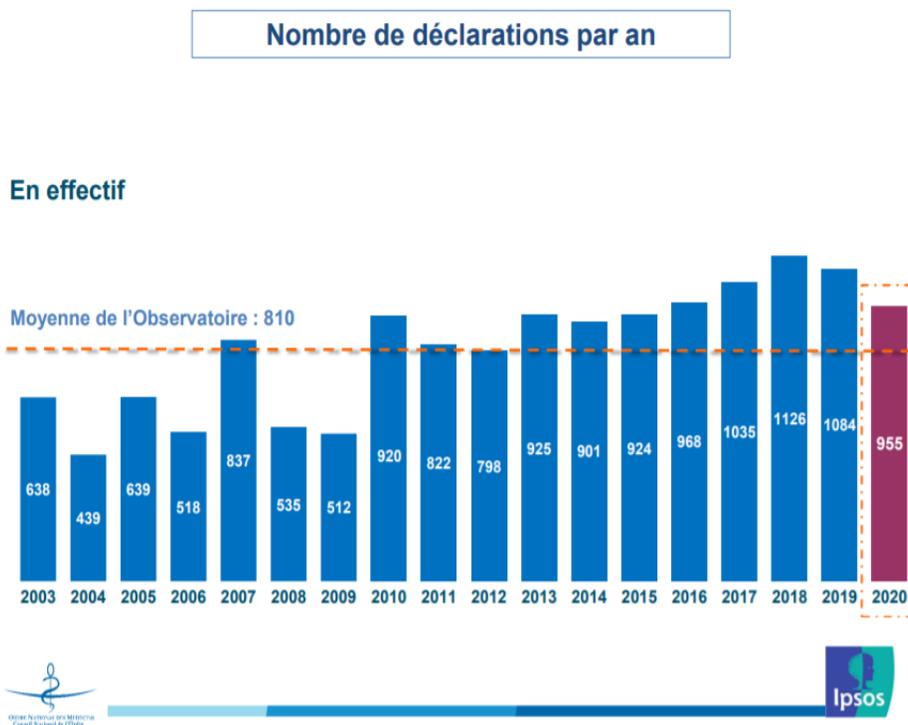
a) Au niveau du territoire national

En France, les déclarations d'agressions envers les médecins se multiplient et ne font que se majorer d'année en année depuis 5 ans maintenant d'après le recensement de l'ONSM.

En 2014, 901 déclarations d'incidents avaient été faites contre 1126 en 2018 comme le révélait l'ONSM(7) ou encore la revue médicale Egora(8), ce qui constitue un triste record : jamais le nombre de praticiens agressés n'a été aussi élevé (et reste le plus élevé à ce jour).

On notera un chiffre d'agressions sur l'année 2019(1) qui est pratiquement stable mais e légère baisse avec 1084 fiches de déclarations d'incidents remplies par les médecins au niveau national. Cette baisse se confirme d'ailleurs sur l'année 2020(9) avec le passage sous la barre symbolique des 1000 déclarations annuels nationales (955 précisément) ce qui est une première depuis 2014, après 5 années consécutives d'augmentation de déclarations d'agressions.

Figure 1 : Nombre de déclarations d'agressions en 2020 (ONSM)



Ceci est à nuancer car l'année 2020 a vu le grand chamboulement dans l'organisation des cabinets de médecine avec l'arrivée du COVID-19 et des confinements successifs dès Mars 2020. Enfin, nous savons désormais que les téléconsultations ont pris une place plus importante dans les plannings de consultation des médecins.

En 2019, quatre régions concentrent près de la moitié des incidents d'agressions répertoriés par l'ONSM(1) : il s'agit de la Provence-Alpes-Côte d'Azur, des Hauts-de-France, de l'Occitanie et l'Auvergne Rhône-Alpes.

Les départements du Nord (144 déclarations), des Bouches-du-Rhône (100), de la Seine-Maritime (47) et de la Gironde (39) sont ceux où les déclarations sont les plus nombreuses sur l'année 2019(1).

À l'inverse, l'Orne, la Savoie, les Alpes-Maritimes, l'Ardèche ou les Pyrénées-Atlantiques n'ont recensé chacun qu'une seule déclaration en 2019.

Les médecins généralistes sont de loin les plus exposés et les plus touchés face aux agressions où ils représentent 70 % des déclarations tandis que les autres spécialités concernent 30 % des agressions (alors que les spécialistes concentrent 56 % des médecins).

Près de la moitié (49%) des médecins victimes d'incidents sont des femmes en 2018 (sachant qu'elles constituent 47% du corps médical en France)(7). En 2020, la tendance est à la hausse avec sur les 955 agressions déclarées, 53% qui sont des femmes(9).

Ces agressions touchent les médecins où qu'ils exercent : 54% ont lieu en centre-ville, 20% en banlieue et 17% en milieu rural (chiffres identiques en 2019 et 2020)(9).

b) Au niveau de la Gironde

Il y a eu un total de 34 déclarations à l'Ordre des Médecins en 2018(8). Sur l'année 2019, le nombre est en augmentation avec 5 déclarations girondines supplémentaires amenant à un total de 39 déclarations(10). On note une diminution des déclarations en Gironde sur l'année 2020 passant de 39 à seulement 11(11).

c) Au niveau international

La violence envers le corps médical est un phénomène international qui n'épargne aucun pays.

- Royaume-Uni

Hobbs en 1991(10) releva des violences envers un échantillon de 1093 médecins généralistes des Midlands de l'Ouest en Angleterre. Parmi eux, 62,9% (687) rapportaient un acte de violence les concernant dans les douze derniers mois. Il s'agissait à 91,3% de violences verbales.

Il concluait notamment que certains des facteurs déclencheurs d'agressions pouvaient être potentiellement évitables avec notamment « une formation du personnel adéquate, une réorganisation du planning de consultation pour limiter les retards ou encore un suivi des victimes d'agressions ».

En 2003, Nat M J Wright, Cath A J Dixon et Charlotte N E Tompkins(11) rapportait que 63% des médecins généralistes de Birmingham avaient subi des violences dans l'année précédente (3% d'entre eux ont eu une blessure légère contre 0,5% une blessure grave).

- Allemagne

Sur un échantillon de 1408 médecins généralistes d'Allemagne dans une étude menée par Vorderwülbecke F.(12), 831 (59%) ont répondu au questionnaire de l'étude en 2015. Quatre-vingt onze pourcents d'entre eux ont fait l'objet d'une agression au cours de leur carrière. Vingt-trois pourcents (23%) rapportent une agression sévère durant leur carrière contre 11% pour l'année précédente. Les événements abusifs étaient classés en 3 catégories : léger, modéré, majeur. La violence verbale reste l'agression la plus fréquente.

L'auteur a conclu en indiquant que les chiffres d'agressions et de violence envers les médecins généralistes allemands sont comparables à ceux rapportés dans les études internationales.

- Canada

Une étude canadienne de 2010 signée Baukje Miedema(13) regroupant 720 médecins généralistes montre que 29% d'entre eux (209) déclarent avoir été victime d'un événement abusif le mois précédent par un patient ou un membre de la famille de celui-ci.

Les auteurs ont conclu que tous les médecins généralistes canadiens, où qu'ils exercent, sont à risque de violence, d'où la nécessité de développer une politique nationale « antiviolence ». Comme cela a été fait au Royaume-Uni ou en Australie par exemple, qui leur permettrait une meilleure protection.

- Chine

Dans un article de 2016 de Siqi Zhao(14), 860 participants (448 médecins et 412 infirmiers) avaient répondu au questionnaire de l'étude. Trente personnes relataient sur l'année écoulée, avoir subi des violences physiques contre 257 pour des violences psychologiques. Enfin, 76 participants reconnaissent avoir été confronté à ces violences mixtes. L'étude concluait sur des éventuelles solutions pour parer face à ces agressions telles que : « Améliorer les compétences en termes de diagnostic et de traitement, utiliser de l'équipement pour se protéger, élaborer des lignes directrices mais aussi des plans de prévention face à la violence ou encore renforcer le personnel en fournissant un soutien de secours ».

- Inde

Un article de 2017 signé Mukul Chandra Kapoor(15) décrit que plus de 75% des médecins font face à la violence durant leur carrière. L'auteur y déplore l'absence de sécurité dans les structures médicales indiennes et de formation face à la violence des patients. Il rajoute qu'il n'existe aucune loi pour la protection et la sécurité de la communauté médicale.

On voit bien que les violences envers le milieu médical et les médecins généralistes sont un problème récurrent depuis des années et qui n'est pas en voie d'amélioration quel que soit le pays dans le monde.

4) *Cadre légal*

a) Selon le Code Civil

Le Code Civil définit la violence entre personnes(16) « lorsqu'elle est de nature à faire impression sur une personne raisonnable, et qu'elle peut lui inspirer la crainte d'exposer sa personne ou sa fortune à un mal considérable et présent. On a égard, en cette matière, à l'âge, au sexe et à la condition des personnes ».

b) Selon le Code Pénal

Le Code Pénal définit les violences selon le type de violence exercée et la catégorie de la victime. Il distingue plusieurs types de violences : les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les agressions sexuelles et le harcèlement moral.

- Article 222-13

« Les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende »(17).

On retrouve d'autres articles du Code Pénal faisant état des peines encourues :

- Article 222-14

« Les violences prévues par les dispositions de la présente section sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques »(18).

- Article 222-17

« La menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes dont la tentative est punissable de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende lorsqu'elle est, soit réitérée, soit matérialisée par un écrit, une image ou tout autre

objet. La peine est portée à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende s'il s'agit d'une menace de mort »(19).

5) *Mesures*

a) Mesures déjà mises en place

- ONSM

Pour rappel, l'ONSM a été créé en 2002 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour recenser, suivre les violences à l'encontre des médecins et assurer un suivi des agressions auxquelles ils sont exposés dans leur exercice professionnel.

Ce recensement national se fait par le biais d'une fiche d'incident(20) à remplir sur le site du CNOM (Annexe 1), qui permet donc aux médecins victimes d'agression de transmettre l'information à leur conseil départemental(21) :

- pour que le médecin agressé reçoive, s'il le souhaite, le soutien de l'institution ordinale.

- pour permettre au CNOM de connaître plus précisément la nature des événements au niveau local, d'analyser les problèmes rencontrés par les praticiens et d'étudier les réponses possibles.

Le CNOM peut s'associer systématiquement au médecin (quel que soit son statut : étudiant, interne, docteur) en se constituant partie civile dans sa démarche de porter plainte pour atteinte à la profession médicale et à l'exercice de la médecine.

Même si les médecins confrontés à ces situations sont encouragés à déposer plainte systématiquement, en 2020, 44% des médecins victimes d'agressions physiques n'ont déposé ni plainte ni main courante, une proportion qui monte à 33% chez les médecins victimes de vandalisme, et à 71% chez les médecins victimes d'agressions verbales(9).

- Protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordres

Les conseils nationaux des ordres des professionnels de santé et les ministères de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé ont signé en 2011 le protocole national Santé-Sécurité-Justice-Ordres (SSJO)(22). Il a pour objectif d'améliorer la sécurité des professionnels de santé.

Des mesures concrètes ont été déployées : numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale réservé aux médecins, référent sécurité dédié au sein des services de police et de gendarmerie.

- Guide de sécurité

L'ONSM a créé en collaboration avec l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) ainsi que les conseils nationaux des professionnels de santé, un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé(23) (Annexe 2).

Il est constitué de 12 pages et est téléchargeable sur le site du CNOM. Il s'articule autour de différents thèmes :

- la sécurité (au cabinet, au domicile du praticien, lors d'un déplacement et au domicile du patient)
- la conduite à tenir en cas d'agression
- les suites judiciaires

L'ONVS met aussi à disposition des fiches réflexes qui abordent la conduite à tenir dans les situations de violence(23) dont une à destination de l'agent victime dans son exercice professionnel. On peut retrouver par ailleurs sur le site internet du CNOM :

- une affiche « pour une relation patient-médecin en toute confiance » à mettre en évidence dans son cabinet(24) (Annexe 3)
- Une fiche de prévention des conflits entre médecin et patient(25)
- Un rapport sur les solutions des situations à risque de contentieux(26)

- Numéro vert d'entraide ordinale

Enfin, l'Ordre monte au créneau pour soutenir ses médecins avec notamment la mise en place récente d'un numéro vert unique d'entraide ordinale (27) afin d'être mis en relation avec un confrère, un psychologue clinicien, ou un interlocuteur spécifiquement formé afin d'évoquer toute difficulté financière, administrative, juridique ou autre (tous les jours de la semaine, 24h/24) : 0800 288 038.

- Association MOTS

Il est aussi possible de joindre l'association « MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) » (06-08-28-25-89) si le médecin agressé éprouve le besoin d'un soutien.

En effet, cette association s'étend sur huit régions françaises, accompagnant une population de plus de 160 000 médecins (mais aussi les proches des médecins, les internes et les étudiants en médecine).

Les médecins de même que leurs proches peuvent appeler le numéro d'appel spécifique pour une consultation avec un médecin effecteur MOTS.

Sa philosophie repose sur l'approche systémique, base du diagnostic et de l'accompagnement. Pour le médecin appelant, cette démarche originale s'accomplit dans la plus stricte confidentialité vis-à-vis de l'ensemble des structures dont il peut dépendre (employeur, administration, caisse d'assurance maladie, conseil de l'Ordre des médecins...).

Depuis la création de l'association en 2010, plus de 700 médecins ont pu bénéficier de l'aide de cette dernière. Les motifs principaux des appels sont un épuisement professionnel et personnel(28).

b) Mesures en cours d'expérimentation

Comme le rapporte l'article du journal Le Populaire(29), 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 sera 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.

6) *Conséquences des agressions*

a) Sur le médecin lui-même

- Incapacité totale de travail (ITT)

Peu d'actes d'agressions donnent lieu à des séquelles physiques. En revanche, il est à noter une majoration du nombre d'actes conduisant à une ITT. Comme le

disait M. Balducci dans sa thèse en 2012(30), 10% des agressions envers les médecins généralistes donnaient lieu à une ITT (dont 3% d'ITT supérieure à 8 jours).

- Soutien psychique ou médicamenteux

Comme l'a montré Ronny Heymann dans sa thèse, 37% des agressions ont des conséquences psychiques personnelles (prise régulière ou occasionnelle de psychotropes, psychothérapie) qui peuvent avoir des répercussions sur le cadre professionnel(31).

La répétition des actes d'incivilité, de violence et d'agressions envers les médecins ainsi que leur fréquence constituent un stress psychologique que de nombreux professionnels ne savent pas gérer et qui est vécu comme un harcèlement. C'est ce que montre le rapport de 2001 (en page 4) de deux inspecteurs généraux des affaires sociales(32).

b) Sur l'exercice professionnel

- Diminution volontaire du nombre de gardes

Dans son enquête sur les conditions d'exercice des médecins libéraux d'Ile-de-France, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) montre que 86% des femmes en activité n'exercent pas de gardes contre 65% des hommes avec pour raisons invoquées à plus de 30% les problèmes liés au manque de sécurité(33).

- Désir de changer d'activité / quitter la profession libérale

Près de 51% des médecins généralistes interrogés déclaraient qu'ils quitteraient la médecine libérale s'ils le pouvaient. La pénibilité et les risques de la profession sont évoqués en premier lieu à 39% pour expliquer ce constat(33).

- Arrêt de travail

Comme le montre le rapport de l'ONSM, en 2020, seuls 4% des médecins ayant déclaré une agression se sont mis en arrêt de travail pour une durée pour 2% d'entre eux inférieure à 3 jours(9).

- Diminution du nombre de médecins libéraux installés

Comme le rapporte un article du Parisien de 2018, le climat d'insécurité régnant et grandissant fait partir des médecins pour exercer à l'étranger ou finalement quitter le domaine libéral de la médecine. « Mon prédécesseur, par exemple, a tenu deux ans dans ce cabinet, avant de s'en aller, à cause de ce climat d'insécurité ».(34)

- Augmentation du prix des assurances

La fréquence des sinistres augmente, comme pour toute assurance, le prix de l'assurance et peut même conduire à une non-reconduction du contrat.

Les médecins fréquemment victimes d'agressions ou encore de vol et vandalisme ont plus de difficulté à obtenir une assurance que ceux qui travaillent dans des zones privilégiées et qui ne subissent aucun sinistre(30).

c) Dans la relation médecin-patient

Le médecin agressé de manière répétée peut voir son état psychique altéré ce qui conduit inévitablement à une qualité et une sérénité d'exercice moindres, ce qui peut entraîner plus facilement par la suite un épuisement professionnel associé à une baisse de la qualité des soins.

L'article d'Éric Galam en 2008(35) montre que cet état peut conduire à une irritabilité du médecin, à des erreurs pouvant entraîner la mort du patient, à la prescription d'examens ou de traitements inappropriés.

Selon l'ONVS dans un rapport de 2019, « les relations entre soignants et les patients et/ou leurs accompagnants peuvent dégénérer en un trait de temps à la suite d'un différend, voire d'une simple incompréhension, détériorant ainsi le caractère équilibré de l'alliance thérapeutique et de la relation de confiance qui affectent de facto la qualité des soins » dont va bénéficier le patient. Cependant la présence de violence dans la relation soignant/soigné peut également affecter la

santé des soignants eux-mêmes, engendrant des conduites addictives, de l'anxiété, des risques suicidaires, des névroses traumatiques, ou un état de stress post-traumatique. De plus, il existe un réel cercle vicieux, où la violence subie par les médecins peut elle-même créer de la violence ou des comportements maltraitants à l'égard de patient, qui elle-même peut provoquer à nouveau des comportements violents de la part du patient(36).

De nombreux travaux de thèses ont donné à des études qualitatives avec entretiens semi-dirigés pour connaître le ressenti de médecins généralistes agressés comme c'est le cas avec la thèse picarde de Demaie en 2019(37) ou encore le travail de F. Huber en 2017 sur des médecins de Meurthe-et-Moselle(26), où la majorité des médecins dénonçaient une modification de la relation médecin-patient.

En Gironde, à notre connaissance, aucun travail qualitatif ni quantitatif n'a été réalisé à ce jour sur un état des lieux des agressions envers les médecins et encore moins sur les conséquences de ces dernières.

Les déclarations des agressions par les médecins généralistes libéraux, via la fiche de signalement à adresser à l'ONSM, ne sont pas exhaustives. De plus, elles ne permettent pas de connaître les conséquences des agressions dans leur cadre professionnel.

Nous nous sommes donc posé la question suivante : quelles sont les conséquences des agressions dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux girondins ?

Pour répondre à cette question, notre étude a donc pour objectif principal de recenser par le biais d'un auto-questionnaire, les conséquences des agressions dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux de Gironde. Les objectifs secondaires sont de caractériser le type d'agression subie ainsi que d'évaluer le retentissement et vécu face aux agressions.

II. MATERIEL ET METHODES

1) *Type d'étude*

Il s'agit une étude quantitative observationnelle transversale.

2) *Population étudiée*

La population étudiée était les médecins généralistes libéraux girondins ayant subi au moins une agression au cours de leur exercice professionnel. Les médecins susceptibles de participer à l'enquête ont été contacté par e-mail, grâce à la base de données du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Gironde, qui a accès, sur les 1844 médecins généralistes libéraux girondins, à 1662 adresses mails (déduction faite des adresses mails invalides ou absentes).

3) *Recueil des données*

Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire anonyme de 21 questions (Annexe 4) et sur la base du volontariat.

Après analyse de la littérature, nous n'avons pas retrouvé de questionnaire validé ou standardisé.

Nous avons donc créé notre propre questionnaire avec mes directeurs de thèse avec des questions générales sur les médecins et leur environnement professionnel puis des questions spécifiques pour répondre à nos objectifs principal et secondaires.

Il a ensuite été soumis auprès de 3 médecins afin d'évaluer sa pertinence, sa compréhension ainsi que l'accessibilité de la plateforme internet de diffusion (Google Forms®). Nous avons réalisé, après leur avis, des modifications notamment sur le vocabulaire des réponses avec l'écriture de termes médicaux et non « populaires » vu que nous nous adressions à des médecins.

Le questionnaire comportait certaines questions à choix multiples ainsi que des réponses libres.

Un texte expliquant le but du travail précédait l'auto-questionnaire dans le mail adressé aux médecins généralistes.

Une relance du questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes libéraux girondins grâce au CDOM a été réalisée le 17 mai 2021.

4) Analyses statistiques

Une analyse descriptive des variables a été réalisée à l'aide des logiciels Excel® et SAS 9.4®.

Des analyses bivariées ont été réalisées ainsi que des tests statistiques (Chi-2, Fisher).

5) Ethique

L'étude, appartenant à la méthode de référence MR-004 (« Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé »), a fait l'objet d'une déclaration obligatoire à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dont la référence est 2222450v0.

Dans le cadre de notre étude, l'accord d'un comité de protection des personnes n'était pas nécessaire.

III. RESULTATS

Le recueil des données a été réalisé sur la période allant du 4 mars au 26 mai 2021.

Une seule réponse était non recevable car la personne avait répondu au questionnaire en mentionnant n'avoir subi aucune agression.

Pour les questions à choix multiples (QCM), le pourcentage correspond au nombre de fois où la réponse a été sélectionnée ou écrite, divisée par le nombre de répondants total. Il se peut donc que le total soit supérieur à 100%.

1) Caractéristiques de la population incluse

a) Sexe

Quatre-vingts femmes ont participé à l'étude : elles représentent 54,8% des médecins contre 66 hommes (45,2%).

b) Age

Les répondants étaient répartis par classe d'âge : la majorité des médecins (43, ce qui représente 29,5% du total) ont entre 35 et 44 ans tandis que 32 d'entre eux (21,9%) sont âgés entre 45 et 54 ans.

2) Caractéristiques de l'exercice médical

a) Zone d'exercice

La zone urbaine/centre-ville est la zone d'exercice la plus représentée avec 59 répondants (39,7%) alors que 43 médecins (29,5%) se situent en zone urbaine/banlieue.

b) Mode d'exercice

Cent-huit médecins (74%) exercent en cabinet groupe, les 38 médecins restants (26%) ont noté être en cabinet médical individuel.

c) Modalités de consultations

Cent vingt-sept (87%) des médecins interrogés déclarent consultaient uniquement sur rendez-vous tandis que seulement 2 médecins (1,4%) consultent sans prise de rendez-vous.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population incluse et de l'exercice médical (n = 146)

	n	%
Sexe		
Homme	66	45,2
Femme	80	54,8
Classe d'âge		
< 35 ans	36	24,7
35 - 44 ans	43	29,5
45 - 54 ans	32	21,9
≥ 55 ans	35	24,0
Zone d'exercice		
Urbain centre-ville	58	39,7
Rurale	45	30,8
Urbain banlieue	43	29,5
Mode d'exercice		
Cabinet de groupe	108	74,0
Cabinet individuel	38	26,0
Modalités de consultations		
Sans rendez-vous	2	1,4
Sur et sans rendez-vous	17	11,6
Sur rendez-vous	127	87,0

3) Caractéristiques des agressions

a) Nombre d'agressions

Durant les 10 dernières années, 101 médecins (69,2%) ont noté avoir subi moins de 3 agressions. A l'opposé, 5 répondants (3,2%) affirment avoir été victimes de plus 10 agressions en 10 ans.

b) Date de la dernière agression

La dernière agression en date se situe entre 1 et 5 ans auparavant pour 69 médecins (47%). Pour 38 (26%) des répondants, la dernière agression a eu lieu lors de l'année précédente.

c) Type d'agression

Pour 137 médecins (93,8%), l'agression la plus fréquente est de type verbal tandis que l'agression physique arrive en dernière position pour 25 (17,1%) des médecins interrogés. Aucune agression sexuelle n'a été notifiée.

d) Lieu de l'agression

L'agression a lieu au cabinet (en semaine ou en garde) pour 121 sondés (82,9%). 10 médecins (6,8%) ont rapporté une agression au téléphone ou sur internet.

e) Motif de l'agression

Les deux motifs qui étaient le plus souvent mis en avant lors des agressions étaient le refus de prescription pour 56 médecins (38,4%) et un reproche relatif à une prise en charge pour 47 d'entre eux (32,2%).

A noter une catégorie « Autres » remplie par 7 répondants (4,8%) et qui regroupe des motifs tels que la prise d'un jour de congé par un médecin ou encore l'indisponibilité d'une place de parking notifiée par un patient.

f) Auteur de l'agression

L'agresseur identifié est le patient d'après 103 médecins (70,5%). L'auteur de l'agression reste en revanche inconnu pour 4 des médecins (2,7%).

Tableau 2 : Caractéristiques des agressions (n = 146)

	n	%
Nombre d'agressions sur les 10 dernières années		
Moins de 3 fois	101	69,2
Entre 3 et 6 fois	32	21,9
Entre 7 et 9 fois	8	5,5
Plus de 10 fois	5	3,4
Date de la dernière agression		
Moins d'un an	38	26,0
Entre 1 et 5 ans	69	47,3
Entre 5 et 10 ans	20	13,7
Plus de 10 ans	19	13,0
Type d'agression (n = 146) - plusieurs réponses possibles		
Verbale	137	93,8
Matérielle	33	22,6
Physique	25	17,1
Lieu de l'agression		
Au cabinet (en semaine ou garde)	121	82,9
En visite à domicile (en semaine ou garde)	12	8,2
Téléphone / internet	10	6,8
Dans l'espace public	2	1,4
Au domicile	1	0,7
Motif de l'agression		
Refus de prescription	56	38,4
Reproche relatif à une prise en charge	47	32,2
Temps d'attente jugé excessif	18	12,3
Falsification de document	6	4,1
Vol	5	3,4
Refus de payer la consultation	5	3,4
Refus d'être le médecin traitant	2	1,4
Autres (HDT, pas de place de parking, jour de congés...)	7	4,8
Auteur de l'agression		
Le patient	103	70,5
La famille du patient	39	26,7
Non connu	4	2,7

4) Caractéristiques des déclarations de l'agression

a) Destinataires de déclaration de l'agression

Sur 146 répondants, 78 médecins (53.4%) ont déclaré leur agression. Pour 44 d'entre eux (30.1%), l'agression a été rapportée à un confrère ou une consœur. Le Conseil de l'Ordre des Médecins et la Police arrivent en 2^{ème} et 3^{ème} positions respectivement avec 25 (17.1%) et 23 (15.8%) déclarations.

A noter une catégorie « Autres » (10 réponses représentant 4,1% du total) qui regroupe des réponses comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou encore l'assureur du médecin.

b) Raisons de non-déclaration de l'agression

Pour 21 médecins (32,8%) n'ayant pas déclaré leur agression, ces derniers ont mis en avant l'absence d'intérêt de la déclaration. Pour 14 (21,9%) d'entre eux, l'agression n'a pas eu un retentissement particulier et n'ont pas, en conséquence, souhaiter signaler cette dernière.

Tableau 3 : Caractéristiques des déclarations de l'agression (n = 146 et 142)

	n	%
Destinataires de déclaration (n=146) - plusieurs réponses possibles		
Confrère / Consœur	44	30,1
Conseil de l'Ordre des Médecins	25	17,1
Police	23	15,8
Autres (assureur, pompiers, CPAM...)	6	4,1
Raisons de non-déclaration (n=142) - plusieurs réponses possibles		
Pas d'intérêt de la déclaration	21	32,8
Pas de retentissement de l'agression	14	21,9
Manque de temps	12	18,8
Manque de connaissance quant aux procédures de la déclaration	7	10,9
Autres (peur des représailles, honte, incompétence gendarmerie...)	10	15,6

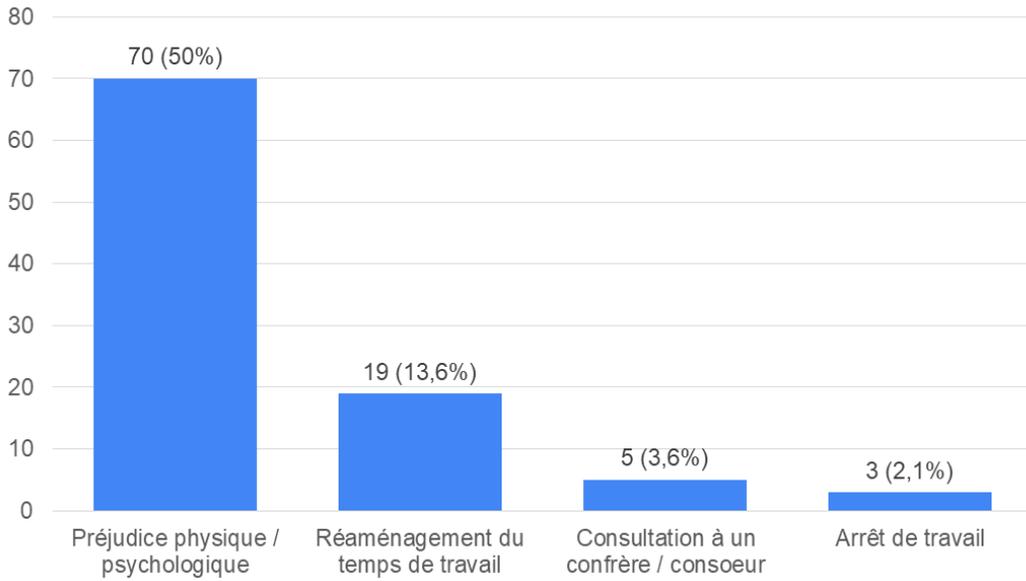
5) Conséquences et retentissements des agressions

a) Type de conséquences

Quatre-vingt quatre médecins notent des conséquences à leur agression (60%) tels qu'un préjudice physique ou psychologique pour 70 praticiens (50%). Un réaménagement du temps de travail (arrêt des visites à domicile, consultations sur rendez-vous uniquement) a été notifié par 19 (13,6%) des répondants.

Enfin, un arrêt de travail a été délivré pour 3 médecins (2,1%) dont la durée allait de 1 mois et demi à 8 mois.

Figure 2 : Conséquences des agressions chez les médecins généralistes libéraux girondins (n = 140)

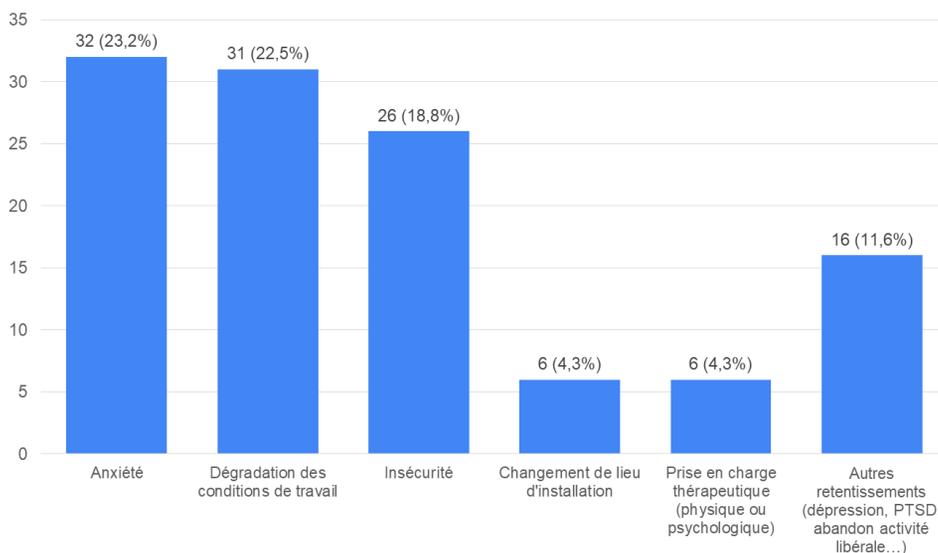


b) Type de retentissements et vécu

Pour 32 (23,2%) et 31 (22,5%) médecins respectivement, l’anxiété et la dégradation des conditions de travail sont les deux réponses les plus fréquentes.

A noter une catégorie « Autres retentissements » (16 répondants pour 11,6% du total) qui regroupe des réponses telles que la dépression, un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) ou encore un arrêt du suivi du patient agresseur.

Figure 3 : Retentissements et vécu après une agression chez les généralistes libéraux girondins (n = 138)



6) *Soutien après l'agression*

a) Type de soutien

79 médecins (54,9%) ont nécessité un soutien après leur agression. Pour 64 (44.4%) d'entre eux, ils se tournent vers leurs confrères ou consœurs. Le Conseil de l'Ordre des Médecins et l'entourage proche arrivent en 2^{ème} et 3^{ème} positions respectivement.

b) Discussion à titre personnel

Au total, 137 médecins ont eu besoin de parler de leur agression à titre personnel (94.5% des répondants).

L'entourage familial ou amical arrive en tête des réponses pour 107 des médecins (73,8%), suivi par un confrère ou une consœur concernant 92 praticiens (63.4%). Les groupe de pairs et groupe BALINT ont été sollicités par 5 médecins (3.4%).

Tableau 4 : Soutien après l'agression (n = 144 et 145)

	n	%
Soutien de la part de (n=144) - plusieurs réponses possibles		
Confrère / Consœur	64	44,4
Conseil de l'Ordre des Médecins	9	6,3
Entourage familial / amical	7	4,9
Police	6	4,2
Assureur	4	2,8
Psychologue	2	1,4
Discussion à titre personnel (n=145) - plusieurs réponses possibles		
Entourage familial / amical	107	73,8
Confrère / Consœur	92	63,4
Groupe de pairs / BALINT	5	3,4
Psychologue	2	1,4

7) *Mesures prises contre la récurrence des agressions*

Afin de lutter contre la récurrence des agressions, 59 médecins (40.4%) ont pris des mesures spécifiques dont une modification du comportement envers leurs patients

pour 34 d'entre eux (23,3%), tout comme une modification de la relation médecin / patient pour 33 répondants (22,6%).

On retrouve dans les autres mesures prises, un réaménagement du cabinet (interphone, caméra, verrou, etc.) mais aussi un changement de l'activité (diminution du temps de travail, arrêt ou diminution des VAD, consultations sur rendez-vous, etc.) pour 12 médecins dans les deux cas (8,2%).

Tableau 5 : Mesures prises contre la récurrence d'agressions (n = 146)

	n	%
Mesures prises (n=146) - plusieurs réponses possibles		
Modification de son comportement envers les patients	34	23,3
Modification de la relation patient/médecin	33	22,6
Réaménagement du cabinet (éclairage extérieur, verrou...)	12	8,2
Changement de son activité (diminution temps travail...)	12	8,2
Auto-défense	10	6,8
Travailler en groupe	2	1,4

8) Relation médecin-patient

Pour 31 médecins (21.2%), la relation médecin-patient suite à l'agression a été modifiée. Pour 13 (41,9%) d'entre eux, ils déclarent être plus fermes envers les patients tandis que, pour presque 8 médecins (25,8%), le recul et la prise de distance est de mise.

Tableau 6 : Modification dans la relation médecin-patient (n = 146 et 31)

	n	%
Modification de la relation médecin-patient (n=146)		
oui	31	21,2
non	115	78,8
Type de modification de la relation médecin-patient (n=31)		
Plus de fermeté	13	41,9
Plus de distance / Recul	8	25,8
Méfiance / Vigilance	6	19,4
Plus d'écoute / Empathie	4	12,9

9) *Analyses croisées bivariées*

Le nombre de sujets peut varier allant de $n = 138$ à $n = 146$ devant la présence de valeurs manquantes dans les réponses au questionnaire.

Les résultats des analyses bivariées sont présentés dans les tableaux 7 et 8, la plupart ne retrouvant aucune différence statistiquement significative.

En revanche, le point qui s'est clairement démarqué de manière logique et intéressante, est la comparaison entre les médecins exerçant en cabinet de groupe et ceux en cabinet individuel. Nous avons analysé le mode d'exercice en fonction de différentes variables (sexe, classe d'âge, discussion à titre personnel, changement de lieu d'installation...).

En effet, les médecins en cabinet de groupe ont bénéficié de plus de soutien de la part d'un confrère que ceux en cabinet individuel ($p = 0,004$). Ils en ont également plus parlé à titre personnel auprès d'un confrère ($p = 0,030$).

A contrario, les médecins en cabinet individuel, après leur agression, ont plus tendance à changer de lieu d'installation que ceux en cabinet de groupe ($p = 0,036$).

Enfin, on ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre le mode d'exercice (cabinet groupe ou individuel) et le sexe ou encore entre le mode d'exercice et l'âge.

Tableau 7 : Caractéristiques des médecins et des agressions selon le mode d'exercice

	Cabinet de groupe		Cabinet individuel		p
	n	%	n	%	
Sexe					0,946
Homme	49	45,4	17	44,7	
Femme	59	54,6	21	55,3	
Classe d'âge					0,127
< 35 ans	23	21,3	13	34,2	
35 - 44 ans	37	34,3	6	15,8	
45 - 54 ans	24	22,2	8	21,1	
≥ 55 ans	24	22,2	11	29,0	
Nombre d'agressions sur les 10 dernières années					0,599
≥ 3	32	29,6	13	34,2	
< 3	76	70,4	25	65,8	
Agression physique					0,212
non	92	85,2	29	76,3	
oui	16	14,8	9	23,7	
Soutien de la part d'un confrère / consœur					0,004
oui	55	51,4	9	24,3	
non	52	48,6	28	75,7	
Discussion à titre personnel à un confrère / consœur					0,030
oui	74	68,5	18	48,7	
non	34	31,5	19	51,4	
Changement de lieu d'installation					0,036
oui	2	1,9	4	11,4	
non	101	98,1	31	88,6	

Les hommes et les femmes ont des âges significativement différents ($p < 0,0001$) (tableau 8). Les femmes sont plus jeunes que les hommes (25 soit 30% chez les moins de 35 ans contre 11 soit 20% chez les hommes ; 30 femmes soit 40% chez les 35-44 ans contre 13 soit 20% chez les hommes ; puis la tendance s'inverse notamment avec 27 hommes (40%) de plus de 55 ans contre 8 (10%) femmes seulement).

Une fois le nombre d'agressions sur les dix dernières années répartis en deux catégories, c'est-à-dire moins de 3 ou plus de 3, on ne retrouvait pas de différence significative entre le nombre d'agressions et le sexe ($p = 0,399$).

On voit également que les femmes discutent plus à titre personnel à leur entourage familial / amical par rapport aux hommes ($p < 0,0001$).

Il n'existe pas de différence significative entre le sexe et le fait d'avoir reçu du soutien de la part d'un confrère ($p = 0,626$) ou du Conseil de l'Ordre ($p = 0,731$).

Enfin, on ne détectait pas de différence significative entre le sexe et le motif de l'agression ($p = 0,112$) ou encore entre le sexe et la modification de la relation médecin-patient ($p = 0,446$).

Tableau 8 : Age et caractéristiques des agressions selon le sexe

	Homme		Femme		p
	n	%	n	%	
Classe d'âge					<0,0001
< 35 ans	11	20	25	30	
35 - 44 ans	13	20	30	40	
45 - 54 ans	15	20	17	20	
≥ 55 ans	27	40	8	10	
Nombre d'agressions sur les 10 dernières années					0,399
≥ 3	18	27,3	27	33,8	
< 3	48	72,7	53	66,3	
Soutien de la part d'un confrère / consœur					0,626
oui	27	42,2	37	46,3	
non	37	57,8	43	53,8	
Soutien de la part du Conseil de l'Ordre					0,731
oui	3	4,7	6	7,5	
non	61	95,3	74	92,5	
Discussion à titre perso. à l'entourage familial / amical					<0,0001
oui	37	56,9	70	87,5	
non	28	43,1	10	12,5	
Modification de la relation médecin-patient					0,446
oui	13	19,7	20	25,0	
non	53	80,3	60	75,0	
Motif de l'agression					0,112
Refus de prescription	18	27,3	25	31,3	
Reproche relatif à une prise en charge	21	31,8	35	43,8	
Autres	27	40,9	20	25,0	

IV. DISCUSSION

Comme toute étude, sa validité et les biais doivent être examinés pour mieux en comprendre les résultats.

1) Forces de l'étude

a) Originalité du sujet

Elle porte sur les conséquences et le retentissement dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux de Gironde, sujet qu'aucune étude n'a abordé en Gironde et qui n'est pas traité par la fiche de signalement d'agression de l'ONSM.

b) Représentativité de la population étudiée

Qui plus est, notre échantillon de médecins semble représentatif de la population générale des médecins. Nous avons eu des réponses avec presque autant d'hommes que de femmes médecins.

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'ONSM en 2020(9).

Les violences verbales sont les plus fréquentes chez les médecins interrogés tout comme au niveau national en 2020(9).

Les médecins généralistes de notre région sont particulièrement touchés par les agressions envers les médecins, en effet la Gironde qui figurent parmi les quatre premiers départements les plus touchés de France en 2019(1).

2) Limites et biais de l'étude

a) Les biais

- Biais de sélection

➤ Biais de non-réponse

Le moyen de récolter des réponses auprès des médecins était un auto-questionnaire par internet via un formulaire Google Forms. Les médecins généralistes qui ont répondu (à savoir ceux ayant subi au moins une agression dans leur exercice professionnel) ne sont peut-être pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes.

Afin de récupérer des réponses les plus variées possible et de toucher toute la population cible, des moyens ont été mis en place pour limiter ce biais :

-> la relance du questionnaire à deux mois

-> l'utilisation de la « mailing list » du CDOM qui permet d'avoir un grand nombre de médecins du département.

Malgré cela, nous avons eu un taux de participation de 7,5% avec 146 répondants. Sachant qu'il y a 1844 médecins généralistes libéraux en Gironde en 2021(38) et que le CDOM a adressé le questionnaire à 1662 médecins (déduction faite des adresses mails absentes ou invalides), le taux de participation à l'étude paraît donc faible (même si la prévalence des médecins girondins ayant subi au moins une agression n'est pas connue).

Les médecins généralistes libéraux girondins ayant subi au moins une agression étaient ceux concernés par l'étude. Le nombre de réponses a pu être limité car il est possible que certains médecins n'aient pas voulu répondre pour éviter de repenser à une agression traumatisante.

- Biais d'information / de mesure

➤ Biais de mémorisation

Il était demandé aux médecins s'ils avaient déjà vécu une agression durant leur exercice professionnel avec des intervalles de temps allant de moins d'un an voire jusqu'à plus de dix ans. On peut alors supposer que les médecins ayant connu ce type de situation il y a longtemps peuvent ne plus se souvenir des caractéristiques précises des agressions ainsi que des suites et mesures prises.

➤ Biais lié à l'enquêté

Au vu de certaines réponses présentes dans le questionnaire, on ne peut pas toujours éviter des réponses erronées volontaires ou involontaires (discordantes par rapport à l'information « réelle »), d'autant plus si le répondant rencontre des difficultés de compréhension vis-à-vis des questions. Un intitulé flou pour certaines questions peut se poser.

➤ Biais lié à l'enquêteur

En cas de questionnaire très ouvert (comme ce fut le cas avec certaines de nos questions où la réponse était libre), ou pour lequel des consignes pour la passation (c'est-à-dire la façon de faire passer le questionnaire à l'enquêté) n'ont pas été clairement données, le risque est que l'enquêteur oriente ou interprète les réponses des enquêtés en fonction de ses propres opinions ou connaissances.

Il était demandé de se souvenir d'une agression - la plus marquante - et de s'en référer pour répondre au questionnaire. En regardant les réponses à la question « type d'agression » (qui était un QCM), les répondants ont de multiples réponses, ce qui peut laisser penser qu'ils avaient en tête plusieurs situations d'agressions et non plus une seule comme demandé dès le début de l'enquête.

Afin de limiter ces biais, il est indispensable de standardiser le plus possible le questionnaire, c'est-à-dire que tous les sujets doivent être enquêtés à partir d'un même questionnaire, mais également de standardiser la passation du questionnaire, grâce à la définition des concepts pouvant poser problème, afin de garantir un maximum de neutralité et d'homogénéité. Cela n'a pas pu, comme nous l'avions dit, être parfaitement fait (hormis une évaluation du questionnaire par trois médecins généralistes indépendants à l'étude) sachant qu'aucun questionnaire validé dans la littérature n'a été retrouvé.

b) Subjectivité individuelle

Répondre au questionnaire implique une certaine subjectivité des répondants. Ainsi, pour des situations similaires, certains professionnels ont pu les percevoir comme des incidents tandis que d'autres, non. Ceci s'explique par la susceptibilité propre à chacun. La perception par le médecin est particulièrement personnelle et le sentiment d'être victime, variable d'un individu à l'autre. Les différences culturelles, sociales et individuelles peuvent influencer la perception des comportements agressifs. Les notions d'acceptabilité ou non de situations données

dépendent des valeurs sociales et des normes culturelles propres à chaque individu.

c) QCM

Des questions à choix multiples ainsi que des réponses ouvertes rendent l'analyse et l'exploitation des résultats difficiles. Qui plus est, nous avons procédé sur les QCM et réponses libres à un regroupement de données dans des catégories ce qui a pu conduire à une perte d'informations.

3) *Résultats comparés à la littérature*

a) Objectif principal

- Arrêt de travail

Concernant l'objectif principal de l'étude, celle-ci montre que sur les 146 répondants, des conséquences des agressions dans le cadre professionnel étaient présentes chez 84 répondants, à savoir dans 60% des cas (la conséquence la plus notable était un préjudice physique ou psychologique à la suite de l'agression).

Seulement 3 arrêts de travail (soit 2.1%) ont été notifiés dans notre étude ce qui est semblable aux données de l'ONSM qui recensait 4% d'arrêt de travail suite aux agressions chez les médecins au niveau national en 2020(9).

En Angleterre en 2019(39), le taux était encore plus bas avec moins d'un pourcent d'arrêt de travail suite à une agression.

b) Objectifs secondaires

- Type d'agression

Concernant nos objectifs secondaires, le premier était de caractériser le type d'agression subie par les médecins. Les agressions verbales sont majoritaires avec 93.8% de déclarations concernées dans notre étude. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus dans d'autres études internationales. En effet, au Royaume-Uni, Hobbs en 1989(40), mettait déjà en évidence un taux d'agressions verbales compris entre 60 et 91%.

Deux ans plus tard, Hobbs(10) mettait en évidence dans une nouvelle étude que les agressions verbales représentaient l'incident le plus fréquent avec des chiffres supérieurs à 91% du nombre total d'agressions recensées pour 687 répondants.

Dernier exemple, une étude turque de 2009(41) montraient que les médecins étaient confrontés à 89.3% aux agressions verbales.

Au niveau national, le taux d'agressions verbales recensé par les fiches de déclaration d'incident de l'ONSM est de 67% en 2020(9). Ceci est similaire à une thèse de Florence Poggi(42) qui retrouvait un taux en Corse d'agressions verbales proche de 71%.

- Retentissements et vécu après une agression

Le deuxième objectif secondaire était d'évaluer le retentissement et vécu des médecins face aux agressions. L'anxiété (23.2%), la dégradation des conditions de travail (22.5%) ou l'insécurité (18.8%) sont les trois grands ressentis de notre étude.

En comparaison, il en ressort un retentissement à type d'anxiété en première position dans la thèse d'Edmond Blériot (31% des cas)(43).

Ceci est comparable avec une étude néo-zélandaise de 2006(44) qui retrouvait 35% des médecins souffrant d'anxiété après une agression.

Un article anglais plus récente de 2019(39) rapportait que 31.2% des médecins avait subi un « impact émotionnel » suite à leur agression.

Enfin, une thèse qualitative en 2016 d'Amélia Alame(45) montrait que la majorité des 14 médecins interrogés rapportaient un sentiment de stress et d'anxiété après leur agression.

Le sentiment de vulnérabilité des médecins généralistes est évoqué dans une étude qualitative canadienne de 2008(46). Les médecins déclarent se sentir vulnérables et en insécurité lors de leur exercice libéral. Ce ressenti d'insécurité, retrouvé à presque 19% dans notre étude, est aussi présent dans la thèse qualitative de Jennifer Demaie(37).

c) Caractéristiques de la population incluse et des agressions

- Sexe

La répartition homme / femme ayant subi une agression est de 54.8% pour les femmes dans cette étude, ce qui est similaire de celle rapportée par l'ONSM au niveau national qui était de 52 et 53% respectivement en 2019(1) et 2020(9).

- Age

En 1991 au Royaume-Uni(10), Hobbs avait également distingué les médecins qu'il avait interrogé en catégorie d'âge, comme nous l'avons fait dans notre étude. Les taux étaient quasiment similaires aux nôtres avec 19.8% de moins de 35 ans, 36.7% de médecins âgés entre 35 et 44 ans, 24.9% entre 45 et 54 ans et enfin 18.5% âgés de plus de 55 ans.

- Zone d'exercice

L'ONSM montre des taux légèrement différents avec 54% d'agressions en milieu urbain-centre ville (39.7% nous concernant) contre 16% en milieu urbain banlieue (29.5% dans notre étude).

- Mode d'exercice

74% des médecins de notre enquête sont en cabinet de groupe contre 26% en individuel. Demeur dans son article de 2018(39) montre un taux identique de 72.8% de médecins pour ceux exerçant en cabinet de groupe contre 32.8% en cabinet individuel.

- L'auteur de l'agression

L'agresseur était le patient dans 56% des cas pour l'ONSM l'an passé(9) contre 70.5% dans notre étude. Au Royaume-Uni en 2009(39), dans plus de 55% des cas, le patient était l'agresseur également.

- Lieu de l'agression

L'agression avait lieu au cabinet dans près de 83% des cas dans nos réponses contre 73% dans l'enquête de l'ONSM. Les travaux de thèse de Edmond Bleriot(43) et Elhadad Michel(47) retrouvaient respectivement 94% et 83% des agressions au cabinet de ville.

- Motifs de l'agression

Quant aux motifs de l'agression, un refus de prescription (38.4%) ainsi qu'un reproche relatif à une prise en charge (32.2%) sont les plus rapportés. Blériot(43) retrouve un taux similaire concernant le refus de prescription qui culmine à 35% des déclarations contre 44% dans l'article médical de Clinet(48). Il en va de même pour les résultats de l'ONSM en 2020(9) avec le reproche relatif à une prise en charge qui arrive lui en pole position (34%).

- Déclarations des agressions

Concernant les déclarations des agressions, 53.4% ont été déclarées par les médecins de notre étude (que ce soit à des confrères, au CDOM ou à la police). Une thèse de Mahon de 2012 dans l'Oise(49) retrouve un taux de déclaration à 65.4% tandis qu'une seconde thèse de Balducci en Seine-Saint-Denis(30) avait un taux à 43.6%.

- Raisons de non-déclaration des agressions

A propos des motifs de non-déclaration des agressions, dans la thèse de Florence Poggi en 2019(42), 40.5% des médecins ne déclarent pas leur agression devant le manque de retentissement et l'absence de gravité de cette dernière (contre 21.9% pour notre étude). Vient en deuxième position la raison du « manque du temps » qui entre en jeu pour 23% des répondants (équivalent pour notre questionnaire : 18.8%).

L'article de revue de Clinet de 2013(48) évaluait les sous-déclarations des agressions par les médecins généralistes de la région d'Amiens. Il ressortait comme raisons à cette sous-déclaration le « peu de conséquences physiques » ou encore le « manque d'intérêt ».

- Relation médecin-patient

La relation médecin-patient s'en retrouve modifiée (plus de méfiance, plus de distance et recul) après une agression pour plus de 21% des médecins de notre étude. La même conséquence est retrouvée dans la thèse de Demaie(37) ou encore dans la littérature internationale avec le modèle anglais « zero tolérance polices »(50) qui incite les médecins victimes de violence à supprimer de leur patientèle tout patient ayant un comportement inapproprié. Le constat est identique dans le travail d'Alamé à Nice(45).

4) Pistes d'avenir et d'amélioration

Plusieurs actions peuvent être menées dans l'espoir de diminuer la fréquence des agressions et leurs retentissements.

- Améliorer la prise en charge des médecins victimes

Des groupes de pairs ou groupes de soutien (type BALINT) spécifiques aux médecins agressés peuvent être une option pour ces derniers afin de parler de leur vécu et ressenti après une agression.

- Faciliter les démarches de déclarations auprès du CNOM et de la Police

En effet, il est indéniable que les agressions envers les médecins sont sous-déclarées. Cinquante-trois pourcents des médecins de notre étude ont signalé leur agression. Mais le plus souvent, ils se tournent simplement vers un confrère ou consœur (30%).

Le protocole de sécurité établi en 2011(22), 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 également créé un numéro unique d'entre-aide ordinale, d'écoute et d'assistance aux médecins victimes d'agressions (numéro vert 0 800 288 038)(27).

Cependant à l'heure actuelle, plus de 10% des médecins de notre étude ne connaissent pas bien les procédures de déclarations d'incidents et ne savent pas

vers qui se tourner. Il paraît donc utile d'informer les médecins de l'existence de ces services.

- Sensibiliser les médecins aux agressions et 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 (FMC) nous paraissent utile à mettre en œuvre.

En effet, dans une étude australienne de Parker Magin en 2008, près de 80% des médecins n'avaient reçu aucune formation sur le thème de la violence au travail(51).

Il s'agirait surtout de reconnaître les signes de violence de la part du patient et d'appliquer des techniques pour y faire face. La présence d'affiches dans les salles d'attente des médecins concernant la violence permettrait également de sensibiliser les patients et de ce fait de diminuer certains types d'agressions. Des affiches de ce style existent sur le site du CNOM(24).

Lors de l'installation d'un médecin, une rencontre avec un représentant du CNOM au cabinet du médecin pourrait permettre d'évaluer les situations à risque de violence. Cela pourrait même être réalisé dès la première rencontre avec la CPAM lors de l'obtention du statut de médecin remplaçant par exemple ou en effet lors de l'installation libérale du médecin.

Cette évaluation pourrait être basée tout d'abord sur l'aménagement du cabinet ainsi que la salle d'attente. Une deuxième évaluation pourrait ensuite être réalisée au regard de la patientèle du cabinet ainsi que sur le mode d'exercice du médecin. Cet entretien pourrait être aussi l'occasion de distribuer au médecin généraliste un dépliant avec les numéros utiles à contacter en cas d'agression.

- Développer la formation pratique concernant la gestion du patient agressif

Une grande majorité des médecins de la thèse de Demaie(37) sont favorables à ce genre de formations, qui pourraient se présenter sous la forme de mises en situations ou des jeux de rôles. Cela permettrait de développer des réflexes face à un patient agressif.

Au Royaume-Uni, Wright et Tompkins(11) affirmaient que très peu de médecins avait reçu une formation spécifique face aux patients violents et que c'était un

point à améliorer afin de mieux gérer la violence envers les médecins. Ils poursuivaient en proposant notamment une liste d'items à remplir dans le cadre d'une méthode de « dé-escalade », dans le but de désamorcer la montée de colère et de violence chez un patient.

Une étude anglaise publiée en 2000 de Ness(52) a également mis en évidence la nécessité pour les médecins généralistes de bénéficier d'un apprentissage de la communication non-violente.

Il serait intéressant de développer cette thématique lors des FMC et l'apprentissage des techniques de non-violence. Une formation de gestion de la violence lors de la formation médicale initiale, au moment de l'externat par exemple ou lors de la pratique des stages à l'hôpital pourrait être envisagée.

- Améliorer la sécurité au cabinet

Une application mobile, entièrement gratuite, a été créée en 2018 par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) du Languedoc Roussillon et la préfecture de l'Hérault pour les médecins victimes d'agressions. Le Corpus Médical d'Alerte (CORMEDAL(53)) offre un raccourci d'alerte pour appeler rapidement et discrètement la police ou la gendarmerie.

Elle offre également la possibilité d'envoyer à un collaborateur un SMS d'alerte silencieuse préconfigurée en cas de situation à risque. 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 généralisation de ce genre de technologies à l'échelle nationale serait un pas supplémentaire vers l'amélioration de la sécurité des médecins.

Concernant les dispositifs de surveillance, les démarches d'installation de caméra de surveillance ou de dispositif d'alarme sont maintenant facilitées. Une information, donnée par les autorités (CNOM ou police) 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 en discrétion les secours(54). Ce système existe depuis de nombreuses années dans certains services d'urgences, dans les commerces et les banques.

V. CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif de recenser les conséquences des agressions dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux de Gironde, de déterminer le type d'agression subie et de recueillir le retentissement et vécu de ces médecins après leur agression.

Notre étude quantitative descriptive a permis de collecter 146 réponses à l'auto-questionnaire, ce qui correspond à 7,5% de l'ensemble des médecins généralistes libéraux girondins.

Les agressions sont essentiellement verbales pour plus de 93% des médecins avec pour motif principal un refus de prescription.

Nous avons noté des conséquences aux agressions pour 60% des médecins, avec heureusement un très minime taux d'arrêt de travail.

Le retentissement et ressenti qui prédominent après l'agression sont de l'anxiété ou encore une dégradation des conditions de travail.

Malgré les moyens mis en œuvre pour faciliter et promouvoir les déclarations d'agressions, leur nombre reste sous-évalué. Ces agressions ne sont, le plus souvent, pas jugées suffisamment impactantes ou sévères par les médecins pour justifier une déclaration. Un peu de plus de la moitié des médecins avaient déclaré leur agression dans notre étude.

Ce travail nous pousse à repenser les politiques actuelles de prévention et d'information auprès des médecins libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Les médecins ne sont pas suffisamment formés à la gestion des patients agressifs ce qui pourrait être une piste à exploiter pour diminuer le taux d'agression à l'avenir.

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 agressés(37) qui nous expliquaient un arrêt de la prise en charge en tant que médecin traitant des patients les ayant agressés. Le modèle anglais appelé « zero tolérance polices »(50) incite les médecins victimes d'agression à rayer systématiquement de leur patientèle tout patient ayant un comportement indésirable. Il sera peut-être judicieux un jour d'aller vers un modèle français similaire.

Il pourrait également être utile de simplifier la procédure de signalement des agressions en créant par exemple une version en ligne de la fiche de déclaration d'incident. Qui plus est, apporter les connaissances aux médecins par le biais de la

FMC ou encore la CPAM, afin de ne plus méconnaître les procédures de déclarations (ce qui était le cas pour 11% des médecins de notre étude) devrait être une piste à travailler.

Enfin, une procédure unique avec un seul interlocuteur donnant lieu à une déclaration commune auprès de l'Ordre des Médecins et de la Gendarmerie serait une possibilité à envisager dans le futur.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire National de la sécurité des médecins. Résultats 2019 de l'Observatoire de la Sécurité des Médecins [Internet]. 2020 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1nofdpd/cnom_observatoire_de_la_securite_2019.pdf
2. OMS. Thèmes de santé : Violence [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/violence/fr/>
3. International Labour Organization. Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé [Internet]. Genève: BIT; 2002 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2002/482744.pdf>
4. Grainesdepaix. Violence verbale [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: https://www.grainesdepaix.org/fr/ressources-de-paix/dictionnaire-paix-education/violence_verbale
5. OMS | Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. WHO. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/
6. Le Larousse. Agression : définition [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agression/1766>
7. Cnom. Résultats 2018 de l'Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2018-lobservatoire-securite-medecins>
8. Marques A. 1 126 agressions déclarées en 2018. Egora. 15 avr 2019;(214):10-1.
9. Observatoire National de la sécurité des médecins. Résultats 2020 de l'Observatoire de la Sécurité des Médecins [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/17i6xps/cnom_observatoire_de_la_securite_2020.pdf
10. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. BMJ. 9 févr 1991;302(6772):329-32.
11. Wright NM, Dixon CA, Tompkins CN. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. Br J Gen Pract. juill 2003;53(492):557-62.

12. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and Violence Against Primary Care Physicians—a Nationwide Questionnaire Survey. *Dtsch Arztebl Int.* mars 2015;112(10):159-65.
13. Miedema B (Bo), Hamilton R, Tatemichi S, Lambert-Lanning A, Lemire F, Manca D, et al. Monthly Incidence Rates of Abusive Encounters for Canadian Family Physicians by Patients and Their Families. *Int J Fam Med* [Internet]. 2010 [cité 14 sept 2019];2010. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275928/>
14. Zhao S, Qu L, Liu H, Gao L, Jiao M, Liu J, et al. Coping with Workplace Violence against General Practitioners and Nurses in Heilongjiang Province, China: Social Supports and Prevention Strategies. *PLoS ONE* [Internet]. 21 juin 2016 [cité 14 sept 2019];11(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4915628/>
15. Kapoor MC. Violence against the medical profession. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2017;33(2):145-7.
16. Code civil - Article 1112 [Internet]. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.codes-et-lois.fr/code-civil/article-1112>
17. Code pénal - Article 222-13. Code pénal.
18. Code pénal - Article 222-14. Code pénal.
19. Code pénal - Article 222-17. Code pénal.
20. Onsm. Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: https://sve.ordre.medecin.fr/loc_fr/default/requests/signalement/attachment.data?file=ficheSignalement&__CSRFTOKEN__=49819649-0e12-4a62-9d3d-5f8b59a24b5c
21. Cnom. Fiche de signalement d'agression - Ordre des Médecins Démarches en lignes [Internet]. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: https://sve.ordre.medecin.fr/loc_fr/default/requests/signalement
22. Cnom. Des mesures concrètes contre la violence [Internet]. 2021 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/lobservatoire-securite-medecins>
23. Ministère de l'Intérieur. Le guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé [Internet]. 2011 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pratique_pour_la_securite_des_professionnels_de_sante.pdf

24. Cnom. Pour une relation patient-médecin en toute confiance [Internet]. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche_confiance.pdf
25. Cnom. Prévenir et gérer les conflits [Internet]. 2016 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1jtsi/cnomconflit.pdf
26. Huber F. Vécu de l'insécurité des médecins ayant fait un signalement au conseil de l'ordre : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 23 médecins de Meurthe-et-Moselle [Internet]. [Nancy]: Lorraine; 2017 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932019/document>
27. Cnom. Numéro vert de l'entraide ordinale [Internet]. 2020 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/numero-vert-lentraide-ordinale>
28. Association MOTS [Internet]. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
29. Pommier H. Sécurité - Les médecins de Limoges dotés d'un signal d'alerte en cas d'agression [Internet]. www.lepopulaire.fr. 2018 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: https://www.lepopulaire.fr/limoges-87000/actualites/les-medecins-de-limoges-dotes-d-un-signal-d-alerte-en-cas-d-agression_12903722/
30. Balducci M. Evaluation de la connaissance et de l'impact du livret de sécurité sur la pratique des médecins généralistes de la Seine Saint Denis [Internet]. Paris Diderot 7; 2012 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3662_BALDUCCI-THESE.pdf
31. Heymann R, Kopp M. L'insécurité en pratique de médecine générale : enquête rétrospective auprès de 525 médecins du Bas-Rhin concernant leur exercice professionnel du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2003 inclus. [Strasbourg]: Louis Pasteur; 2004.
32. Costargent G, Vernerey M. Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé [Internet]. 2001 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000093.pdf>
33. Urml Ile de France. Enquête sur les conditions d'exercice des médecins libéraux d'Ile de France [Internet]. 2000 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_010622.pdf

34. Muller J. La colère d'un médecin agressé à son cabinet en Seine-Saint-Denis [Internet]. leparisien.fr. 2018 [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/seine-saint-denis-93/bobigny-la-colere-d-un-medecin-agresse-a-son-cabinet-08-03-2018-7597692.php>
35. Galam E. Burn-out des médecins libéraux 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients [Internet]. 2008 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3375_Medecine_\[1\]..Burnout3.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3375_Medecine_[1]..Burnout3.pdf)
36. Holcman R. La souffrance des soignants [Internet]. Dunod; 2021 [cité 9 sept 2021]. 256 p. (Guides Santé Social). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/souffrance-soignants-stress-burn-out-violences-du-constat-prevention>
37. Demaie J. Attitude et ressenti du médecin généraliste picard face à un patient agressif : analyse qualitative [Internet]. [Amiens]: Picardie Jules Verne; 2019 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02334101/document>
38. Nombre de médecins généralistes libéraux - Cartes - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-de-medecins-generalistes-liberaux#>
39. Demeur V, Devos S. Aggression towards the GP: can we profile the GP-victim? A cross-section survey among GPs. BJGP. 19 sept 2018;1-9.
40. Hobbs R. Aggression and the general practitioner. 14 janv 1989;298:97.
41. Aydin B. Violence against general practitioners in Turkey. 15 janv 2009;24(12).
42. Poggi F. Étude quantitative des motifs de sous-déclaration des agressions envers les médecins libéraux de Corse [Internet]. [Nice]: Sophia Antipolis; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01999891/document>
43. Bleriot E. L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique : état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante. [Neuilly]: Nantes; 2013.
44. Gale C, Arroll B. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: one-year prevalence. NZMJ. 7 juill 2006;119(1237):7.
45. Alame A. Médecins généralistes victimes de violence en cabinet: ressources utilisées pour faire face aux agressions. Étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Internet]. [Nice]: Sophia

Antipolis; 2016 [cité 9 sept 2021]. Disponible sur:
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01380955/document>

46. Magin P, Ma JA, Joy E, Mb MI, Fracgp B, Heaney S, et al. Violence in general practice. Perceptions of cause and implications for safety. *Can Fam Physician*. sept 2008;54:7.
47. Elhadad-Michel M. Enquête sur l'insécurité en médecine générale en Rhône-Alpes [Internet]. 2009 [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/8_ETUDES-2009-Insecurite.pdf
48. Clinet M-L, Vaysse B. Violences subies par les médecins généralistes exerçant en libéral : sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens. *nov 2015;44(11):321-9*.
49. Mahon C. L'insécurité en médecine générale dans l'oise : étude rétrospective auprès d'un échantillon de 300 médecins. [Amiens]: Picardie Jules Verne; 2012.
50. Elston MA. Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. *16 sept 2002;24(5):575-98*.
51. Magin P. Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care: a cross-sectional study. *6 mars 2008;14(2):336-42*.
52. Ness G. Aggression and violent behaviour in general practice : population based survey in the north of England. *BMJ*. 27 mai 2000;320:1447-8.
53. Hérault Tribune. L'application Cormedal, outil de lutte contre les agressions de médecins [Internet]. 2019 [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.herault-tribune.com/articles/lapplication-cormedal-outil-de-lutte-contre-les-agressions-de-medecins/>
54. Hobbs R. General Practitioners' Changes to Practice due to Aggression at Work. *1 mars 1994;11(1):75-9*.

VII. ANNEXES

- Annexe 1 : Fiche de déclaration d'incident (CNOM)

Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

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

<p>Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.</p> <p>Événement survenu le : L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.</p> <p>Cachet et signature (à défaut n° RPPS) :</p>	<p>IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL</p>  <p>Vous êtes :</p> <ul style="list-style-type: none">une femme <input type="checkbox"/>un homme <input type="checkbox"/>médecin <input type="checkbox"/>étudiant ou interne <input type="checkbox"/> <p>Spécialité : _____</p>
<p>Qui est la victime de l'incident ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Un collaborateur<input type="checkbox"/> Autre <p>> Préciser : _____</p> <p>Qui est l'agresseur ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Un patient <input type="checkbox"/> Une personne accompagnant le patient<input type="checkbox"/> Autre <p>> Préciser : _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> A-t-il utilisé une arme ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <p>> Préciser le type d'arme : _____</p> <p>Quel est le motif de l'incident ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Un reproche relatif à une prise en charge<input type="checkbox"/> Un temps d'attente jugé excessif<input type="checkbox"/> Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)<input type="checkbox"/> Le vol<input type="checkbox"/> Autre <p>> Préciser : _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pas de motif particulier <p>Atteinte aux biens</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Objet du vol : _____<input type="checkbox"/> Vol avec effraction <input type="checkbox"/> Acte de vandalisme<input type="checkbox"/> Autre <p>> Préciser : _____</p> <p>Atteinte aux personnes</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Injures <input type="checkbox"/> Menaces<input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires<input type="checkbox"/> Intrusion dans le cabinet<input type="checkbox"/> Autre <p>> Préciser : _____</p>	<p>Cet incident a eu lieu...</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville<input type="checkbox"/> Au cabinet<input type="checkbox"/> Ailleurs <p>> Préciser : _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Dans le cadre d'une activité en établissement de soins<input type="checkbox"/> Établissement public <input type="checkbox"/> Établissement privé<input type="checkbox"/> Dans un service d'urgence<input type="checkbox"/> Ailleurs <p>> Préciser : _____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle <p>> Préciser : _____</p> <p>À la suite de cet incident, vous avez :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Déposé une plainte <input type="checkbox"/> Déposé une main courante <p>Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Non<input type="checkbox"/> Oui <p>> Indiquer le nombre de jours : _____</p> <p>Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>L'incident a eu lieu...</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> En milieu rural<input type="checkbox"/> En milieu urbain, en centre-ville<input type="checkbox"/> En milieu urbain, en banlieue <p>DÉCLARATION D'INCIDENT remplie le ____ / ____ / 20____</p> <p>Je désire rencontrer un conseiller départemental <input type="checkbox"/></p>

Votre Conseil départemental et le Cnom recueillent ces informations afin d'acquies une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Elles sont analysées statistiquement après anonymisation. Les données d'identification seront conservées par l'Ordre le temps des vérifications nécessaires et accessibles au seul personnel habilité. Vous disposez de droits sur les données vous concernant (droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'opposition sous certaines conditions, droit de s'adresser à la CNIL), que vous pouvez exercer auprès du Délégué à la protection des données du Cnom : dpd@cn.medecin.fr - 4 rue Léon Jost 75017 Paris.

- Annexe 2 : Guide de sécurité



SOMMAIRE

PREAMBULE.....	Page 3
LA SECURITE AU CABINET OU A L'OFFICINE.....	Page 4
1) par une analyse préalable des risques et des vulnérabilités. 2) par des mesures concernant l'équipement et l'agencement de votre cabinet ou de votre officine. 3) en agissant sur l'organisation du travail ou votre comportement.	
LA SECURITE AU DOMICILE.....	Page 7
LA SECURITE LORS D'UN DEPLACEMENT.....	Page 7
LA SECURITE CHEZ LE PATIENT.....	Page 9
1) Les mesures à prendre avant le déplacement. 2) Comment s'assurer des lieux ? 3) Conduite à tenir vis-à-vis du patient.	
CONDUITE A TENIR EN CAS D'AGRESSION.....	Page 10
LES SUITES JUDICIAIRES.....	Page 11
RENSEIGNEMENTS UTILES.....	Page 12

- Annexe 3 : Affiche « Pour une relation médecin-patient en toute confiance »

POUR UNE RELATION PATIENT - MÉDECIN EN TOUTE CONFIANCE



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Si votre médecin est informé d'un retard, il peut mieux gérer les consultations de l'ensemble des autres patients.

Pensez à prévenir votre médecin en cas de retard ou d'empêchement.

Examiner deux personnes prend plus de temps que de n'en examiner qu'une seule.

Pensez à informer votre médecin du nombre de personnes devant consulter.

Moins votre médecin consacre de temps à l'administratif, plus il consacre de temps à votre santé.

Pensez à préparer votre consultation : apportez votre dossier médical (radios, résultats de laboratoire, anciennes ordonnances, lettres...), votre carte vitale mise à jour, votre attestation de prise en charge (CMU-C, AME, ACS) ...

La délivrance d'un document médical nécessite un examen, donc une consultation.

Pensez à prendre rendez-vous. L'examen est nécessaire à la rédaction d'un certificat médical, d'une prescription, d'un arrêt de travail, d'une prise en charge de transport...
Votre médecin peut ne pas être autorisé à établir le document que vous demandez.

Un dossier médical est un document strictement personnel.

Votre dossier ne peut être remis à une personne autre que vous, sauf disposition légale particulière.

www.conseilnational.medecin.fr

- Annexe 4 : Questionnaire Google Forms adressé aux médecins généralistes libéraux girondins

A travers ce questionnaire, il vous sera demandé de répondre aux différentes questions en ayant en tête l'agression qui a eu le plus gros impact sur vous ou qui vous paraît la plus importante à vos yeux, sur votre vie personnelle et/ou professionnelle.

1. A quand remonte votre dernière agression ? (une seule réponse possible)

- _ moins d'un an
- _ entre 1 et 5 ans
- _ entre 5 et 10 ans
- _ plus de 10 ans

2. Durant les 10 dernières années, combien d'agressions avez-vous subi ? ((une seule réponse possible)

- _ moins de 3 fois
- _ entre 3 et 6 fois
- _ entre 7 et 9 fois
- _ plus de 10 fois

3. Etes-vous ? (une seule réponse possible)

- _ une femme
- _ un homme

4. A quelle tranche d'âge appartenez-vous ? (une seule réponse possible)

- _ < 35 ans
- _ entre 35 et 44 ans
- _ entre 45 et 54 ans
- _ ≥ 55 ans

5. Quelle est votre zone d'exercice ? (une seule réponse possible)

- Urbain centre ville
- Urbain banlieue
- Rurale

6. Quel est votre mode d'exercice ? (une seule réponse possible)

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe

7. Comment consultez-vous ?

- Sur rendez-vous
- Sans rendez-vous
- Sur et sans rendez-vous

8. Quel type d'agression avez-vous subi ? (plusieurs réponses possibles)

- verbale (présentiel)
- verbale (téléphonique)
- sur internet : propos infamants / injurieux
- physique (directe : coup de poing, coup de pied, etc.)
- physique (indirecte : jet d'objet, arme à feu, etc.)
- sexuelle
- matérielle (vols, effractions) / dégradations de biens
- autre : réponse libre

9. Quel était le motif de l'agression ? (une seule réponse possible)

- Refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)
- Refus de payer la consultation
- Refus d'être le médecin traitant
- Reproche relatif à une prise en charge
- Falsification de document (certificat, ordonnance...)
- Temps d'attente jugé excessif
- Vol
- Autre : réponse libre

10. Où a eu lieu l'agression ? (une seule réponse possible)

- _ Au cabinet (en semaine ou en garde)
- _ En visite à domicile (en semaine ou en garde)
- _ A votre domicile
- _ Dans l'espace public
- _ Autre : réponse libre

11. Qui vous a agressé ? (une seule réponse possible)

- _ Le patient
- _ La famille du patient
- _ Entourage professionnel (confrère / consœur, secrétaire...)
- _ Autre : réponse libre

12. A qui avez-vous signalé / déclaré votre agression ? (plusieurs réponses possibles)

- _ Conseil de l'Ordre des Médecins
- _ Police (main courante et/ou dépôt de plainte)
- _ Assureur
- _ Confrère / Consœur
- _ Je ne l'ai pas déclaré
- _ Autre : réponse libre

13. Si vous n'avez pas déclaré votre agression, pourquoi (à noter dans la case « Autre », sinon cocher le premier item) ? (une seule réponse possible)

- _ J'ai déclaré mon agression
- _ Autre : réponse libre

14. Quelles conséquences a provoqué cette agression dans le cadre professionnel de votre activité libérale ? (plusieurs réponses possibles)

- _ Hospitalisation
- _ Consultation à un confrère / consœur : certificat médical (ITT et IPP éventuelle), soins de premier recours
- _ Arrêt de travail
- _ Préjudice physique ou psychologique
- _ Réaménagement du temps de travail : arrêt des visites à domicile, consultation sur RDV uniquement

15. Si vous avez été en arrêt de travail, quelle a été sa durée ? (à noter 0 si vous n'avez pas été en arrêt)

_ réponse libre

16. Avez-vous bénéficié d'un soutien de la part de ? (plusieurs réponses possibles)

_ Conseil de l'Ordre des Médecins

_ Police

_ Assureur

_ Confrère / Consœur

_ Je n'ai pas eu de soutien

_ Autre : réponse libre

17. En avez-vous parlé à titre personnel et à qui ? (plusieurs réponses possibles)

_ Groupe de pairs

_ Confrère / Consœur

_ BALINT

_ Entourage familial et/ou amical

_ Autre : réponse libre

18. Depuis votre ou vos agressions, éprouvez-vous ou avez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

_ Un sentiment d'insécurité

_ Une dégradation des conditions de travail

_ Une dépression

_ Une anxiété

_ Un syndrome de stress post-traumatique

_ Abandonné l'activité libérale

_ Changé de lieu d'installation libérale

_ Eu une prise en charge thérapeutique passée (physique ou psychologique)

_ Eu une prise en charge thérapeutique actuelle (physique ou psychologique)

_ Autre : réponse libre

19. Avez-vous en place des mesures pour lutter contre la récurrence des situations d'agressions ? (plusieurs réponses possibles)

_ Aucune

_ Interphone / ouvre-porte

- _ Caméra / télésurveillance
- _ Bouton de téléalarme (portative...)
- _ Moyens d'autodéfense : arme par destination, bombe lacrymogène...
- _ Arrêt ou diminution des visites à domicile
- _ Arrêt ou diminution des tours de gardes
- _ Création d'une association médicale
- _ Création d'un secrétariat
- _ Modification du comportement envers les patients
- _ Autre : réponse libre

20. Depuis votre ou vos agressions, avez-vous modifié votre approche dans la relation médecin-patient ? (une seule réponse possible)

- _ oui
- _ non

21. Si oui, de quelle manière (si votre approche n'a pas changé, écrivez 0) ?

- _ réponse libre

- Annexe 5 : Serment d'Hippocrate

**“ Au moment d’être admis(e)
à exercer la médecine, je promets
et je jure d’être fidèle aux lois
de l’honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”



www.conseil-national.medecin.fr

RESUME :

Conséquences des agressions dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux de Gironde

INTRODUCTION : Les violences et les agressions envers les médecins sont de plus en plus fréquentes. Les médecins généralistes libéraux sont en première ligne « de mire » de par les soins de premier recours qu'ils prodiguent.

L'objectif principal est de recenser les conséquences des agressions dans le cadre professionnel des médecins généralistes libéraux de Gironde. Les objectifs secondaires sont de caractériser le type d'agression subie et d'évaluer le retentissement et le vécu des médecins face aux agressions.

METHODE : Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle. Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un auto-questionnaire. Une analyse descriptive des variables et des analyses bivariées avec tests statistiques (Chi-2, Fisher) ont été réalisées.

RESULTATS : 80 médecins notent des conséquences à leur agression (60%). Le type d'agression le plus subi est verbal (94%). Trois médecins (2.1%) ont été en arrêt de travail. En termes de retentissement, les médecins rapportaient de l'anxiété et une dégradation des conditions de travail.

Il a été mis en évidence une différence significative entre le mode d'exercice et le fait de bénéficier d'un soutien auprès d'un confrère ($p = 0,004$). Les femmes sont significativement plus jeunes que les hommes ($p < 0,0001$) et ont plus tendance à discuter à titre personnel à leur entourage ($p < 0,0001$).

DISCUSSION : Les médecins généralistes libéraux de Gironde sont concernés par les agressions dans leur exercice professionnel. La relation avec leurs patients peut s'en retrouver modifiée. La formation des médecins à la gestion du patient agressif et la facilitation des déclarations d'incident permettraient une diminution des agressions.

CONCLUSION : Les agressions subies par les médecins généralistes sont de plus en plus fréquentes. Il paraît nécessaire de les former et de les accompagner afin de prévenir au mieux les récurrences d'agressions.

Mots-clés : Médecine Générale ; Agression ; Violence ; Insécurité ; étude quantitative

SUMMARY :

Consequences of aggressions in the professional environment of liberal general practitioners in Gironde

INTRODUCTION : Violence and aggressions towards general practitioners are more and more frequent. Liberal general practitioners are in the first line of fire because of the primary care they provide.

The main objective is to identify the consequences of aggressions in the professional environment of liberal general practitioners in Gironde. The secondary objectives are to characterize the type of aggression experienced and to assess the impact and experience of physicians in the face of aggression.

MATERIAL AND METHOD : This is a quantitative observational study. Data were collected using a self-administered survey. A descriptive analysis of the variables and bivariate analyses with statistical tests were performed (Chi-2, Fisher).

RESULTS : 80 physicians note consequences to their aggression (60%). The most suffered type of aggression is verbal (94%). Three physicians (2.1%) were on sick leave. In terms of repercussions, the doctors reported anxiety and a deterioration in working conditions.

There was a significant difference between practice pattern and receiving support from a colleague ($p = 0,004$). Women were significantly younger than men ($p < 0.0001$) and were more likely to talk personally to those around them ($p < 0.0001$).

DISCUSSION : Liberal general practitioners in Gironde are concerned by aggressions in their professional practice. This may change the relationship with their patients. Training physicians to manage aggressive patients and facilitating incident reporting would reduce aggression.

CONCLUSION : Attacks on general practitioners are becoming more and more frequent. It seems necessary to train and support them in order to prevent recurrences of aggression.

Key words : General Practice ; Aggression ; Violence ; Insecurity ; quantitative study