

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 10 octobre 2024

Par Océane BRISSET

Quelles sont les attentes des médecins généralistes de Haute-Vienne par rapport aux dispositifs de sécurité médicale ?

Thèse dirigée par Dr RUDELLE Karen

Examineurs :

Mr le Professeur François PARAF, PU.....	Président
Mme le Docteur Léa SEVE, MCA MG	Juge
Mme le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, MCA MG	Juge
Mr le Docteur Éric ROUCHAUD, MG.....	Invité
Mme le Docteur Karen RUDELLE, MCU MG	Directrice de thèse





Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 octobre 2024

Par Océane BRISSET

Quelles sont les attentes des médecins généralistes de Haute-Vienne par rapport aux dispositifs de sécurité médicale ?

Thèse dirigée par Dr RUDELLE Karen

Examineurs :

Mr le Professeur François PARAF, PU.....Président

Mme le Docteur Léa SEVE, MCA MGJuge

Mme le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, MCA MGJuge

Mr le Docteur Éric ROUCHAUD, MG.....Invité

Mme le Docteur Karen RUDELLE, MCU MGDirectrice de thèse



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor (CS)	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine (CS)	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François (CS)	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE (retraite au 01.04.2024)
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES (congé longue durée 09.04.2024)
COURATIER Philippe (CS)	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien (CS)	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François (CS)	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud (CS)	HEMATOLOGIE (surnombre retraite 31.08.2025)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE (surnombre retraite 31.08.2025)
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme (CS)	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (surnombre retraite 31.08.2024)
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE (surnombre retraite 31.08.2024)
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARQUET Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE (surnombre retraite 31.08.2024)
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE (disponibilité jusqu'au 14.02.2025)
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel (CS)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François (CS)	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (CS)	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves (CS)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma (CS)	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE (surnombre retraite 31.08.2024)
VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION (surnombre retraite 31.08.2026)
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe (CS)	REANIMATION
VINCENT François (CS)	PHYSIOLOGIE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

YARDIN Catherine (CS)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

YERA Hélène (CS)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël (01.09.2023 au 31.08.2024) CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

KARAM Henri-Hani (01.09.2023 au 31.08.2024) MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane (01.09.2023 au 31.08.2024) EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

VANDROUX David (01.09.2023 au 31.08.2024) ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

GEYL Sophie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

MARGUERITTE François

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

PASCAL Virginie

IMMUNOLOGIE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

SALLE Henri

NEUROCHIRURGIE

SALLE Laurence

ENDOCRINOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

TRICARD Jérémy

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale

SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

Maitre de conférences des Universités de Médecine Générale

RUDELLE Karen

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan

(du 01-09-2019 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège

(du 01-09-2023 au 31-08-2026)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean

(du 01-09.2023 au 31-08-2026)

BUREAU-YNIELA Coralie

(du 01-09-2022 au 31-08-2025)

SEVE Léa

(du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ALDIGIER Jean-Claude

du 01-09-2023 au 31-08-2024

LACROIX Philippe

du 01-09-2024 au 31-08-2026

MABIT Christian

du 01-09-2022 au 31-08-2024

MOREAU Jean-Jacques

du 01-09-2019 au 31-08-2024

NATHAN-DENIZOT Nathalie

du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard

du 01-09-2023 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel

du 01-09-2023 au 31.08.2025

VIROT Patrice

du 01-09-2023 au 31-08-2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION 31.10.24 (2 ^{ème} contrat)
BOYER Claire	NEUROLOGIE 31.10.25 (1 ^{er} contrat)
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE 31.08.2024 (3 ^{ème} contrat)
CUSSINET Lucie	ORL 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
FRAY Camille	PEDIATRIE 30.04.2025 (1 ^{er} contrat)
GRIFFEUILLE Pauline	IPR 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE 30.04.2025 (3 ^{ème} contrat)
PERANI Alexandre	GENETIQUE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION 31.10.2024 (2 ^{ème} contrat)
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPHTHOPEDIQUE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 31.10.2024 (2 ^{ème} contrat)
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)

AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION 30.04.2025 (1 ^{er} contrat)
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 31.10.24 (1 ^{er} contrat)
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE 31.10.2024 (2 ^{ème} contrat)
BERENGER Adeline	PEDIATRIE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE 31.10.2024 (2 ^{ème} contrat)
BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE 01.11.2024 (1 ^{er} contrat)
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE 31.10.2024 (2 ^{ème} contrat)
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
DELPY Teddy	NEUROLOGIE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES 31.10.2024 (2 ^{ème} contrat)
FRACHET Simon	NEUROLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
GADON Emma	RHUMATOLOGIE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)

LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE 30.04.2026 (1 ^{er} contrat)
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE 31.10.2024 (2 ^{ème} contrat)
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE 31.08.2024 (4 ^{ème} contrat)
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE 31.10.2024 (2 ^{ème} contrat)
TALLIER Maïa	GERIATRIE 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE 31.10.2024 (1 ^{er} contrat)
VERNIER Thibault	NUTRITION 31.10.2025 (1 ^{er} contrat)

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin	30.04.2025 (2 ^{ème} contrat)
CITERNE Julien	30.04.2025 (1 ^{er} contrat)
VANDOOREN Maïté	31.10.2025 (1 ^{er} contrat)

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE 31.10.2028
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE 31.10.2025
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE 31.10.2024

Remerciements

À Monsieur le Professeur François PARAF. Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

À Madame le Docteur Karen RUDELLE. Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour tes bons conseils et ton soutien.

À Madame le Docteur Léa SEVE. Merci d'avoir accepté de juger mon travail en siégeant dans mon jury de thèse.

À Madame le Docteur Coralie BUREAU YNIESTA. Merci d'avoir accepté de juger mon travail en siégeant dans mon jury de thèse.

À Monsieur le Docteur Éric ROUCHAUD. Merci pour votre aide et vos précieuses connaissances.

À toi, Cédric, l'homme de ma vie. Merci de m'avoir soutenue, de m'avoir accompagnée, de m'avoir supportée. Merci pour notre fils, merci pour notre vie. Sans toi et tous les efforts que tu as faits pour que je puisse y arriver, je n'en serai pas là aujourd'hui. Je t'aime au-delà des mots.

À toi, Noah, mon fils. Quelle joie tu as mise dans ma vie. Quelles épreuves aussi. Te voir grandir de jour en jour est le plus beau cadeau au monde. Ma vie à cent à l'heure, les stages loin de la maison, les heures de travail. Tout cela pour t'apporter la vie que tu mérites. Merci d'avoir été si sage et de m'avoir permis de tout mener de front. Je t'aime inconditionnellement.

À toi, Maman. La vie a décidé de me priver de toi au moment où j'en avais le plus besoin. Mais dans tes derniers instants, tu as trouvé la force de m'insuffler cette envie d'aider les autres. Tu m'as poussée à me dépasser, à ne pas choisir la voie de la facilité. Quand tu es partie, j'ai songé à renoncer, et là encore ton souvenir m'a poussée à me battre. J'espère que tu es fière de moi, qu'importe l'endroit où tu te trouves. Je t'aimerais à jamais.

À toi, Papa. Après de longues années à me supporter durant ces interminables études, me voilà enfin aux portes de la fin. Grâce à cette thèse, je vais devenir médecin. J'espère que tu es fier de moi. Malgré les épreuves, j'ai tenu bon. Moi aussi, je suis fière de toi, d'avoir tenu bon, de t'être accroché et d'avancer. Je suis contente de rentrer exercer chez nous, dans notre région, près des gens que j'aime. Je t'aime Papa.

À vous mes frères, Axel, Léo et Dylan. Je suis si fière de vous, des personnes formidables que vous êtes devenues. Je suis contente de pouvoir revenir près de vous et ne manquer aucune étape importante de votre vie. J'ai dû beaucoup me concentrer sur mes études et parfois vous avez pu avoir l'impression que je vous abandonnais. Ce n'est pas le cas. J'ai toujours pensé à vous mais j'avais besoin de cette coupure, besoin de ce temps pour guérir et pour devenir adulte. J'espère que vous aussi serez fiers de la femme que je suis devenue. Je vous aime.

À toi, Mémère. Désolée de ne pas avoir été plus présente. Tu m'as donné les plus belles vacances d'été de mon enfance et j'ai une chance incroyable que tu sois ma grand-mère. Merci de m'avoir soutenue.

À toi, Mamie. Tu n'as pas pu rencontrer Noah et tu ne peux pas me voir diplômée aujourd'hui et commencer ce métier que maman m'a inspiré. Mais je sais que de là où tu es, tu vois tout et j'espère te rendre fière.

À toi, Rachel. Je t'ai vu être là à chaque moment important de ma vie, les bons comme les mauvais. Merci pour tout.

À mes tantes et mes oncles. Nous ne vivons pas proche mais j'ai toujours su pouvoir compter sur vous.

À vous, mes filleuls. Désolée de ne pas avoir été plus présente pour vous. Croyez en vos rêves et ne vous limitez jamais car vous êtes capables de tout.

À mes cousins et cousines. Nous avons de beaux souvenirs ensembles mais nos vies surchargées ne nous permettent pas de nous voir autant que nous le souhaiterions. Je pense fort à vous.

À toi, Véronique. J'ai la chance exceptionnelle de t'avoir pour belle-mère. Tu as mis au monde et élevé un homme merveilleux. Tu m'as accueillie à bras ouvert et m'as soutenue dans toutes les épreuves que j'ai pu traverser. Tu es une véritable figure maternelle pour moi. Merci d'aimer Noah aussi fort. J'espère que tu réussiras à guérir pour pouvoir profiter pleinement de la vie qui s'offre à toi. Je t'aime.

À toi, Manu. Merci d'avoir toujours répondu présent pour nous.

À toi, Thomas. Tu as beaucoup évolué ces dernières années. Merci d'avoir accepté d'être le parrain de Noah. Prends soin de toi.

À vous, Patricia et Anibal. Merci de votre soutien et de l'amour que vous portez à Noah.

À toi, Coralie. Depuis de longues années, ma solide copilote. Nos échanges se rarifient mais l'amitié reste intacte. J'ai toujours pu compter sur toi et la réciprocité est vraie. Je n'aurais pas pu rêver meilleure amie que toi.

À toi, Samantha. La fac m'a réservé bien des surprises mais la meilleure a été ma rencontre avec toi. Tu es l'une de mes meilleures amies et la marraine de mon fils. Tu te plies toujours en 4 pour tes amis. Sache que tu pourras toujours compter sur moi, dans les bons et les mauvais jours. Merci de tout ce que tu fais pour moi, merci d'être une marraine formidable pour Noah.

À toi, Corentin. Elle est loin l'époque de la maternelle et pourtant notre amitié n'a pas pris une ride. Je suis contente de te compter parmi mes plus proches amis. Merci de m'avoir fait l'honneur d'être ta témoin de mariage.

Merci à Kirsty qui t'a apporté ce bonheur et cette stabilité dont tu avais tant besoin.
Gros bisous à ce petit cœur de Léandre.

À vous, Chloé et Fabien. Vous êtes des personnes formidables et je suis heureuse de vous compter parmi mes amis.

À mes amis de Niherne. Merci de m'avoir acceptée dans cette bande de fous. Hâte de pouvoir faire plein d'activités avec et sans nos loulous.

Merci à tous les médecins chez qui j'ai eu la chance d'aller en stage et qui ont chacun contribué à m'améliorer et à grandir : Dr DARREYE Antoine, Dr DE STAUTE Claire, Dr OSTERMANN Jean-Michel, Dr CHLELA Aurore, Dr DELAGE Marion, Dr PAREAU Natasha, Dr BOUYOUX-DESBORDES Gaëlle, Dr LALEUF Jessica, Dr REIX Sandrine, Dr OULD OMAR Alexandra, Dr BURBAUD Francis.

Un mot plus spécifique pour le **Dr DE STAUTE Claire**. Merci de m'avoir aidée et épaulée durant ces 3 années d'internat. Merci de m'avoir écoutée me plaindre et d'avoir su trouver les mots. J'espère que nous garderons contact malgré notre déménagement.

À vous, Guillaume et Audrey. De collègues, à voisins, à amis. Merci pour m'avoir aidée et appris à bien prendre en charge mes patients. J'espère que nous garderons contact malgré notre déménagement.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

MG France : Fédération Française des médecins généralistes

SML : Syndicat des médecins libéraux

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

MG : médecin généraliste

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

AAPMS : Association d'aide professionnelle aux médecins et aux soignants

SAMU : Service d'aide médicale urgente

GPS : Global positioning system

CHU : Centre hospitalier universitaire

DGAEI : Délégation générale aux affaires européennes et internationales

OMS : Organisation mondiale de la santé

Table des matières

Introduction.....	23
I. Généralités	24
I.1. État des lieux des agressions	24
I.1.1. Évolution au fil de temps	24
I.1.1.1. Évolution de la représentation du médecin généraliste	24
I.1.1.2. Évolution du nombre et du type d'agression	25
I.1.2. Types d'agressions	26
I.1.2.1. Verbales	26
I.1.2.2. Physiques	27
I.1.2.3. Vols.....	27
I.1.3. Motifs d'agression	28
I.1.3.1. Prise en charge trop longue	28
I.1.3.2. Refus de prescription.....	28
I.1.3.3. Reproche relatif à la prise en charge.....	29
I.1.4. Situations à risque	29
I.1.4.1. Genre.....	29
I.1.4.2. Zone et type d'exercice	30
I.1.4.2.1. Milieu rural / urbain	30
I.1.4.2.2. Départements	30
I.1.4.3. Statut	32
I.1.4.4. Seul ou en groupe	32
I.2. Causes de la minimisation des agressions.....	32
I.2.1. Sensation d'inutilité	33
I.2.2. Procédure chronophage	34
I.2.3. Empathie	34
I.2.4. Raison financière	35
I.3. Les recours	35
I.3.1. Déclaration de l'agression.....	35
I.3.1.1. A qui ?	35
I.3.1.2. Comment ?	35
I.3.2. Dispositifs mis en place pour faciliter cette déclaration	35
I.3.2.1. Déclaration simplifiée	36
I.3.2.2. Soutien des MG dans la démarche	36
I.3.3. Dispositifs de sécurité existants	37
II. Matériel et méthode.....	41
II.1. Question de recherche	41
II.2. Type d'étude	41
II.3. Objectif de l'étude	41
II.4. Population de l'étude	41
II.4.1. Critères d'inclusion.....	41
II.4.2. Critères d'exclusion.....	41
II.5. Le questionnaire	41
II.6. Recueil de données	42
II.7. Analyse des données	42
III. Résultats	43

III.1. Caractéristiques généralistes de la population de l'étude	44
III.1.1. Genre	44
III.1.2. Age.....	44
III.2. Caractéristiques professionnelles de la population de l'étude.....	44
III.2.1. Type d'exercice	44
III.2.1.1. Caractéristiques démographiques.....	45
III.2.1.2. Continuité des soins	45
III.2.1.3. Sentiment de sécurité.....	46
III.3. Expérience d'agression	46
III.3.1. Antécédent d'agression	47
III.3.2. Motif d'agression	47
III.3.3. Déclaration d'agression	48
III.4. Place du dispositif de sécurité dans la pratique de la population de l'étude	49
III.4.1. Type de dispositif utilisé.....	49
III.4.2. Utilité du dispositif	50
III.4.3. Frein à l'utilisation d'un dispositif	51
III.5. Attentes de la population de l'étude envers un dispositif de sécurité	52
III.5.1. Modèle	52
III.5.2. Personne à contacter	52
III.6. Analyses statistiques	53
III.6.1. Hausse des agressions (Annexe 6)	53
III.6.1.1. Genre.....	53
III.6.1.2. Âge	53
III.6.1.3. Type d'exercice	53
III.6.1.4. Continuité des soins	53
III.6.2. Sentiment de sécurité (Annexe 7).....	53
III.6.2.1. Genre.....	53
III.6.2.2. Âge	53
III.6.2.3. Type d'exercice	53
III.6.2.4. Continuité des soins	54
III.6.3. Utilité d'un dispositif de sécurité (Annexe 8)	54
III.6.3.1. Genre.....	54
III.6.3.2. Type d'exercice	54
III.6.3.3. Continuité des soins	54
III.6.4. Rassurance d'un dispositif de sécurité (Annexe 9).....	54
III.6.4.1. Genre.....	54
III.6.4.2. Type d'exercice	54
III.6.4.3. Continuité des soins	54
IV. Discussion.....	55
IV.1. Validité interne.....	55
IV.1.1. Forces de l'étude	55
IV.1.1.1. Objectifs	55
IV.1.1.2. Taux de participation.....	56
IV.1.1.3. Diffusion du questionnaire et recueil des données	56
IV.1.2. Limites de l'étude.....	56
IV.1.2.1. Population de l'étude.....	56
IV.1.2.2. Le questionnaire.....	56
IV.1.2.3. Biais	56

IV.1.2.3.1. Biais de sélection.....	56
IV.1.2.3.2. Biais de diffusion	57
IV.1.2.4. Analyse en sous-groupe	57
IV.2. Validité externe.....	57
IV.2.1. Caractéristiques générales de la population de l'étude.....	57
IV.2.2. Caractéristiques professionnelles de la population de l'étude.....	58
IV.2.3. Expérience d'agression	59
IV.2.4. Place du dispositif de sécurité dans la pratique de la population de l'étude	62
IV.2.5. Attente de la population de l'étude envers un dispositif de sécurité	63
IV.2.6. Analyses statiques.....	64
IV.2.6.1. Hausse des agressions.....	64
IV.2.6.2. Sentiment de sécurité	65
IV.2.6.3. Utilité d'un dispositif de sécurité.....	65
IV.2.6.4. Réassurance d'un dispositif de sécurité.....	66
IV.3. Perspectives.....	67
Conclusion.....	69
Références bibliographiques.....	70
Annexes	74
Serment d'Hippocrate.....	92

Table des illustrations

Figure 1 Évolution des agressions	24
Figure 2 : Nombre de déclarations d'agression par an	25
Figure 3 : L'agresseur	26
Figure 4 : Type d'agression	26
Figure 5 : Objet du vol	27
Figure 6 : Motif de l'agression	28
Figure 7 : Genre	29
Figure 8 : Lieu de l'agression	30
Figure 9 : Nombre de déclarations par département.....	31
Figure 10 : Statut des victimes	32
Figure 11 : Cadre de l'agression	32
Figure 12 : Suite donnée à l'agression.....	33
Figure 13 : Suite donnée en fonction du type d'agression	33
Figure 14 : Gravité de l'agression ayant nécessité une interruption de travail.....	34
Figure 15 : Programme de prévention et gestion de la violence spécifique aux médecins généralistes	39
Figure 16 : Genre	44
Figure 17 : « Vous sentez vous en sécurité dans l'exercice de votre profession ? »	46
Figure 18 : « Trouvez-vous qu'il y a une hausse des agressions envers les médecins généralistes ? »	46
Figure 19 : Déclaration en cas d'agression	48
Figure 20 : « Avez-vous déjà utilisé votre dispositif de sécurité ? »	50
Figure 21 : « Trouvez-vous ce dispositif utile ? »	50
Figure 22 : « Trouvez-vous ce dispositif rassurant ? ».....	51

Table des tableaux

Tableau 1 : Âge	44
Tableau 2 : Type d'exercice	45
Tableau 3 : Continuité des soins	45
Tableau 4 : Antécédent d'agression	47
Tableau 5 : Type d'agression	47
Tableau 6 : Motifs d'agression	47
Tableau 7 : « Si vous n'avez pas signalé l'agression, pourquoi ? »	49
Tableau 8 : « Possédez-vous un dispositif de sécurité pour prévenir ou faire face à une agression ? »	49
Tableau 9 : « Si vous ne possédez pas ce genre de dispositif, pour quelles raisons ? »	51
Tableau 10 : « Quel dispositif trouveriez-vous le plus pratique ? »	52
Tableau 11 : « Qui cela devrait-il prévenir selon vous ? »	52
Tableau 12 Hausse des agressions en fonction du genre	84
Tableau 13 : Hausse des agressions en fonction de l'âge	84
Tableau 14 : Hausse des agressions en fonction du style d'exercice	84
Tableau 15 : Hausse des agressions en fonction du type d'exercice	84
Tableau 16 : Hausse des agressions en fonction du lieu d'exercice	84
Tableau 17 : Hausse des agressions en fonction de la réalisation de visite à domicile	85
Tableau 18 : Hausse des agressions en fonction de la réalisation de garde	85
Tableau 19 : Sentiment de sécurité en fonction du genre	86
Tableau 20 : Sentiment de sécurité en fonction de l'âge	86
Tableau 21 : Sentiment de sécurité en fonction du style d'exercice	86
Tableau 22 : Sentiment de sécurité en fonction du type d'exercice	86
Tableau 23 : Sentiment de sécurité en fonction du lieu d'exercice	86
Tableau 24 : Sentiment de sécurité en fonction de la réalisation de visite à domicile	87
Tableau 25 : Sentiment de sécurité en fonction de la réalisation de garde	87
Tableau 26 : Utilité d'un dispositif de sécurité en fonction du genre	88
Tableau 27 : Utilité d'un dispositif en fonction du style d'exercice	88
Tableau 28 : Utilité d'un dispositif en fonction du type d'exercice	88
Tableau 29 : Utilité d'un dispositif en fonction du lieu d'exercice	88
Tableau 30 : Utilité d'un dispositif en fonction de la réalisation de visite à domicile	88
Tableau 31 : Utilité d'un dispositif en fonction de la réalisation de garde	88
Tableau 32 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction du genre	89

Tableau 33 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction du style d'exercice	89
Tableau 34 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction du type d'exercice	89
Tableau 35 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction du lieu d'exercice	89
Tableau 36 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction de la réalisation de visite à domicile.....	89
Tableau 37 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction de la réalisation de garde.....	90

Introduction

Depuis plusieurs années, le nombre d'agressions envers tous les professionnels de santé a significativement augmenté en France.

Le Docteur BATTISTONI, président de MG France explique cette majorité d'agression chez les médecins généralistes par le fait que « *la proximité fait que des mauvaises humeurs, des colères, des rancœurs s'expriment plus facilement. Quand vous avez un rendez-vous chez un spécialiste de second recours, que vous avez généralement attendu pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, si vous manifestez de la mauvaise humeur, on ne vous donnera pas un autre rendez-vous, donc ça calme un peu les choses* » (1).

Les chiffres recensés par l'Observatoire de la sécurité sont alarmants car, au-delà du fait d'être haut, il est également nécessaire de prendre en compte la sous-déclaration des épisodes d'agressions subies par les médecins.

Il est donc probable que leur nombre, bien que déjà conséquent, soit sous-estimé.

Par ailleurs, malgré une augmentation du nombre de déclarations par les médecins auprès de l'Ordre, très peu aboutissent à une plainte. Cette hausse montre l'insécurité qui règne dans le domaine médical et force à s'interroger sur le retentissement de ces agressions.

L'évaluation de l'impact psychologique d'une agression est difficile à réaliser et doit tenir compte de plusieurs paramètres dépendant à la fois du type d'agression et de la personne.

Dans un climat de pénurie démographique et de manque d'attrait de l'exercice libéral, l'insécurité qui vise les médecins est devenue un véritable problème de santé publique et peut représenter un obstacle à l'installation.

Étant donné l'évolution des agressions commises à l'encontre des médecins généralistes, il est intéressant de faire le point sur le ressenti de ces derniers.

Certaines régions réussissent à mettre en place des dispositifs d'aide aux médecins en cas d'agression.

Le dispositif Sécuriméd 87, pensé et mis en place par le Dr ROUCHAUD en Haute-Vienne, permet au médecin d'alerter les forces de l'ordre et les secours en cas d'agression redoutée ou avérée. Il permet de géolocaliser la victime et d'intervenir dans les plus brefs délais.

Ce type de technologie semble attrayant dans ce contexte d'insécurité et de tension mais existe-t-il d'autres dispositifs de ce genre ? L'attrait pour eux est-il aussi important que ce que l'on pourrait penser ?

L'objectif principal de cette thèse est de faire le point sur la vision qu'ont les médecins généralistes installés en Haute-Vienne des agressions et sur leur attente concernant la mise en place d'un dispositif de sécurité.

Il y a également plusieurs objectifs secondaires :

- Réaliser un bilan des agressions
- Recenser les dispositifs de sécurité utilisés
- Trouver les freins à l'utilisation des dispositifs de sécurité médicale

I. Généralités

I.1. État des lieux des agressions

Le gouvernement tente de quantifier et de catégoriser les agressions afin de pouvoir mettre en place des réponses adaptées.

L'Observatoire de la sécurité du Conseil National de l'Ordre des Médecins, créé en 2002, permet de recenser les agressions déclarées envers les médecins, toute spécialité confondue.

La création de cet observatoire et ses rapports met en lumière l'insécurité croissante dont les professionnels de santé sont victimes (1).

I.1.1. Évolution au fil de temps

L'Observatoire de la sécurité dénombre une augmentation inédite des déclarations d'incidents et d'agressions (+ 23% en 2022 depuis l'année 2021) (2).

En 2023, en France, on retrouve 230 200 médecins en activité, 43,22% sont des médecins généralistes soit une minorité par rapport aux spécialistes. Mais ce sont majoritairement eux qui déclarent et sont victimes d'agressivité de la part des patients (71% en 2022) (2).

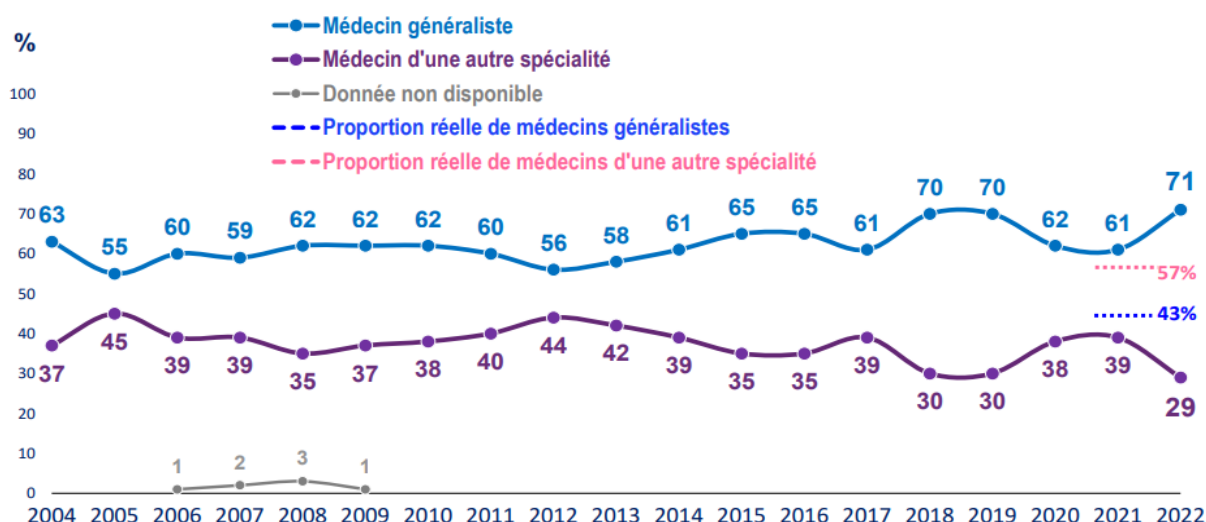


Figure 1 Évolution des agressions

I.1.1.1. Évolution de la représentation du médecin généraliste

Nous constatons une hausse des agressions envers les médecins au fur et à mesure des années.

On constate également une dégradation des comportements dans une société de consommation.

Interviewé en 2011, le Docteur BOISSIN, coordinateur de l'Observatoire de sécurité déplore une hausse des violences sociétales qui impact beaucoup la médecine. Certains patients ont une vision de la médecine « gratuite » et n'hésitent pas à le faire savoir parfois de manière violente.

Dix ans plus tard, le président du SML Docteur VERMESCH présente un discours un peu similaire. Il y a un climat d'énervement général.

Depuis plusieurs années, la relation médecin-malade a considérablement évolué passant d'une relation paternaliste à un véritable partenariat.

Ainsi, le patient est devenu acteur de sa santé. À ce titre, il veut être informé, écouté et comprendre les informations qui lui sont données (3).

On retrouve cette dualité où le patient a besoin à la fois d'être acteur de sa santé et de prendre seul ses décisions mais également d'être conseillé, entouré, suivi.

Cela est de plus en plus difficile à mettre en place au fil des années car le nombre de médecins généralistes diminue et la demande des patients est de plus en plus grande.

Il est fréquent, dans ce contexte, qu'un patient se sente incompris ou délaissé ce qui entraîne des actes de violence.

Il y a une perte générale des repères et les médecins sont des cibles privilégiées.

À la fois car ils sont perçus par la population comme des « riches » (4) mais également car le contexte de pénurie médicale rend la population anxieuse et propice à l'agressivité.

I.1.1.2. Évolution du nombre et du type d'agression

En 2002, devant l'augmentation significative du nombre d'agression des médecins sur le territoire Français, il a été créé l'Observatoire de la sécurité du Conseil national de l'Ordre des médecins qui, grâce à 7 Ordres de santé, permet de recenser les agressions dont sont victimes les médecins et d'adapter ses actions de protection et de prévention.

Les chiffres recensés depuis le début de la création de cet observatoire ne cessent d'augmenter. On retrouve une augmentation de plus de 74 % du nombre de déclarations d'agressions en 10 ans.

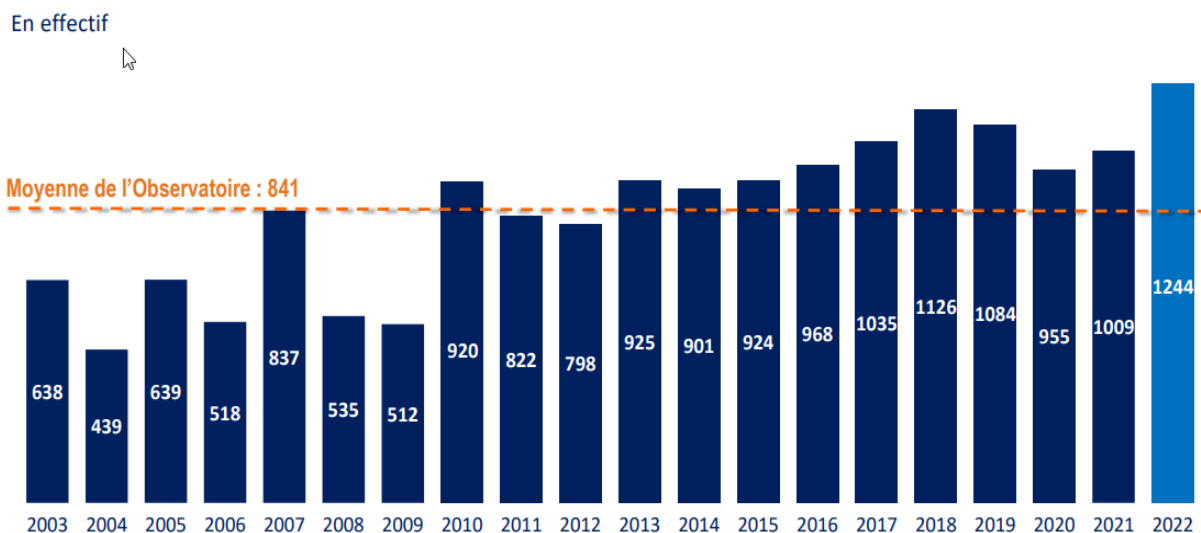


Figure 2 : Nombre de déclarations d'agression par an

Chaque année, des centaines de médecins sont victimes d'agression. Ces chiffres sont en hausse.

Ces chiffres montrent déjà une réelle souffrance des médecins généralistes et pourtant il existe une sous déclaration des agressions.

Lorsque l'on parle d'agression envers un médecin, le patient est l'agresseur principal.

Il est important de ne pas méconnaître d'autres types d'agresseur pouvant mettre à mal l'intégrité physique ou mentale du médecin.

Notamment, il est de plus en plus fréquent de recevoir des déclarations pour des agressions venant de l'accompagnateur du patient, d'un membre de sa famille, d'un patient d'un autre cabinet, d'un confrère...

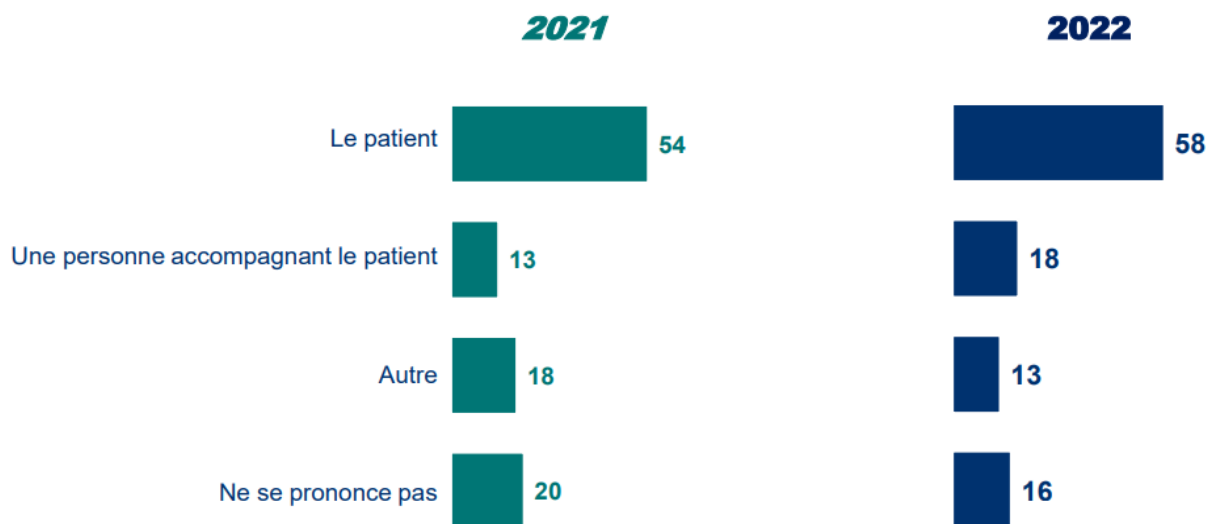


Figure 3 : L'agresseur

I.1.2. Types d'agressions

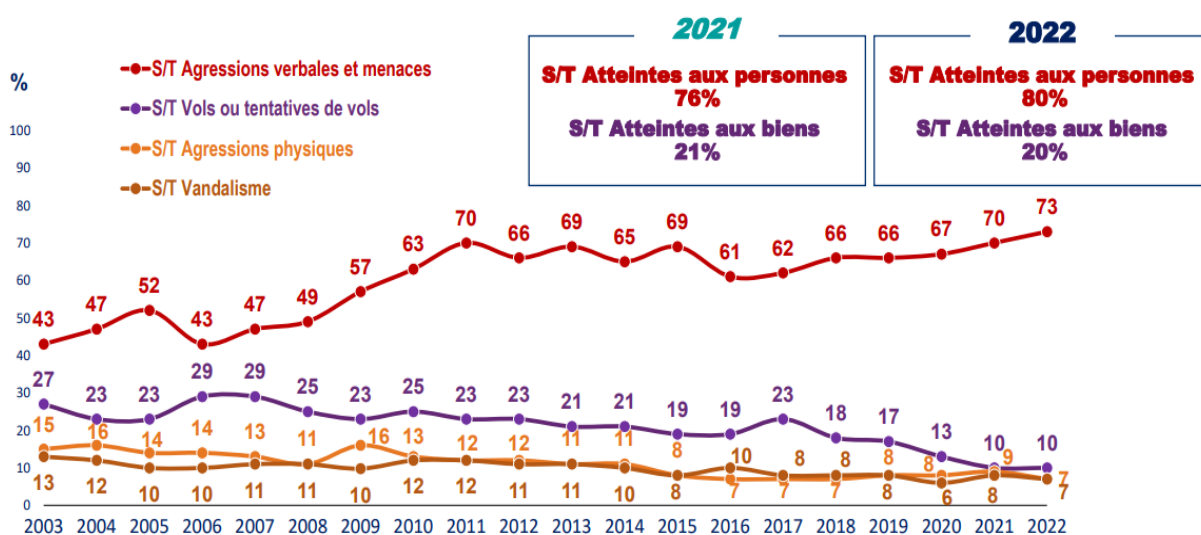


Figure 4 : Type d'agression

I.1.2.1. Verbales

Les agressions verbales sont de loin majoritaires.

Elles peuvent être diverses (cris, injures, menaces, harcèlement...) et tous les médecins n'interprètent pas une dispute avec le patient de la même manière.

I.1.2.2. Physiques

Même si les agressions physiques demeurent minoritaires, l'on constate une augmentation du nombre de déclaration de ce type d'agression et leurs conséquences sont majeures.

On retrouve principalement l'utilisation de canne ou de couteau. L'utilisation d'armes plus létales comme des armes à feu est plus anecdotique, bien qu'en progression (31 déclarations en 2018 contre 20 déclarations en 2017).

Ces chiffres attestent d'une évolution des agressions qui deviennent de plus en plus violentes et traumatisantes.

Les agressions physiques ne comportent pas uniquement les coups et blessures volontaires.

Rentre également dans cette catégorie : la violence physique envers le matériel (claquement de porte, coup de poing sur le bureau), les crachats, la séquestration... (5).

I.1.2.3. Vols

Les vols sont de moins en moins fréquents si l'on se réfère au dernier rapport de l'Observatoire de sécurité.

Ils ont été fréquents en 2020 (6% de signalement à l'Ordre) lors de la crise sanitaire COVID-19. Par exemple, durant le confinement, de nombreux caducées ont été volés pour éviter les contrôles de police (6).

	2021		2022	
	EFFECTIFS	%	EFFECTIFS	%
• Ordonnance, ordonnancier	35	4%	31	3%
• Sac à main / Portefeuille / Sacoche	17	2%	23	2%
• Carte professionnelle	17	2%	19	2%
• Tampons professionnels	14	1%	16	1%
• Sacoche médicale, professionnelle	13	1%	9	1%
• Argent, chéquier, carte de crédit	5	1%	9	1%
• Véhicule	1	<1%	6	1%
• Matériel informatique (ordinateur, scanner)	5	1%	5	<1%
• Le dossier médical	2	<1%	5	<1%
• Appareil médical (échographe...)	2	<1%	2	<1%
• Clés	-	-	2	<1%
• Caducée	1	<1%	2	<1%

Figure 5 : Objet du vol

I.1.3. Motifs d'agression

	2021		2022	
	EFFECTIFS	%	EFFECTIFS	%
• Un reproche relatif à une prise en charge	369	37%	405	33%
• Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)	173	17%	249	20%
• Falsification de document (ordonnance, certificat,...)	109	11%	132	11%
• Un temps d'attente jugé excessif	77	8%	118	10%
• Le vol	94	9%	108	9%
• Refus de respect des règles sanitaires (masques, nombre de personnes)	35	4%	43	4%
• Agressivité / agitation	13	1%	43	4%
• Refus de donner un rendez-vous	17	2%	28	2%
• Retard du patient	17	2%	26	2%
• Délai de rendez-vous trop loin	16	2%	26	2%
• Rendez-vous non honoré par le patient / patient absent à plusieurs rendez-vous	7	1%	23	2%
• Venu sans rendez-vous / voulait une consultation sans RV	13	1%	21	2%
• Etat psychiatrique / Pathologie mentale	8	1%	21	2%
• Des remarques de la part du médecin	10	1%	20	2%
• Refus de payer la consultation	13	1%	15	1%
• Veut un rdv en urgence	16	2%	14	1%
• Antivax	24	2%	12	1%
• Refus d'être son médecin traitant	10	1%	11	1%
• Incompatibilité d'humeur entre le patient et le personnel soignant / Patient agressif envers le personnel soignant	35	4%	10	1%
• Pas de motif particulier	31	3%	68	6%

Figure 6 : Motif de l'agression

Soixante-quinze pourcents des agressions sont directement liées à l'acte médical (5).

I.1.3.1. Prise en charge trop longue

La démographie médicale diminue et parallèlement, la population augmente. Cela crée une pénurie de médecin.

Malgré le fait que de nombreux patients se retrouvent sans médecin traitant, il est important de préciser que la patientèle de chaque médecin a considérablement augmentée pour essayer de faire face à cette pénurie.

A cela, on ajoute une charge administrative toujours plus importante et une volonté des médecins de réussir à concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale. Cela laisse moins de temps à la pratique médicale.

Au total, il n'est pas rare d'avoir des temps d'attente long chez le médecin généraliste.

Cela favorise un climat de tension avant même la rencontre et celle-ci peut évoluer rapidement vers une agression.

En 2022, le temps de prise en charge trop long représentait 10 % des motifs d'agression.

I.1.3.2. Refus de prescription

En 2020, le refus de prescription arrive en deuxième place des motifs ayant provoqué une agression (6). Tout comme les années suivantes.

Cela peut s'expliquer notamment par le fait que les recommandations médicales sont de plus en plus développées.

Les médecins se doivent de respecter ces recommandations et font souvent l'objet de contrôle (arrêt de travail, prescription de telle ou telle molécule...) et parfois de sanction.

I.1.3.3. Reproche relatif à la prise en charge

En 2022, 33% des agressions déclarées étaient en rapport avec un reproche relatif à une prise en charge.

La médecine se complexifie. De nouvelles pathologies sont découvertes et d'anciennes refont surface.

Le développement et l'utilisation simple d'internet permet de trouver une réponse, juste ou fausse, à n'importe quel problème de santé.

Les médecins doivent déconstruire les idées reçues et les fausses idées véhiculées par internet.

Certains patients font confiance à leur médecin et à leur prise en charge, quand d'autres demandent toujours plus de preuve et de résultat.

I.1.4. Situations à risque

I.1.4.1. Genre

Le taux d'agression des femmes reste prédominant au fil des années malgré une répartition de plus en plus égale entre les hommes et les femmes chez les médecins.

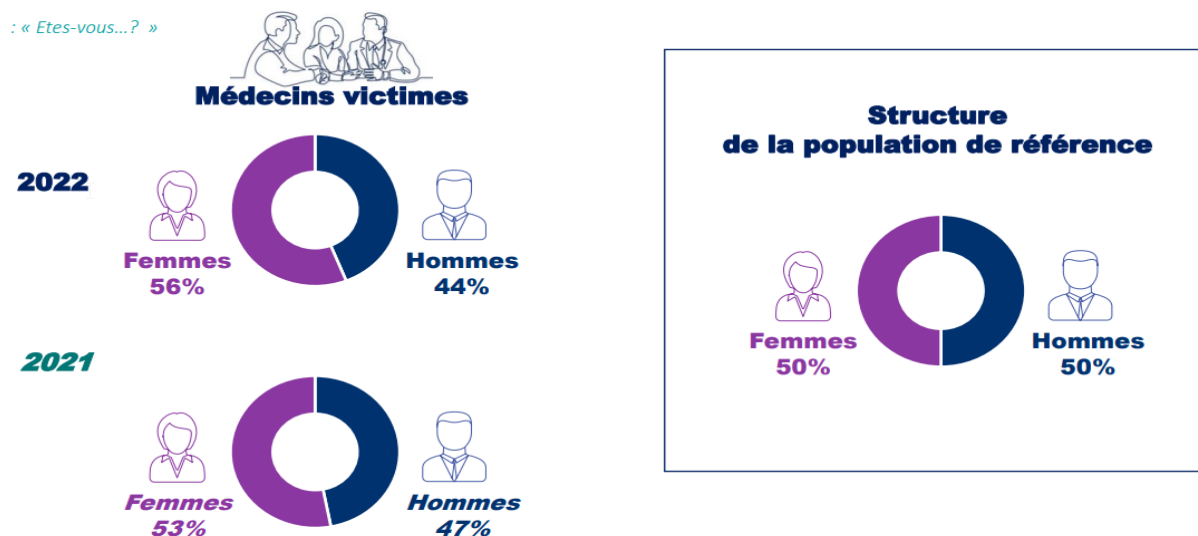


Figure 7 : Genre

I.1.4.2. Zone et type d'exercice

I.1.4.2.1. Milieu rural / urbain

L'exercice en milieu urbain reste un lieu où les agressions sont plus fréquentes.

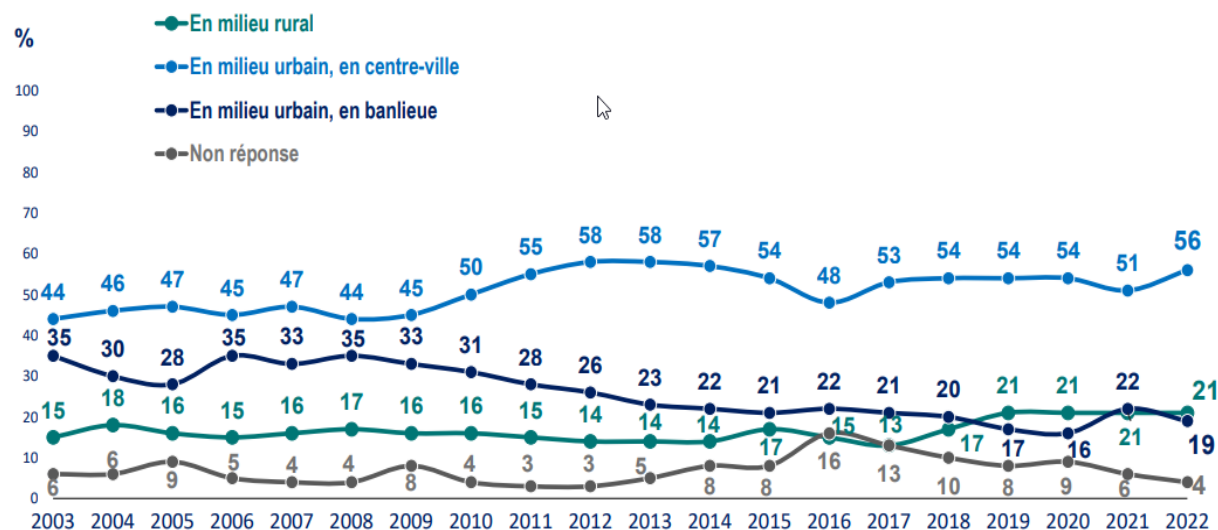


Figure 8 : Lieu de l'agression

I.1.4.2.2. Départements

Plusieurs départements se détachent par la fréquence des agressions relevées.

A l'inverse, peu de déclarations sont retrouvées en Creuse, L'Indre ou encore l'Aveyron,

DÉPARTEMENTS	2021	2022	DÉPARTEMENTS	2021	2022
▪ Nord	139	191	▪ Gard	2	16
▪ Bouches-du-Rhône	79	98	▪ Essonne	9	15
▪ Loire	37	62	▪ Alpes-Maritimes	8	15
▪ Gironde	36	58	▪ Landes	5	15
▪ Paris	20	58	▪ Finistère	14	14
▪ Loire-Atlantique	23	40	▪ Côtes-d'Armor	11	13
▪ Hérault	26	32	▪ Marne	9	13
▪ Seine-et-Marne	5	29	▪ Yvelines	20	11
▪ Seine-Maritime	37	28	▪ Moselle	6	11
▪ Dom Tom	18	28	▪ Loir-et-Cher	3	11
▪ Charente-Maritime	19	27	▪ Ile-et-Vilaine	1	11
▪ Hauts-de-Seine	17	27	▪ Vaucluse	13	10
▪ Isère	21	26	▪ Haut-Rhin	8	10
▪ Val-de-Marne	49	24	▪ Doubs	5	10
▪ Pas-de-Calais	18	23	▪ Savoie	14	9
▪ Cher	7	19	▪ Rhône	8	9
▪ Maine-et-Loire	21	17	▪ Loiret	6	9
▪ Haute-Garonne	20	17	▪ Sarthe	5	9
▪ Calvados	16	17	▪ Vendée	3	9

DÉPARTEMENTS	2021	2022	DÉPARTEMENTS	2021	2022
▪ Ain	2	9	▪ Tarn-et-Garonne	2	5
▪ Aisne	9	8	▪ Seine-Saint-Denis	9	4
▪ Val-d'Oise	6	8	▪ Ariège	7	4
▪ Aude	5	8	▪ Jura	7	4
▪ Somme	5	8	▪ Haute-Vienne	7	4
▪ Haute-Savoie	3	8	▪ Hautes-Pyrénées	4	4
▪ Côte-d'Or	8	7	▪ Vosges	4	4
▪ Var	9	6	▪ Meurthe-et-Moselle	2	4
▪ Pyrénées-Orientales	7	6	▪ Territoire de Belfort	2	4
▪ Gers	4	6	▪ Alpes-de-Haute-Provence	1	4
▪ Pyrénées-Atlantiques	3	6	▪ Vienne	12	3
▪ Meuse	1	6	▪ Manche	7	3
▪ Bas-Rhin	9	5	▪ Eure-et-Loir	3	3
▪ Allier	8	5	▪ Deux-Sèvres	2	3
▪ Indre-et-Loire	5	5	▪ Drôme	1	3
▪ Saône-et-Loire	5	5	▪ Oise	1	3
▪ Morbihan	4	5	▪ Ardèche	4	2
▪ Puy-de-Dôme	4	5	▪ Mayenne	1	2
▪ Charente	2	5	▪ Lot	0	2

DÉPARTEMENTS	2021	2022
▪ Lozère	0	2
▪ Nièvre	0	2
▪ Yonne	2	2
▪ Dordogne	8	1
▪ Hautes-Alpes	3	1
▪ Tarn	3	1
▪ Aube	2	1
▪ Cantal	2	1
▪ Creuse	2	1
▪ Orne	2	1
▪ Aveyron	0	1
▪ Corse	0	1
▪ Indre	0	1
▪ Haute-Saône	0	1

Figure 9 : Nombre de déclarations par département

I.1.4.3. Statut

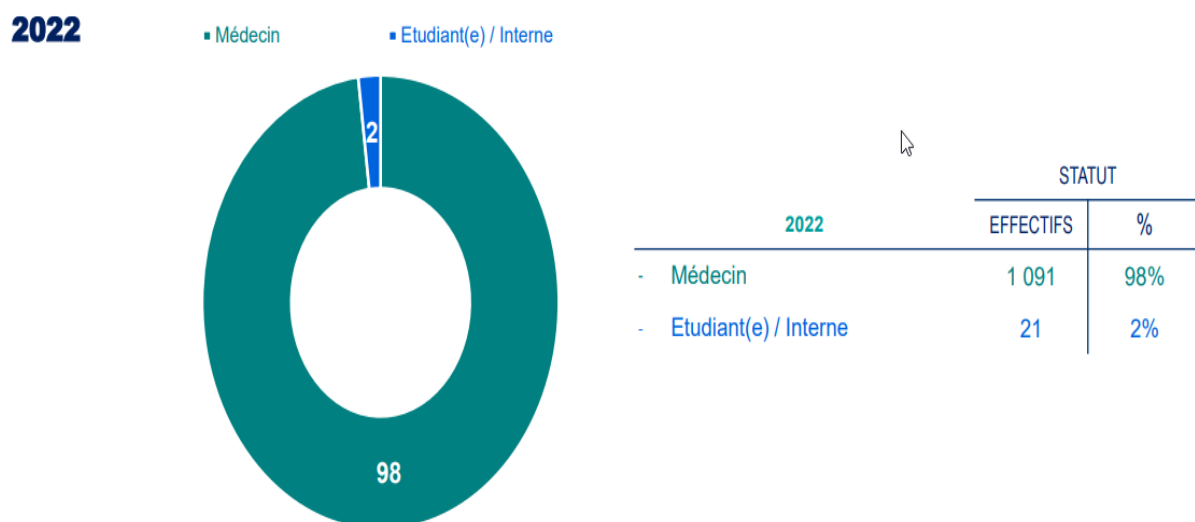


Figure 10 : Statut des victimes

I.1.4.4. Seul ou en groupe

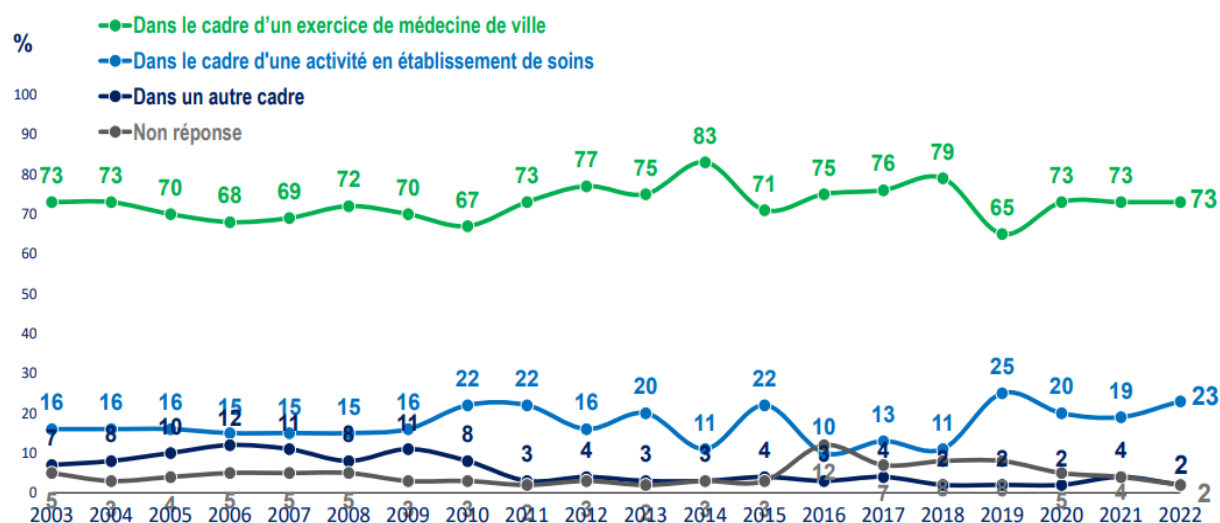


Figure 11 : Cadre de l'agression

I.2. Causes de la minimisation des agressions

Les médecins qui ont signalé des violences à l'Ordre ne portent pas souvent plainte.

Ils sont 286 à l'avoir fait en 2020. Dix pourcents ont déposé une main courante, et 60 % n'ont rien fait ou n'ont pas souhaité répondre à l'instance (6).

On constate une stagnation globale des dépôts de plainte et de main courante avec une prédominance d'inaction de la part du corps médical, notamment en cas d'agression verbale.

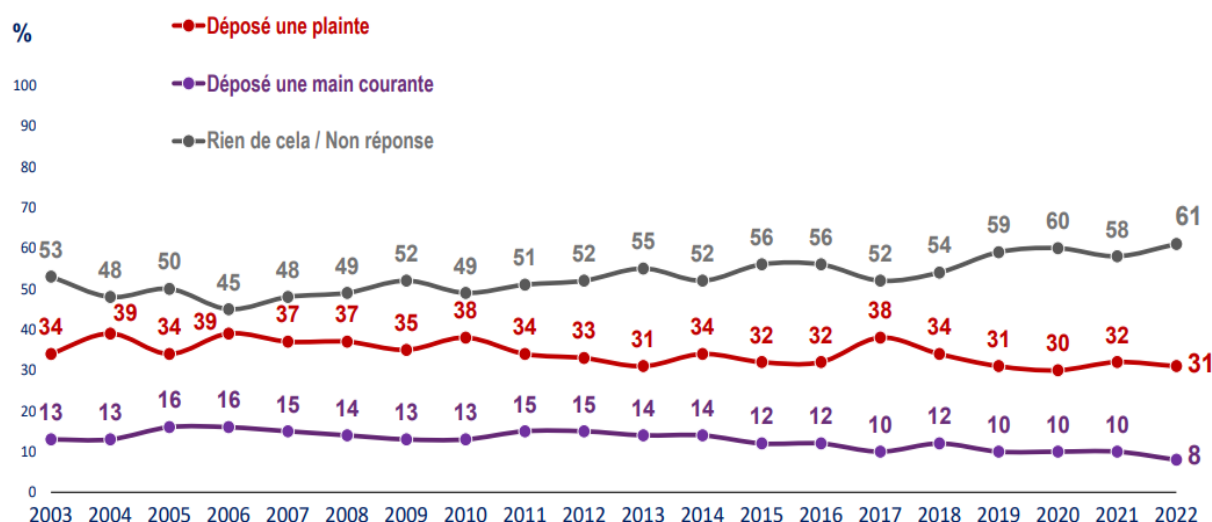


Figure 12 : Suite donnée à l'agression

2022	TYPE D'INCIDENT	SUITE DONNEE A L'INCIDENT EN %			
		EFFECTIFS	PLAINTES	MAIN COURANTE	RIEN DE CELA / NON REPONSE
	ENSEMBLE DES INCIDENTS	1244	31%	8%	61%
	• AGRESSIONS VERBALES	906	20%	9%	71%
	- Dont Menaces	564	%	%	%
	- Dont Injures	553	%	%	%
	• VOLS	124	76%	6%	18%
	• AGRESSIONS PHYSIQUES	92	54%	8%	38%
	• VANDALISME	87	53%	13%	34%

Figure 13 : Suite donnée en fonction du type d'agression

I.2.1. Sensation d'inutilité

Pour Jacques BATTISTONI, si les médecins agressés ne déposent pas plainte, c'est parce qu'ils ont le sentiment que « cela ne va pas servir à quelque chose » (6).

De plus, comme le montre le rapport de l'Observatoire de la sécurité des médecins, la plupart des agressions restent verbales et de faible gravité.

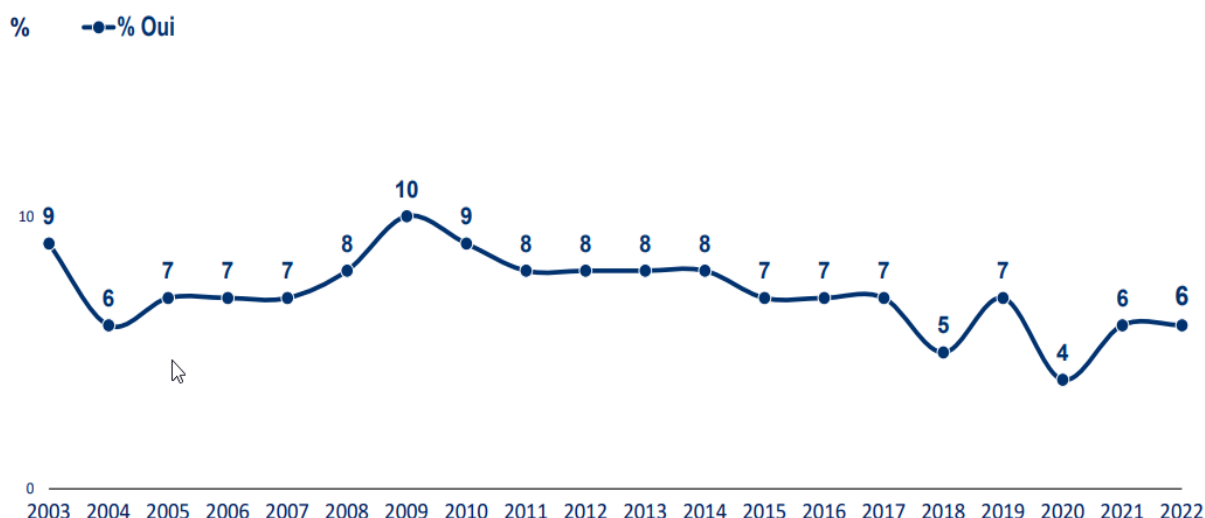


Figure 14 : Gravité de l'agression ayant nécessité une interruption de travail

I.2.2. Procédure chronophage

La médecine générale semble être une profession en souffrance car en écoutant les témoignages des médecins, ils décrivent des tâches toujours plus nombreuses à réaliser avec un temps de plus en plus restreint à cause du manque de médecin généraliste installé et la complexification des tâches administratives.

En plus des tâches obligatoires, se rajouter une charge de travail en déclarant des agressions semble compliqué.

D'autant plus, que ces déclarations sont perçues comme inutiles par la plupart des médecins.

I.2.3. Empathie

« Un médecin soigne tout le monde, ses amis comme ses ennemis. S'il fait ce métier, c'est parce qu'il aime les gens. Il a tendance à trouver des circonstances atténuantes à tout le monde, y compris à celui qui l'agresse », explique le Docteur Jérôme Marty (6).

Lorsque l'on interroge les médecins généralistes sur leur vécu des agressions, une grande majorité fait preuve d'empathie et de compréhension envers les agresseurs.

Accabler et accuser un patient ne fait pas partie de la psychologie du médecin.

Le médecin généraliste tolère un patient agressif car, lors de sa formation, il lui est appris l'empathie : la capacité à s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent. Cela lui permet d'essayer de se mettre à la place du patient et donc de mieux comprendre ses gestes.

Bien que le médecin généraliste semble plus tolérant envers ses agresseurs, il est important de rappeler qu'une agression, même verbale, reste un crime.

I.2.4. Raison financière

Avant le 1^{er} juillet 2021, le médecin généraliste installé en libéral n'avait le droit à aucune indemnisation durant les 3 premiers mois de son arrêt de travail.

La loi a changé en 2021 permettant aux libéraux de bénéficier d'indemnités journalières payées par l'assurance maladie après 3 jours de carence.

Au 1^{er} janvier 2024, ces indemnités journalières sont plafonnées à 190,55 euros bruts par jour pour les médecins conventionnés pouvant justifier 12 mois d'affiliation continus dans leur activité.

De nombreux médecins préféreront continuer à travailler.

I.3. Les recours

I.3.1. Déclaration de l'agression

Depuis la loi du 18 mars 2023, toute violence physique, verbale ou menace est passible de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises (...) sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur (7).

I.3.1.1. A qui ?

Toute agression envers un médecin généraliste doit être déclarée au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Cette déclaration a pour but d'avoir le soutien de l'Ordre face à cette épreuve et une aide au dépôt de plainte. Mais également, cela permet d'informer l'Ordre sur les problèmes d'insécurité rencontrés et de leur permettre d'adapter leur mesure de protection.

Il est également possible et recommandé de déposer une plainte auprès d'un service de police ou d'une brigade de gendarmerie.

I.3.1.2. Comment ?

Pour déclarer une agression, il est nécessaire de remplir la fiche de signalement d'agression (annexe 1). Elle peut être remplie de manière manuscrite ou directement en ligne sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Pour déposer plainte, il est possible de se rendre directement à la police, à la gendarmerie ou d'adresser la plainte au Procureur de la République par lettre sur papier libre.

I.3.2. Dispositifs mis en place pour faciliter cette déclaration

Les collectifs et les syndicats formulent de nombreuses demandes visant à améliorer les conditions d'exercice des soignants notamment en termes de protection (7) :

- L'association Citizen4Science réclame une autosaisie du parquet quand il a connaissance de violences sur des soignants.

- Le SML demande l'application d'une peine maximale en cas d'agression de médecins ainsi qu'un droit de retrait sans risquer d'être poursuivi pour refus de soins.

Ces demandes, bien que cohérentes avec le contexte d'insécurité générale, ne sont pas faciles à mettre en place.

Comme en atteste cet exemple : des médecins généralistes d'Eure-et-Loir chargés d'assurer la PDSA ont fait valoir leur droit de retrait pour protester contre les agressions dont ils sont victimes. La préfecture les a fait réquisitionner à leur domicile et au cabinet par les gendarmes en les menaçant d'une amende s'ils refusaient (8).

I.3.2.1. Déclaration simplifiée

Des mesures concrètes ont été déployées :

- numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale
- référent sécurité dédiée au sein des services de police et de gendarmerie.

Lors d'un dépôt de plainte, celui-ci peut être recueilli en gendarmerie ou en poste de police ou même sur le lieu de l'agression pour faciliter le dépôt de plainte et éviter la perte de temps.

Quelques médecins généralistes expriment une crainte de représailles en cas de dépôt de plainte car leur adresse personnelle sera alors communiquée aux agresseurs. La loi prévoit, après accord du Procureur de la République, une domiciliation du médecin à son cabinet ou au service de police sur le dépôt de plainte. Cela permet d'éviter la divulgation de l'adresse personnelle de la victime.

Le conseil départemental de l'Ordre peut s'associer à la plainte, se porter partie civile ou se substituer au médecin en cas de crainte de représailles (9).

I.3.2.2. Soutien des MG dans la démarche

Même si, une agression n'occasionne une interruption de travail que dans 4% des cas, il est important de souligner qu'aucune agression n'est anodine et que cela renforce le sentiment de peur et d'insécurité du médecin qui la subit (4).

Parmi la littérature, on retrouve un sentiment d'isolement et de manque de « bienveillance » de la part des autorités face aux médecins généralistes agressés.

Les patients sont décrits comme de plus en plus revendicatifs et violents, et face à cela, le médecin se sent démuni et non soutenu.

Malgré cela, L'Ordre des médecins rappelle qu'il est présent pour accompagner et soutenir les médecins dans les démarches de déclaration et de lutte contre les agressions.

Un dispositif d'écoute et d'entraide est même mis en place au sein des conseils départementaux de l'Ordre.

En plus de cela, des conseils de sûreté peuvent être dispensés auprès de ceux qui en font la demande. Ces conseils de sûreté visent notamment à adapter l'organisation du cabinet et du matériel afin de pouvoir retrouver un sentiment de sécurité.

En 2011, le protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordres est signé par l'ensemble des acteurs concernés par la protection des médecins (Ministère de la Justice et des Libertés ; Ministère du Travail, de l'emploi et de la Santé ; Ministère de l'Intérieur ; sept Ordres de Santé) et a pour objectif d'améliorer la sécurité des professionnels de santé (10).

Un numéro unique et gratuit (0 826 000 401) financé par le CNOM, managé par l'AAPMS et destiné à renforcer l'écoute et à l'assistance des médecins et des internes a été lancé le 1^{er} Janvier 2018.

Cette ligne est ouverte tous les jours et permet d'orienter la victime vers un organisme qui pourra lui venir en aide : le conseil départemental de l'Ordre des médecins, une association d'entraide, un établissement de soins...

Le CNOM précise qu'au sein de l'Ordre, un « pôle d'entraide national » a été mis en place afin de fédérer et d'harmoniser les actions et les procédures d'entraide à l'échelle du pays (11).

En 2023, le CNOM a déployé un nouveau dispositif : vigilance, violence, sécurité.

Ce dispositif permet d'accompagner les médecins victimes de violences dans la procédure de signalement.

I.3.3. Dispositifs de sécurité existants

Il peut être important et sécurisant pour un médecin généraliste de posséder un dispositif de sécurité lui permettant de se sentir plus en sécurité dans l'exercice de sa profession.

C'est dans ce contexte qu'a été créé, en Haute-Vienne, en 2018, SECURIMED 87 par le Dr ROUCHAUD Éric (médecin généraliste et membre du conseil départemental de l'Ordre de Haute-Vienne).

Devant des démarches administratives trop longues et stériles, il a créé une association permettant une levée de fonds et un accord entre le CHU, le SAMU, la police et la gendarmerie pour faire fonctionner ce dispositif. Cette bienveillance et ce partenariat permet de se passer d'une plateforme de télésurveillance onéreuse.

Sécuriméd 87 se compose d'un bouton poussoir pas plus gros qu'une pièce de 2 euros relié en Bluetooth au téléphone du médecin. Ce bouton a l'avantage de pouvoir être utilisé à l'insu de l'agresseur potentiel.

Il est donc nécessaire que le bouton se trouve à moins de 200 mètres du téléphone portable de la victime pour être utile.

Il permet une double transmission (force de l'ordre et SAMU centre 15) en cas de risque imminent d'agression ou de situation d'insécurité (Annexe 2).

Cette transmission se fait par l'envoi d'un mail contenant le nom du médecin, son numéro de téléphone ainsi que ces coordonnées GPS.

Les coordonnées GPS sont récupérées grâce au téléphone portable de la victime, à condition que la géolocalisation soit activée.

Le SAMU, après avoir reçu l'alerte, procède à la levée de doute en appelant le médecin concerné afin d'éviter la sortie des équipes sur une simple mauvaise manipulation du bouton poussoir.

Si le doute persiste, le SAMU contacte la police ou la gendarmerie, déjà prête à agir, afin de donner le feu vert pour l'intervention. A Limoges, 11 patrouilles sont susceptibles d'intervenir dans les 10 minutes pour venir en aide au professionnel.

Ce dispositif n'a pas pour vocation d'empêcher les agressions, mais de permettre de lutter contre le sentiment d'insécurité et de vulnérabilité engendré par la hausse des violences envers les médecins.

Ce dispositif est distribué gratuitement à tout médecin (généraliste ou non) qui en fait la demande par le biais de l'Association 1901 Sécuriméd 87.

D'abord proposé aux médecins généralistes, notamment ceux réalisant la permanence des soins, cet outil est maintenant proposé à tout médecin désireux de l'avoir sur le département de la Haute-Vienne.

Actuellement, 60-70 médecins du département sont équipés dont des médecins généralistes, plusieurs psychiatres et gynécologues.

En Haute-Vienne en 2022, on recense 22 signalements d'agressions tout type confondu.

Le CNOM, contacté spécifiquement pour cette thèse, confirme qu'il existe très peu de dispositif de sécurité médical disponible en France.

Le département de la Haute-Vienne est un précurseur dans la mise en place de ce genre de dispositif.

On retrouve également une ébauche de dispositif à Nice et en Guyane.

Le CNOM nous informe également travailler à la possibilité d'une généralisation d'un dispositif de sécurité médical par le biais de l'Observatoire national de la sécurité des médecins.

En situation à risque, comme une demande de visite chez un patient alcoolisé ou connu agressif, le médecin peut demander aux forces de l'Ordre, un accompagnement exceptionnel sur le lieu de la visite afin de prévenir d'éventuelle agression et de sécuriser la visite.

Une fois l'agression signalée, l'aide apportée, le médecin doit faire face à « l'après ».

L'intérêt de déclarer l'agression à l'Ordre est de pouvoir bénéficier d'aide dans le dépôt de plainte ou d'aide psychologique en cas de fort traumatisme.

De plus, les forces de l'Ordre peuvent être sollicitées afin de conseiller sur la configuration du cabinet et la vidéoprotection/alarme afin de garantir la protection du médecin mais également le respect des patients.

Toujours dans ce même souci de sécurité et de prévention, le Dr GROUILLE du CHU de LIMOGES réalise un atelier de sensibilisation, prévention et gestion de la violence qui s'adresse notamment aux médecins généralistes.

Aucune agression ne doit être laissée passée même celle relevant de pathologie organique indépendant de la volonté du patient (pathologie cérébrale, hypoglycémie, globe vésical...), il faut néanmoins adapter sa réponse à l'agression. Il est important de contrôler le stress de l'agression pour ne pas entrer dans une escalade de violence.

Le Dr GROUILLE forme les médecins qui le souhaitent à contrôler leur stress et à acquérir plusieurs techniques pour désamorcer les situations dangereuses.



Figure 15 : Programme de prévention et gestion de la violence spécifique aux médecins généralistes

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus agressé et parallèlement, c'est également celui qui déclare le moins d'agression.

Cela peut s'expliquer par le fait que, tout au long de ses études, un médecin sera formé à comprendre et à soutenir son patient.

L'empathie, capacité à ressentir les émotions de quelqu'un d'autre et d'arriver à se mettre à la place d'autrui, est une caractéristique que partage beaucoup de médecins. De ce fait, il lui est difficile d'incriminer un patient car il recherche et trouve toujours des facteurs atténuants.

Des conférences et des rencontres entre les représentants des forces de sécurité et les professionnels de santé sont organisées pour identifier et tenter de gérer les situations à risque (4).

L'agressivité n'est pas inéluctable et peut être prévenue. Pour cela, il est nécessaire de maîtriser quelques techniques de communication.

Face à une agression, il est nécessaire de contrôler son stress pour espérer faire retrouver son self contrôle au sujet violent et ainsi éviter l'escalade.

Il y a plusieurs techniques de communications et d'attitudes à privilégier :

- Se tenir de profil ou de $\frac{3}{4}$ permet de ne pas faire front devant le patient et permet également de protéger les points vulnérables du corps.
- Ne pas laisser apercevoir son stress : ne pas baisser les yeux ou la tête lors de l'échange, ne pas reculer,
- Ne pas laisser libre court à sa colère : respiration calme, éviter les gestes brusques et les signes accusateurs (index pointé),
- Chercher à se mettre à la place du patient, comprendre sa colère, faire preuve d'empathie
- Repérer et rester près des sorties si possible
- Au niveau du dialogue : garder une voix calme mais ferme, attendre un peu avant de répondre pour bien choisir ses mots, dialoguer avec calme, exprimer des signes de compréhension (« je vois que », « j'ai bien compris que »),

En cas d'agression, il n'existe pas de recette miracle et l'on fait au mieux.

II. Matériel et méthode

II.1. Question de recherche

Quelles sont les attentes des médecins généralistes de Haute-Vienne par rapport aux dispositifs de sécurité des médecins ?

II.2. Type d'étude

Une étude épidémiologique descriptive transversale a été réalisée auprès des médecins généralistes de Haute-Vienne en utilisant un auto-questionnaire transmis en ligne par l'intermédiaire du site LimeSurvey.

II.3. Objectif de l'étude

L'objectif principal était de déterminer les attentes des médecins généralistes de Haute-Vienne envers les dispositifs de sécurité médicaux.

Les objectifs secondaires sont :

- Réaliser un bilan des agressions
- Recenser les dispositifs de sécurité utilisés
- Trouver les freins à l'utilisation des dispositifs de sécurité médicale

II.4. Population de l'étude

II.4.1. Critères d'inclusion

La population incluse dans cette étude concerne l'ensemble des médecins généralistes avec un exercice libéral en Haute-Vienne ainsi que l'ensemble des internes de médecine générale de Haute-Vienne.

II.4.2. Critères d'exclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Médecins généralistes exerçant dans le secteur hospitalier uniquement
- Médecins des autres spécialités que la médecine générale

II.5. Le questionnaire

La population incluse a été interrogée par l'intermédiaire d'un questionnaire créé et diffusé en ligne sur le site LimeSurvey (annexe 3).

Celui-ci comportait cinq parties :

- La première partie interrogeait les participants sur leur expérience personnelle d'agression et leur ressenti.
- La deuxième partie faisait le point sur les dispositifs de sécurité déjà utilisés et leur utilité.

- La troisième partie permettait à la population d'exprimer leur attente envers un dispositif de sécurité.
- La quatrième partie recueillait les généralités personnelles (sexe, âge).
- La cinquième partie recueillait les généralités professionnelles : type d'exercice (libéral, salarié, mixte, interne), secteur (rural, semi-rural, urbain), seul ou en groupe, visite à domicile, gardes (fixes, mobiles), sentiment de sécurité lors de la pratique de la profession.

II.6. Recueil de données

Dans un premier temps, nous avons contacté l'Ordre des médecins de Haute-Vienne afin qu'il diffuse le questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes de Haute-Vienne.

Puis nous avons contacté Monsieur KAHFUJIAN, responsable des internes de la faculté de médecine de Limoges, afin qu'il diffuse le questionnaire à l'ensemble des internes de médecine générale de Haute-Vienne.

Le questionnaire a été envoyé à 387 médecins généralistes et 148 internes de médecine générale.

Le questionnaire a été disponible du 13 septembre 2023 au 6 juin 2024.

Plusieurs relances ont été effectuées : le 18 octobre 2023 et le 22 avril 2024.

Nous avons obtenu 122 réponses complètes soit 22,8 % de participation. Ainsi que 21 réponses incomplètes.

II.7. Analyse des données

La totalité des données a été transférée du site Lime Survey dans le logiciel Excel pour la création de la base de données.

Les calculs statistiques ont été effectués à l'aide du site internet BiostaTGV.

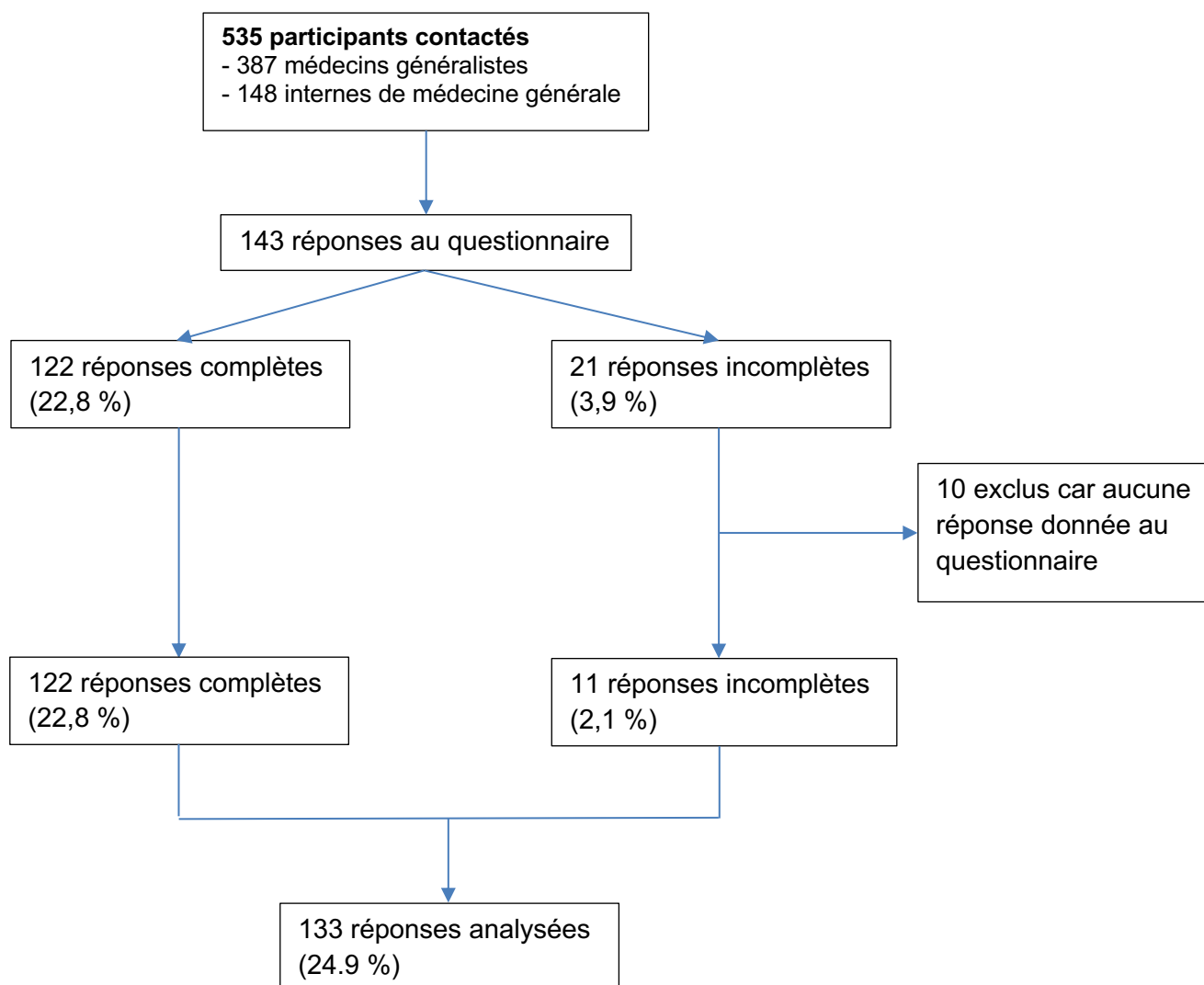
Les variables qualitatives ont été décrites en effectif (n) et en pourcentage (%).

La comparaison des variables qualitatives a été effectuée par des tests du Chi2 (effectif théorique > 5) ou des tests exacts de Fisher (effectif théorique < 5).

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de $p = 0,05$.

III. Résultats

Au total, 535 participants ont reçu le questionnaire.



III.1. Caractéristiques généralistes de la population de l'étude

III.1.1. Genre

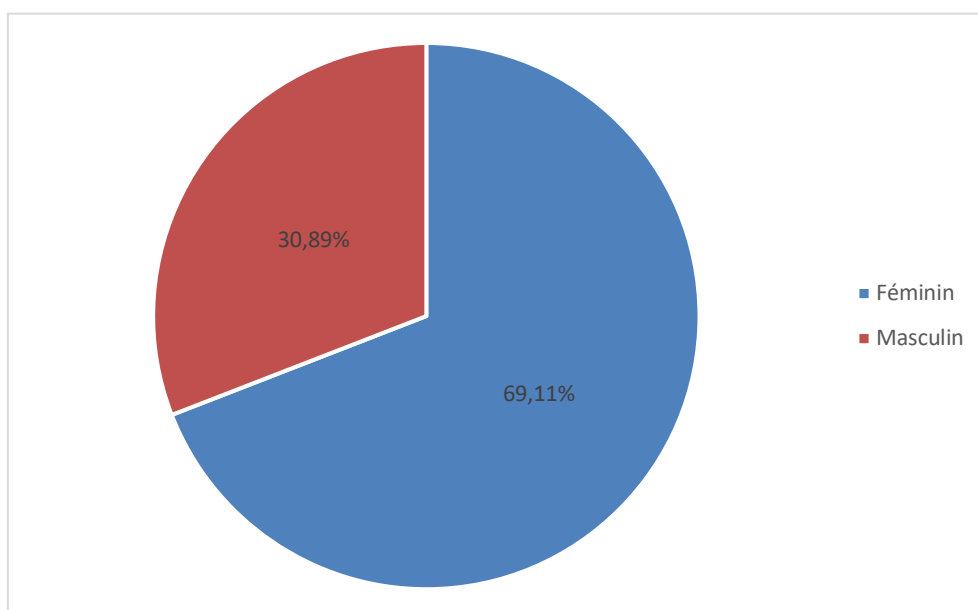


Figure 16 : Genre

III.1.2. Age

Nous avons choisi de réaliser cinq groupes pour analyser la variable de l'âge, compte tenu de la répartition des répondants.

Plus de la moitié de l'échantillon a moins de 40 ans.

Tableau 1 : Âge

Âge	Effectif (n=123)	Pourcentage
[20 - 30]	35	28.5%
]30 – 40]	40	32,5%
]40 – 50]	24	19,5%
]50 – 60]	14	11,4%
]60 – 70]	10	8,1%

III.2. Caractéristiques professionnelles de la population de l'étude

III.2.1. Type d'exercice

Les tableaux 2 et 3 résument les différentes modalités d'exercice de la population étudiée.

Pour les internes, nous avons ajouté un choix « non concerné » aux différentes propositions.

III.2.1.1. Caractéristiques démographiques

Tableau 2 : Type d'exercice

Type d'exercice	Effectif	Pourcentage
Mode d'exercice (n=128)		
Libéral	75	58.6%
Interne	38	28.7%
Remplaçant	8	6.3%
Mixte	7	5,5%
Salarié	0	0.0%
Seul ou en groupe (n=125)		
En groupe	69	55.2%
Non concerné	35	28.0%
Seul	21	16.8%
Lieu d'exercice (n=139)		
Urbain	42	32.6%
Semi-Rural	39	30.2%
Rural	36	25.9%
Non concerné	22	17.0%

III.2.1.2.

Continuité des soins

Tableau 3 : Continuité des soins

Continuité des soins	Effectif	Pourcentage
Visite à domicile (n=122)		
Oui	106	86.9%
Non	16	13.1%
Gardes (n=125)		
Fixes et Mobiles	36	28.8%
Fixes	25	20.0%

Non concerné	25	20.0%
Mobiles	21	16.8%
Non	18	14.4%

III.2.1.3. Sentiment de sécurité

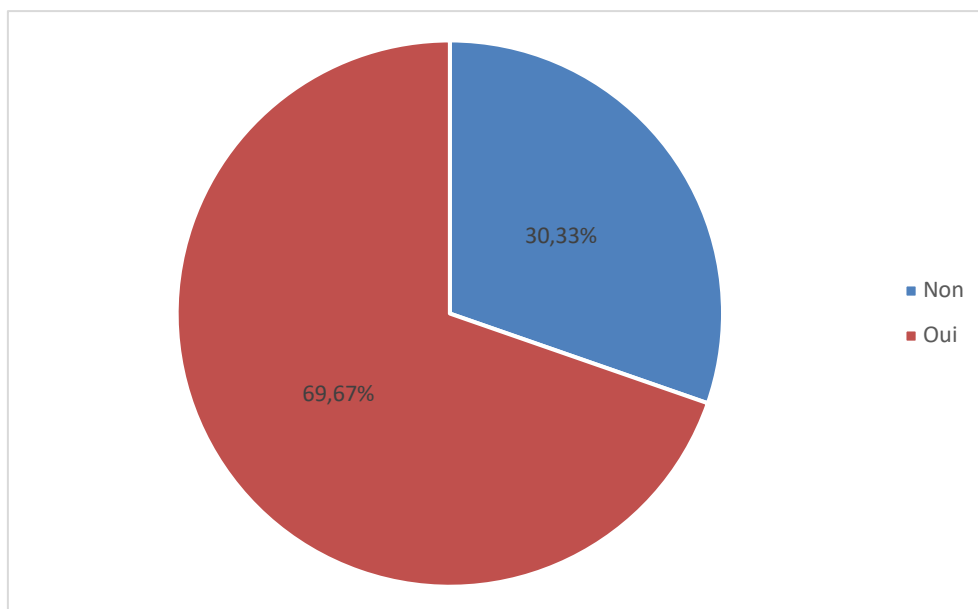


Figure 17 : « Vous sentez vous en sécurité dans l'exercice de votre profession ? »

III.3. Expérience d'agression

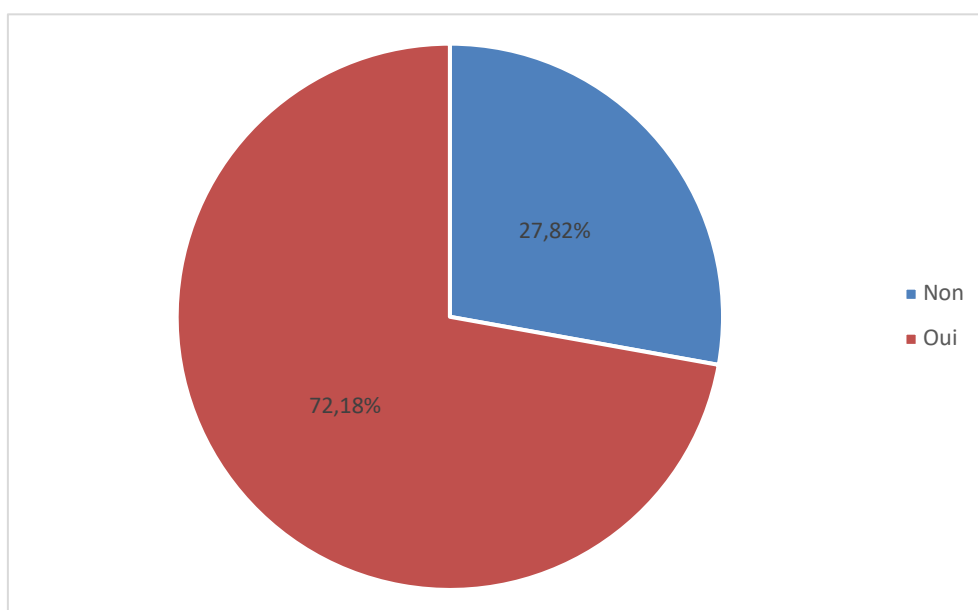


Figure 18 : « Trouvez-vous qu'il y a une hausse des agressions envers les médecins généralistes ? »

III.3.1. Antécédent d'agression

Dans cette partie, nous avons cherché à savoir combien de médecin généraliste de notre population avaient déjà été victime d'agression.

Tableau 4 : Antécédent d'agression

Antécédent d'agression	Effectif (n=133)	Pourcentage
Oui	104	78,2%
Non	29	21,8%

Nous avons également catégorisé ces agressions : verbales, physiques, vol, dégradation ou autres.

Tableau 5 : Type d'agression

Types d'agressions	Effectif (n=104)	Pourcentage
Verbales	99	95.0%
Dégradation	19	18,3%
Vol	19	18,3%
Physiques	10	9,6%
Autres	3	2,9%

Dans la catégorie « Autre », les participants pouvaient écrire librement. Ainsi, 3 personnes ont ajouté :

- « Cadeau inadapté dans la boîte aux lettres »
- « Demande d'ordonnance insistante »
- « Morsure de chien chez un patient délirant »

III.3.2. Motif d'agression

Sur les 104 personnes ayant déclaré avoir déjà été victime d'une agression, 5 d'entre eux n'ont pas répondu à la question concernant les motifs d'agression.

Tableau 6 : Motifs d'agression

Motifs d'agression	Effectif (n=99)	Pourcentage
Refus de faire ordonnances ou autres papiers	58	58,6%
Temps d'attente trop long	51	51,5%

Pas de place pour rdv	32	32,3%
Autres	29	29,3%
Refus de devenir médecin traitant	8	8.0%

Dans la catégorie « Autre », les participants pouvaient écrire librement. L'annexe 4 recense toutes les réponses données.

On retrouve principalement des agressions par des patients psychiatriques ou en pleine épidémie COVID-19.

III.3.3. Déclaration d'agression

Sur les 104 personnes ayant déclarées avoir déjà été victime d'une agression, seul 98 ont répondu à la question concernant la déclaration de cette agression aux instances supérieures.

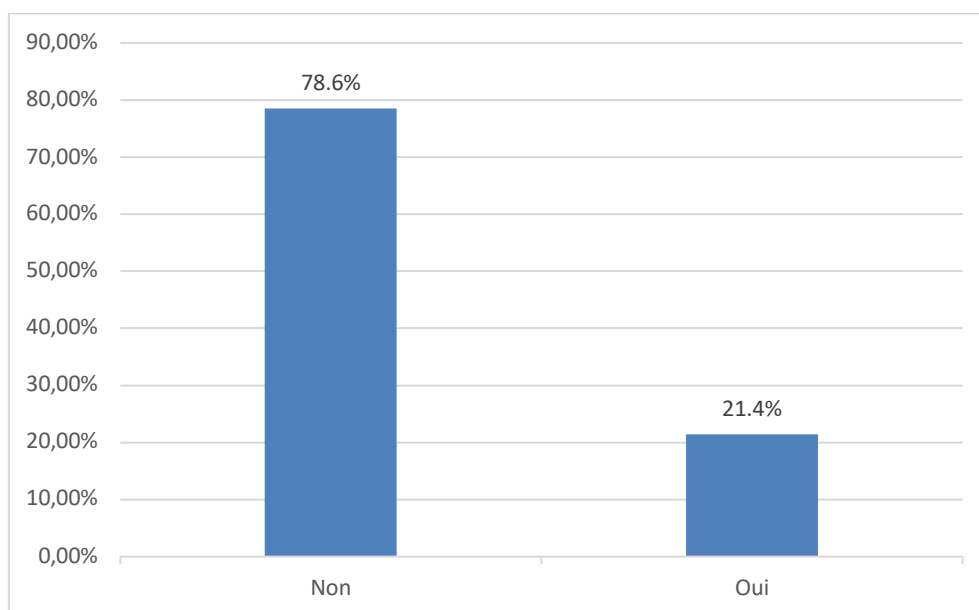


Figure 19 : Déclaration en cas d'agression

Dans une question à réponse libre, il a été proposé aux participants de s'exprimer sur les raisons de la sous-déclaration des agressions.

Avec toutes les réponses libres enregistrées, nous avons créé un tableau permettant de les exploiter.

Parmi les personnes n'ayant pas déclaré l'agression, 64 ont donné une raison à cela.

Tableau 7 : « Si vous n'avez pas signalé l'agression, pourquoi ? »

Motif de non déclaration	Effectif (n=64)	Pourcentage
Sentiment que l'agression verbale est une agression mineure	18	28.1%
Manque de temps	16	25.0%
Sentiment d'inutilité, de perte de temps	15	23.4%
Problème réglé par la communication	11	17.2%
Retrait du patient de sa patientèle suffisant	7	10.9%
Pas pensé, pas recommandé par supérieur/police	6	9.4%
Empathie	3	4.7%
Souhait de ne pas créer une rupture des soins	2	3.1%
Sentiment que ce n'est pas la solution	1	1.6%
Ne pas vouloir créer de problème	1	1.6%

L'annexe 5 recense l'ensemble des réponses à cette question proposée par la population d'étude.

III.4. Place du dispositif de sécurité dans la pratique de la population de l'étude

III.4.1. Type de dispositif utilisé

Tableau 8 : « Possédez-vous un dispositif de sécurité pour prévenir ou faire face à une agression ? »

Dispositif de sécurité utilisé	Effectif (129)	Pourcentage
Pas de dispositif de sécurité	94	72.9%
Bombe lacrymogène	17	13.2%
Sécuriméd 87	7	5.4%
Autre	7	5.4%
Application sur portable	5	3.9%
Code avec membre du cabinet ou secrétaire	2	1.6%

Pour les personnes ayant ajouté des commentaires libres dans « autre », on retrouvait notamment la présence d'alarme et de caméra de surveillance dans le cabinet et la maîtrise des arts martiaux.

Sur les 35 personnes possédant un dispositif de sécurité quel qu'il soit, nous les avons interrogés sur l'utilité et le sentiment de réassurance apporté.

8 s'entre eux n'ont pas répondu à ces questions.

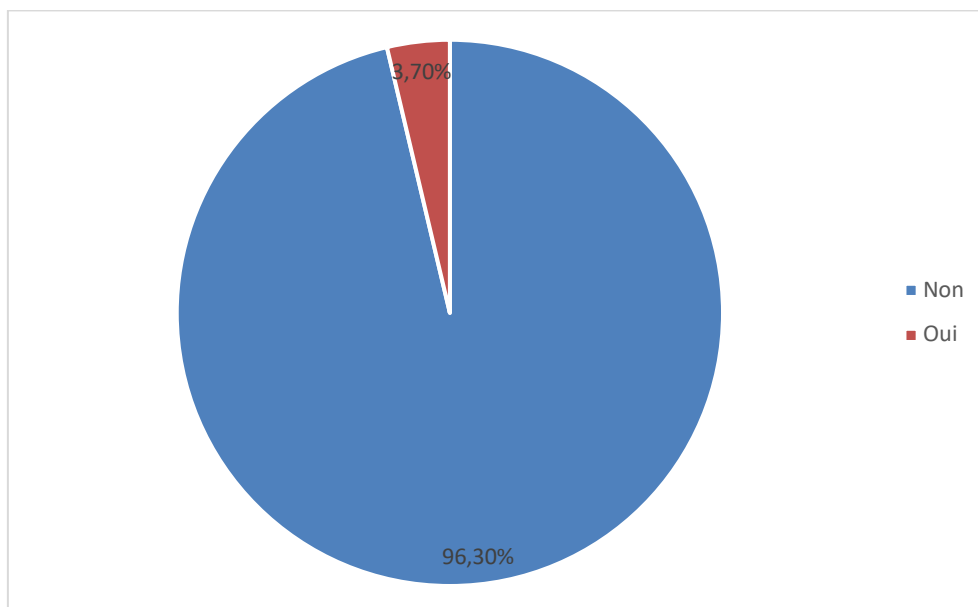


Figure 20 : « Avez-vous déjà utilisé votre dispositif de sécurité ? »

III.4.2. Utilité du dispositif

Sur les 35 personnes ayant répondu posséder un dispositif de sécurité, 18 d'entre elles ont répondu à la question concernant son utilité et 22 ont répondu à la question concernant son sentiment de réassurance.

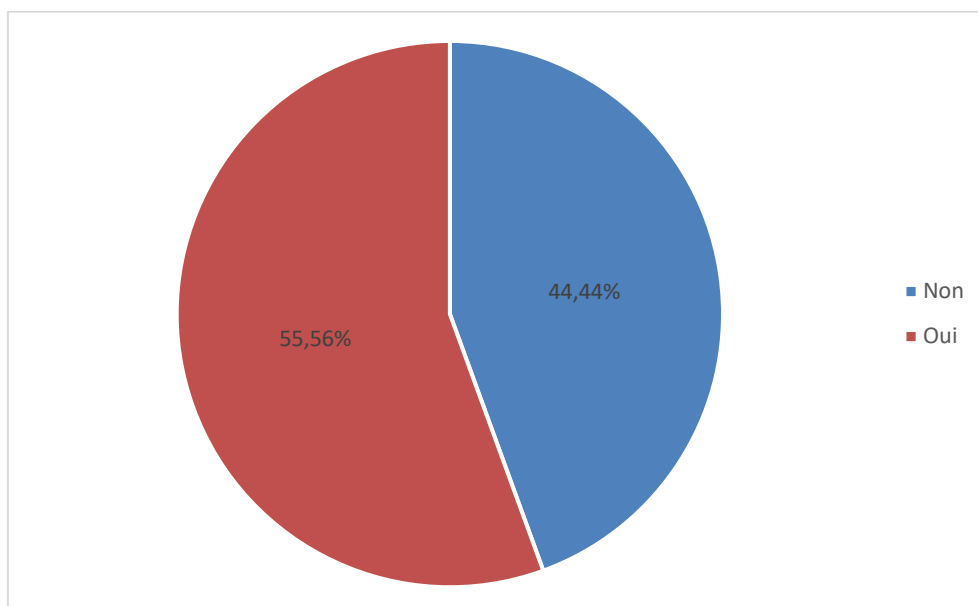


Figure 21 : « Trouvez-vous ce dispositif utile ? »

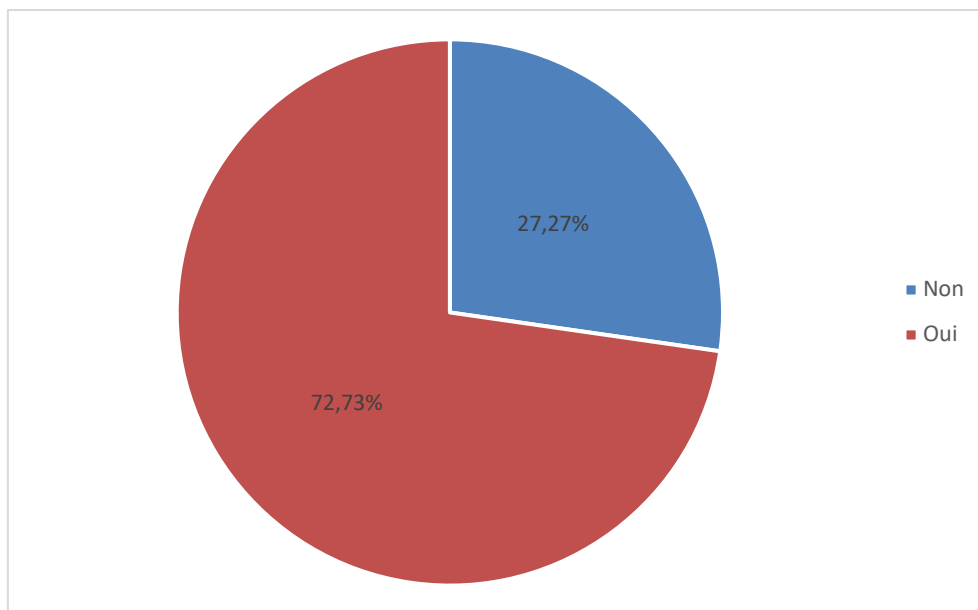


Figure 22 : « Trouvez-vous ce dispositif rassurant ? »

Pour les personnes ne trouvant pas le dispositif de sécurité rassurant, une question ouverte leur était proposée afin de recueillir les raisons. On peut lire :

- « Insuffisant »
- « Il faut avoir le temps de déclencher le dispositif si besoin et le temps de réaction ensuite des collègues. Si agression physique par exemple, quelques secondes peuvent sembler très longues. »
- « Dispositif qui se déconnecte tout le temps donc ne marchait pas quand on en avait besoin. »
- « Bouton avec écrit FLIC dessus donc facilement repérable »
- « Je ne l'utiliserais pas, c'est psychologique »
- « Le temps que je trouve comment l'activer sur mon portable je serai déjà agressée »

III.4.3. Frein à l'utilisation d'un dispositif

Il était ensuite demandé aux personnes ne possédant pas de dispositif, les raisons pour lesquels ils n'en avaient pas.

Tableau 9 : « Si vous ne possédez pas ce genre de dispositif, pour quelles raisons ? »

Raison	Effectif (n=92)	Pourcentage
Pas pensé	57	62.0%
Pas d'intérêt	17	18.5%
Autre	16	17.4%
Pas de dispositif adapté	11	12.0%
Non adapté	3	3.3%

Trop cher 0 0.0%

Parmi les réflexions que l'on pouvait lire dans la catégorie autre, on retrouvait :

- « Interne non installé »
- « Ne sait pas à qui s'adresser pour avoir un dispositif »
- « Manque de temps et de connaissance sur le sujet »
- « En attente d'un dispositif proposé par l'Ordre »
- « En cours de réflexion »

III.5. Attentes de la population de l'étude envers un dispositif de sécurité

III.5.1. Modèle

Tableau 10 : « Quel dispositif trouveriez-vous le plus pratique ? »

Modèle	Effectif (n=124)	Pourcentage
Sur le téléphone portable	65	52.4%
Un boîtier indépendant	64	51.6%
Sur l'ordinateur	26	21.0%
Autre	3	2.4%

Les personnes ayant ajouté un commentaire ne savent quel dispositif pourrait être le plus efficace et le plus pratique.

III.5.2. Personne à contacter

Tableau 11 : « Qui cela devrait-il prévenir selon vous ? »

Contact	Effectif (n=123)	Pourcentage
La police	99	80.5%
Un collègue	41	33.3%
La secrétaire	32	26.0%
Un proche	21	17.1%
Le SAMU	13	10.6%
Autre	6	4.9%

Les autres réponses ajoutaient principalement la gendarmerie comme contact prioritaire.

Certains exprimaient une solitude dans le cabinet face au patient avec une inutilité d'une intervention devant la rapidité à laquelle se passe les agressions.

III.6. Analyses statistiques

Des analyses statistiques ont été réalisées afin de voir si l'âge, le genre, le type d'exercice et la participation à la continuité des soins avaient une influence sur le sentiment de hausse des agressions et le sentiment de sécurité lors de l'exercice de la profession.

L'utilité d'un dispositif de sécurité a également été analysé en fonction du genre des participants et de leur participation ou non à la continuité des soins.

III.6.1. Hausse des agressions (Annexe 6)

III.6.1.1. Genre

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le genre et le sentiment de hausse des agressions ($p=0.8$).

III.6.1.2. Âge

On ne retrouve pas de corrélation significative entre l'âge et le sentiment de hausse des agressions ($p=0.94$).

III.6.1.3. Type d'exercice

Nous n'avons pas inclus les salariés dans cette analyse car aucun participant ne l'était.

On ne retrouve pas de corrélation significative entre les différents types d'exercice et le sentiment de hausse des agressions.

III.6.1.4. Continuité des soins

On ne retrouve pas de corrélation significative entre la réalisation de visite à domicile et le sentiment de hausse des agressions ($p=1$).

On ne retrouve pas de corrélation significative entre la réalisation de garde et le sentiment de hausse des agressions ($p=0.36$).

III.6.2. Sentiment de sécurité (Annexe 7)

III.6.2.1. Genre

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le sentiment de sécurité et le genre ($p=0.13$).

III.6.2.2. Âge

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le sentiment de sécurité et l'âge ($p=0.42$).

III.6.2.3. Type d'exercice

On ne retrouve pas de corrélation significative entre les différents types d'exercice et le sentiment de sécurité.

III.6.2.4. Continuité des soins

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le sentiment de sécurité et la réalisation de visite à domicile ($p=1$).

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le sentiment de sécurité et la réalisation de garde ($p=0.6$).

III.6.3. Utilité d'un dispositif de sécurité (Annexe 8)

III.6.3.1. Genre

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le genre et l'utilité d'un dispositif de sécurité médical ($p=1$).

III.6.3.2. Type d'exercice

On ne retrouve pas de corrélation significative entre les différents types d'exercice et l'utilité d'un dispositif de sécurité médical.

III.6.3.3. Continuité des soins

On ne retrouve pas de corrélation significative entre l'utilité d'un dispositif de sécurité médical et la réalisation de visite à domicile ($p=0.47$).

On ne retrouve pas de corrélation significative entre l'utilité d'un dispositif de sécurité médical et la réalisation de garde ($p=0.54$).

III.6.4. Rassurance d'un dispositif de sécurité (Annexe 9)

III.6.4.1. Genre

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le sentiment de réassurance et le genre ($p=1$).

III.6.4.2. Type d'exercice

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le sentiment de réassurance et le type d'exercice.

III.6.4.3. Continuité des soins

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le sentiment de réassurance et la réalisation de visite à domicile ($p=0.28$).

On ne retrouve pas de corrélation significative entre le sentiment de réassurance et la réalisation de garde ($p=0.08$).

IV. Discussion

Cette thèse cherche à définir les attentes qu'ont les médecins généralistes d'un dispositif de sécurité médical.

D'après les conclusions de notre étude, plus de 50% des répondeurs ont conclu qu'ils préféreraient utiliser un dispositif de sécurité se trouvant sur leur téléphone portable ou dans un boîtier indépendant.

Concernant la personne à contacter en priorité par le dispositif de sécurité, plus de 80% a estimé que cela devrait contacter la police.

Il ressort de notre étude que les praticiens de Haute-Vienne semblent moins inquiets concernant l'évolution des violences et la mise en place de dispositif de sécurité que les témoignages retrouvés dans la littérature.

IV.1. Validité interne

IV.1.1. Forces de l'étude

IV.1.1.1. Objectifs

La force principale de cette étude réside dans le fait que la hausse des agressions envers les médecins généralistes est un sujet d'actualité. La mise en place d'aide et de dispositif a grandement été discuté ces dernières années.

Cette étude est originale car la question des dispositifs de sécurité est rarement abordée dans des travaux de recherche.

De plus, l'existence et la mise en lumière du dispositif Sécuriméd 87 nous a semblé important dans le climat actuel. D'autant plus que trop peu de dispositif de ce genre sont mis à disposition des médecins.

Poser directement la question aux médecins généralistes qui sont en première ligne des agressions, a permis d'ouvrir la discussion.

Les réponses apportées à ce travail de recherche vont permettre de faire le point et d'adapter un futur dispositif au plus proche des attentes de ceux à qui il sera proposé.

La hausse des agressions et incivilités envers les professions médicales est une épidémie qui touche tous les pays. (29)

Comme le révèle l'étude OIT/CII/OMS/ISP publiée en 2002, plus de la moitié du personnel de santé interrogé a été victime de violence au moins une fois au cours de l'année écoulée que cela soit en France, en Afrique du Sud, en Thaïlande ou au Portugal. (29)

Cette étude alerte, tout comme cette thèse, sur les conséquences négatives de l'augmentation de la violence dans le milieu de soin : diminution de l'offre de soin, dégradation de la qualité des soins, abandon de la profession.

IV.1.1.2. Taux de participation

Le taux médian habituel de participation des médecins généralistes aux thèses est estimé à 26 % (30).

Cette thèse a eu un taux de réponse de 24.9% ce qui montre le réel intérêt des praticiens pour ce sujet.

Les deux relances effectuées pour la réponse aux questionnaires ont permis une meilleure participation.

Au total, 133 réponses ont pu être analysées.

IV.1.1.3. Diffusion du questionnaire et recueil des données

Le questionnaire a été réalisé en ligne sur le site LimeSurvey et a été diffusé à l'ensemble des internes de médecine générale et des médecins généraux de Haute-Vienne grâce au conseil départemental de l'Ordre et au responsable des internes de médecine générale de la faculté de Limoges.

Cela a permis d'uniformiser les réponses et de faciliter la participation des médecins et des internes.

IV.1.2. Limites de l'étude

L'étude réalisée est une étude épidémiologique descriptive qui a un faible niveau de preuve scientifique.

IV.1.2.1. Population de l'étude

Cette étude a été réalisée uniquement sur le département de la Haute-Vienne, département connu pour être l'un des moins touchés par les agressions envers les médecins généralistes. De ce fait, les résultats obtenus ne sont peut-être pas représentatifs des autres départements et de la France.

IV.1.2.2. Le questionnaire

Au fur et à mesure de l'étude des résultats, nous nous sommes aperçus que certaines questions étaient imprécises et parfois incomprises. Cela a posé des difficultés à certains répondeurs entraînant un biais d'information.

De plus, le questionnaire réalisé n'a pas été testé avant d'être publié.

IV.1.2.3. Biais

IV.1.2.3.1. Biais de sélection

Le principal biais d'une étude épidémiologique descriptive par questionnaire est le biais de sélection.

La diffusion du questionnaire n'ayant pas été réalisé et contrôlé par nos soins, il est donc difficile de vérifier l'intégrité des envois.

De plus, les praticiens ont eu la possibilité de répondre plusieurs fois au questionnaire malgré la consigne de n'y répondre qu'une seule fois car, avec les nombreux questionnaires reçus et les relances faites, il est parfois difficile de ne pas faire de confusion.

Le sujet a certainement influencé la réponse des participants en sélectionnant ceux ayant un intérêt important pour ce sujet, notamment les femmes et les praticiens ayant déjà été victime d'agression.

Dans ce cas de figure, le biais de sélection est potentiellement lié au fait que les médecins ayant un avis plus neutre se sont peut-être abstenus de répondre car se sentant moins concernés par le sujet.

Certains participants ont juste ouvert le questionnaire et l'ont envoyé sans aucune réponse. Ils n'ont donc pas été intégrés aux résultats ni aux analyses.

Certains participants n'ont répondu qu'à une partie des questions. Ils ont pu être intégrés de manière partielle aux analyses. Cela explique le fait que les effectifs ne soient pas identiques sur tout ce travail de recherche.

Les analyses statistiques réalisées ont eu, pour la plupart, des effectifs très faibles. Par le manque de puissance, il a pu être difficile de déterminer des différences statistiquement significatives.

IV.1.2.3.2. Biais de diffusion

Le questionnaire n'a pas été transmis et relancé le même jour par l'Ordre des médecins de Haute-Vienne et le responsable des internes de médecine générale.

IV.1.2.4. Analyse en sous-groupe

Des analyses en sous-groupe ont été effectuées afin de comparer certains résultats aux caractéristiques démographiques et professionnelles de la population d'étude.

Ce genre d'analyse entraîne une perte de puissance de l'étude.

IV.2. Validité externe

IV.2.1. Caractéristiques générales de la population de l'étude

En 2022, en France, la moyenne d'âge des médecins inscrits au tableau de l'ordre est de 57,3 ans.

En Haute-Vienne, la moyenne d'âge des médecins est entre 54,8 et 57,4 ans.

Notre population d'étude est beaucoup plus jeune puisque plus de 60% des répondants ont moins de 40 ans.

Par conséquent, la population de l'étude n'est représentative ni de la population médicale française ni de la population médicale de Haute-Vienne.

Cette discordance pourrait s'expliquer par le fait que cette thèse inclue les internes de médecine générale et les remplaçants.

Une autre hypothèse serait que les médecins plus jeunes sont de plus en plus soucieux de trouver un dispositif sécurisant pour leur pratique médicale.

Peut être également que le fait d'utiliser un outil informatique pour la réalisation et la diffusion du questionnaire a rendu plus difficile la participation des médecins maîtrisant mal cet outil.

Au 1^{er} janvier 2022, les femmes représentent 52.5% des médecins généralistes en activité en France.

La majorité des répondeurs de cette étude sont des femmes avec une répartition de 2/3 – 1/3.

Cela représente la tendance actuelle de féminisation de la profession de médecin généraliste.

Les femmes ont une tendance à répondre plus facilement à ce type de sujet car elles se sentent plus concernées. Ce sont elles qui sont, peut-être, le plus à même de répondre au type de dispositif qu'elles souhaiteraient posséder car elles y ont déjà réfléchi.

IV.2.2. Caractéristiques professionnelles de la population de l'étude

Une grande majorité des médecins interrogés se sentent en sécurité dans l'exercice de leur profession (69.7%).

Ce sentiment de sécurité peut résulter de plusieurs adaptations des pratiques :

- Les praticiens réduisent les visites à domicile et le nombre de garde.
- Ils utilisent un système de sécurisation du cabinet.
- Ils sont également amenés à réaménager leurs horaires de consultation pour ne pas être seul tard dans le cabinet.

Ces adaptations montrent que la nouvelle génération se tourne vers un mode d'exercice plus sécuritaire.

Parmi les 37 répondants admettant ne pas se sentir en sécurité dans l'exercice de leur profession, 91.9% déclarent avoir déjà été victime d'une agression et 86.4% déplorent une hausse des agressions.

Bien qu'une agression verbale puisse sembler banal lorsque l'on reprend les résultats de cette étude, celle-ci laisse des traces et un sentiment d'insécurité et de peur chez le médecin qui en est victime.

D'où l'intérêt de trouver des réponses adaptées pour rassurer et sécuriser la population médicale.

Le fait de ne pas se sentir en insécurité dans l'exercice de sa profession ne signifie pas forcément que les professionnels se sentent en sécurité.

Ainsi la question n'a peut-être pas été perçue comme elle aurait dû l'être. Elle n'a pas été nuancée pour savoir si des situations particulières, dans la pratique de l'exercice en milieu sécurisé, sont vues comme anxiogène et générant un sentiment d'insécurité.

Une grande majorité de médecins libéraux (58.6%) ont répondu au questionnaire.

Aucun médecin salarié n'a répondu.

En Haute-Vienne, l'activité libérale ou mixte est équivalente à l'activité salariée.

La répartition de notre population d'étude n'est donc pas représentative de la population médicale de Haute-Vienne.

La question se pose de savoir si tous les médecins inscrits à l'Ordre ont bien reçu le questionnaire.

Les médecins généralistes installés en libérale et les jeunes internes semblent être plus intéressés par ces questionnements.

La majorité des répondeurs exercent une médecine en groupe (55.2%) en milieu urbain ou semi rural (62.8%).

L'exercice en groupe est devenu le mode d'exercice majoritaire en réponse à la désertification médicale et à la hausse des agressions.

Un grand nombre de médecins participe à maintenir la continuité des soins, que cela soit par des visites à domicile (86.9%) ou par des gardes (65.6% toutes gardes confondues).

Le taux de participation à la PDSA au niveau du département de la Haute-Vienne se situe entre 50 et 75%. Les résultats de notre étude sont représentatifs du département.

En 2023, le nombre de médecins généralistes participants à la PDSA en France a augmenté à 39.34% et a permis une meilleure couverture territoriale.

Bien que ce chiffre soit nettement inférieur à celui retrouvé dans notre étude, on remarque malgré tout une même tendance à l'augmentation de la participation.

IV.2.3. Expérience d'agression

Les résultats de cette étude montrent un sentiment de sécurité générale bien que 72% des participants constatent une hausse des agressions envers les médecins généralistes.

Il n'y a pas de relation significative entre le sentiment de hausse des agressions et l'antécédent d'agression ($p=0.25$).

Ce sentiment de hausse des agressions se retrouve également au niveau national et même européen.

En 2023, la DGAEI, qui représente le CNOM au niveau international, constate une montée des violences envers les médecins dans toute l'Europe. (31)

Selon l'OMS, entre 8 et 38% des professionnels de santé seraient victimes de violences physiques au moins une fois dans leur carrière, sans compter ceux victimes d'agressions verbales. (32)

En résulte une hausse des déclarations faites à l'Observatoire national de la sécurité des médecins qui recense 1244 déclarations pour l'année 2022. Ce chiffre est le plus haut jamais atteint depuis la création de cet observatoire en 2002.

La tolérance envers la violence est de moins en moins admise, et pourtant, les soignants ont encore une réticence à porter plainte ou à réaliser un signalement car leur formation se veut empathique et bienveillante.

De plus, une grande partie des agressions a lieu dans des contextes de fort stress de la population (épidémie de COVID-19) ou en cas de pathologie (psychiatrique), ce qui amène le praticien à excuser et comprendre l'agression et donc à ne pas le signaler pour ne pas accabler d'avantage l'agresseur.

Selon une étude menée en 2005 au CHU de Montpellier, il y a une augmentation du risque d'agression physique de 90% en psychiatrie et de presque 85% aux urgences. La plupart des agresseurs passent à l'acte parce qu'ils ne savent pas s'exprimer.

Pour preuve, la plupart des participants ayant été victime d'agression sont une majorité à ne pas déclarer les épisodes d'agressions dont ils ont été victimes (78.6%).

Le questionnaire leur a alors permis de s'exprimer sur les raisons de cette sous déclaration.

Le sentiment général d'inutilité et de perte de temps d'une telle démarche sont les principales causes de sous déclaration des agressions (48.4%). Notamment dans un contexte où le médecin généraliste est de plus en plus sollicité et manque de temps.

La banalisation de l'agression verbale (28.1%) est également une cause importante de sous déclaration.

De plus, pour ceux déclarant les agressions à l'Observatoire de sécurité grâce à la fiche de signalement, très peu porte plainte (1 plainte dans 32% des cas en 2016) ou dépose une main courante (1 main courante pour 12% des cas en 2016).

Le Docteur BACCINO, chef de service de médecine légale au CHU Lapeyronie en 2007, insiste sur le fait qu'il ne faut rien tolérer en termes d'agression, même la plus petite incivilité car cela est souvent la porte d'entrée vers une augmentation progressive de la maltraitance jusqu'à l'agression physique. Même si porter plainte peut exposer à des représailles, il déclare qu'il est important de ne pas laisser tomber et d'aller au bout de la démarche.

Avec cet article datant de 2007, on met en lumière cette démarche de lutte contre les agressions et de souffrance médicale qui étaient déjà des thèmes d'actualité.

Dix-sept ans plus tard, le taux d'agression des médecins est en hausse et les réponses mises en place ne permettent pas encore d'endiguer cette vague de violence.

En réponse à la question « avez-vous déjà été victime d'agression ? », plus de 3/4 des participants répondent par l'affirmative (78.2%).

Pour la plupart (95%), l'agression est restée verbale tandis que 9.6% d'entre elles étaient physiques. Concernant les autres types d'agressions (vol, dégradation...), on retrouve un pourcentage de 39.5%.

En 2022, l'Observatoire de la sécurité des médecins dénombre 73% d'agressions verbales, 7% d'agressions physiques et 17% d'autres types d'agressions.

La tendance est sensiblement la même entre notre étude et les observations nationales.

L'agression verbale reste l'agression majoritaire et au vu du nombre de personne à banaliser ce type d'agression, cela explique la sous déclaration retrouvée ci-dessus.

Les causes d'agressions sont multiples : en première ligne, on retrouve les refus de papier ou d'ordonnance (58.6%), suivie de près par le temps d'attente trop long (51.5%) et le manque de place pour avoir un rendez-vous rapidement (32.3%)

Au niveau national, on retrouve cette même répartition et ce même ordre de classement des causes d'agressions mais les pourcentages de chaque item sont moindres. Cela peut s'expliquer par le fait que l'Observatoire présente beaucoup plus d'item à cette question que notre thèse.

Au vu du nombre d'agression majoritaire pour un refus de papier, savoir et oser dire « non » est essentiel pour permettre une meilleure compréhension du patient, se protéger et diminuer les demandes abusives.

Il est souvent difficile de refuser les demandes incongrues ou abusives de patients. Le manque de temps, le manque d'envie et la peur des représailles sont autant de motif qui conditionnent à accepter alors même que notre raisonnement et notre éthique sont contre.

La demande médicale est de plus en plus importante. Les médecins travaillent à flux tendu tandis que les déserts médicaux se répandent. Bien que le médecin ne soit pas responsable de cette situation, il en porte la responsabilité du point de vue des patients car c'est lui qui est en première ligne dans le refus de soin.

« Notre métier consiste à soigner, ce qui n'implique pas de répondre à toutes les demandes quelles qu'elles soient » (33).

Il existe quelques techniques de communication permettant d'apprendre à dire non avec sérénité.

Utiliser un langage contenant le « je » : « je ne veux pas faire ça », « je pense », « je peux »...

L'aptitude à s'écouter soi-même, également appelée congruence, conditionne la capacité du médecin à bien prendre en charge ses patients. Il doit ensuite réussir à s'exprimer de manière calme, honnête et appropriée tout en respectant les sentiments et les idéaux du patient.

Le climat de confiance ne peut se créer que si le médecin est capable, en toute bienveillance, de ne pas accepter toutes les requêtes de ses patients. Ainsi dire « non » permet de redonner de la valeur aux situations où l'on dit « oui » et d'augmenter le respect porté au praticien.

Savoir dire non, c'est également accepter le mécontentement et la critique en étant en adéquation avec sa décision.

Il aurait été intéressant de rechercher une temporalité aux agressions subies car une agression ayant eu lieu il y a 20 ans ne disposait pas des mêmes recours qu'aujourd'hui.

IV.2.4. Place du dispositif de sécurité dans la pratique de la population de l'étude

Presque $\frac{3}{4}$ des répondants ne disposent pas de dispositif de sécurité médical.

Pour le quart restant, ils possèdent principalement des bombes lacrymogènes (13.2%).

Cinq pourcents possèdent l'application Sécuriméd 87 soit 7 répondants sur les 133.

On sait que 60-70 praticiens sont actuellement équipés du dispositif sécuriméd 87. Ce qui fait une participation faible des détenteurs.

L'hypothèse est qu'ils ne se sentent pas concernés par ce travail de recherche car ils possèdent un dispositif qui les satisfait.

Les détenteurs d'un dispositif de sécurité n'ont pas eu besoin de s'en servir pour 96.3% d'entre eux mais ils sont une majorité à les trouver utile et rassurant.

Un dispositif de sécurité n'a pas pour vocation d'empêcher l'agression. Il a plusieurs qualités qui peuvent le rendre intéressant malgré tout.

La peur de l'agression est aussi difficile que l'agression vécue.

En cas de peur, la victime potentielle peut ne pas réagir de manière adaptée face à une menace et ainsi augmenter le risque d'agression.

Dans ce contexte, le dispositif de sécurité rassure car il apporte à son détenteur, une sensation de sécurité. Il sait qu'il peut demander rapidement de l'aide, qu'il n'est pas seul face à son patient.

Chez le médecin généraliste, l'isolement est souvent source de stress : seul face à son patient, seul dans le cabinet médical...

Bien que le développement en masse des maisons de santé aide à diminuer ce sentiment d'isolement, le dispositif de sécurité peut renforcer encore la confiance du médecin.

En rassurant le praticien, le dispositif permet un meilleur contrôle émotionnel et une meilleure appréhension des situations à risque.

Pour ceux ne possédant pas de dispositif, nous leur avons posé la question pour connaître leur raison : la plupart d'entre eux (62.0%) n'y ont tout simplement pas pensé, quant aux autres, ils n'en voient pas forcément l'intérêt (18.5%).

Douze pourcents de personnes interrogées ne trouvent pas de dispositif adapté parmi ceux proposés.

Parmi tous les participants ayant répondu se sentir en sécurité dans leur travail, presque 50% n'ont pas pensé à se procurer un dispositif de sécurité et seulement 18.9% pense que le dispositif ne présente aucun intérêt.

On peut en conclure que malgré le sentiment de sécurité retrouvé, si un dispositif était proposé à chaque médecin installé de manière systématique, peu de médecin trouverait leur intérêt inutile et plus de médecin choisirait de s'équiper.

IV.2.5. Attente de la population de l'étude envers un dispositif de sécurité

Concernant la forme que devrait prendre le dispositif de sécurité, nous avons une égalité entre une application sur le téléphone portable ou un boîtier indépendant.

Comme le rappellent les publications de l'Ordre, il est souvent plus facile d'appuyer sur un bouton caché dans notre poche que de sortir notre téléphone portable.

Dans le cas du dispositif Sécuriméd 87, de nombreux utilisateurs ont rapporté des problèmes de déclenchement involontaire lorsqu'il se trouve dans un sac ou dans une poche. Ainsi, de nombreux utilisateurs le laissent sur le bureau ou dans un tiroir. Ce qui peut rendre l'accessibilité difficile en cas d'agression loin du bureau.

Les répondants sont plus de 80% à estimer qu'il serait plus adapté que ce dispositif contacte en priorité les forces de l'ordre.

Toute la difficulté de cette question est de savoir ce qui serait le plus pratique.

Pourquoi ne pas imaginer une application dédiée aux signalements d'une situation de violence envers un médecin généraliste ? Un peu à l'image de l'application « App-Elles » dédiée aux femmes battues.

Cette application, bien qu'utile pour appeler à l'aide, serait aussi un outil dissuasif. Le fait de la médiatiser permettrait d'avertir la population qu'il existe une application permettant aux victimes d'enclencher une alerte.

Concernant l'application « App-Elles », elle est à télécharger sur son téléphone portable et permet d'envoyer un « SOS » en cas de situation à risque à 3 personnes choisies en amont et disposant également de cette application. Cela est d'autant plus intéressant que la victime peut envoyer le signal sans sortir son téléphone de sa poche en appuyant quatre fois de suite sur le bouton « marche/arrêt » du téléphone.

Le téléphone enregistre alors la conversation en cours et la transmet en direct aux aidants avec la géolocalisation de la victime. Ils peuvent ensuite choisir d'intervenir par eux-même ou de contacter les services d'urgence grâce à l'application.

De plus, toutes les données sont sauvegardées et pourront être utilisées en cas de dépôt de plainte.

Une telle application utilisée en médecine pourrait être une révolution en termes de dissuasion et de réassurance des médecins.

Avoir la possibilité de signaler l'agression ou une situation à risque de manière rapide et discrète à un membre du cabinet (secrétaire, collègue) pourrait permettre de générer de l'aide rapidement.

Bien le signalement de l'agression ne fasse pas intervenir les secours ou les forces de l'ordre dans un premier temps, il est possible que la simple intervention d'une tierce personne suffise à enrayer une situation à risque.

Bien entendu, il sera toujours possible de contacter les secours ou les forces de l'Ordre si personne n'est à même de répondre à l'alerte ou si la situation est trop complexe.

En discutant de ce travail de recherche et de cette application avec le Docteur DOUZON, cardiologue libérale à LANOUAILLE, elle a décidé de télécharger « App-Elles » et de le tester dans son exercice professionnel pour voir si un tel dispositif est adapté.

L'intérêt de la discussion autour de cette thèse et des dispositifs existants, que cela soit en médecine générale ou hors exercice professionnel, serait d'augmenter la connaissance et l'appétence des professionnels de santé pour le sujet.

Ainsi, plus les professionnels seront informés et auront la possibilité de tester plusieurs dispositifs, plus ils seront à même de donner des consignes adaptées pour créer un dispositif au plus proche du besoin des soignants.

IV.2.6. Analyses statiques

Aucune des analyses statistiques réalisées n'a été significative.

Il existe un manque de puissance certain dans cette étude.

Les effectifs, bien que corrects au début, se sont amoindris au fur et à mesure des questions.

IV.2.6.1. Hausse des agressions

Notre hypothèse de départ était que les femmes jeunes exerçant en milieu urbain et participant à la permanence des soins étaient des cibles prédominantes d'agression.

Notre étude n'a pas trouvé de relation significative entre le genre, l'âge, le type et lieu d'exercice et la participation à la continuité des soins dans le sentiment de hausse des agressions.

Cela peut être expliqué par un manque de puissance de l'étude ou par le fait que la Haute-Vienne ne fait pas partie des départements les plus touchés par la hausse des agressions.

L'observatoire national de la sécurité des médecins retrouve une déclaration d'agression plus importante chez les femmes et les médecins installés en milieu urbain.

Cela ne signifie pas qu'il y a plus d'agressions chez ce type de praticien mais qu'ils ont eu tendance à le déclarer plus.

Dans la littérature, on retrouve une hausse des agressions, tout type confondu, quel que soit les caractéristiques des professionnels de santé concernés.

IV.2.6.2. Sentiment de sécurité

Dans notre étude, aucune relation significative n'a été retrouvée entre le sentiment de sécurité et le genre, l'âge, le type et le lieu d'exercice et la participation à la permanence des soins.

On note une tendance à la significativité entre la relation de sécurité et le genre.

Ainsi, il semblerait que les femmes se sentent plus en insécurité que les hommes.

Cela rejoint la tendance nationale française qui montre que le nombre de déclaration d'agressions est plus important chez les femmes (56% de femmes contre 44% d'hommes).

L'analyse statistique évaluant le sentiment de sécurité par rapport au lieu d'exercice tend vers la significativité : les médecins exerçant en milieu urbain semblent se sentir plus en insécurité.

L'observatoire national de la sécurité distingue l'exercice en milieu urbain (centre-ville) et l'exercice en milieu urbain (banlieue) et retrouve des déclarations d'agressions plus importantes en milieu urbain (centre-ville).

IV.2.6.3. Utilité d'un dispositif de sécurité

L'hypothèse de départ était qu'une grosse partie de la population médicale devait posséder au moins un dispositif de sécurité médical (type bombe lacrymogène ou code avec ses confrères) pour lui permettre d'avoir rapidement de l'aide en cas d'agression. Nos résultats ne nous ont pas permis de confirmer cette hypothèse.

Le manque de puissance de l'étude peut expliquer ces résultats.

La question peut avoir été mal interprétée en fonction de ce que l'on considère comme étant utile.

Est-ce que l'on juge un dispositif utile s'il empêche une agression ou s'il apporte une aide rapide et une réassurance ?

Peut-être que si la question de l'utilité du dispositif avait été plus claire, les résultats auraient été plus significatifs.

Peut-être que les réponses données sont basées sur les dispositifs de sécurité existants et donc que la population a répondu de manière à exprimer une inadaptation des dispositifs existants qui les rendent non utiles à leurs yeux.

Les analyses réalisées ne retrouvent pas de relation significative entre l'utilité d'un dispositif de sécurité et le genre.

74 % des répondants possédant un dispositif de sécurité sont des femmes.

Les femmes ne retrouvent pas de franche utilité au dispositif de sécurité médical utilisé alors même qu'elles sont plus nombreuses à en posséder un.

Cela vient-il du fait que le dispositif de sécurité ne correspond pas à leurs attentes ?

Les analyses réalisées ne retrouvent pas de relation significative entre l'utilité d'un dispositif de sécurité et le type et le lieu d'exercice.

58% des répondants possédant un dispositif de sécurité exercent en milieu urbain.

87% des répondants possédant un dispositif de sécurité sont des médecins libéraux. Cela est un peu biaisé par le fait que la majorité des répondants sont des médecins libéraux et que les internes n'ont souvent pas l'accès ou le réflexe de prendre un dispositif de sécurité.

Les praticiens exerçant dans ce milieu sont les plus touchés par les agressions contrairement aux praticiens exerçant en milieu rural.

Ils sont donc un peu plus nombreux à s'être muni d'un dispositif de sécurité.

Malgré cela, quel que soit le mode et le type d'exercice, aucun des praticiens ne retrouvent une réelle utilité aux dispositifs de sécurité utilisés.

Les analyses réalisées ne retrouvent pas de relation significative entre l'utilité d'un dispositif de sécurité et la participation à la continuité des soins.

Pourtant, on remarque que les répondants possédant un dispositif de sécurité sont 93,5% à réaliser des visites à domicile, 51,5% à réaliser des gardes fixes et 71% à réaliser des gardes mobiles.

Grâce à ces analyses, on constate que les personnes à risque (femme, exercice en milieu urbain, réalisation de garde ou de visite à domicile) ont tendance à se munir de dispositif de sécurité mis à leur disposition mais qu'aucun ne semble réellement leur être utile.

Ces constatations renforcent l'intérêt de la réalisation de cette thèse.

IV.2.6.4. Réassurance d'un dispositif de sécurité

Bien qu'un dispositif de sécurité ne puisse pas et n'ait pas pour vocation d'empêcher une agression, sa présence permet de dissuader l'agresseur et de rassurer le médecin.

Nos analyses ne retrouvent pas de relation significative entre la réassurance d'un dispositif de sécurité et le genre, le type et le lieu d'exercice et la participation à la permanence des soins.

On note une tendance à la significativité entre le sentiment de réassurance et le lieu d'exercice.

Le dispositif de sécurité ne semble pas rassurer les praticiens exerçant en milieu urbain alors même que ce lieu d'exercice est plus à risque d'insécurité.

Pourtant, près de 60% des répondants exerçant en milieu urbain possèdent un dispositif de sécurité.

Cela veut-il dire que les dispositifs proposés ne sont pas adaptés ?

On note une tendance à la significativité entre le sentiment de réassurance et la réalisation de garde.

Cette étude tend à montrer que les praticiens réalisant des gardes mobiles sont plus rassurés de posséder un dispositif de sécurité.

Cela se vérifie lorsque l'on voit que 87% des réponders réalisant des gardes possèdent un dispositif de sécurité.

Cela peut s'expliquer par le fait que le praticien est vraiment seul dans l'environnement de son patient lors des gardes mobiles.

Il peut se retrouver à visiter un patient qu'il ne connaît pas, dans un secteur dans lequel il ne va jamais et en pleine nuit. Autant d'éléments pouvant générer une source de stress.

Le dispositif joue alors pleinement son rôle de réassurance.

IV.3. Perspectives

Grace à cette étude, nous pouvons conclure que la hausse des agressions est une réalité dans le monde médical.

Bien que, le sentiment de sécurité générale persiste encore en Haute-Vienne, de nombreux praticiens déplorent l'arrivée de nouveaux dispositifs de protection.

Ceux mis en place actuellement semblent insuffisants ou non adaptés aux besoins des professionnels de santé.

Le dispositif Sécuriméd 87 est une grande révolution dans le domaine de la sécurité médicale.

Il a d'ailleurs évolué depuis sa création pour permettre une meilleure adaptation du dispositif aux besoins des médecins.

Plusieurs utilisateurs se plaignaient que le bouton était trop sensible et se déclenchait souvent seul. Il a donc été modifié pour envoyer une alerte uniquement après 2 appuis successifs, limitant ainsi le nombre de signalement accidentel.

Il serait intéressant de réaliser cette même étude avec un effectif plus important pour pouvoir les comparer.

De plus, la réalisation d'une étude similaire dans d'autres régions pourrait permettre de comparer le ressenti des agressions dans différents lieux de France et de donner une réponse plus adaptée aux besoins de chaque région.

Ou bien encore, une étude réalisée dans ce même département mais à 10 ans d'écart permettrait d'avoir un réel regard sur l'évolution des violences et sur les réponses apportées par les autorités supérieures au fil du temps.

Les professions paramédicales ou les secrétaires étant en première ligne des incivilités et agressions, pourquoi ne pas directement leur poser la question de l'intérêt d'un dispositif de sécurité pour leur pratique ? Ainsi un dispositif pourrait être créé pour l'ensemble des professions médicales, des pharmaciens et paramédicales.

Cette étude nous a permis d'aborder un sujet important d'actualité et pourrait être un premier pas vers une réelle discussion concernant la protection des professionnels de santé.

En Août 2024, une médecin généraliste de Marseille s'est faite agressée physiquement après avoir refusé de faire une ordonnance. Le CNOM apporte son soutien à la victime mais cela ne semble pas suffire.

Dix syndicats de médecins libéraux déplorent une hausse « alarmante » et « inacceptable » des violences envers les praticiens, et appellent l'exécutif à prendre « des mesures urgentes pour les protéger ». (34)

Notre étude peut apporter quelques éléments de réponses quant aux attentes des médecins généralistes en 2024.

Conclusion

Notre étude semble montrer, comme les rapports de l'observatoire national de sécurité des médecins, qu'il existe une hausse des agressions au fil des années. Cette hausse n'entraîne pas spécialement de sentiment d'insécurité dans l'exercice de leur profession chez les praticiens de Haute-Vienne.

La hausse des agressions touchant l'ensemble du corps médical et principalement les médecins généralistes est un véritable problème d'actualité et la lutte contre cela est une priorité absolue. (Annexe 10)

Chaque jour, en moyenne, 65 professionnels de santé sont victimes d'agressions physiques ou verbales. (35)

La profession de médecin généraliste souffre. Très sollicités et épuisés, les médecins ont besoin d'être entendus, encouragés, soutenus et que leurs conditions de travail soient améliorées. (31)

Cela passe par le développement de nouvelles technologies pour faire face à la hausse de l'agressivité.

Au-delà de l'étude des chiffres de déclaration d'agressions, poser la question aux médecins, qui sont en première ligne, semble plus utile afin d'avoir une réponse au plus proche de la réalité.

Les dispositifs créés doivent être adaptés aux attentes de la population médicale qui en aura l'utilité. Pour cela, il est impératif de leur poser directement la question.

Le développement et la possession d'un dispositif de sécurité est peu répandu.

Plusieurs praticiens estiment qu'il n'existe, à ce jour, pas de dispositif adapté.

Les médecins de Haute-Vienne, interrogés, souhaiteraient une application sur le téléphone portable ou un boîtier indépendant leur permettant de contacter les forces de l'ordre en cas de difficulté.

Investir dans la santé et protéger les professionnels de santé, c'est garantir la pérennité d'un système de santé performant et respectueux des valeurs humaines. (34)

Rappelons qu'aucune violence physique ou verbale ne peut être tolérée à l'encontre du personnel médical. « Nous prenons soin de vous, merci de prendre soin de nous ». (5)

Références bibliographiques

- 1- Agressions de médecins : stop à l'indifférence. Panorama du médecin. Avril 2011. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/PANO/2011/5219/PANO_2011_5219_8.pdf
- 2- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Observatoire de la sécurité des médecins. 23 mai 2023. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/observatoire-securite-medecins>.
- 3- Conseil national de l'Ordre des médecins. Prévenir et gérer les conflits. Novembre 2016. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1jtttsi/cnomconflit.pdf
- 4- Catherine Le Borgne. Ces agressions qui dévitalisent les centres urbains. Le panorama du médecin. Avril 2013. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/PANO/2013/5302/PANO_2013_5302_8.pdf
- 5- Observatoire de la sécurité des médecins. Recensement national des incidents par la section EP du CNOM. Fiches 2022. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1dxm17k/cnom_observatoire_securite_2022.pdf
- 6- Louise Claereboudt. Médecins agressés pendant le Covid : ces chiffres passés inaperçus. Egora. Juin 2022. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/EGO/2022/331/EGO_2022_331_12.pdf
- 7- Fanny Napolier. Agressions de médecins : un niveau de violence inédit. Egora. Octobre 2021. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/EGO/2021/305/EGO_2021_305_14.pdf
- 8- Marion Jort. Dr Julien Cottet : « On est les agressés, mais on comprend les agresseurs ». Egora. Janvier 2023. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/EGO/2023/350/EGO_2023_350_17.pdf
- 9- Conseil national de l'Ordre des médecins. Protocole de la protection des professions de santé. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf
- 10- Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'observatoire de la sécurité des médecins. 21 mars 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/observatoire-securite-medecins>.
- 11- La rédaction d'Allo Docteurs. Un numéro unique destiné à l'écoute et l'assistance des médecins. AlloDocteurs. 29 décembre 2017. Disponible sur : <https://www.allodocteurs.fr/bien-etre-psycho-un-numero-unique-destine-a-l-ecoute-et-l-assistance-des-medecins-23907.html>.
- 12- Abgrall-Barbry, Gaëlle, et Nicolas Dantchev. Examen de retentissement psychologique après une agression. La revue du praticien. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/RDP/2012/6/RDP_2012_6_801.pdf

- 13- Dumas Régis. Face au patient agressif au cabinet. La revue du Praticien. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/MG/2009/827/MG_2009_827_560.pdf
- 14- Démographie des professionnels de santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf
- 15- Marques Aveline. 1126 agressions déclarées en 2018. Egora. Avril 2019. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/EGO/2019/214/EGO_2019_214_10.pdf
- 16- Catherine Holué. Agressions : les médecins attendent des mesures concrètes. Le concours médical. Avril 2011. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/CM/2011/4/CM_2011_4_263.pdf
- 17- Fanny Napolier. Agressé par un patient toxico au cabinet : « j'ai cru que j'allais y passer ». Egora. Février 2017. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/EGO/2017/124/EGO_2017_124_6.pdf
- 18- Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023#:~:text=Au%201er%20janvier%202023%2C%2099,f%C3%A9minin%20lorsqu'ils%20d%C3%A9signent%20une>
- 19- Praticiens libéraux : que faire en cas d'arrêt de travail. Branchet. Disponible sur : <https://www.branchet.fr/offres/prevoyance/praticiens-liberaux-que-faire-en-cas-darret-de-travail/#:~:text=Pour%20d%C3%A9clarer%20un%20arr%C3%AAt%20de,relev%C3%A9%20d'identit%C3%A9%20bancaire%20personnel>
- 20- Arrêt de travail pour maladie ou accident : les indemnités journalières du professionnel libéral. Ameli. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/remboursements/indemnites-journalieres-maladie-maternite-paternite/arret-maladie-profession-liberale>
- 21- Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Nouveau numéro d'assistance aux médecins ». 11 avril 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/numero-dassistance-medecins>
- 22- « Sensibilisation, prévention et gestion de la violence ». Conférence du Dr GROUILLE.
- 23- Arnault FRANCOIS. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil national de l'Ordre des médecins. Janvier 2022. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
- 24- Conseil national de l'Ordre des médecins. Enquête du CNOM sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2023. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hmd61x/cnom_rapport_pdsa_2023.pdf

- 25- Galam Éric. Oser dire non avec sérénité. La revue du praticien. Novembre 2007. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/MG/2007/788/MG_2007_788_1079.pdf
- 26- La rédaction numérique de France Inter. Comment fonctionne l'appli contre les violences faites aux femmes que les autorités veulent populariser. France Inter. 16 septembre 2021. Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/comment-fonctionne-l-appli-contre-les-violences-faites-aux-femmes-que-les-autorites-veulent-populariser-4978578>.
- 27- Section 2 : Des menaces et actes d'intimidation commis contre les personnes exerçant une fonction publique (Articles 433-3 à 433-3-1). Légifrance. Consulté le 18 juillet 2024. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000044376066/2024-07-18/?isSuggest=true>.
- 28- Sandy Berrebi-Bonin. Les généralistes, spécialité la plus touchée par la violence. Egora. Octobre 2016. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/EGO/2016/112/EGO_2016_112_15.pdf
- 29- Insécurité : ces violences faites aux médecins. Le panorama du médecin. Novembre 2007. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/PANO/2007/5078/PANO_2007_5078_18.pdf
- 30- McAvoy, Brian R., et Eileen F. S. Kaner. « General Practice Postal Surveys: A Questionnaire Too Far? » *BMJ* 313, n° 7059 (21 septembre 1996): 732-33. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7059.732>.
- 31- Rapport d'activité du CNOM. 2023. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/n6dw5r/cnom_rapport_activite_2023.pdf
- 32- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le CEOM contre la violence faite aux médecins. 24 novembre 2023. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/ceom-violence-faite-medecins>.
- 33- Véronique Hunsinger. Insécurité : quand les soignants sont la cible. Egora. Octobre 2016. Disponible sur : https://solr.gmsante.fr/EGO/2016/109/EGO_2016_109_16.pdf
- 34- Sud Ouest. « Santé : après l'agression d'un médecin à Marseille, dix syndicats appellent à des mesures d'urgence ». 28 août 2024. Disponible sur : <https://www.sudouest.fr/sante/sante-apres-l-agression-d-un-medecin-a-marseille-dix-syndicats-appellent-a-des-mesures-d-urgence-21156465.php?csnt=19198c2b6d0>
- 35- Santé.Gouv. Affiches de lutte contre les agressions envers les médecins. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_a4_violences_gp_cabinet_hd.pdf
- 36- Larousse, Éditions. « Définitions : insécurité - Dictionnaire de français Larousse ». Consulté le 1 août 2024. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ins%C3%A9curit%C3%A9/43306>.
- 37- CNOM. Affiche de lutte contre les agressions envers les médecins. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/affiche/oopd6b/affichette_securite_medecin_cnom.pdf

- 38- Santé.Gouv. Affiche de lutte contre les agressions envers les médecins. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_a4_violences-contre-professionels-de-sante_medecin.pdf
- 39- Bulletin de l'Ordre des Médecins n°30. Conseil départemental de la Haute-Vienne. Septembre 2023.

Annexes

Annexe 1. Fiche de signalement d'agression	75
Annexe 2. Principe d'utilisation du BIP SECURIMED	76
Annexe 3. Questionnaire de Thèse	77
Annexe 4. Réponses libres à la question « Pour quels motifs avez-vous déjà été victime d'une agression ? »	80
Annexe 5. Réponses libres à la question « Si vous n'avez pas signalé cette agression, pour quelle raison ? »	81
Annexe 6. Tableaux d'analyses statiques de la hausse des agressions.....	84
Annexe 6.1. En fonction du genre.....	84
Annexe 6.2. En fonction de l'âge	84
Annexe 6.3. En fonction du style d'exercice	84
Annexe 6.4. En fonction de la réalisation de la continuité des soins	85
Annexe 7. Tableaux d'analyses statistiques sur le sentiment de sécurité.....	86
Annexe 7.1. En fonction du genre.....	86
Annexe 7.2. En fonction de l'âge	86
Annexe 7.3. En fonction du type d'exercice	86
Annexe 7.4. En fonction de la réalisation de la continuité des soins	87
Annexe 8. Tableaux d'analyses statistiques sur l'utilité d'un dispositif de sécurité médical	88
Annexe 8.1. En fonction du genre.....	88
Annexe 8.2. En fonction du type d'exercice	88
Annexe 8.3. En fonction de la réalisation de la continuité des soins	88
Annexe 9. Tableaux d'analyses statistiques le sentiment de réassurance apporté par la possession d'un dispositif de sécurité médical	89
Annexe 9.1. En fonction du genre.....	89
Annexe 9.2. En fonction du type d'exercice	89
Annexe 9.3. En fonction de la participation à la continuité des soins	89
Annexe 10. Affiches de sensibilisation aux violences commises envers les médecins	91

Annexe 1. Fiche de signalement d'agression

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.

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.

Événement survenu le :

L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.

Cachet et signature
(à défaut n° RPPS) :

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



Vous êtes :

• une femme ☐ un homme ☐

• médecin ☐ étudiant ou interne ☐

Spécialité : _____

Qui est la victime de l'incident ?

☐ Vous-même ☐ Un collaborateur

☐ Autre

> Préciser : _____

Qui est l'agresseur ?

☐ Un patient ☐ Une personne accompagnant le patient

☐ Autre

> Préciser : _____

A-t-il utilisé une arme ? ☐ non ☐ oui

> Préciser le type d'arme : _____

Quel est le motif de l'incident ?

☐ Un reproche relatif à une prise en charge

☐ Un temps d'attente jugé excessif

☐ Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)

☐ À la suite d'un signalement de patient victime

☐ Le vol

☐ Autre

> Préciser : _____

☐ Pas de motif particulier

Atteinte aux biens

☐ Vol > Objet du vol : _____

☐ Vol avec effraction > Objet du vol : _____

☐ Acte de vandalisme

☐ Autre

> Préciser : _____

Atteinte aux personnes

☐ Injures ☐ Menaces

☐ Harcèlement ☐ Coups et blessures volontaires

☐ Intrusion dans le cabinet

☐ Autre

> Préciser : _____

Cet incident a eu lieu...

• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville

☐ Au cabinet

☐ Ailleurs

> Préciser : _____

• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins

☐ Établissement public

☐ Établissement privé

☐ Dans un service d'urgence

☐ Ailleurs

> Préciser : _____

• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle

> Préciser : _____

À la suite de cet incident, vous avez :

☐ Déposé une plainte ☐ Déposé une main courante

Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

☐ Non

☐ Oui

> Indiquer le nombre de jours : _____

Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

☐ Oui

☐ Non

L'incident a eu lieu...

☐ En milieu rural

☐ En milieu urbain, en centre-ville

☐ En milieu urbain, en banlieue

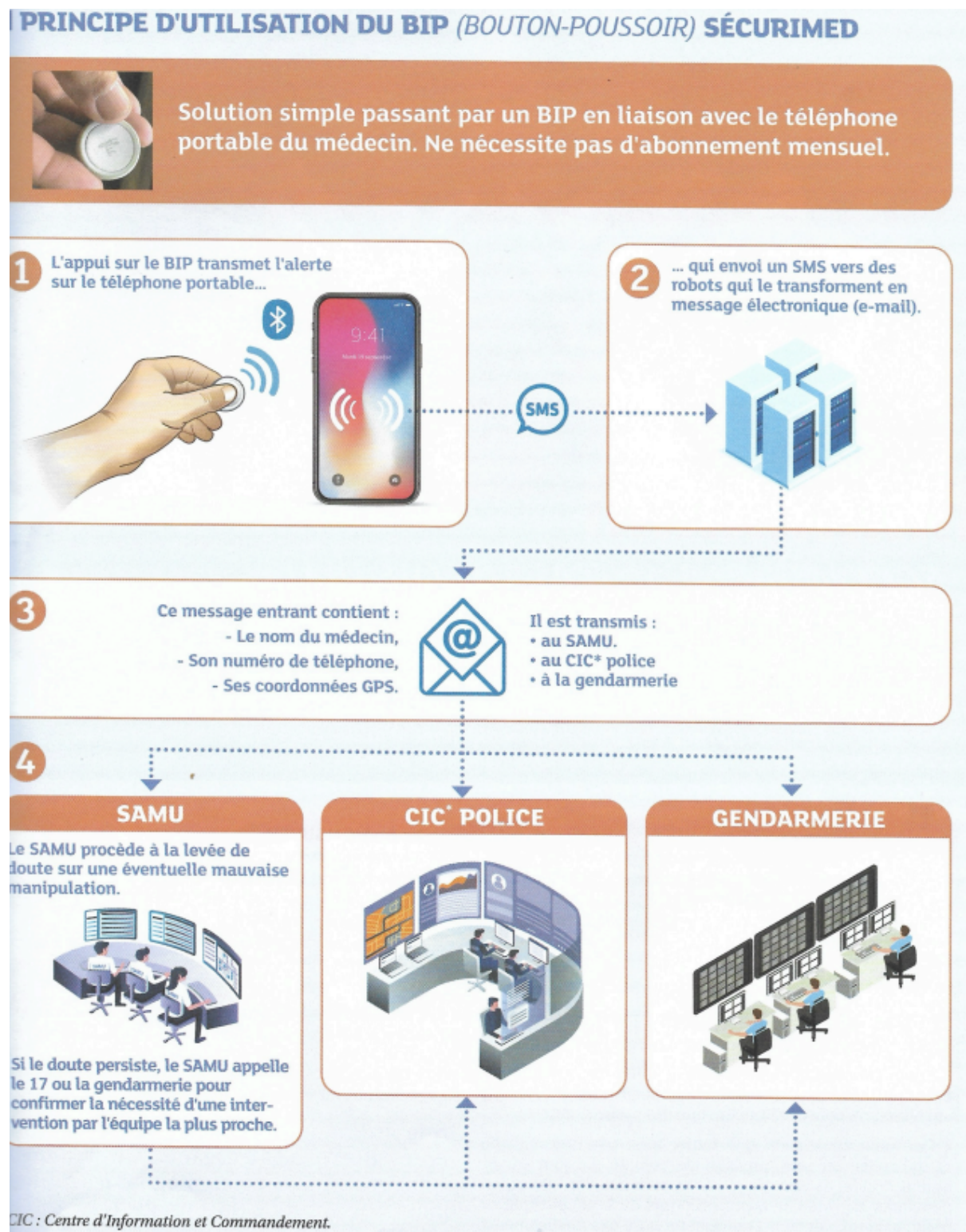
DÉCLARATION D'INCIDENT

remplie le ____ / ____ / 20 ____

Je désire rencontrer un conseiller départemental ☐

Votre Conseil départemental et le Cnom recueillent ces informations afin d'acquiescer 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 : dpo@cnm.medecin.fr - 4 rue Léon Jost 75017 Paris.

Annexe 2. Principe d'utilisation du BIP SECURIMED



Annexe 3. Questionnaire de Thèse

Présentation de la question de recherche :

Je m'appelle Océane BRISSET et suis interne de médecine générale à Limoges.
Je souhaiterais faire le point concernant ce qui existe et les attentes des médecins généralistes de Haute-Vienne concernant les dispositifs de sécurité en cas d'agression
Ma directrice de thèse est le Dr RUDELLE Karen.
Merci de temps que vous prendrez à répondre à ce questionnaire

Questionnaire :

Expérience d'agressions :

1. Trouvez-vous qu'il y a une hausse des agressions (tout type) envers les médecins généralistes ?
 - a. Oui
 - b. Non
2. Avez-vous déjà été victime d'une agression lors de votre pratique professionnelle ?
 - a. Non
 - b. Verbale
 - c. Physique
 - d. Vol
 - e. Dégradation
 - f. Autres :
3. Si oui, pour quels motifs ?
 - a. Refus de devenir médecin traitant
 - b. Refus de faire une ordonnance ou tout autre papier
 - c. Temps d'attente trop long
 - d. Pas de place assez rapidement pour une prise de rendez-vous
 - e. Autres :
4. Si oui, avez-vous déposer plainte ou signaler cette agression ?
 - a. Oui
 - b. Non
5. Si non, pourquoi ?

Dispositif de sécurité déjà utilisé :

6. Possédez-vous un dispositif de sécurité pour prévenir ou empêcher les agressions ?
 - a. Non
 - b. Bombe lacrymogène
 - c. Application mobile
 - d. Code avec la secrétaire ou les autres membres du cabinet
 - e. Sécuriméd 87
 - f. Autres :
7. Si oui, trouvez-vous ce dispositif utile ?
 - a. Oui
 - b. Non

8. L'avez-vous déjà utiliser ?
 - a. Oui
 - b. Non
9. Trouvez-vous ce dispositif rassurant ?
 - a. Oui
 - b. Non
10. Si non, pourquoi ?
11. Si vous ne possédez pas ce genre de dispositif, pour quelles raisons ?
 - a. Pas d'intérêt
 - b. Non adapté
 - c. Vous n'y aviez pas pensé
 - d. Trop cher
 - e. Pas de dispositif adapté selon vous
 - f. Autres :

Attente envers les dispositifs de sécurité :

12. Quel dispositif trouveriez-vous le plus pratique ?
 - a. Sur le téléphone portable
 - b. Sur l'ordinateur
 - c. Un boîtier indépendant
 - d. Autre :
13. Qui cela devrait-il prévenir selon vous ?
 - a. Un proche
 - b. Secrétaire
 - c. Un collègue
 - d. Le SAMU
 - e. La police
 - f. Autre :

Généralités personnelles :

1. Qui êtes-vous ?
 - a. Homme
 - b. Femme
2. Quel est votre âge ?

Généralités professionnelles :

3. Quel est votre type d'exercice ?
 - a. Salarié
 - b. Libéral
 - c. Mixte
 - d. Interne de médecine générale
4. Exercez-vous seul ou en groupe ?
 - a. Seul
 - b. En groupe
 - c. Non concerné
5. Faites-vous des visites à domicile ?
 - a. Oui
 - b. Non
6. Faites-vous des gardes ?

- a. Fixes
 - b. Mobiles
 - c. Non concerné
7. Dans quel secteur exercez-vous ?
- a. Rural
 - b. Semi-rural
 - c. Urbain
 - d. Non concerné
8. Vous sentez vous en sécurité dans l'exercice de votre profession ?
- a. Oui
 - b. Non

Annexe 4. Réponses libres à la question « Pour quels motifs avez-vous déjà été victime d'une agression ? »

- « Refus de laisser des traitements à une patiente »
- « Refus catégorique des possibilités thérapeutiques. Dénier de sa maladie »
- « Décompensation psychiatrique aux urgences »
- « Refus d'hospitalisation chez un patient avec des troubles psychiatriques »
- « Hospitalisation à la demande d'un tiers chez un patient schizophrène »
- « Hospitalisation à la demande d'un tiers »
- « Rhume qui met trop longtemps à guérir, sensation de changement de prise en charge par le praticien depuis la crise Covid »
- « Refus de faire un vaccin »
- « Refus de trahir le secret médical »
- « Patient instable »
- « Ex-mari d'une femme que j'ai faite hospitaliser »
- « Désaccord sur la démarche diagnostique et thérapeutique »
- « J'étais plus visé en tant que parents d'élève »
- « Refus d'avoir le générique d'un traitement »
- « Patient alcoolisé »
- « Reproche concernant une hospitalisation demandée par les forces de l'Ordre »
- « Incompréhension »
- « Visite compliquée chez patient en décompensation psychiatrique »
- « Refus de reprendre un patient qui m'avait congédié 6 mois plus tôt »
- « Refus de faire un arrêt de travail »
- « Période de pandémie Covid »
- « Refus de consultation sans rendez-vous »
- « Refus de prescription »

Annexe 5. Réponses libres à la question « Si vous n'avez pas signalé cette agression, pour quelle raison ? »

- « Je ne veux pas de problèmes »
- « Réglé par de la communication »
- « Pas jugé utile »
- « Perte de temps »
- « Pas le temps, sentiment qu'il n'y aura pas de suite »
- « Manque de temps »
- « Peur de mal faire »
- « Démarches administratives »
- « Confiance des patients envers le MT »
- « État psychologique du patient difficile, en lien avec sa maladie »
- « Aucune preuve car agression verbale »
- « Pas le temps de donner suite »
- « Patient inconscient de ses actes »
- « Insultes mais pas envie de perdre du temps et de l'énergie pour ça »
- « Trop contraignant pour aucune chance de résultat »
- « Agression verbale mineure »
- « Les agressions verbales sont fréquentes, nous n'avons déjà pas beaucoup de temps pour faire du temps clinique médical... Je l'aurai probablement fait pour une agression physique par contre. »
- « Seulement signalement au conseil de l'ordre et lettre de refus de rester son médecin traitant »
- « Ça n'aurait mené à rien »
- « Tentative de banalisation, excuse par la suite »
- « Agression verbale « simple ». J'ai simplement sorti les personnes de ma patientèle. On va dire que jusque-là tout va bien »
- « Pas envie de faire de la paperasse supplémentaire »
- « Problème réglé directement avec la patiente »
- « Patient psychologiquement instable, et pour du verbal, pas le temps de déposer plainte. Et sincèrement, je ne suis pas sûr que la police aurait été intéressée par ce type de dépôt de plainte. »
- « Aucun intérêt. L'ordre est comme la cpam inerte. Un dispositif existait pour dénoncer les violences faites aux femmes. J'y ai eu recours la forces de l'ordre ne se sont jamais déplacées. »
- « Pas allé loin, juste viré de la patientèle »
- « Je n'y ai pas pensé sur le coup, et puis, le temps passe et on continue »

« Résolution rapide après recadrage patient »

« Démotivation »

« Pas assez important et patient recadré »

« Problème de temps »

« J'ai communiqué avec la police. Mettre le « feu aux poudres » chez ce genre de patient c'est être forcément agressé... »

« Pas le temps, on laisse couler et si les choses se reproduisent on demande au patient de changer de médecin traitant »

« Pas de temps »

« Perte de temps et d'énergie »

« J'ai réglé le problème »

« Pas de rupture de soins suite à ces agressions. »

« C'était il y a 15 ans et on en parlait pas sauf à son confrère du cabinet »

« Agression verbale qui a pu être calmée avec une parole apaisante »

« Pas jugé utile »

« Altercation verbale peu intense; vol constaté à posteriori de faible valeur, sans coupable identifiable

On ne pouvait pas vraiment parler d'agression, pas d'insultes ni de menace. Des discours agressifs et désagréables tout au plus »

« J'en ai parlé à mon interne (pour 2 des agressions j'étais externe) personne ne m'a proposé de déclarer quoi que ce soit »

« Gestion bienveillante »

« Pas pensé »

« J'ai refusé de revoir le patient »

« J'ai rendu le dossier médical je ne porterai plainte qu'en cas d'agression physique »

« Parce que ça ne me semble pas être la solution »

« Sentiment d'inutilité »

« Manque de temps »

« Parce que la personne a bien daigné sortir du cabinet »

« C'était désagréable mais pas devenu violent »

« Ce n'était pas un grand-chose. »

« Faible niveau d'agression »

« Je m'explique généralement directement avec le patient »

« Manque de temps »

« Aucun intérêt de le faire »

« Signalement fait au conseil de l'ordre et j'ai rendu le dossier au patient »

« Peu d'intérêt »
« Patient résonné après explication »
« Pas d'insulte »
« Pas nécessaire »
« Pas le temps »
« Je n'en ai pas ressenti le besoin »
« Conseils ordre des médecins »
« J'en ai parlé à mon MSU qui m'a dit que c'était « normal » pour ce patient ... »
« Pas le temps et surtout ça n'aboutit à rien généralement »
« Agression verbale "simple" aux urgences, il n'y aura aucune suite ça me fera juste perdre du temps »
« Événements isolés et j'ai réussi à calmer le patient qui a fini par s'excuser de son comportement »
« Perte de temps et aucun aboutissement »
« Souvent seul(e) lors de ces agressions et donc pas de témoin. »
« Procédure qui paraît fastidieuse »

Annexe 6. Tableaux d'analyses statiques de la hausse des agressions

Annexe 6.1. En fonction du genre

Tableau 12 Hausse des agressions en fonction du genre

	Hausse des agressions	Pas de hausse des agressions	<i>p</i> (test du Chi2)
Homme	26	12	0,8
Femme	60	25	

Annexe 6.2. En fonction de l'âge

Tableau 13 : Hausse des agressions en fonction de l'âge

	Hausse des agressions	Pas de hausse des agressions	<i>p</i> (test de Fisher)
[20 - 30]	25	10	0.94
[30 - 40]	29	11	
[40 - 50]	15	9	
[50 - 60]	10	4	
[60 - 70]	7	3	

Annexe 6.3. En fonction du style d'exercice

Tableau 14 : Hausse des agressions en fonction du style d'exercice

	Hausse des agressions	Pas de hausse des agressions	<i>p</i> (test de Fisher)
Libéral	52	23	0,97
Mixte	5	2	
Interne	27	11	
Remplaçant	5	3	

Tableau 15 : Hausse des agressions en fonction du type d'exercice

	Hausse des agressions	Pas de hausse des agressions	<i>p</i> (test de Fisher)
Seul	17	4	0,29
En groupe	45	24	
Non concerné	27	8	

Tableau 16 : Hausse des agressions en fonction du lieu d'exercice

	Hausse des agressions	Pas de hausse des agressions	<i>p</i> (test du Chi2)
Rural	24	12	0,9
Semi-rural	29	10	
Urbain	30	12	
Non concerné	16	6	

Annexe 6.4. En fonction de la réalisation de la continuité des soins

Tableau 17 : Hausse des agressions en fonction de la réalisation de visite à domicile

	Hausse des agressions	Pas de hausse des agressions	<i>p</i> (test de Fisher)
VAD	75	31	1
Pas de VAD	11	5	

Tableau 18 : Hausse des agressions en fonction de la réalisation de garde

	Hausse des agressions	Pas de hausse des agressions	<i>p</i> (test de Fisher)
Pas de garde	12	6	0,36
Gardes fixes	42	19	
Gardes mobiles	37	20	
Non concerné	21	4	

Annexe 7. Tableaux d'analyses statistiques sur le sentiment de sécurité

Annexe 7.1. En fonction du genre

Tableau 19 : Sentiment de sécurité en fonction du genre

	Sécurité	Insécurité	<i>p</i> (test du Chi2)
Femme	55	29	0,13
Homme	30	8	

Annexe 7.2. En fonction de l'âge

Tableau 20 : Sentiment de sécurité en fonction de l'âge

	Sécurité	Insécurité	<i>p</i> (test de Fisher)
[20 - 30]	27	8	0.42
]30 - 40]	24	15	
]40 - 50]	19	5	
]50 - 60]	9	5	
]60 - 70]	6	4	

Annexe 7.3. En fonction du type d'exercice

Tableau 21 : Sentiment de sécurité en fonction du style d'exercice

	Sécurité	Insécurité	<i>p</i> (test de Fisher)
Libéral	53	22	0,42
Mixte	3	4	
Interne	27	11	
Remplaçant	6	1	

Tableau 22 : Sentiment de sécurité en fonction du type d'exercice

	Sécurité	Insécurité	<i>p</i> (test de Chi2)
Seul	15	6	0,62
En groupe	45	24	
Non concerné	26	9	

Tableau 23 : Sentiment de sécurité en fonction du lieu d'exercice

	Sécurité	Insécurité	<i>p</i> (test de Fisher)
Rural	27	9	0,05
Semi-rural	26	13	
Urbain	23	19	
Non concerné	19	3	

Annexe 7.4. En fonction de la réalisation de la continuité des soins

Tableau 24 : Sentiment de sécurité en fonction de la réalisation de visite à domicile

	Sécurité	Insécurité	<i>p</i> (test de Fisher)
VAD	74	32	1
Pas de VAD	11	5	

Tableau 25 : Sentiment de sécurité en fonction de la réalisation de garde

	Sécurité	Insécurité	<i>p</i> (test de Fisher)
Pas de garde	15	3	0,6
Gardes fixes	44	17	
Gardes mobiles	38	19	
Non concerné	17	8	

Annexe 8. Tableaux d'analyses statistiques sur l'utilité d'un dispositif de sécurité médical

Annexe 8.1. En fonction du genre

Tableau 26 : Utilité d'un dispositif de sécurité en fonction du genre

	Dispositif utile	Dispositif inutile	<i>p</i> (test de Fisher)
Femme	7	6	1
Homme	3	2	

Annexe 8.2. En fonction du type d'exercice

Tableau 27 : Utilité d'un dispositif en fonction du style d'exercice

	Dispositif utile	Dispositif inutile	<i>p</i> (test de Fisher)
Libéral	8	7	1
Mixte	1	1	
Interne	0	0	
Remplaçant	1	0	

Tableau 28 : Utilité d'un dispositif en fonction du type d'exercice

	Dispositif utile	Dispositif inutile	<i>p</i> (test de Fisher)
Seul	2	0	0,47
En groupe	7	8	
Non concerné	0	0	

Tableau 29 : Utilité d'un dispositif en fonction du lieu d'exercice

	Dispositif utile	Dispositif inutile	<i>p</i> (test de Fisher)
Rural	3	0	0,23
Semi-rural	1	1	
Urbain	5	6	
Non concerné	0	1	

Annexe 8.3. En fonction de la réalisation de la continuité des soins

Tableau 30 : Utilité d'un dispositif en fonction de la réalisation de visite à domicile

	Dispositif utile	Dispositif inutile	<i>p</i> (test de Fisher)
VAD	9	7	0,47
Pas de VAD	0	1	

Tableau 31 : Utilité d'un dispositif en fonction de la réalisation de garde

	Dispositif utile	Dispositif inutile	<i>p</i> (test de Fisher)
Pas de garde	1	2	0,54
Gardes fixes	5	2	
Gardes mobiles	6	5	
Non concerné	0	1	

Annexe 9. Tableaux d'analyses statistiques le sentiment de réassurance apporté par la possession d'un dispositif de sécurité médical

Annexe 9.1. En fonction du genre

Tableau 32 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction du genre

	Rassurant	Pas rassurant	p (test de Fisher)
Femme	12	5	1
Homme	4	1	

Annexe 9.2. En fonction du type d'exercice

Tableau 33 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction du style d'exercice

	Rassurant	Pas rassurant	p (test de Fisher)
Libéral	14	5	0,64
Mixte	1	1	
Interne	0	0	
Remplaçant	1	0	

Tableau 34 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction du type d'exercice

	Rassurant	Pas rassurant	p (test de Fisher)
Seul	3	0	0,53
En groupe	12	6	
Non concerné	0	0	

Tableau 35 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction du lieu d'exercice

	Rassurant	Pas rassurant	p (test de Fisher)
Rural	5	0	0,18
Semi-rural	3	1	
Urbain	8	4	
Non concerné	0	1	

Annexe 9.3. En fonction de la participation à la continuité des soins

Tableau 36 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction de la réalisation de visite à domicile

	Dispositif utile	Dispositif inutile	p (test de Fisher)
VAD	15	5	0,28
Pas de VAD	0	1	

Tableau 37 : Sentiment de réassurance d'un dispositif de sécurité en fonction de la réalisation de garde

	Dispositif utile	Dispositif inutile	<i>p</i> (test de Fisher)
Pas de garde	1	2	0,08
Gardes fixes	9	2	
Gardes mobiles	13	2	
Non concerné	0	1	

Annexe 10. Affiches de sensibilisation aux violences commises envers les médecins



Face à la violence, ne gardons pas le silence.

Chaque jour, en moyenne, **65 professionnels de santé** sont victimes d'agressions physiques ou verbales.

 **PORTEZ PLAINTÉ POUR LES COMBATTRE**

Toute violence, verbale ou physique, commise contre un professionnel de santé, est punie par la loi www.sante.gouv.fr/tolerancezero



IL FAUT ÊTRE MALADE POUR S'EN PRENDRE À UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Chaque jour, en moyenne, **65 professionnels de santé** sont victimes d'agressions physiques ou verbales.

 **DÉCOUVREZ LEURS TÉMOIGNAGES**

Toute violence, verbale ou physique, commise contre un professionnel de santé, est punie par la loi www.sante.gouv.fr/soignonsnotrecomportement



Nous prenons soin de vous, merci de prendre soin de nous.

Aucune violence physique ou verbale ne peut être tolérée à l'encontre du personnel du cabinet.



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Toute violence physique, verbale ou menace est passible de 3 ans d'emprisonnement et 45000€ d'amende.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)

Attentes des médecins généralistes de Haute-Vienne par rapport à un dispositif de sécurité médicale : étude épidémiologique descriptive.

Introduction – Un médecin aurait à redouter trois agressions, au moins, au cours de sa carrière. L'objectif de cette recherche est de poser la question concernant le vécu des agressions et les attentes qu'ont les médecins généralistes de Haute-Vienne par rapport à un dispositif de sécurité médicale afin de pouvoir apporter des réponses adaptées.

Matériels et méthodes – Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive, au moyen d'un questionnaire diffusé auprès des médecins généralistes et internes de Haute-Vienne. Les analyses statistiques ont été réalisées avec des tests du Chi2 et de Fisher.

Résultats – Les participants constatent une hausse des agressions sans pour autant se sentir en insécurité. 78% des praticiens ayant répondu à l'étude ont un antécédent d'agression. Peu de participants possèdent un dispositif de sécurité (27%). Un dispositif adapté selon eux, serait une application sur le téléphone portable ou un boîtier indépendant permettant de contacter les forces de l'ordre.

Discussion – Notre étude comporte des biais et un manque de puissance important. Les résultats correspondent, pour la plupart, aux chiffres nationaux. Les analyses statistiques réalisées ne retrouvent pas d'association significative entre les différentes propositions analysées (genre, lieu d'exercice, type d'exercice, permanence des soins).

Conclusion – Les attentes des médecins généralistes de Haute-Vienne envers un nouveau dispositif de sécurité seraient d'avoir une application sur téléphone ou un boîtier indépendant leur permettant de contacter les forces de l'ordre en cas de situation à risque.

Mots-clés : Agressions, insécurité, dispositif de sécurité, violence, médecine générale

The expectations of GPs in the Haute-Vienne with regard to a medical security safeguard : a descriptive epidemiological study

Introduction - A doctor is likely to face at least three acts of aggression in the course of his career. The aim of this research is to raise the question of how these acts of aggression are experienced and the expectations of the GPs of the Haute-Vienne with regard to a system for medical safety, in order to provide an appropriate response.

Material and methods - We carried out a descriptive epidemiological study, by means of a questionnaire distributed to GPs and junior doctors in the Haute-Vienne. The statistical analyses were carried out with Chi Square and Fisher tests.

Results - Those taking part in the survey were aware of an increase in acts of aggression without this causing them to feel unsafe. 78% of participants having replied to the study have already experienced aggression. Few of them use a security safeguard (27%). An appropriate system, in their opinion, would be a mobile phone application or a separate control unit connected to the police.

Discussion - Our study contains biases and significant powerlessness. The results correspond broadly to national statistics. The statistical analyses did not pick up any significant association between the different propositions under study (gender, place of exercise, type of exercise, continuity of care).

Conclusion – As far as a medical security safeguard is concerned, the GPs of the Haute-Vienne would be interested in a mobile phone application or a separate control unit connected to the police if a dangerous situation should arise.

Key words : Acts of aggression, lack of security, security safeguard, violence, general medicine

