

Année 2019

2019 TOU3 1124

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
par

Axelle BENEITE

Le 15 octobre 2019

**ACTES DE VIOLENCE SUBIS DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE
GÉNÉRALE PAR LES INTERNES EN SASPAS : UN ÉTAT DES LIEUX**

Directeur de thèse : Pr Pierre BOYER

JURY :

Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT	Président
Monsieur le Professeur Pierre BOYER	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Docteur Damien DRIOT	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIUJ Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Maïe-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire associé	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

**37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex
P.U. - P.H.**

**Doyen : D. CARRIE
P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie-Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PÂYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DÜLY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	P.U. Médecine générale	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	M. BOYER Pierre	
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. RITZ Patrick	Nutrition	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène.
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Bio-statistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de vos conseils. Je vous adresse mon profond respect et ma plus grande considération.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,

Vous me faites l'honneur de siéger dans le jury de ma thèse. Je vous remercie de votre implication auprès des internes de médecine générale. Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Damien DRIOT,

C'est un honneur de vous compter comme membre de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon sincère respect.

Monsieur le Professeur Pierre BOYER,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Je vous suis sincèrement reconnaissante pour votre engagement et votre accompagnement dans cette thèse.

Au Docteur Vincent GUION,

Je vous remercie vivement pour votre aide dans l'analyse statistique de cette étude. Soyez assuré de mon sincère respect.

À mes anciens maîtres de stage et équipes paramédicales,

Aux équipes des Urgences de Rodez et à tout l'internat, ce fut rude, mais je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous. Avec des co-internes comme vous rien n'est insurmontable.

Aux équipes du Secteur A, la gériatrie ou apprendre avec humilité comme le quotidien peut devenir difficile. J'ai beaucoup grandi avec vous.

Aux Docteurs CANCIO-HÉBERT Catherine et PETRISSANS Philippe, merci de m'avoir intégrée à votre pratique de la Médecine Générale Gersoise. J'en garde un souvenir précieux.

À l'équipe de Gynécologie de Sarrus pour votre accueil et tous ces apprentissages que j'utilise encore quasi quotidiennement dans ma pratique, merci.

Au Docteur Sophie BONNET, mille mercis pour ta pédagogie, ta patience et tes précieux conseils. **À Laurène,** un grand merci.

Aux Docteurs Bernard RICO et Philippe NAKLE, merci de m'avoir confortée dans la certitude que la Médecine Générale est une belle spécialité et surtout d'avoir su me rassurer lors de ce premier SASPAS.

À Christophe, merci de ta confiance ces dernières années et de me proposer cette aventure qu'est la collaboration. J'ai hâte de démarrer ce chapitre avec toi, Laurent et Sabrina.

À Karine, ces vendredis n'auraient pas eu la même saveur sans ta disponibilité, ton écoute, ton sens de la relativisation et tous ces cafés !

Au Docteur PERNIN, votre approche de la médecine générale est inspirante. Je sors grandie de vos enseignements et garderai en mémoire la nécessité de questionnement pour une meilleure pratique. Je vous remercie de la confiance que vous avez à mon égard et espère en rester digne.

Aux Docteurs Marie-Christine EDOUJ-TWORKOWSKI et Philip PERSIL, pour leur bienveillance durant mon dernier semestre d'internat.

À mes parents, ma famille, ceux qui sont là et ceux qui sont malheureusement partis, mes amis : la famille que j'ai choisie, merci.

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS	2
LISTE DES ANNEXES	3
INTRODUCTION	4
I.1. Objectif principal	8
I.2. Objectifs secondaires	8
II. MÉTHODOLOGIE	9
II.1. Type d'étude	9
II.2. Population cible	9
II.3. Recueil des données	9
II.4. Diffusion du questionnaire	10
II.5. Analyse des résultats	11
II.6. Éthique	11
III. RÉSULTATS	12
III.1. Principaux résultats	12
III.1.1. Données démographiques	12
III.1.2. Atteinte physique	12
III.1.3. Atteinte aux biens matériels	12
III.1.4. Atteinte verbale	14
III.1.6. Remarques libres	15
III.2. Analyse statistique	15
III.3. Synthèse des résultats	19
IV. DISCUSSION	20
IV.1. Forces et limites de cette étude	20
IV.1.1. Forces de l'étude	20
IV.1.2. Limites de l'étude	20
IV.2. Données de la littérature	21
IV.2.1. Type d'atteinte subie	21
IV.2.2. Milieu d'exercice	23
IV.2.3. Motif des atteintes	23
IV.2.4. Genre du praticien	24
IV.2.5. Conséquences des actes de violence et stratégies de gestion de ces actes	25
V. CONCLUSION	29
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	30
ANNEXES	34

LISTE DES ABREVIATIONS

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

GEP : Groupe d'Échange de Pratiques

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ONSM : Observatoire National pour la Sécurité des Médecins

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SASPAS : Stages Ambulatoires en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

URPS : Unions Régionales des Professions de Santé

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de recueil des incidents

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 3 : Remarques libres du questionnaire

I. INTRODUCTION

La **violence**, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès(1).

Ce sujet largement relayé par les médias, touche aussi le domaine de la Santé, en témoignent les actualités répétées d'agressions de soignants.

Un rapport publié en 2001, diligenté par le Ministère de la Santé de l'époque dresse pour la première fois en France un état des lieux des violences subies au travail par les Professionnels de Santé (2). Ce phénomène à l'encontre des médecins est estimé récent (en opposition aux Pharmaciens d'officine exposés de manière plus récurrente) mais en risque d'augmentation majeure. Ce rapport alerte sur les conséquences potentielles liées à une inégalité d'accès aux soins par une interruption précoce de l'exercice des praticiens victimes. La question d'une sous déclaration des violences subies se pose, entraînant probablement une mésestimation de la prévalence réelle de cette problématique en santé dès 2001.

Ces résultats ont conduit à une réaction des institutions administratives et judiciaires :

En 2002, a vu le jour l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins (ONSM), créé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)(3) .

Son objectif principal est, par le biais d'une fiche de recueil des incidents (cf Annexe 1) et d'un rapport annuel, de recenser au mieux les actes de violences, d'évaluer le niveau d'insécurité subi sur le terrain et d'accompagner les médecins victimes de ces violences (4).

En 2018, 1126 incidents ont été déclarés à l'Observatoire, 70% ont été rapportés par des médecins Généralistes. Ce chiffre, en constante augmentation est le plus haut depuis la création de ce rapport. Les incidents déclarés ont principalement eu lieu dans le cadre de l'exercice de la médecine de ville et notamment en cabinet. Il y avait peu de distinction de

genre (49% de femmes ayant déclaré un incident et 51% d'hommes) et il est à noter que la plupart des agressions provenaient du patient ou d'une personne l'accompagnant (54% par le patient, 15% par son accompagnant) .

Dans la description de ces actes, 73% concernaient une atteinte aux personnes (66% d'agressions verbales et menaces, 7% d'agressions physiques) et 26% une atteinte aux biens (18% de vols ou tentatives de vols et 8% de vandalisme)(5).

Pour parer au mieux à ces violences et en prévenir les conséquences, Le Ministère des Solidarités et de la Santé a créé en 2005 l'Observatoire National de la Violence en milieu Hospitalier devenu Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS). Un guide pratique pour la sécurité des Professionnels de Santé, créé en 2011 en a découlé et est disponible gratuitement en ligne sur le site gouvernemental. La dernière actualisation de ce guide date d'avril 2017. Ce guide élabore et diffuse les précautions à prendre afin d'éviter une agression et des conseils sur les conduites à tenir auprès des différentes instances en cas d'incident(6).

En 2011, l'État (par le biais des représentants des Ministères des Solidarités et de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice) et les Ordres Professionnels de Santé ont signé le Protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordre. La mise en place de ce dispositif relatif à la sécurité des établissements de santé, publics et privés, est départementale. Ce protocole permet la désignation d'un « référent sécurité » dédié au sein des services de Police et de Gendarmerie, pour faciliter l'alerte et le recueil de plaintes et dispense des conseils de sécurité (7).

CONTEXTE DE LA RECHERCHE

A ce jour, les sujets de l'insécurité et de la violence des patients à l'encontre des médecins généralistes ont été abordés dans plusieurs travaux de thèses en France. Ils s'attachaient pour la plupart à évaluer le sentiment d'insécurité des praticiens installés et leurs ressources et réactions face à ces violences.

L'ensemble de ces études révèle en majorité des agressions verbales. Les motifs les plus fréquemment retrouvés sont le refus de prescription ou le délai d'attente (de rendez-vous ou en salle d'attente) jugé trop long.

La seule thèse réalisée dans la région toulousaine s'attachait en 2007 à l'étude de l'insécurité et de l'exercice de la médecine générale dans les Zones Urbaines Sensibles (ZUS) de l'agglomération toulousaine. Les résultats ne montraient pas de différence significative de risque de violence en fonction du genre, du fait d'être installé en association ou du mode de fonctionnement du cabinet (avec ou sans RDV). La localisation du cabinet en ZUS (définie selon l'INSEE comme une zone prioritaire dans la politique de la ville liée aux difficultés que connaissent ses habitants(8)) était par contre un facteur multiplicateur d'agressions verbales et notamment d'incivilités (56,41% contre 30% pour les médecins hors ZUS de l'agglomération toulousaine avec $p=0,02$)(9).

Dans le cadre de la réforme de l'organisation du troisième cycle des études de médecine d'avril 2011, une volonté conjointe des Autorités Ministérielles et des Agences Régionales de Santé de développer et généraliser les stages en terrain extra-hospitaliers a vu le jour (10).

Cette volonté concorde avec celle des internes en médecine Générale : interrogés en 2014 par l'Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) quant à leur formation, 45,9% d'entre eux souhaitaient au moins 3 stages en ambulatoire afin de « mieux se préparer à l'exercice de leur fonction » (11).

Cela passe notamment par des Stages Ambulatoires en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), créés en 2004 et réalisés dans la région Midi-Pyrénées lors de la troisième et dernière année d'internat.

Durant ma formation, au cours de mon second stage en autonomie chez le praticien, j'ai été confrontée en cabinet médical à une situation qui a généré un sentiment d'insécurité. Cette consultation en tant que future professionnelle de santé m'a fait prendre conscience d'une potentielle exposition à des faits de violence et m'a amenée à modifier ma perception de l'exercice de consultation en soins premiers.

Mes recours ont alors été la discussion avec mon maître de stage, le récit de cette consultation à mes pairs internes lors d'un Groupe d'Échange de Pratiques et la recherche des ressources des médecins devant des situations d'insécurité.

Je me suis alors intéressée aux enquêtes de victimation (fait de subir une atteinte matérielle corporelle ou psychique et d'en être conscient) réalisées comme les thèses précédemment citées. Ces enquêtes consistent à interroger un échantillon représentatif de la population sur les atteintes subies au cours d'une période donnée .

A ce jour en France peu d'études rapportent les violences subies par les médecins en formation.

Celles réalisées se concentrent principalement sur les difficultés psychologiques et physiques liées directement à l'exercice de la Médecine. Ainsi un volume de la revue Ethique et Santé s'intéresse en 2013 à la violence psychologique subie par les étudiants en médecine et maïeutique lors de l'apprentissage de leur métier (exposition à la souffrance, la maladie grave et la mort)(12) .

Une autre enquête, réalisée par le CNOM en 2016 devant les actualités tragiques de médecins en cours de professionnalisation mettant fin à leur vie s'intéressait à l'état de santé global des jeunes médecins (13).

Ces rapports n'étudient pas la violence provenant directement du patient (ou de ses accompagnants) que l'on est en train de soigner et à ce jour, nous n'avons trouvé aucune étude sur l'exposition à ces actes des internes en médecine générale exerçant en ambulatoire en France.

Pour répondre aux enjeux de maintien d'une égalité d'accès aux soins sur le territoire, les projets professionnels des internes en médecine générale ont été évalués dans plusieurs régions.

En Alsace une enquête en 3 phases mandatée par l'ARS a permis de mettre en évidence que la sécurité des jeunes médecins, notamment en visite ou en garde, fait partie des facteurs influençant l'installation des internes. La question de la sécurité devient même le frein principal d'installation en ZUS (14).

Dans l'interrogation sur leur formation, la gestion des agressions n'apparaît cependant pas. Est-ce dû à une exposition moindre durant l'internat à des situations de violence ou au fait que le sujet soit peu abordé lors de la formation initiale et continue ?

I.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette thèse est donc de mesurer la prévalence des actes de violence subis par les internes dans l'exercice de la médecine générale lors de leurs stages en SASPAS.

Nous nous sommes concentrés pour notre étude sur les internes dépendants du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, regroupant huit départements (Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Gers, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn et Garonne) dans l'ancienne région Midi-Pyrénées.

I.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Mesurer la prévalence des différents types de violence (verbale, physique, atteintes aux biens matériels) et les circonstances qui ont déclenché ces actes lors du stage en SASPAS.
- Connaître les ressources utilisées par les médecins en formation lorsqu'ils sont confrontés à des actes de violence et leur connaissance ou non des structures d'aides existantes.
- Mesurer la prévalence des jeunes médecins ayant reçu une formation sur la gestion des actes de violence dans le cadre de leur exercice et s'il existe une demande de formation complémentaire.

II. MÉTHODOLOGIE

II.1. Type d'étude

Pour ce travail nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative.

II.2. Population cible

La population cible était composée de jeunes médecins généralistes ayant terminé leur internat depuis moins de trois ans. Ces derniers devaient avoir réalisé au moins un stage en SASPAS en 2015-2016 ou 2016-2017 ou 2017-2018. Les médecins interrogés dépendaient pour leur internat du DUMG de Toulouse et devaient avoir réalisé leur internat en ancienne région Midi-Pyrénées.

Le critère de non inclusion était l'absence de réalisation d'un stage de SASPAS aux dates données.

II.3. Recueil des données

Nous avons procédé au recueil de données par auto-questionnaire (Annexe 2) anonyme.

Celui-ci a été élaboré avec GOOGLE FORM©. Il était composé de cinq parties :

- Première partie :

Elle contenait les caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés : leur genre, leur âge et le nombre de stages réalisés en SASPAS.

- Deuxième partie :

Elle concernait les atteintes physiques subies en consultation par les internes. Il leur était d'abord demandé s'ils avaient déjà subi une atteinte physique. En cas de réponse négative les médecins étaient dirigés vers la troisième partie. La réponse positive déroulait sur les caractéristiques de cette atteinte : lieu de l'atteinte, mode d'exercice du praticien (milieu d'exercice, cabinet de groupe ou non et présence ou non d'un secrétariat), l'auteur de cet

acte et son genre, le déterminant de cet acte, le recours au maître de stage, les suites immédiates, les conséquences personnelles et enfin les conséquences administratives. Il était possible d'indiquer si une deuxième atteinte physique avait été subie.

- Troisième partie :

Elle concernait les atteintes aux biens matériels subies lors du SASPAS. En cas de réponse positive les mêmes questions que lors de l'atteinte physique sur les caractéristiques de cet événement étaient posées. En cas de réponse négative les médecins étaient dirigés vers la quatrième partie.

- Quatrième partie :

Elle concernait les atteintes verbales subies dans l'exercice de la médecine générale. Il était demandé de préciser si l'atteinte verbale relevait d'une incivilité, d'une injure ou d'une menace. En cas de réponse positive les mêmes questions sur les caractéristiques de l'atteinte étaient posées. En cas de réponse négative les médecins étaient dirigés vers la rubrique suivante.

- Cinquième partie :

Elle traitait des ressources utilisées et connues par les internes. Elle s'attachait à savoir si la ou les atteintes subie(s) avait(ent) été évoquée(s) lors d'un GEP. Elle demandait aux médecins s'ils avaient connaissance de l'ONSM et du guide relatif à la prévention des atteintes aux biens et aux personnes en secteur de soins. Enfin elle évaluait si les médecins avaient reçu une formation sur la gestion des actes de violence durant leur formation initiale et s'ils pensaient qu'un cours, dispensé dans le cadre du DES, pourrait leur être bénéfique. Une partie "remarques libres" était laissée à disposition.

II.4. Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire s'est faite via le site Facebook© sur les groupes privés de promotions "internes de Médecine Générale à Toulouse" de 2013 , 2014 et 2015.

Le premier envoi a eu lieu le 24 mai 2019 .

Un envoi par mail via la liste de diffusion de l'AIMG-MP aux promotions concernées à été fait le 13 juin 2019 .

Une relance a été faite via Facebook© à 1 mois le 21 juin 2019.

Il était possible de répondre au questionnaire jusqu'au 24 juillet 2019.

II.5. Analyse des résultats

L'analyse des résultats a été réalisée avec GOOGLE FORM©, le logiciel OPENOFFICE© pour Apple Inc© et le logiciel EXCEL© pour Microsoft Corporation© .

Le logiciel ZOTERO© a été utilisé pour l'organisation des références bibliographiques, l'insertion des références dans le texte et la réalisation de la bibliographie.

La dernière question du questionnaire appelait à une réponse libre, les réponses revenant plus d'une fois ont été détaillées dans les résultats.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du Dr GUION Vincent du 02 au 20 août 2019 et à l'aide du logiciel internet p.value.io©.

II.6. Éthique

Cette étude ne relevait pas de l'avis d'un comité d'éthique.

III. RÉSULTATS

III.1. Principaux résultats

III.1.1. Données démographiques

Nous avons obtenu 144 réponses pour une diffusion à 508 médecins par le biais du site Facebook©, et par diffusion via mailing-list de l'AIMG-MP, soit un taux de réponse à 28,3%.

Les caractéristiques démographiques des répondants sont les suivantes :

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des internes

	Nombre	Proportion (%)
Genre		
Femmes	111	77,1
Hommes	33	22,9
Âge au moment du SASPAS		
Moins de 25 ans	1	0,7
Entre 25 et 29 ans	139	96,5
30 ans et plus	4	2,8
Nombre de stages en SASPAS		
Un	67	46,5
Deux	77	53,5

III.1.2. Atteinte physique

Dans notre étude il n'y a pas eu d'atteinte physique décrite par les SASPAS.

III.1.3. Atteinte aux biens matériels

L'atteinte aux biens matériels était définie comme toute atteinte concernant le cabinet (tentative de vol, vol, dégradation des locaux, du matériel médical ou informatique) ou le véhicule du praticien et/ou de l'interne (tentative de vol, vol, dégradation).

Tableau 2. Nombre d'atteintes aux biens matériels subies par les SASPAS

	Nombre	Proportion (%)
Atteinte aux biens matériels :		
Oui	2	1,4
Non	142	98,6

Tableau 3. Description des deux atteintes aux biens matériels décrites

	Première atteinte aux biens matériels décrite	Deuxième atteinte aux biens matériels décrite
Genre de l'interne	Une femme	Une femme
Lieu de l'atteinte	Au cabinet	Au cabinet
Mode d'exercice du praticien	Milieu urbain Cabinet de groupe Secrétariat téléphonique	Milieu urbain Cabinet de groupe Secrétariat téléphonique
Auteur de l'atteinte	Un patient, homme	Inconnu
Motif de l'atteinte	Délai de RDV jugé trop long	Atteinte aux biens (vol, tentative de vol)
Recours au maître de stage	Oui, au moment du débriefing	Oui, par intervention physique
Suite immédiate de cette atteinte	Refus de consultation urgente sans RDV	Recours aux forces de Police
Conséquence sur le terrain de stage	Refus de revoir le patient	Pas de conséquence
Conséquence personnelle	Pas de conséquence personnelle	Rachat de véhicule
Conséquence administrative	Pas de conséquence administrative	Plainte ou main courante

III.1.4. Atteinte verbale

Tableau 4. Nombre d'atteintes verbales subies par les SASPAS

	Nombre	Proportion (%)
Avez-vous subi une atteinte verbale ?		
Oui	73	50,7
Non	71	49,3

Dans notre étude 73 internes (50,7%) ont déclaré avoir subi une atteinte verbale. Ils pouvaient caractériser l'atteinte en incivilité, injure ou menace.

L'incivilité était définie comme un comportement qui ne respecte pas une partie ou l'ensemble des règles de vie en communauté telles que le respect d'autrui, la politesse ou la courtoisie. L'injure était définie comme une parole directement et délibérément adressée à une personne pour l'offenser. La menace était définie comme une menace de violence physique ou autre.

Tableau 5. Description des atteintes verbales subies

	Nombre	Proportion (%)
Genre de l'interne ayant subi une atteinte verbale :		
Femme	58	79,5%
Homme	15	20,5%
Type d'atteinte verbale		
Incivilité	39	53,4
Injure	25	34,2
Menace (de violence physique ou autre)	9	12,3
Lieu de l'atteinte :		
En cabinet	72	98,6
En visite	1	1,4
Mode d'exercice du praticien :		
Milieu rural	25	34,2
Milieu semi-rural	28	38,4
Milieu urbain	19	26,0
Zone urbaine sensible	1	1,4
Praticien exerçant seul	13	17,8
Praticien en cabinet de groupe	60	82,2

	Nombre	Proportion (%)
Mode d'exercice du praticien :		
Absence de secrétariat	9	12,3
Secrétariat téléphonique	12	16,4
Secrétariat physique	35	47,9
Secrétariat mixte	17	23,3
Auteur de l'atteinte :		
Le patient	61	83,6
Un accompagnant	12	16,4
Un homme	51	69,9
Une femme	22	30,1
Déterminant de l'atteinte :		
Un refus (certificat, prescription, arrêt de travail)	46	63
Un problème relatif aux soins (retard de diagnostic, insatisfaction)	8	11
Un délai d'attente jugé trop long	7	9,6
Un délai de rendez-vous (consultation ou visite) jugé trop long	0	0
Un état pathologique de l'agresseur (addiction, pathologie psychiatrique)	5	6,8
Un patient non prévenu de la consultation par un interne	5	6,8
Un problème en rapport avec le paiement de l'acte médical	0	0
Une atteinte aux biens (vol, tentative de vol)	0	0
Un comportement inadapté à connotation sexiste	1	1,4
Un comportement inadapté à connotation religieuse ou raciale	0	0
Un comportement inadapté (tentative de séduction, harcèlement)	1	1,4
Recours au maître de stage :		
Oui	65	89
Non	8	11
Mode du recours au MdS :		
Pas d'intervention du MdS	10	13,7
Intervention téléphonique du MdS	5	6,8
Intervention physique du MdS	7	9,6
Discussion au débriefing	51	69,9

	Nombre	Proportion (%)
Suites et conséquences immédiates :		
Fin normale de la consultation ou de la visite	37	50,7
Interruption de la consultation ou de la visite	33	45,2
Interruption des consultations ou des visites suivantes	2	2,7
Recours aux forces de Police	0	0
Intervention d'un collègue	1	1,4
Prescription de conciliation non justifiée (ordonnance ou certificat) :		
Oui	8	11
Non	65	89
Conséquence sur le terrain de stage de cet acte :		
Pas de conséquence particulière	35	47,9
Refus de revoir le patient en consultation	35	47,9
Refus de revoir le patient en visite	0	0
Refus de visite systématique sur ce terrain de stage	0	0
Consultations à 2 avec le maître de stage	0	0
Mise en arrêt de travail	0	0
Suivi du patient stoppé dans le cabinet	1	1,4
MdS ayant informé le patient de son incivilité	1	1,4
Le patient a changé de cabinet	1	1,4
Conséquence personnelle de cet acte :		
Pas de conséquence particulière	53	72,6
Acquisition d'un moyen de défense personnel	13	17,8
Nécessité d'un suivi médical	1	1,4
Nécessité d'un suivi psychologique	1	1,4
Autre :		
Anxiété et appréhension en refusant une demande de patient	3	4,1
Remise en question sur l'orientation professionnelle	1	1,4
Questionnement sur la pratique	1	1,4

	Nombre	Proportion (%)
Conséquence(s) administrative(s) de cet acte :		
Pas de conséquence administrative	71	97,3
Déclaration au Conseil de l'Ordre	2	2,7
Plainte ou main courante (ou autre démarche judiciaire)	0	0
Déclaration à l'assureur	0	0

Tableau 6. Pourcentage d'une deuxième atteinte verbale

	Nombre	Proportion (%)
Avez-vous subi une deuxième atteinte verbale ?		
Oui	21	28,8
Non	52	71,2

III.1.5. Ressources

Tableau 7. Description des ressources des SASPAS

	Nombre	Proportion (%)
Avez-vous évoqué la ou les atteintes lors d'un GEP ?		
Oui	19	13,2
Non	125	86,8
Connaissez-vous l'Observatoire National de Sécurité des Médecins ?		
Oui	21	14,6
Non	123	85,4
Connaissez-vous le Guide relatif à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en secteur de soins ?		
Oui	6	4,2
Non	138	95,8

	Nombre	Proportion (%)
Avez-vous eu dans votre cursus une formation sur la gestion des actes de violence dans l'exercice de votre fonction ?		
Oui	6	4,2
Non	138	95,8
Si oui Dans quel cadre avez-vous reçu cette formation ?		
Cours de DES	2	33,3
Formation par le MdS en ambulatoire	1	16,7
Formation lors d'un stage hospitalier	2	33,3
Autre:		
Par invitation du MdS à une formation sur la gestion des violences verbales	1	16,7
Pensez-vous qu'un cours dans le cadre de la formation initiale du DES concernant la gestion des actes de violence aurait pu vous être bénéfique dans votre pratique ?		
Oui	114	79,7
Non	29	20,3

III.1.6. Remarques libres

Une partie commentaires libres, non obligatoire, était disponible à la fin du questionnaire.

Des remarques ont été faites sur le questionnaire :

Un interne a fait remarquer que le fait de ne pouvoir décrire qu'une seule atteinte l'a conduit à devoir choisir une situation à décrire. Un autre interne a regretté que certaines questions soient trop exclusives.

Des remarques ont été faites sur les difficultés de définition de la violence et des situations vécues ont été reportées. Elles sont retranscrites sous leur format original en Annexe 3.

Deux internes ont souligné le fait que les GEP étaient selon eux plus adaptés à l'apprentissage de la gestion des actes de violence plutôt qu'un format de cours.

III.2. Analyse statistique

Notre analyse statistique n'a pas permis de retrouver de résultats statistiquement significatifs.

Dans notre étude le genre du praticien n'était pas un facteur de risque significatif d'atteinte verbale : OR 1,31, $p=0,493$, IC=95% [0,6-2,86].

Un test de Fisher réalisé pour déterminer si le genre du praticien influait le genre de l'auteur de l'atteinte verbale n'était pas significatif, $p=0,36$.

L'âge du praticien n'était pas non plus corrélé à un risque d'atteinte verbale plus grand, OR 0,99, $p=0,956$, IC=95% [0,82-1,2].

Le nombre de SASPAS réalisés n'avait pas de relation statistiquement significative avec le risque de subir une atteinte verbale (test de Chi2, $p=0,064$)

Le fait d'avoir reçu une formation concernant la gestion des actes de violence ne permettait pas une diminution des conséquences de ces actes : OR 0,97, $p=0,972$, Ic=95% [0,19-4,98].

III.3. Synthèse des résultats

Dans notre étude 73 internes en SASPAS (50,7%) ont subi au moins une atteinte verbale et 28,8% de ces internes en ont subi une deuxième.

Deux internes sur les 144 répondants ont été victimes d'une atteinte aux biens matériels (1,4%). Aucun interne n'a rapporté avoir subi de violence physique.

Les atteintes verbales étaient en majorité des incivilités (53,4%) puis des injures (34,2%) et enfin des menaces (de violence physique ou autre) (12,3%).

Le principal déterminant de l'atteinte verbale était un refus de la part de l'interne (certificat, prescription, arrêt de travail) (63%), la seconde cause d'atteinte verbale était un problème relatif aux soins (11%). On retrouvait ensuite comme motif le délai d'attente jugé trop long (9,6%), un état pathologique de l'agresseur ou un patient non prévenu de la consultation par un interne (6,8%).

Lors de l'atteinte verbale les internes ont eu recours au maître de stage dans 89% des cas. Dans 9,6% des cas il y a eu intervention physique du maître de stage. Lors de l'atteinte aux biens matériels le recours au maître de stage a été systématique, que ce soit par une intervention physique (50%) ou par discussion au moment du debriefing (50%).

Les atteintes subies ont été évoquées en GEP pour 19 internes (13,2%).

Durant leur cursus 6 internes (4,2%) ont eu une formation sur la gestion des actes de violence dans l'exercice de la médecine générale. 114 internes (79,7%) ont répondu positivement à la question : "Pensez-vous qu'un cours dans le cadre de la formation initiale du DES concernant la gestion des actes de violence aurait pu vous être bénéfique dans votre pratique ?".

IV. DISCUSSION

IV.1. Forces et limites de cette étude

IV.1.1. Forces de l'étude

Cette étude est à notre connaissance la première à porter en France sur les actes de violence subis par les internes en SASPAS sur leur terrain de stage.

Comme évoqué en introduction, la question de la sécurité notamment en garde de nuit dans le cadre de la PDSA peut-être un frein à l'installation des jeunes médecins généralistes (14), il nous semblait donc intéressant de faire un premier état des lieux des conditions d'exercice en ex Midi-Pyrénées des internes.

Le taux de participation au questionnaire était de 28,3%. Les études quantitatives réalisées en France retrouvent une participation équivalente allant de 18,6% (26) à 51% (27) de taux de réponse. L'envoi via la mailing list a été fait à l'ensemble des promotions d'internes de 2013, 2014 et 2015. Les internes n'ayant pas effectué de stage en SASPAS n'étaient pas concernés par ce questionnaire, sous estimant peut-être le taux de réponse global.

La diffusion via deux moyens de communication a permis un recrutement plus large que la seule diffusion par mail.

La méthode était simple sous forme de questionnaire rapide, et permettait de séparer les différentes atteintes afin de les étudier spécifiquement.

IV.1.2. Limites de l'étude

Il y avait un biais d'information lié au type d'étude réalisé (étude rétrospective). En effet les événements à décrire pouvaient remonter jusqu'à 3 ans au maximum. Cela pouvait altérer les faits rapportés ou conduire à l'omission d'incidents.

Même si la féminisation de la profession peut expliquer un taux élevé de femmes médecins ayant répondu à notre questionnaire on peut supposer un biais de recrutement. Les répondants à ce questionnaire se sentaient probablement concernés par le sujet, entraînant une possible surestimation de la prévalence des atteintes subies.

On trouve également un biais de sélection : une partie de la diffusion s'est effectuée via le site Facebook® des promotions d'internes concernées. Il n'y avait cependant aucun moyen de vérifier que la promotion était au complet. L'envoi par la suite via la mailing-list de l'AIMG-MP a permis de s'assurer que l'ensemble des internes concernés pouvait répondre au questionnaire.

L'absence de données concernant les internes n'ayant pas subi d'atteinte (49,3% de l'effectif) n'a pas permis de réaliser une analyse statistique satisfaisante. Il aurait fallu, pour pouvoir par exemple étudier l'influence du milieu d'exercice sur le risque de survenue de violence, que la réponse "non" à la question "avez-vous subi une atteinte?" découle tout de

même sur une description du milieu d'exercice du praticien.

Les questions fermées, notamment dans la description des atteintes verbales qui ne pouvaient être que "incivilité, injure ou menace" ont pu entraîner une mésestimation de certains événements. Le problème de la définition de l'incivilité a été relevé dans d'autres travaux de thèse (17,18).

Le sentiment d'insécurité pouvant découler d'une situation vécue comme violente a pu de même entraîner une surestimation des situations décrites.

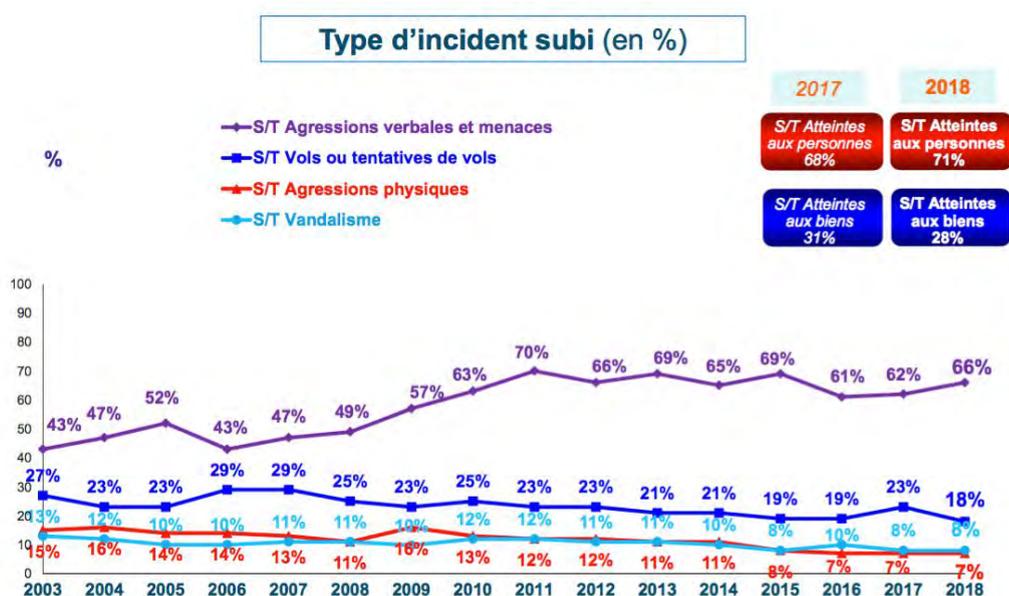
Une enquête qualitative auprès des internes ayant subi des actes de violence pourrait permettre une description plus précise des ces dernières ainsi qu'une meilleure analyse de leurs conséquences.

IV.2. Données de la littérature

IV.2.1. Type d'atteinte subie

Dans notre étude les internes ont principalement subi des atteintes verbales de la part des patients (50,7%). Cette donnée a été retrouvée dans les articles ou travaux de thèses (5,9,15,16,17,18,19,20,21,22,23) s'intéressant aux actes de violence subis par les médecins généralistes intégrés dans notre travail en France et concorde avec les résultats publiés par l'ONSM en 2018.

Figure 7. Graphique type d'incidents subis, ONSM 2018.



Ces données se retrouvent aussi à l'international notamment en Chine où une méta-analyse (24) a retrouvé une prévalence globale des atteintes verbales envers les professionnels de santé de 61,2%.

Cela concorde avec la prévalence retrouvée en Australie (25) par Koritsas et al (44%), Forest et al (26) en 2011 (58%), ou encore au Canada (27) où 98% des répondants avaient subi au moins un incident considéré comme mineur durant leur carrière (comportements irrespectueux, agression verbale, menaces verbales, humiliation)

Au Royaume-Uni l'une des premières enquêtes (28) réalisée en 1991 retrouvait que 62,9% des répondants avaient subi au moins une agression dans les 12 mois précédents. Ces incidents étaient à 91,3% des atteintes verbales ou des menaces sans atteinte physique.

Le cabinet est le lieu le plus fréquemment cité dans le cadre des agressions dans la littérature ainsi que dans notre étude, où la majorité des médecins ont subi des violences en consultation. Cela semble logique étant donné que la majorité des actes se réalise au cabinet médical. Il n'était pas possible dans notre questionnaire de préciser la proportion de visites réalisées dans le cadre du SASPAS, il peut donc y avoir une sous estimation de la déclaration des incidents en dehors du cabinet.

Dans les études qualitatives le sentiment d'insécurité est pourtant plus fort en visite ou lors des permanences de la PDSA ayant parfois pour conséquence une diminution du nombre de gardes réalisées (18). La question de la sécurité lors des gardes de la PDSA a d'ailleurs été un des seuls freins à l'installation des internes en médecine générale relevé concernant "l'insécurité en médecine générale" (14).

Cette perception de la violence plus importante en visite ou en garde se retrouve aussi à l'étranger notamment en Australie (29) où 22% des praticiens interrogés ont modifié leur pratique par un arrêt des visites après la journée de travail et 10,2% ont limité les visites en journées en réponse au risque de violence.

Les incivilités sont les atteintes les plus décrites dans notre étude (53,4%). Ce type d'atteinte verbale est aussi le plus retrouvé dans la littérature.

Il n'a pas été possible de déterminer si le milieu ou le mode d'exercice influençait le type d'atteinte verbale. Dans deux études françaises (9,30), les incivilités étaient plus fréquentes pour les praticiens installés en ZUS.

Dans des études menées en France (19,31,23) les médecins rapportaient "s'habituer" à la fréquence des atteintes verbales et notaient une perception de dégradation des conditions d'exercice (9,15,30,17).

Dans notre étude presque un tiers des internes déjà victimes d'une atteinte verbale en ont subi une deuxième. Il serait intéressant de réaliser une étude de plus grande envergure afin qu'ils puissent décrire l'ensemble des atteintes subies et les conditions dans lesquelles elles sont survenues.

L'impression que l'agressivité envers les médecins généralistes devient plus courante se retrouve aussi à l'étranger notamment en Bulgarie (32) où les médecins notaient une augmentation de 60% des comportements violents. Cette impression était aussi mise en avant

en France dans une étude de 2013 (23) : 36% des médecins interrogés considéraient que la violence avait augmenté sur les cinq dernières années de pratique.

IV.2.2. Milieu d'exercice

Les atteintes verbales décrites dans notre étude ont eu lieu à 26% en milieu urbain, 34,2% en milieu rural, 38,4% en milieu semi-rural, et 1,4% en ZUS. Seule la ZUS était définie dans le questionnaire.

Dans l'enquête de 2009 (16) les généralistes étaient plus nombreux à avoir été confrontés à des problèmes d'insécurité en ville, notamment en zone urbaine sensible (86,6%) et en centre ville (67,1%)

Les chiffres de l'ONSM de 2018 confirment cette impression avec 74% des incidents ayant eu lieu en milieu urbain (centre-ville et banlieue).

L'analyse qualitative menée en 2016 (30) par Mme Hoa notait aussi que la relation médecin-patient semblait plus pesante aux médecins en ville qu'en milieu rural.

En l'absence de données concernant le milieu d'exercice des internes n'ayant pas été victimes de violences dans notre étude, il n'a pas été possible d'étudier l'influence de ce facteur. L'absence de définition claire entre les différents lieux d'exercice, notamment le milieu semi-rural, a pu être un facteur de confusion pour les internes et entraîner ces résultats discordants. En fonction du lieu d'exercice, l'impression d'insécurité des médecins généralistes peut varier. Des travaux qualitatifs pour étudier le ressenti des généralistes en fonction de leur lieu d'exercice et la réalité des atteintes subies seraient intéressants.

IV.2.3. Motif des atteintes

Le déterminant principal des atteintes verbales subies dans notre étude était un refus de la part des internes. Ces données sont comparables avec celles retrouvées dans la littérature française ou internationale. Il n'y a que dans une étude conduite en Bulgarie (32) que le motif d'agression le plus fréquent envers le généraliste était lié à l'organisation du système de Santé Bulgare (problème d'accès au généraliste et au spécialiste, difficultés d'accès aux soins)

Ce déterminant peut être un des témoins de l'évolutivité de la relation Médecin-Malade où, malgré les droits et devoirs réciproques, le patient devient consommateur du service Médical.

Dans notre étude l'atteinte verbale a conduit à une prescription de conciliation dans 11% des cas et dans 0% des cas en cas d'atteinte aux biens matériels. Ce taux relativement faible malgré l'agressivité du patient montre que les internes ne souhaitent pas se cantonner au seul rôle de prescripteur.

La question de la légitimité des internes peut parfois être soulevée par les patients. Un interne a noté dans les remarques libres avoir eu la sensation d'être méprisé plusieurs fois par les patients et estimait qu'ils n'auraient pas agi ainsi avec le maître de stage. Un autre a signalé que le maître de stage avait reçu un courrier d'un patient remettant en doute ses connaissances et compétences. Dans notre étude le fait de ne pas avoir été prévenu que la consultation était assurée par un interne comme motif d'atteinte verbale n'a été retrouvé que dans 6,8% des cas. Cela montre que l'intégration des internes par les maître de stage est globalement acceptée dans le fonctionnement du cabinet.

Cette étude nous montre que les jeunes médecins sont exposés à la violence. Le jeune âge a été retrouvé comme facteur de risque significatif d'agression dans l'étude de Mme Elhaddad (16), dans la méta-analyse réalisée en Chine (24) et dans l'étude de Forrest et al (26) en Australie. Même si ces données ne se sont pas retrouvées dans d'autres travaux de thèse français cela montre une réalité de l'exposition dans l'exercice de la médecine générale. Il n'a pas été possible de réaliser une analyse statistique concernant l'âge des internes comme facteur de risque d'agression dans notre étude étant donné que 96,5% des répondants se situaient dans la même tranche d'âge. Des études de plus grande envergure menées conjointement avec les URPS pourraient permettre d'étudier ce facteur.

Les autres déterminants (problème relatif aux soins (11%), délai d'attente jugé trop long (9,6%) et état pathologique de l'agresseur (6,8%)) de l'atteinte verbale sont aussi retrouvés dans la littérature.

IV.2.4. Genre du praticien

La population recrutée dans notre étude était composée de 77,1% de femmes. L'atlas de la démographie médicale (33) de 2018 publié par l'Ordre des Médecins retrouve qu'environ 48,2% des médecins généralistes exerçant en France sont des femmes, cette proportion est en augmentation depuis 8 ans. Dans cette même spécialité chez les moins de 34 ans les femmes représentent 67% des effectifs. Les répondants à notre étude peuvent refléter la tendance actuelle de féminisation de la profession.

Les 73 atteintes verbales subies ont été rapportées à 79% par des femmes et 21% par des hommes. Les 2 atteintes aux biens matériels rapportées dans notre étude l'ont été par des femmes.

Dans notre étude le genre du praticien n'était pas corrélé à une augmentation statistiquement significative d'atteinte verbale (OR 1,31, $p=0,493$, IC=95% [0,6-2,86]).

Ces résultats sont concordant avec les résultats de travaux de thèses (9,30,15,23) réalisés en France entre 2007 et 2017 et avec une enquête menée en 2015 (31). Ces données se retrouvent aussi en Bulgarie où l'étude concernant la violence envers les professionnels de Santé en Soins Primaires (32) ne retrouve pas de corrélation entre le genre du praticien et le risque d'agression.

Elles se retrouvent dans une étude anglaise (34) de 2015 où le genre du praticien n'exposait pas à un risque d'agression plus important. Cette étude retrouvait cependant que le

genre du praticien influait sur le genre de l'assaillant : les hommes médecins étaient agressés à 89% par des patients hommes alors que les femmes médecins étaient agressées à 56% par des hommes.

Ces résultats n'ont pas été retrouvés dans notre étude. Cela peut-être dû à la taille de notre échantillon trop petite qui ne permettait pas d'exploiter ces données.

Au Canada (27) et en Nouvelle-Zélande (35) il a été retrouvé que les médecins hommes étaient plus à risque d'agression verbale ou physique que les femmes.

A l'inverse, une enquête de grande taille, interrogeant l'ensemble des médecins généralistes exerçant en Rhône-Alpes, menée en 2009 par le Dr ELHADDAD et l'URPS mettait en évidence que le genre du praticien était un facteur significatif ($p < 0,001$) d'agression, les femmes médecins étant plus exposées que les hommes.

Des enquêtes qualitatives (17,18,36) se sont intéressées en France au ressenti des femmes médecins généralistes face à l'insécurité dans l'exercice de leur pratique. Dans deux de ces études les médecins exprimaient qu'elles se sentaient plus vulnérables que les hommes. Malgré le fait qu'elles aient quasiment toutes subi au moins une atteinte cela ne provoquait pas de sentiment d'insécurité dans leur pratique.

Les femmes sont plus souvent exposées à un risque d'agression à connotation sexuelle (37) que les hommes selon les chiffres de référence du gouvernement. Ces données se retrouvent dans le milieu médical. Des études internationales en Australie (38,26), au Canada (39), en Angleterre (34) et en Nouvelle-Zélande (35) ont retrouvé que les femmes médecins étaient significativement plus à risque de subir un harcèlement ou une agression à connotation sexuelle.

Dans notre étude une seule interne a rapporté une atteinte verbale à connotation sexuelle. Dans les remarques libres plusieurs internes ont cependant fait remarquer avoir subi des comportements déplacés de la part de patients (cf verbatim), certains ayant pour conséquence un retrait de leur patientèle par le maître de stage ou un refus que le patient soit seul avec l'interne. Ces comportements vécus comme inadaptés ne correspondait pas pour les internes à la définition "atteinte verbale". On peut estimer une sous déclaration des ces cas dans notre étude, par le modèle du questionnaire qui ne proposait qu'incivilité, injure ou menace comme atteinte verbale et par la difficulté de définition de ce type de violence sans agressivité directe.

IV.2.5. Conséquences des actes de violence et stratégies de gestion de ces actes

Dans les conséquences personnelles secondaires aux atteintes verbales subies, 17,8% des internes ont signalé avoir acquis un moyen de défense personnel. Nous n'avions pas anticipé ce taux de réponse et nous n'avons donc pas demandé aux internes de préciser quel était ce moyen.

Des études ont retrouvé ce type d'adaptation en réaction à de la violence. Dans la thèse réalisée dans la région Toulousaine (9) certains médecins installés en ZUS avaient

adopté cette stratégie. On trouve aussi ce type de réponse à la violence dans une autre enquête en Australie (40).

Plusieurs internes ont noté que cette situation a généré de l'anxiété et de l'appréhension de se retrouver dans une situation similaire, jusqu'à la remise en question sur l'orientation professionnelle. Cette anxiété est évoquée dans les études françaises et internationales comme conséquence d'un acte de violence avec une prévalence allant de 30% à 80% en fonction des études. L'étude de Blériot (23) a mis en évidence que le fait d'avoir été exposé à un fait de violence favorise la crainte de celle-ci.

L'impact personnel peut prendre différentes formes, altérant la satisfaction et la qualité de vie au travail et pouvant aller jusqu'au burn-out (30). L'évaluation de cet impact a été conduite en Chine (41) et retrouvait que la violence sur le lieu de travail était statistiquement associée à une intention de changement de carrière, de burn-out et d'altération de la satisfaction au travail ($p < 0,01$).

Ces chiffres peuvent nous alerter quant au ressenti d'insécurité généré par une atteinte verbale allant jusqu'à un besoin de protection et nécessiteraient une étude spécifique sur les stratégies d'adaptation des internes aux actes de violence et surtout sur leur ressenti.

Malgré ces résultats la plus grande majorité des internes n'a pas déclaré de conséquences personnelles ou sur le terrain de stage suite à l'incident subi. Un seul interne a déclaré avoir eu besoin d'un suivi médical et un seul a déclaré avoir eu besoin d'un suivi psychologique.

Un rapport de 2015 (31) retrouve que les médecins déclarent peu les incidents dont ils ont été victimes. On peut donc estimer que les chiffres publiés par l'Ordre des Médecins, malgré l'augmentation des déclarations, sont encore en deçà de la réalité. Les médecins ne déclarent pas les agressions subies par manque de connaissances des structures existantes comme l'ONSM et aussi par manque d'intérêt. Cette situation est aussi vraie à l'international. Au Canada (42) $\frac{3}{4}$ des médecins ayant subi une agression dans le mois n'ont pas recherché d'aide et 64% n'ont pas déclaré l'incident. On retrouve dans notre étude le fait que les internes connaissent peu les structures existantes.

Une meilleure médiatisation auprès des professionnels de Santé de ces outils de prévention pourrait être bénéfique.

Le recours au maître de stage restait la première stratégie de gestion de l'acte violent dans notre étude (89% des cas lors d'une atteinte verbale, 100% lors de l'atteinte aux biens matériels). Des internes ont souligné dans les remarques libres le soutien des MdS et que la discussion avec le praticien avait permis de relativiser les atteintes subies. Le recours aux pairs par les AEP n'a pas été une solution forcément privilégiée par les internes. Cela tend à rejoindre les études françaises ou au final peu de médecins partageaient avec leur pairs ou avec les autorités les incidents subis. On peut penser que le rôle bien défini du MdS ainsi que la réalisation quasi systématique des débriefings permet quand même une discussion autour des événements et peut avoir des effets positifs quant à la gestion des conséquences.

La mise en place de mesures particulières suite à un incident n'est pas systématique. La principale réaction retrouvée dans notre étude et dans la littérature est le refus de revoir le patient en consultation ou en visite. Cette prise de distance avec le patient a été évoquée dans de nombreuses études. Il peut être nécessaire lorsque le médecin est confronté à de l'agressivité suite à un refus de sa part d'évoquer la possibilité de rupture du contrat tacite Médecin-Patient si ce dernier n'est pas satisfait de sa prise en charge. Cela pourrait être une solution pour diminuer le risque d'agressions.

L'enquête de Mme Elhaddad avait mis en évidence que la mise en place de mesures concernait 17,7% des généralistes victimes de violence, principalement en réponse à la répétition d'incidents ($p < 0,001$). L'impact de celles-ci semblait peu satisfaisant dans cette étude puisque seulement un médecin sur 4 relevait une amélioration. Les principales mesures de prévention retrouvées dans les études françaises sont la restriction d'exercice, la pratique en cabinet de groupe, la prescription de conciliation et enfin la sécurisation du cabinet avec la mise en place d'alarmes ou de vidéosurveillance.

Une étude Australienne de 2006 (40), sur la réponse des médecins généralistes à la menace de violence dans leur pratique a mis en évidence trois types de stratégies :

Les Stratégies primaires qui consistent à éviter le conflit par :

- la restriction de pratique et des mesures de découragement de la violence : travail en groupe et augmentation des tarifs.

Les stratégies secondaires qui consistent à prévenir les agressions et diminuer le niveau de violence par :

- les prescriptions de conciliation, l'interruption des consultations, le développement de techniques de communication

Les stratégies tertiaires qui consistent à gérer la violence par :

- la mise en place de systèmes d'alarmes, l'apprentissage de techniques de "self-défense".

On retrouve donc à l'international les principales stratégies mises en place en France (mis à part l'augmentation des tarifs).

Au Royaume-Uni, où l'étude de la violence envers les médecins généralistes se fait depuis les années 90, il existe depuis 1999 une campagne anti-violence envers les Professionnels de Santé, la "NHS zero tolerance campaign"(43). Malgré cette règle afin que les médecins généralistes ne considèrent pas la violence comme faisant partie de leur travail et le soutien des autorités il persiste une sous déclaration des événements (44) et il a même été retrouvé dans une autre étude une tolérance de la violence verbale chez 25% des médecins interrogés (45).

Nous n'avons pas demandé aux internes s'ils envisageaient dans leur pratique future un aménagement de leur cabinet ou de leur mode d'exercice en fonction des atteintes subies. Cependant, un interne a notifié dans les remarques libres que le risque de violence faisait qu'il ne remplaçait jamais de praticien exerçant seul. Il serait intéressant d'évaluer chez les jeunes médecins si leur mode d'installation et l'aménagement du cabinet a été conditionné par une atteinte subie.

Enfin il ressort dans la littérature nationale et internationale une demande de formation de la part des médecins victimes, notamment en raison de l'absence d'apprentissage dans le cursus initial. Cette formation peut passer par la gestion d'une situations de crise, l'apprentissage de techniques de communication afin de désamorcer des situations pouvant dégénérer jusqu'à l'apprentissage de techniques de "self-défense". Dans notre étude les internes pensent en majorité qu'une formation à la gestion des actes de violence aurait pu leur être bénéfique. Il a été noté dans les remarques libres que le programme de formation était déjà dense et que le format "cours" n'était pas forcément approprié. Dans le cadre de la formation médicale continue il y a peu de formations disponibles pour ce thème, par contre des formations en gestion de l'agressivité par des organismes de formations privés non spécifiques au milieu médical existent (46). Il serait intéressant d'évaluer la demande réelle, la possibilité et les moyens de réalisation et de mise en place de ce type de formation.

V. CONCLUSION

La question des actes de violence subis dans l'exercice de la Médecine Générale est de plus en plus étudiée. Les dispositions mises en place par les autorités comme l'Observatoire National de la Sécurité des Médecins créé en 2002 par l'Ordre des Médecins veulent apporter un recensement et des solutions aux médecins victimes. En 2018, 1126 incidents ont été déclarés à l'Observatoire, dont 70% ont été rapportés par des médecins généralistes. La formation actuelle des internes en médecine générale veut privilégier l'exercice en ambulatoire. En l'absence de données retrouvées concernant les actes de violences subis par les internes en médecine générale en France, notre étude avait pour objectif principal de mesurer la prévalence de ces actes en consultation lors de leur stage en SASPAS en région ex Midi-Pyrénées. C'était une étude descriptive rétrospective qui interrogeait par auto-questionnaire les internes de médecine générale des promotions de 2013, 2014 et 2015 dépendants du DUMG de Toulouse.

Sur les 144 réponses reçues, aucun interne n'a subi d'atteinte physique, 2 internes ont subi une atteinte aux biens matériels et 73 (50,7%) ont subi des atteintes verbales. Ces atteintes étaient des incivilités à 53,4%. Le principal déterminant de l'atteinte verbale était un refus de la part de l'interne (63%). L'évocation de l'incident au maître de stage a été quasi systématique, la principale conséquence sur le terrain de stage était un refus de revoir le patient par la suite (47,9%). Sur le plan personnel il n'y a pas eu de conséquences pour 72,6% des internes mais 17,8% ont acquis un moyen de défense. 79,7% des internes pensaient qu'un cours sur la gestion des actes de violence dans le cadre de la formation du DES aurait pu leur être bénéfique. La connaissance par les internes des structures et recours existants était faible. Il n'a pas été trouvé de données statistiquement significatives associées au risque de violence.

La majorité des résultats de notre étude correspondent aux données de la littérature française et internationale. Le médecin généraliste est exposé à la violence, celle-ci étant principalement verbale, et le déterminant étant majoritairement un refus de la part du praticien. Ce motif est un indice de l'évolution de la relation Médecin-Patient. Malgré l'impression de vulnérabilité pour certains praticiens, de dégradation des conditions d'exercice et de tolérance de la violence retrouvées dans certaines études, les médecins déclarent peu les incidents aux autorités Sanitaires et Judiciaires et relatent peu de conséquences personnelles. Cependant le risque de violence peut entraîner des restrictions d'exercice avec notamment la diminution des visites et des gardes et donc des inégalités d'accès aux soins.

Il n'y avait pas dans notre étude de données statistiquement associées à un risque de violence. Cela est en désaccord avec certaines études où le genre féminin et le jeune âge du praticien exposaient à plus de violence. Des enquêtes de plus grande envergure en France seraient intéressantes pour dresser un réel état des lieux des violences subies.

L'envie de formation des médecins à la gestion de la violence ressort, que ce soit dans le cadre de la formation initiale ou continue. Peu de médecins (internes ou installés) connaissent les différents recours et structures mises en place par les autorités. Une meilleure médiatisation de ces moyens de prévention et de gestion des actes violents pourrait être un enjeu, de même que la mise en place de formations spécifiques.

Vu & approuvé
à Toulouse le 12/09/19
Professeur Marie Eve ROUGE BUGAT
11 Avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADELI : 31 1 11793 1
N° RPPS : 30100079234

Toulouse, le 16/09/19
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie SERRANO

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | Violence [Internet]. WHO. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
2. costargent,vernerey. rapport sur les violences subies par les professionnels de santes [Internet]. 2001. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000093.pdf>
3. vacas f. Observatoire de la sécurité des Médecins 2016 . [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.conseil-national.Médecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_Médecins_2016.pdf
4. Lutte contre l'insécurité des Médecins : l'ONSM membre du nouvel Observatoire des violences en milieu de santé | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.Médecin.fr/article/lutte-contre-l-insecurite-des-Médecins-l-onsm-membre-du-nouvel-observatoire-des-violences-en-milieu-1156>
5. cnom_observatoire_securite_2018.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.Médecin.fr/sites/default/files/cnom_observatoire_securite_2018.pdf
6. Guide relatif à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en secteur de soins - guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf
7. Protocole professions de santé version 4 pages.indd - Protocole_professions_de_sante_ordres.pdf [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.Médecin.fr/sites/default/files/Protocole_professions_de_sante_ordres.pdf
8. Définition - Zone urbaine sensible / ZUS | Insee [Internet]. [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1679>
9. Echeberz Riollot T. Médecine et insécurité: étude de l'insécurité et de l'exercice de la Médecine générale dans les zones urbaines sensibles de l'agglomération toulousaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2007.
10. Circulaire ARS-DRJSCS 12-02-2010 - instruction_141_130411.pdf [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_141_130411.pdf
11. formation-des-img.pdf [Internet]. [cité 8 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
12. Parent K. Que faire des violences rapportées par les étudiants ? Éthique Santé. sept 2013;10(3):155-62.
13. le breton-lerouillois g. Santé et jeunes Médecins - sante_et_jeunes_Médecins.pdf [Internet]. 2016 juin [cité 2 sept 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.Médecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_Médecins.pdf
14. Devenirinternes_20140522.pdf [Internet]. [cité 6 juin 2018]. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/ARS_Alsace/2014/Devenirinternes_20140522.pdf

15. Pellegrino J. L'insécurité en Médecine générale dans les Bouches-du-Rhône et les Alpes de Haute-Provence: enquête rétrospective sur deux ans (2010 et 2011) [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2012.
16. Elhadad Michel M. L'Insécurité en Médecine générale en Rhône-Alpes: étude rétrospective auprès des Médecins généralistes de la région [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2009.
17. fanara a, =université Henri Poincaré Nancy 1. Nancy. FRA / com. Violence des patients : ressenti et vécu des femmes Médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. 2012.
18. Kiss C. Sentiment d'insécurité chez les femmes Médecins généralistes: Etude qualitative dans les Bouches-du-Rhône [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014.
19. Amalia Alamé. Médecins généralistes victimes de violences en cabinet, ressources utilisées pour faire face aux agressions: étude qualitative réalisée auprès de 14 Médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Internet]. [Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2016 [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01380955>
20. Mahon-Ferreira C. L'insécurité en Médecine générale dans l'Oise: étude rétrospective auprès d'un échantillon de 300 Médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2012.
21. Delgatte F. Violence à l'encontre des spécialistes de Médecine générale des Hauts-de-France dans l'exercice de leur profession: représentations et ressources dont ils disposent [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
22. Fasciaux F. L'insécurité en Médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2009.
23. Blériot E. L'insécurité en Médecine générale en Loire-Atlantique: état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
24. Lu L, Dong M, Wang S-B, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, et al. Prevalence of Workplace Violence Against Health-Care Professionals in China: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Surveys: Trauma Violence Abuse [Internet]. 27 mai 2018 [cité 27 août 2019]; Disponible sur: https://journals-sagepub-com-s.docadis.ups-tlse.fr/doi/abs/10.1177/1524838018774429?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=tvaa
25. Koritsas S, Coles J, Boyle M, Stanley J. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. *Br J Gen Pr.* 1 déc 2007;57(545):967-70.
26. Forrest LE, Herath PM, McRae IS, Parker RM. A national survey of general practitioners' experiences of patient-initiated aggression in Australia. *Med J Aust.* 6 juin 2011;194(11):605-8.
27. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians. *Can Fam Physician.* mars 2010;56(3):e101-8.
28. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *Br Med J.* 9 févr 1991;302(6772):329-32.

29. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(2):336-42.
30. Hoa TP, Zerbib Y. Comment les Médecins généralistes appréhendent-ils les incivilités en cabinet ? Enquête qualitative auprès de 12 Médecins généralistes du Rhône. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
31. Clinet M-L, Vaysse B, Gignon M, Jarde O, Manaouil C. Violences subies par les Médecins généralistes exerçant en libéral : sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens.
<https://www-em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues07554982unassignS0755498215002961> [Internet]. 2 juill 2015 [cité 20 oct 2017]; Disponible sur:
<https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/988117/resultatrecherche/1>
32. Dimitrova DD, Kyrov LK, Ivanova NG. Violence towards doctors in Bulgaria - pilot results on general practitioners views. *Folia Med (Plovdiv).* déc 2011;53(4):66-73.
33. *cnom_atlas_2018_0.pdf* [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur:
https://www.conseil-national.Médecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
34. Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: a gendered risk? *Sociol Health Illn.* mars 2016;38(3):426-41.
35. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: one-year prevalence. *N Z Med J.* 7 juill 2006;119(1237):U2050.
36. Hayet A. Insécurité et vulnérabilité: ressenti des femmes Médecins généralistes en Ille-et-Vilaine : enquête qualitative par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
37. l'Intérieur M de. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2018 [Internet].
<http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2018>. Disponible sur:
<http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2018>
38. Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. Rural General Practitioner Experience of Work-Related Violence in Australia. *Aust J Rural Health.* 1 oct 2003;11(5):231-6.
39. Phillips SP, Schneider MS. Sexual Harassment of Female Doctors by Patients [Internet].
<https://dx-doi-org.docadis.ups-tlse.fr/10.1056/NEJM199312233292607>. 2010 [cité 21 août 2019]. Disponible sur:
<https://www-nejm-org-s.docadis.ups-tlse.fr/doi/full/10.1056/NEJM199312233292607>
40. Magin P, Adams J, Ireland M, Joy E, Heaney S, Darab S. The response of general practitioners to the threat of violence in their practices: results from a qualitative study. *Fam Pract.* juin 2006;23(3):273-8.
41. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health Qual Life Outcomes.* 30 mai 2019;17(1):93.
42. Sibbald B. Workplace violence is not part of a doctor's job. *CMAJ Can Med Assoc J.* 6 févr 2017;189(5):E184.
43. October 1999 21. « NHS zero tolerance zone » campaign [Internet]. *Health Service Journal.* Disponible sur:
<https://www.hsj.co.uk/home/nhs-zero-tolerance-zone-campaign/31230.article>

44. Elston MA, Gabe J, Denney D, Lee R, O'Beirne M. Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. *Sociol Health Illn.* 1 sept 2002;24(5):575-98.
45. Ness GJ, House A, Ness AR. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *BMJ.* 27 mai 2000;320(7247):1447-8.
46. Utilisateur S. Gestion de la violence et de l'agressivité [Internet]. Disponible sur: <https://ifts-asso.com/les-ateliers-de-l-ifts/gestion-violence-agressivite>

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de recueil des incidents

Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

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

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

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

PRÉVALENCE DES ACTES DE VIOLENCE DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE CHEZ LES INTERNES EN SASPAS EN EX MIDI-PYRENEES.

Actuellement en post internat, je réalise ma thèse sur les violences (qu'elles soient verbales, physiques ou matérielles) subies dans le cadre de l'exercice médical en SASPAS. En effet l'exposition du professionnel de santé, et notamment du médecin généraliste, à la violence des patients est de plus en plus reconnue, elle a fait l'objet de plusieurs thèses et les autorités sanitaires et judiciaires ont créé plusieurs recours pour les praticiens. Dans un contexte où l'on favorise les stages en ambulatoire et ayant été sensibilisée durant mon internat à ces situations de vulnérabilité, je souhaite en réaliser un état des lieux en interrogeant les médecins ayant terminé leur internat depuis moins de trois ans.

Ce questionnaire est anonyme et nécessitera moins de 5 minutes.

En vous remerciant de votre participation.

*Obligatoire

1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Si vous n'avez pas réalisé de stage en SASPAS merci de ne pas répondre à ce questionnaire.

1. Vous êtes *

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

2. Votre âge lors du stage en SASPAS *

3. Vous avez fait *

Une seule réponse possible.

- Un stage en SASPAS
 Deux stages en SASPAS

2. ATTEINTE PHYSIQUE

L'atteinte physique est définie comme un acte violent, destiné à blesser la personne ou ce qu'elle représente, en portant atteinte à son intégrité physique.

4. Avez-vous subi, dans le cadre de l'exercice de la Médecine Générale en SASPAS, une atteinte physique ? *

Une seule réponse possible.

- OUI Passez à la question 5.
 NON Passez à la question 20.

Description de l'atteinte physique

5. Cette atteinte à eu lieu *

Une seule réponse possible.

- Au cabinet
- En visite
- En dehors de votre temps d'exercice

6. Mode d'exercice du praticien *

Zone urbaine sensible = territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires.

Une seule réponse possible.

- Milieu rural
- Milieu semi-rural
- Milieu urbain
- Zone urbaine sensible

7. Mode d'exercice du praticien *

Une seule réponse possible.

- Praticien exerçant seul
- Praticien exerçant en cabinet de groupe

8. Mode d'exercice du praticien *

Une seule réponse possible.

- Absence de secrétariat
- Secrétariat uniquement téléphonique
- Secrétariat uniquement physique
- Secrétariat physique et téléphonique

9. Qui était l'auteur de cette atteinte ? (si autre, précisez) *

Une seule réponse possible.

- Le patient
- Un accompagnant
- Autre : _____

10. Était-ce : *

Une seule réponse possible.

- Un homme ?
- Une femme ?

11. **Quel était le déterminant de cette atteinte ? ***

Une seule réponse possible.

- Un refus de votre part (certificat, prescription, arrêt de travail)
- Un problème relatif aux soins (retard de diagnostic, insatisfaction)
- Un délai d'attente jugé trop long
- Un délai de rendez-vous (consultation ou visite) jugé trop long
- Un état pathologique de l'agresseur (addiction, pathologie psychiatrique)
- Un patient non prévenu de la consultation par un interne
- Un problème en rapport avec le paiement de l'acte médical
- Une atteinte aux biens (vol, tentative de vol)
- Un comportement inadapté à connotation sexiste
- Un comportement inadapté à connotation religieuse ou raciale
- Un comportement inadapté (tentative de séduction, harcèlement)

Recours au maître de stage

12. **En avez-vous parlé à votre maître de stage ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. **Comment avez-vous eu recours à votre maître de stage ? ***

Une seule réponse possible.

- Pas d'intervention d'intervention de votre maître de stage
- Intervention téléphonique de votre maître de stage
- Intervention physique de votre maître de stage
- Discussion au moment du debriefing

Suites et conséquences de cette atteinte

14. **Quelle suite immédiate avez-vous donnée à cette atteinte ? (si autre, précisez) ***

Une seule réponse possible.

- Fin normale de la consultation ou de la visite
- Interruption de la consultation ou de la visite
- Interruption des consultations ou des visites suivantes
- Recours aux forces de Police
- Autre : _____

15. **Cette atteinte a-t-elle conduit à une prescription de conciliation non justifiée selon vous (ordonnance ou certificat) ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

16. **Quelle a été la conséquence sur le terrain de stage de cet acte ? (si autre, précisez) ***

Une seule réponse possible.

- Pas de conséquence particulière
- Refus de revoir le patient en consultation
- Refus de revoir le patient en visite
- Refus de visite systématique sur ce terrain de stage
- Consultations à 2 avec le maître de stage
- Mise en arrêt de travail
- Autre : _____

17. **Quelle a été la conséquence personnelle de cet acte ? (si autre, précisez) ***

Une seule réponse possible.

- Pas de conséquence particulière
- Acquisition d'un moyen de défense personnel
- Nécessité d'un suivi médical
- Nécessité d'un suivi psychologique
- Autre : _____

18. **Quelle(s) a(ont) été(s) la(les) conséquence(s) administrative(s) de cet acte ? (si autre, précisez) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Pas de conséquence administrative
- Déclaration au Conseil de l'Ordre
- Plainte ou main courante (ou autre démarche judiciaire)
- Déclaration à l'assureur
- Autre : _____

19. **Avez-vous subi une deuxième atteinte physique ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

3. ATTEINTE AUX BIENS MATERIELS

L'atteinte aux biens matériels se définit comme toute atteinte concernant le cabinet (tentative de vol, vol, dégradation des locaux, du matériel médical ou informatique) ou le véhicule du praticien et/ou de l'interne (tentative de vol, vol, dégradation)

20. **Avez-vous subi, dans le cadre de l'exercice de la Médecine Générale en SASPAS une atteinte aux biens matériels ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 21.
- Non Passez à la question 36.

Description de l'atteinte aux biens matériels

21. Cette atteinte à eu lieu *

Une seule réponse possible.

- Au cabinet
- En visite
- En dehors de votre temps d'exercice

22. Mode d'exercice du praticien *

Zone urbaine sensible = territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires.

Une seule réponse possible.

- Milieu rural
- Milieu semi-rural
- Milieu urbain
- Zone urbaine sensible

23. Mode d'exercice du praticien *

Une seule réponse possible.

- Praticien exerçant seul
- Praticien exerçant en cabinet de groupe

24. Mode d'exercice du praticien *

Une seule réponse possible.

- Absence de secrétariat
- Secrétariat uniquement téléphonique
- Secrétariat uniquement physique
- Secrétariat physique et téléphonique

25. Qui était l'auteur de cette atteinte ? (si autre, précisez) *

Une seule réponse possible.

- Le patient
- Un accompagnant
- Autre : _____

26. Etait-ce : *

Une seule réponse possible.

- Un homme ?
- Une femme ?

27. **Quel était le déterminant de cette atteinte ? ***

Une seule réponse possible.

- Un refus de votre part (certificat, prescription, arrêt de travail)
- Un problème relatif aux soins (retard de diagnostic, insatisfaction)
- Un délai d'attente jugé trop long
- Un délai de rendez-vous (consultation ou visite) jugé trop long
- Un état pathologique de l'agresseur (addiction, pathologie psychiatrique)
- Un patient non prévenu de la consultation par un interne
- Un problème en rapport avec le paiement de l'acte médical
- Une atteinte aux biens (vol, tentative de vol)
- Un comportement inadapté à connotation sexiste
- Un comportement inadapté à connotation religieuse ou raciale
- Un comportement inadapté (tentative de séduction, harcèlement)

Recours au maître de stage

28. **En avez-vous parlé à votre maître de stage ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

29. **Comment avez-vous eu recours à votre maître de stage ? ***

Une seule réponse possible.

- Pas d'intervention d'intervention de votre maître de stage
- Intervention téléphonique de votre maître de stage
- Intervention physique de votre maître de stage
- Discussion au moment du debriefing

Suites et conséquences de cette atteinte

30. **Quelle suite immédiate avez-vous donnée à cette atteinte ? (si autre, précisez) ***

Une seule réponse possible.

- Fin normale de la consultation ou de la visite
- Interruption de la consultation ou de la visite
- Interruption des consultations ou des visites suivantes
- Recours aux forces de Police
- Autre : _____

31. **Cette atteinte a-t-elle conduit à une prescription de conciliation non justifiée selon vous (ordonnance ou certificat) ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

32. **Quelle a été la conséquence sur le terrain de stage de cet acte ? (si autre, précisez) ***

Une seule réponse possible.

- Pas de conséquence particulière
- Refus de revoir le patient en consultation
- Refus de revoir le patient en visite
- Refus de visite systématique sur ce terrain de stage
- Consultations à 2 avec le maître de stage
- Mise en arrêt de travail
- Autre : _____

33. **Quelle a été la conséquence personnelle de cet acte ? (si autre, précisez) ***

Une seule réponse possible.

- Pas de conséquence particulière
- Acquisition d'un moyen de défense personnel
- Nécessité d'un suivi médical
- Nécessité d'un suivi psychologique
- Autre : _____

34. **Quelle(s) a(ont) été(s) la(les) conséquence(s) administrative(s) de cet acte ? (si autre, précisez) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Pas de conséquence administrative
- Déclaration au Conseil de l'Ordre
- Plainte ou main courante (ou autre démarche judiciaire)
- Déclaration à l'assureur
- Autre : _____

35. **Avez-vous subi une deuxième atteinte aux biens matériels ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

4. ATTEINTE VERBALE

36. **Avez-vous subi, dans le cadre de l'exercice de la Médecine Générale en SASPAS, une atteinte verbale? ***

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 37.
- Non Passez à la question 53.

Description de l'atteinte verbale

37. Qualifieriez-vous cette atteinte : *

Une seule réponse possible.

- D'incivilité ? (L'incivilité se définit comme un comportement qui ne respecte pas une partie ou l'ensemble des règles de vie en communauté telles que le respect d'autrui, la politesse ou la courtoisie)
- D'injure ? (L'injure se définit comme une parole directement et délibérément adressée à une personne pour l'offenser)
- De menace (de violence physique ou autre)

38. Cette atteinte à eu lieu *

Une seule réponse possible.

- Au cabinet
- En visite
- En dehors de votre temps d'exercice

39. Mode d'exercice du praticien *

Zone urbaine sensible = territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires.

Une seule réponse possible.

- Milieu rural
- Milieu semi-rural
- Milieu urbain
- Zone urbaine sensible

40. Mode d'exercice du praticien *

Une seule réponse possible.

- Praticien exerçant seul
- Praticien exerçant en cabinet de groupe

41. Mode d'exercice du praticien *

Une seule réponse possible.

- Absence de secrétariat
- Secrétariat uniquement téléphonique
- Secrétariat uniquement physique
- Secrétariat physique et téléphonique

42. Qui était l'auteur de cette atteinte ? (si autre, précisez) *

Une seule réponse possible.

- Le patient
- Un accompagnant
- Autre : _____

43. Était-ce : *

Une seule réponse possible.

- Un homme ?
 Une femme ?

44. Quel était le déterminant de cette atteinte ? *

Une seule réponse possible.

- Un refus de votre part (certificat, prescription, arrêt de travail)
 Un problème relatif aux soins (retard de diagnostic, insatisfaction)
 Un délai d'attente jugé trop long
 Un délai de rendez-vous (consultation ou visite) jugé trop long
 Un état pathologique de l'agresseur (addiction, pathologie psychiatrique)
 Un patient non prévenu de la consultation par un interne
 Un problème en rapport avec le paiement de l'acte médical
 Une atteinte aux biens (vol, tentative de vol)
 Un comportement inadapté à connotation sexiste
 Un comportement inadapté à connotation religieuse ou raciale
 Un comportement inadapté (tentative de séduction, harcèlement)

Recours au maître de stage

45. En avez-vous parlé à votre maître de stage ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

46. Comment avez-vous eu recours à votre maître de stage ? *

Une seule réponse possible.

- Pas d'intervention d'intervention de votre maître de stage
 Intervention téléphonique de votre maître de stage
 Intervention physique de votre maître de stage
 Discussion au moment du debriefing

Suites et conséquences de cette atteinte

47. Quelle suite immédiate avez-vous donnée à cette atteinte ? (si autre, précisez) *

Une seule réponse possible.

- Fin normale de la consultation ou de la visite
 Interruption de la consultation ou de la visite
 Interruption des consultations ou des visites suivantes
 Recours aux forces de Police
 Autre : _____

48. Cette atteinte a-t-elle conduit à une prescription de conciliation non justifiée selon vous (ordonnance ou certificat) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

49. Quelle a été la conséquence sur le terrain de stage de cet acte ? (si autre, précisez) *

Une seule réponse possible.

- Pas de conséquence particulière
 Refus de revoir le patient en consultation
 Refus de revoir le patient en visite
 Refus de visite systématique sur ce terrain de stage
 Consultations à 2 avec le maître de stage
 Mise en arrêt de travail
 Autre : _____

50. Quelle a été la conséquence personnelle de cet acte ? (si autre, précisez) *

Une seule réponse possible.

- Pas de conséquence particulière
 Acquisition d'un moyen de défense personnel
 Nécessité d'un suivi médical
 Nécessité d'un suivi psychologique
 Autre : _____

51. Quelle(s) a(ont) été(s) la(les) conséquence(s) administrative(s) de cet acte ? (si autre, précisez) *

Plusieurs réponses possibles.

- Pas de conséquence administrative
 Déclaration au Conseil de l'Ordre
 Plainte ou main courante (ou autre démarche judiciaire)
 Déclaration à l'assureur
 Autre : _____

52. Avez-vous subi une deuxième atteinte verbale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

5. Ressources

53. Avez-vous évoqué l'atteinte (les atteintes) subie(s) au cours d'un Atelier d'échange de Pratiques (AEP) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

54. **Connaissez-vous l'Observatoire National de Sécurité des Médecins ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

55. **Connaissez-vous le guide Guide relatif à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en secteur de soins ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

56. **Avez-vous eu dans votre cursus une formation sur la gestion des actes de violence dans l'exercice de votre fonction ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

57. **Si vous avez répondu oui à la question précédente , dans quel cadre avez-vous reçu cette formation ? (si autre précisez)**

Une seule réponse possible.

- Cours de DES de Médecine Générale
 Formation par le Maître de Stage en ambulatoire
 Formation dans le cadre d'un stage hospitalier
 Demande personnelle de formation
 Autre : _____

58. **Pensez-vous qu'un cours dans le cadre de la formation initiale du DES concernant la gestion des actes de violence aurait pu vous être bénéfique dans votre pratique ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

59. **Remarques libres**

Annexe 3. Remarques libres :

“Travail de qualité”

“Bon courage !!!”

“Je ne sais pas si ce sont des "violences" mais les patients qui se plaignent de retard sont très fréquents, interne en saspas ou pas, de façon plus ou moins agressive.

J'ai eu un patient en étant en saspas dans un cabinet seul, sans secrétaire lors de la consultation, qui venait au final pour que je lui palpe les testicules (motif de trauma et douleurs), et qui y prenait visiblement plaisir. Il est venu 2 fois avec moi et 1 fois avec l'interne femme suivante (entre nous l'interne homme ne l'a pas vu). Après ça le maître de stage l'a fiché et ne veut pas que l'interne le voit sans lui. Est ce de la violence ?...”

“Actuellement je ne remplace jamais en cabinet seul, en partie pour ces raisons.”

“La question 1 de la partie 5 ne peut pas avoir de réponse si il n'y a pas eu de cas de violence”

“Sujet de thèse très intéressant”

“bon courage pour ta thèse !”

“Très bon questionnaire, peut être certaines questions pourraient ne pas être exclusives !”

“Gestion de la colère des patients”

“Mon âge plus avancé qu'un interne « traditionnel » en SASPAS et un physique plutôt imposant m'ont peut être mis à l'abri des violences(?)”

“Problème récurrent dans certains stages selon l'éducation de la patientèle. Pour ma part les MSU n'ont pas exclus les patients de leur patientèle mais parce que j'ai cédé rapidement si demande ayant peu d'incidence (prescription d'antibio, AT). Je ne vais pas me faire taper dessus pour 1 jour d'IJ ou une prescription d'amox. On reverra le sujet d'éduquer correctement et sanctionner les patients quand ce sera ma patientèle. Je laisse les MSU gérer leurs indésirables.”

“Je n'ai jamais été insultée par contre j'ai pu être méprisée par certains patients et je pense que leurs comportements auraient été différents s'ils avaient été reçus par leur Médecin traitant.”

“Je ne pense pas qu'un cours soit le format le plus adapté, les AEP me semblent plus pertinents. Cela permet de discuter en petits groupes de situations vécues, le meilleur moyen pour mettre en lumière les mécanismes qui sous tendent la violence et les façons d'y répondre”

“C'est dommage que l'on ne puisse répondre qu'une seule réponse au type de violence subie car les incivilités ne sont pas rares et si on a au moins 2 sur une thématique différente on doit choisir une seule raison cette question aurait pu être à choix multiples pour faire des stats dessus, en tout cas bon courage pour la suite”

“j'ai eu un cas d'un patient avec atcd psychologique mal étiqueté qui était venu en consultation pour douleur OGE et qui était en erection,, aucune douleur il venait juste pour se montrer ... en insistant sur le fait qu'il avait eu dès douleur après un rapport à cause de son "gros penis", il insistait beaucoup sur ça, et voulait vraiment que je regarde je l'ai considéré

comme une "agression d'attitude et verbale" par des propos insistant et répétés”

“Jamais confrontée.”

“J'ai reçu un courrier d'un patient qui était limite insultant pendant mon SASPAS, mais qui remettait en tout cas en cause mes connaissances et mon diagnostic et se voulait rabaisant. J'en ai parler avec mes maîtres de stage donc ça ne m'a pas ébranlé plus que cela mais sur le moment je l'ai vécu comme une violence.

Bonne continuation”

“,)”

“J'ai pu compter sur le soutien incontestable de mon maître de stage et de des collègues”

“Les violences sont souvent la conséquence d'un échange mal géré : plutôt cours sur la gestion de ses émotions et la gestions du patient difficile, en préventif de ce type d'acte de violence”

“La violence s'exerce bien plus frequemment dans l'autre sens...”

“Le problème est peut-être plus global avec la gestion de la violence en général et à mettre en lien avec l'investigation de violences vécues par des patients. Le programme de formation est déjà dense et il faudrait voir de quel façon cette problématique peut s'aborder au cours du cursus.”

“Lors d'un AEP, nous avons évoqué les agressions verbales. Techniques de communication évoquées qui par la suite m'ont été très utiles lors de moment de tensions avec les patients : crever l'abcès d'emblée pour montrer qu'on a perçu la colère l'énervement du patient, souvent par la suite ça se passe bien.”

VIOLENT ACTS UNDERGONE BY GENERAL PRACTICE TRAINEES IN PRIMARY CARE : AN OVERVIEW

ABSTRACT

Introduction : Violence towards General Practitioners is more and more common. In order to support and to make an inventory of these acts Sanitary authorities created in 2002 the National Observatory for the Safety of Doctors (NOSD). The internship of General Practice promotes primary care traineeship, without data found we did an epidemiologic research to find the prevalence of violent acts undergone by residents during their training in primary care in former Midi-Pyrénées.

Methods : We interrogated by a self-administered survey residents in General Practice from promotions 2013 to 2015 that depended of the University Department of General Practice of Toulouse between may and july 2019 by facebook and mails.

Results : Over the 144 responses (participation rate 28,3%) no one suffered from physical abuse. Two witnessed property damage. 50,7% experienced verbal abuse from patients (83,6%) or their family (16,4%). Verbal abuse were incivilities at 53,4%. The main reason of verbal abuse was when something was denied from the patient by the Practitioner (63%). There were no consequences of this abuse for 72,6% of the trainees but 17,8% acquired a self defense device. 114 trainees (79,7%) responded “yes” when asked if “they thought that a training about managing violent acts would have been helpful”. Only 15,4% of them knew about the NOSD.

Conclusion : Our findings can be compared with what is found in international studies. General Practitioners are victims of violent acts, mostly verbal abuse. The knowledge of resources and the learning of strategies to manage this violence have to be developed in order to deal with those situations and their consequences.

KEYWORDS : violence, general practice, trainees, verbal abuse

Auteur : Axelle BENEITE

2019 TOU3 1124

ACTES DE VIOLENCE SUBIS DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE PAR LES INTERNES EN SASPAS : UN ÉTAT DES LIEUX

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre BOYER

Thèse soutenue le 15 octobre 2019 à Toulouse

RÉSUMÉ

Introduction : Les actes de violence dans l'exercice de la Médecine Générale sont de plus en plus fréquents. Pour soutenir les Médecins victimes et recenser ces actes le conseil de l'Ordre des Médecins a créé en 2002 l'Observatoire National de la Sécurité des Médecins. L'exercice en ambulatoire étant développé durant l'internat de Médecine Générale, et en l'absence de données retrouvées, nous avons réalisé une étude épidémiologique dont l'objectif principal était de mesurer la prévalence des actes de violences subis par les internes en consultation en SASPAS en ex Midi-Pyrénées.

Matériel et méthode : Nous avons interrogé par auto-questionnaire les internes de Médecine Générale des promotions de 2013,2014 et 2015 dépendants du DUMG de Toulouse entre mai 2019 et juillet 2019 par courriel et via Facebook.

Résultats : Sur les 144 réponses reçues (taux de participation 28,3%) aucun interne n'a subi d'atteinte physique. Deux internes ont subi une atteinte aux biens matériels. 50,7% des internes ont subi des atteintes verbales de la part des patients (83,6%) ou de leur accompagnant (16,4%). Ces atteintes étaient des incivilités à 53,4%. Le principal déterminant de l'atteinte verbale était un refus de la part de l'interne (63%). Il n'y a pas eu de conséquences de cette atteinte pour 72,6 % des internes mais 17,8 % ont acquis un moyen de défense personnel. 114 internes (79,7%) ont répondu "oui" à la question "Pensez-vous qu'un cours dans le cadre de la formation initiale du DES concernant la gestion des actes de violence aurait pu vous être bénéfique". Seulement 15,4% des internes connaissaient l'ONSM.

Conclusion : Les résultats concordent majoritairement avec les données de la littérature. Le Médecin généraliste est exposé à la violence, principalement verbale. La connaissance des structures et recours existants et la formation, initiale ou continue, sont à développer afin de mieux prévenir et gérer ces situations afin d'en limiter les conséquences.

MOTS-CLÉS: violence, médecine générale, interne, SASPAS, atteinte verbale

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Rangueil, 133, Route de Narbonne 31062 Toulouse