

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BALDUCCI Marion Italina Henriette
Née le 12 octobre 1982 à Guebwiller

Présentée et soutenue publiquement le : 1^{er} mars 2012

Evaluation de la connaissance et de l'impact du livret de sécurité
sur la pratique des médecins généralistes de la Seine Saint Denis

Président de thèse : Professeur NOUGAIREDE Michel

Directeur de thèse : Professeur GALAM Eric

DES de MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

J'exprime mes profonds remerciements à mon directeur de thèse, le Professeur Eric Galam pour son aide, sa patience et ses encouragements pour finir ce travail débuté il y a longtemps...

Ses critiques positives et sa bienveillance étaient nécessaires pour me donner suffisamment de confiance à l'élaboration de cette thèse.

Je tiens à remercier le Professeur Nougairède, de me faire l'honneur de présider ma thèse. Je vous remercie particulièrement pour la rapidité avec laquelle vous avez accepté cette fonction, alors que le texte n'était pas encore finalisé.

Monsieur le Professeur Juvin, vous avez bien voulu vous intéresser à ce travail et m'honorer en acceptant de siéger à ce jury.

Monsieur le Professeur Hammel me fait l'honneur d'être aujourd'hui membre du jury, malgré le court délai qu'il a eu pour la lecture de cette thèse et je vous en remercie vivement.

L'aboutissement de cette thèse n'aurait pu être possible sans l'aide précieuse du Docteur Fellous, Président du Conseil de l'Ordre du 93 et du Docteur Piquet « webmaster » du Conseil ainsi que celle de Mme Meyran. Je tiens à les remercier pour leur disponibilité et leur soutien pour élaborer le questionnaire.

Je n'oublierai pas l'aide de ma famille et en particulier mes parents, mon père parti trop tôt qui me manque ce jour, ma mère qui dans toute épreuve a toujours été là pour me soutenir et croire en moi. Valérie et Jean-Pierre que j'aurais du écouter plus souvent !

Mes amis (Caroline, Léo, François, ...) pour leur aide aussi bien technique que psychologique.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	6
2. Etat des lieux	8
2.1. Les chiffres	8
2.2. Situation particulière de la profession face au risque d'agression	10
2.3. Particularités légales d'une agression sur un médecin	12
2.4. Caractéristiques des médecins les plus touchés	13
2.5. Conséquences des agressions	13
2.5.1. Pour le médecin	14
2.5.2. Sur l'exercice professionnel	15
2.5.3. Dans la relation médecin/malade	18
2.6. L'insécurité en milieu hospitalier	18
2.6.1. Les chiffres	19
2.6.2. Les différences de conséquences	20
2.6.3. Une protection établie par un collectif	21
2.7. Des médecins agressés, des patients maltraités	22
2.8. Les moyens mis en place pour la lutte contre ces actes d'incivilité envers le libéral	24
2.9. Le livret de sécurité	25
2.9.1. Description	26
2.9.2. Les limites du livret	29
3. L'Etude	31
3.1. Présentation du questionnaire	31

3.2. Le recueil des données	32
3.3. Résultats	33
3.3.1. Les généralités.....	33
3.3.2. Le livret de sécurité	42
3.3.3. Propositions pour l'avenir	49
4. Discussion	51
4.1. Les Biais.....	51
4.1.1. Biais de sélection : le biais de non-réponse.....	51
4.1.2. Biais de mesure : le biais de mémorisation	52
4.1.3. Des questions sur la méthode	53
4.2. Ce que nous savions déjà sur les agressions à l'encontre des médecins généralistes libéraux.....	54
4.3. Les conséquences de cette insécurité sur la profession médicale de Seine Saint Denis ...	55
4.3.1. Sur la densité médicale.....	55
4.3.2. Sur la permanence de soins	56
4.3.3. Sur l'installation de dispositifs de sécurité	57
4.3.4. L'exercice en groupe	58
4.4. Large sous-estimation du nombre de déclarations des agressions	58
4.5. Le nombre d'agressions verbales reste le plus important	60
4.6. Qu'en est-il du livret de sécurité ?	61
4.6.1. Connaissance générale	62
4.6.2. Les référents	63
4.6.3. Augmenter la connaissance de l'existence de l'outil.....	64
4.6.4. Le livret de sécurité remplit-il son but ?.....	66

4.7. Pistes pour l'avenir.....	66
4.7.1. Les séances dites « gestion du stress et de l'agressivité »	68
4.7.2. Des médecins peu sensibles à la prévention de l'insécurité mais plus favorables à la prise en charge de leur bien être.....	70
4.7.3. Augmenter les déclarations	71
5. Conclusion.....	73
6. Bibliographie.....	75
7. Annexes.....	81

1. INTRODUCTION

« Nous avons besoin de quitter une culture qui encourage les médecins à cacher leur détresse et leurs difficultés pour une culture où nous apprenons à les partager et à demander de l'aide. » [1]

Parmi les difficultés rencontrées dans leur pratique, les médecins généralistes se retrouvent confrontés à une augmentation des cas d'agressions à leur égard de la part des patients ou de leurs accompagnants.

Le nombre d'agressions ou d'actes d'incivilité comptabilisé chaque année est en moyenne de 600, toutes spécialités confondues pour un nombre total de médecins sur le territoire français de 209 143 dont 101 667 médecins généralistes. [2] Le taux de victimisation est donc d'environ 0,25% selon les années. Ce résultat est minime, pourtant les médecins de différentes régions paraissent excédés par le comportement de quelques uns de leurs patients. Certains considèrent que les patients n'ont plus de respect pour la profession et le taux de victimisation semble sous-estimé pour différentes raisons.

Le 3 octobre 2010, les professionnels de santé de la ville de Stains (93) ont défilé dans les rues avec des pancartes « stop à la violence » et ont fermé leur cabinet pour une journée « santé morte ». Cette action a pour but d'interpeller les pouvoirs publics sur les conditions d'exercice de leur métier. [3]

Jusqu'alors, les études menées ont permis de dresser un état des lieux des situations agressives auxquelles étaient confrontés les médecins. De ces études, des outils ont été créés

pour améliorer ces constatations. Il fallait donc une étude qui permette d'évaluer l'impact qu'ont eu ces outils sur la pratique des médecins.

Nous évaluons, dans cette thèse, la connaissance et les conséquences qu'a pu avoir le livret de sécurité sur la pratique des médecins généralistes du département de Seine Saint Denis. Cet outil a été créé en 2002 par le Conseil de l'Ordre du 93, associé à la Direction Départementale de la Sécurité Publique (DDSP). Son but était à la fois d'apporter une réponse concrète à la préoccupation des médecins sur leur exercice et de permettre une relation plus étroite entre les médecins, ainsi qu'entre les médecins et la police. Cette action devait ainsi permettre de mieux pouvoir cerner le problème et apporter des solutions adaptées en fonction des besoins.

Notre travail est une étude quantitative dont le but est de connaître l'intérêt que peuvent porter les médecins au livret de sécurité. Cette étude comprend aussi une partie où est proposée une autre façon d'aborder la question de l'agressivité des patients en participant à une technique dite de « gestion des conflits ».

Ce travail de thèse repose sur l'hypothèse que l'agressivité des patients à l'encontre des médecins généralistes libéraux est basée sur une multitude de causes et qu'une solution unique n'existe pas mais qu'il faut plutôt chercher dans une communication globale.

2. ETAT DES LIEUX

Dans le cadre de ce projet, l'état des lieux est un prérequis incontournable pour constituer une analyse réaliste de la vie pratique des médecins.

2.1. Les chiffres

En 2002, le Conseil National de l'Ordre des Médecins commande une enquête prospective qui sera réalisée par l'institut de sondage IPSOS pour établir un « état des lieux » du nombre d'agressions des médecins dans leur exercice. Celle-ci vient en réponse aux échos des Conseils Départementaux qui relatent des actes d'agressions plus ou moins graves depuis quelques années. [4]

Cette étude a été menée sur un échantillon représentatif national de 801 médecins de tous les secteurs d'exercice (public ou privé ; rural ou urbain).

Il en ressort que 87% des médecins interrogés ont déjà au moins une fois été directement confrontés à une altercation verbale avec un patient, 43% à une altercation physique, le vandalisme à 36% et les actes de vols à 36%. [5]

En Ile de France, les médecins confrontés à l'insécurité sont surreprésentés (36% contre 31% pour l'ensemble).

Dans cette étude apparaissait la question : « Si le Conseil de l'Ordre décidait de mettre en place un dispositif de déclaration d'incident permettant à chaque médecin victime d'un

incident ou d'une agression d'en faire part » 85 % des médecins interrogés jugeaient cette disposition utile. [5]

Fort de ces résultats, le Conseil de l'Ordre National a créé en 2003 l'Observatoire pour la sécurité des médecins, recensement national des incidents.

Les objectifs de cet observatoire sont :

- De recueillir les déclarations d'agression des médecins pour évaluer le niveau d'insécurité subie sur le terrain,
- De créer et renforcer les coopérations de sensibilisation et de traitement des incidents avec les autorités concernées (justice, sécurité intérieure, police, gendarmerie, santé et collectivités locales),
- D'améliorer ainsi prévention et traitement des agressions à l'encontre des médecins et de leurs salariés.

Entre 439 (en 2004) et 920 (en 2010) fiches ont été recensées par an, avec une moyenne de 600 déclarations par an. [6]

Une hausse du nombre de déclarations en 2007 faisait suite à une action de sensibilisation auprès des médecins les incitant à déclarer tout incident dont ils auraient été victime ou témoin. La pression s'étant relâchée en 2008, les médecins ont moins déclaré mais on pense que les chiffres sont restés globalement stables. [7] En 2010, le plus grand nombre de déclaration est enregistré avec une hausse de tous les actes d'agressions (verbales, physiques, vandalisme, vols).

Quelle que soit l'année, les médecins généralistes sont surreprésentés avec 62% des incidents déclarés pour une proportion de 47% de la population médicale.

Les agressions verbales sont majoritaires (en moyenne 50% des déclarations).

49 % des incidents n'aboutiront à aucun dépôt de plainte ou main courante.

On peut cependant supposer que ces chiffres sont sous estimés compte tenu des résultats de l'enquête préalable où 87% des médecins déclaraient avoir été confrontés à de l'insécurité.

2.2. Situation particulière de la profession face au risque d'agression

Les médecins sont particulièrement exposés au risque d'agression. Parmi les professions à risque, les médecins arrivent en 5^{ème} position des professions les plus à risque avec une hausse de 61% du nombre de faits rapportés entre l'année 2006 et 2007.

L'enquête SUMER réalisée en 2003 sur les professions les plus touchées par les agressions physiques et verbales révèle que les médecins sont 37,4% à déclarer en avoir subies au cours des 12 derniers mois. Les infirmiers le sont à 45,1% et les aides soignants à 28,3%. A titre indicatif, les chauffeurs de car et de voiture ont connu des agressions physiques ou verbales pour 37% d'entre eux et pour 40,1% des agents de sécurité. Ces chiffres sont comparables à des résultats d'enquêtes européennes. Pourtant, intuitivement, la profession médicale n'est pas considérée comme à risque. [8]

Dans l'enquête de l'IPSOS de 2002, 48% des médecins estiment que les professionnels de santé connaissent une « insécurité supérieure à celles des autres professions dans leur ensemble ».

Le ressenti des agressions par les médecins est donc assez fort. Même s'ils ne sont pas les plus agressés, les médecins se sentent des cibles de l'insécurité.

Les facteurs de risque identifiés pour les agressions sur les médecins sont liés aux patients (les patients alcooliques, toxicomanes ou ayant des troubles mentaux graves) [9] ou aux conditions d'exercice de la médecine (un temps d'attente jugé excessif, le refus de prescription d'un médicament ou d'un certificat médical).

Les professions décrites comme étant à risque sont :

- La manipulation d'argent (le médecin a tout de même une certaine somme sur lui à la fin de sa journée)
- Le travail dans un système de soins, de conseils ou de formation
- Les missions de contrôle et d'application de la loi
- Le travail avec des personnes potentiellement violentes (nous en revenons aux facteurs de risques liés aux patients)
- Le travail seul ou de façon isolée, particulièrement si les horaires sont atypiques
- Le contact régulier avec le public. [10]

Le cabinet est également un lieu fermé et la préservation de la salle d'examen par rapport à la salle d'attente peut être une « protection » pour un éventuel agresseur.

Le médecin généraliste est par ailleurs amené à se déplacer au domicile des patients. Les incidents se déroulant dans la pratique d'une médecine de ville hors du cadre du cabinet représentent tout de même 11% du nombre total d'incidents déclarés. Cela rend le généraliste plus vulnérable que ses collègues spécialistes qui sont beaucoup moins nombreux à pratiquer des visites à domicile. [7]

2.3. Particularités légales d'une agression sur un médecin

Le 28 janvier 2003 a été voté à l'Assemblée Nationale le projet de loi sur la Sécurité Intérieure. Les professionnels de santé et leurs familles, par les articles 20 et 20 bis de cette loi, voient leur protection renforcée contre les agressions en tout genre.

Le premier alinéa de l'article 433-3 du code pénal :

« est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre d'une personne investie d'un mandat électif public [...] d'un professionnel de santé en service et de toute autre personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, ou à l'encontre, et du fait de ces fonctions, du conjoint, des ascendants et des descendants en ligne directe de cette personne ou de toute autre personne vivant habituellement à son domicile. La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsqu'il s'agit d'une menace de mort ou d'une menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes. ». [11]

Cependant, les médecins ne déclarant pas, dans un grand nombre de cas, (49 % des cas cf . paragraphe 1) aux autorités les actes d'agression auxquels ils ont été confrontés, ce renforcement de la loi ne conduit pas forcément à une augmentation des condamnations.

2.4. Caractéristiques des médecins les plus touchés

Dans les études précédentes, ont été identifiés comme le plus souvent agressés, les jeunes médecins généralistes, au cours de visites à domicile, de permanence de nuit ou de gardes.

Contrairement à des hypothèses préalablement émises, le taux de médecins femmes touché n'est pas plus élevé que celui des médecins hommes, mais on note cependant une hausse en 2010 avec 43% des déclarations faites par des femmes contre 37% en 2009.

Exercer en milieu urbain est considéré comme un facteur de risque, particulièrement si le cabinet est en zone dite « sensible ».

2.5. Conséquences des agressions

Les agressions, qu'elles soient physiques ou verbales, ont des conséquences dans la pratique professionnelle comme dans la vie personnelle, quel que soit le métier de la personne victime. Cependant, le personnel soignant semble plus tolérant vis-à-vis des personnes agressives. C'est ce qu'ont démontré dans leur étude C Desombre & al où était comparé le jugement de punition dans deux expériences différentes. Dans la première étaient comparés trois groupes (contrôleurs de train déjà agressés, détenus pour délits divers et un groupe témoin). Dans la deuxième, quatre groupes (personnel soignant d'hôpital psychiatrique agressé une fois physiquement, personnel soignant de ce même hôpital agressé plusieurs fois, détenus incarcérés pour la première fois et le dernier groupe de détenus multirécidivistes). Dans les deux expériences, les différents groupes devaient donner leur avis de jugement de punition

selon l'intention de l'agresseur, le type d'agression, la récurrence de l'agresseur et les conséquences de ces actes.

Il en ressort que, selon les professionnels interrogés, même s'ils ont subi le même type d'agressions, les contrôleurs se montrent très sévères alors que le personnel soignant fait preuve d'une tolérance telle que leurs jugements deviennent similaires à ceux des personnes détenues. [12]

Cette différence peut s'expliquer par le fait que les agressions du personnel soignant proviennent de patients généralement considérés comme irresponsables, la violence étant parfois le seul mode d'expression de certains malades que les professionnels de santé s'efforcent de mieux comprendre de tels actes. On peut supposer que la relation d'aide attachée aux professions de santé crée une sorte d'incompatibilité avec tout jugement de punition. La compréhension dont fait preuve le personnel soignant est peut être un moyen de préserver une image positive de la fonction qu'on occupe.

Malgré tout, même si les professionnels de santé sont plus tolérants vis-à-vis des personnes agressives compte tenu de leur statut de malades, ces actes ne sont pas dénués de conséquences sur leur vie quotidienne.

2.5.1. Pour le médecin

Très peu de ces actes d'agression conduisent à des séquelles physiques. Cependant, on note ces dernières années une hausse du nombre d'actes conduisant à une Incapacité Totale de Travail (ITT). Jusqu'alors seulement 7% des agressions donnaient lieu à une ITT, mais en 2009, une hausse à 10% a été constatée dont 3% d'ITT supérieure à 8 jours.

La plupart des agressions restent néanmoins plutôt des actes d'incivilité sans conséquence physique évaluable.

Mais comme l'a montré dans sa thèse R Heymann, 37% des agressions ont des conséquences psychiques (prise régulière ou occasionnelle de psychotropes, psychothérapie). [13]

La répétition des actes d'incivilité et leur fréquence constituent un stress psychologique que de nombreux professionnels ne savent pas gérer et qui sont vécus comme un harcèlement. [14]

Les médecins enregistrent un nombre de suicides beaucoup plus important que dans la population générale. En 2003, le Dr Léopold, médecin généraliste du Vaucluse, reprend les statistiques de décès des 5 années précédentes de 26 départements. 69 décès étaient dus à des suicides sur les 492 enregistrés. Ces données sont certes incomplètes, mais avec un effectif important. Cela lui a permis de calculer une incidence des suicides de 14%. En 1999, l'incidence de suicides dans la population générale d'âge comparable, était de 5,6%. [15]

Bien entendu, l'insécurité n'en est pas le seul facteur déclenchant mais peut contribuer à la hausse du stress professionnel.

2.5.2. Sur l'exercice professionnel

1. Diminution du nombre de volontaires pour les gardes

Dans son rapport de juin 2000, l'URML constate que 86% des femmes actuellement en activité n'exercent pas de gardes contre 65% des hommes.

Les raisons évoquées sont :

- les difficultés d'organisation de la vie privée : 72,7%,
- problèmes divers : 38,1%,
- **problèmes liés au manque de sécurité : 30,3%**

50,7% des médecins généralistes interrogés déclaraient qu'ils quitteraient la médecine libérale s'ils en avaient la possibilité (contre 43,5% des spécialistes).

La pénibilité et les risques de la profession sont évoqués en premier à 39% pour expliquer cette position. [16]

Le rapport Costargent-Vernerey établi en 2001 sur les violences subies au travail par les professionnels de santé arrive au constat que :

- le retrait des services de santé des quartiers difficiles est une réalité,
- les visites au domicile des patients vivant dans des quartiers dits sensibles ou à risque exposent le professionnel à un risque de malveillance ou d'agression. Même si le risque réel ne paraît pas toujours avéré, le sentiment d'insécurité n'en demeure pas moins, ainsi que ses effets négatifs pour le patient et la qualité des soins,
- la permanence des soins n'est pas toujours assurée dans des conditions satisfaisantes (absence des tours de garde) sachant que le tour de garde peut constituer, notamment dans les zones sensibles, une période à risque élevé. [17]

Comme l'explique E Baccino dans son livre, face à l'insécurité, 89% des médecins adaptent leurs pratiques de différentes façon :

- en réduisant le nombre de visites à domicile voire en les arrêtant totalement,
- en réaménageant les horaires,
- en arrêtant les gardes médicales ou en les réduisant,
- en posant des systèmes de sécurité dans leur cabinet,
- en modifiant leurs comportements avec leurs patients. [18]

Au vu des témoignages recueillis dans ces rapports, l'expérience de la violence et de l'insécurité induisent une baisse d'efficacité, de réactivité, d'attention au processus de décision, une remise en cause professionnelle, ainsi qu'une augmentation du niveau de stress.

2. Diminution du nombre de médecins installés :

« A la prochaine agression je m'en vais, mais qui va s'installer à ma place ? » [3]

Les médecins installés ont un âge moyen de 47,5 ans en 2008. [19]. Le nombre de départs de médecin à la retraite ne cesse d'augmenter et les jeunes médecins ont de multiples possibilités d'installation. Il est donc logique qu'entre deux places possibles, ils vont plutôt se tourner vers une place où le risque d'agression est moindre.

3. Augmentation du prix des assurances

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

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

2.5.3. Dans la relation médecin/malade

Ces nombreuses incivilités altèrent la qualité et la sérénité d'exercice de nombreux médecins, qui s'en trouvent plus stressés. Ce stress conduit plus facilement à l'épuisement professionnel du médecin et provoque une baisse de la qualité des soins.

Dans ce cas, les études ont montré que cet état peut conduire à une irritabilité du médecin, à des erreurs pouvant ou non entraîner la mort du patient, à la prescription d'examens ou de traitements inappropriés. [20]

Ces conséquences, néfastes dans la relation médecin/malade, accentuent le sentiment de colère du patient et c'est le début d'un cercle vicieux.

2.6. L'insécurité en milieu hospitalier

L'insécurité est un thème largement abordé par toutes les professions et par l'ensemble de la société. Pas un jour ne passe sans qu'un article ne paraisse dans la presse parlant de « l'insécurité des banlieues », « l'insécurité du métro »... La médecine n'est pas indemne de ce fléau et l'hôpital, lieu public par excellence, se trouve bien entendu soumis aux changements de la société.

2.6.1. Les chiffres

Les hôpitaux sont bien plus souvent le lieu d'actes d'agressivité, surtout d'incivilité que les cabinets médicaux privés.

Mais ces actes concernent le plus souvent les personnels paramédicaux soignants. Dans les résultats de l'observatoire de sécurité, les libéraux sont plus souvent victimes que les hospitaliers (51% contre 46%). [5]

Les études menées jusque-là montrent que les services les plus touchés sont ceux des urgences, des services psychiatriques et de gériatrie.

Ces résultats ont été obtenus à partir d'études rétrospectives menées sur l'exploitation des déclarations d'accident du travail.

Les agressions représentent environ 5% des causes d'accident du travail dans le milieu hospitalier [21]

L'hôpital n'est pas un lieu hyper sécurisé, on peut facilement y déambuler et y entrer armé comme l'a prouvé l'agression au couteau dont a été victime un gastroentérologue du CHU Mondor à Créteil. [22]

Le personnel paramédical, avec en tête les infirmières, sont les plus souvent victimes des agressions de la part des patients ou de leurs accompagnants.

Les médecins libéraux sont un peu plus « protégés » de ces réactions de la part des patients car ils sont au contact de leurs patients depuis longtemps et ont créé un véritable lien avec eux. C'est pourquoi dans une étude, les médecins déclarent vivre davantage de moments positifs que de moments très pénibles, même si ceux-ci ne sont pas rares. Les attitudes qui

personnalisent les relations entre le professionnel de santé et la personne malade sont valorisées par ces derniers.

2.6.2. Les différences de conséquences

Cependant les réactions et les conséquences d'une agression ne seront pas les mêmes entre un médecin hospitalier et un médecin libéral.

Selon le modèle de Karasek (un des modèles de référence d'explication du stress et des problèmes de santé liés au travail), les risques de développer un problème de santé au travail dépendent de trois facteurs :

- la charge mentale et le niveau d'exigence auxquels les individus sont soumis,
- la capacité d'autonomie dont les actifs disposent, la possibilité de choisir les modes opératoires et de peser sur les décisions,
- le soutien social dont ils bénéficient, c'est à dire le soutien technique et la compréhension de la hiérarchie ainsi que l'aide et la solidarité entre collègues, est un facteur permettant d'atténuer d'éventuels effets néfastes dus au travail. [23]

Le médecin libéral est alors plus fragilisé car toutes les exigences reposent sur ses épaules et il ne peut bénéficier d'aucun soutien car dans la plupart des cas il travaille seul (seulement 39% des médecins libéraux travaillent en groupe). [24] Même dans un cabinet de plusieurs médecins, chacun a sa propre « patientèle » et chacun travaille de manière indépendante.

Le débriefing qui peut se faire facilement après un épisode violent en milieu hospitalier ne peut se faire aussi aisément en libéral, obligeant le professionnel à « prendre sur lui » pour continuer ses consultations avec les autres patients.

2.6.3. Une protection établie par un collectif

L'administration d'un hôpital se doit de maintenir un climat de sécurité vis à vis de son personnel. Ces démarches, n'étant pas faites à titre individuel, sont bien plus complètes.

On retrouve ainsi dans tout hôpital un service de sécurité, dans certains services d'urgence des agents de sécurité présents sur place et même parfois un agent de police présent à l'entrée des urgences.

Des médiateurs aident parfois à désamorcer certaines situations qui pourraient aboutir à des actes de violence.

Des services de communication ont permis de sortir la Campagne nationale de lutte contre les incivilités : « On fait le maximum, restez poli un minimum ».

En 2005 apparaissent dans les hôpitaux des messages choquants de prime abord tels que « si on ne vous parle pas, c'est qu'on préfère regarder la télé » ou « si vous patientez, c'est que d'autres se font masser » qui ont pour but de demander aux usagers de l'hôpital de rester poli envers le personnel. Ces messages sont discutables par leur caractère au « second degré ».

Cette campagne n'a malheureusement pas produit tous les effets escomptés car les racines du phénomène et son développement ne sauraient être traités uniquement au niveau des établissements de soins.

La prise en charge d'une victime d'agression est là aussi différente suivant si elle s'est déroulée dans un milieu hospitalier ou dans un cabinet privé car les moyens ne sont, bien entendu, pas les mêmes. Un employé de l'hôpital pourra bénéficier de la part de son employeur d'une facilitation du dépôt de plainte et d'un accompagnement dans les démarches de protection juridique.

Compte tenu du cadre hospitalier, la victime pourra avoir recours à l'aide d'un psychologue et il est à noter que dans chaque hôpital de l'APHP un référent apte à répondre aux questions post agressions est désigné. [25]

Nous verrons par la suite que de telles aides existent pour la prise en charge des libéraux mais que, malheureusement, celle-ci n'est pas aussi bien connue qu'en milieu hospitalier.

2.7. Des médecins agressés, des patients maltraités

Les situations d'agression, de vandalisme ou de vol envers les médecins sont inacceptables, comme elles le sont pour toute personne.

Selon certaines constatations, il s'avèrerait que ces actes viennent parfois en réponse à quelques-unes de nos attitudes.

En même temps que les soignants rapportent une augmentation de l'agressivité, le public manifeste une plainte de plus en plus fournie, les personnes s'estimant mal soignées, mal reconnues.

En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) établit une enquête qualitative auprès d'usagers et de professionnels travaillant en établissements de santé [25]. Dans ce rapport apparaît une maltraitance « ordinaire », « institutionnelle » et « passive ».

Cette incompréhension entre malades et soignants est peut être résumée dans cette phrase exprimée par un patient dans le rapport de l'HAS « Retenez bien ceci : tout nous sépare. Vous êtes en bonne santé, nous sommes malades. Vous n'avez pas le temps, nous avons trop de temps. Personne ne peut se mettre à la place de l'autre ; en revanche nous pouvons tous faire quelque chose pour nous parler, nous comprendre. » [26]

Il est tout à fait possible que, par l'attitude du soignant, le patient se sente incompris dans sa souffrance et explose.

Cependant, il n'est pas non plus facile pour le soignant d'entendre une remarque sur le temps d'attente jugé excessif par le patient alors que lui-même n'a pas mangé ou uriné depuis plusieurs heures. Les professionnels peuvent aussi se sentir agressés par les revendications des familles, ce qui a pour effet délétère d'entraîner leur repli sur eux-mêmes.

L'agressivité peut alors monter de part et d'autre.

Parmi les faits qui peuvent être jugés comme maltraitants par les malades, on retrouve la « tyrannie » de la science médicale utilisée pour disqualifier la connaissance issue de l'expérience personnelle du malade. Par exemple, un patient demande un médicament non générique jugeant que le générique ne lui fait pas le même effet et son médecin, comme le pharmacien, lui soutiennent que c'est le même principe actif donc la même chose.

Des paroles anodines de soignants peuvent prendre un caractère humiliant pour un patient. Décrire un symptôme gênant pour un patient comme « un petit problème » peut être perçu par le patient comme un manque de considération de sa plainte.

Le médecin généraliste ambulatoire doit endosser tous les rôles possibles devant prendre le temps pour le malade chronique qui a l'habitude que l'on s'occupe de lui, qui voit sa place légitimée car il est suivi par le médecin depuis longtemps, mais le médecin doit aussi pouvoir répondre à la demande urgente d'un autre malade.

La violence s'exprime lorsqu'il existe un décalage trop important entre le scénario pré établi en chacun et la réalité de l'action ; lorsqu'un des protagonistes ne joue pas son rôle aux yeux des autres. [27]

2.8. Les moyens mis en place dans la lutte contre ces actes d'incivilité envers le libéral

Les professionnels de santé s'exposent à des risques de malveillance et d'agression.

Même si le risque réel ne paraît pas toujours avéré et documenté, le sentiment d'insécurité n'en demeure pas moins présent et nous avons déjà vu quelles en sont les conséquences néfastes dans la prise en charge des patients.

Afin de se protéger, les médecins ont recours en priorité à des moyens de protection contre les intrusions.

Ainsi, des systèmes d'interphone, de vidéosurveillance, de barreaux aux fenêtres, d'alarmes...sont mis en place.

L'activité isolée augmente les risques d'agressions. Pour s'en protéger, le regroupement de professionnels est souvent pratiqué (avec des kinésithérapeutes, des infirmières, d'autres

médecins...). Cela permet de lutter contre l'isolement physique et psychologique et de diminuer le coût de ces dispositifs.

Ces moyens servent surtout à éviter les incidents sur le lieu d'exercice mais ne protègent pas le médecin lors de ses déplacements.

Les soins à domicile peuvent être source d'agression. Différents intervenants sont impliqués pour réduire ces risques. Il s'agit notamment de médiateurs sociaux, d'adultes relais, de correspondants de nuit...

C'est l'exemple suivi à Marseille où lorsqu'un médecin est appelé dans une « cité à risque », il est rejoint par une équipe de 4 médiateurs (2 restent à proximité du véhicule et 2 accompagnent le praticien jusqu'au logement du patient). Bien entendu, ce type d'action a un coût mais dans le cadre des contrats locaux de santé, des postes ont été réservés pour ces moyens de protection.

Enfin, le livret de sécurité a été créé dans le même but d'apporter des moyens concrets pour aider les médecins à lutter contre les agressions et les actes de vandalisme vis-à-vis de leur cabinet.

2.9. Le livret de sécurité

Lorsqu'on recherche « agressions + médecins » sur les moteurs de recherche internet, tous les articles mentionnent la Seine Saint Denis comme la détentrice du triste record du nombre annuel d'agressions à l'encontre des médecins.

2.9.1. Description

Ce livret a été conçu en 2002 sous l'impulsion du Conseil de l'Ordre des médecins du 93 en association avec la Direction Départementale de la Sécurité Publique.

Le code de la santé publique dans l'article L 4121-2 donne à l'Ordre des médecins, dans ses missions, la possibilité d'organiser toute œuvre d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de ses ayants-droits. [28]

Les médecins rapportaient aux Conseils qu'ils étaient régulièrement confrontés à de l'incivilité (verbale, physique, vols, dégradations...). Pour trouver une solution, le Conseil a organisé un audit en 1995 auprès de 83 médecins du département [29]. Seulement 7 n'avaient jamais été victime d'agression.

Pour tenter de diminuer ces chiffres, le Conseil de l'ordre du 93 a formé une commission avec la direction Départementale de la Sécurité Publique et le premier livret de sécurité a été diffusé. Cette première version a été envoyée à tous les médecins libéraux (spécialistes ou généralistes) en 2000/2001. Notre questionnaire étant destiné aux médecins du 93, c'est la version disponible pour ce département qui a été utilisée.

Celui-ci a été repris par le Conseil National qui en a surtout conservé les deux premières parties.

Ce livret comporte 15 pages.

Comme tout outil concernant la sécurité, il doit s'adapter à la réalité quotidienne. Par exemple, les vols à la portière sont assez récents et les versions du livret sont donc réactualisées au fur et à mesure que des faits nouveaux apparaissent.

La première partie donne des conseils aux médecins pour améliorer leur sécurité lorsqu'ils sont à leur cabinet ou en déplacement. Ce sont des conseils simples pour la pratique quotidienne.

La deuxième partie propose une « conduite à tenir » en cas d'agression. Il est rappelé alors les différents moyens de joindre la police. Dans cette partie sont expliqués les différents liens que peuvent avoir les médecins avec la police.

Ainsi, ils peuvent avoir besoin de conseils de prévention (par exemple, un individu rode autour du cabinet et cela les inquiète), ils contactent pour cela le « Policier référent prévention et communication ».

Ce dernier permet une entrée précise pour le médecin avec l'organisation interne de la Police Nationale. Il va pouvoir synthétiser, exploiter et analyser la demande du médecin. [30]

Il existe au niveau de l'organisation de la police aussi :

- un policier référent sûreté, qui pourra faire un diagnostic de sécurité et rédiger des recommandations pour améliorer la sécurité du cabinet,
- un policier référent aide aux victimes, qui saura orienter vers les structures d'aide aux victimes.

La troisième partie explique la procédure pour déposer une plainte ou une main courante.

Il était rappelé dans l'ancienne version du livret que le Conseil de l'Ordre pouvait se porter partie civile dans le dépôt de plainte et ainsi soutenir le médecin, ce qui est défini dans ses fonctions par l'article L4121-2 du Code de la Santé Publique. Cette possibilité de se constituer partie civile n'apparaît plus dans la nouvelle version du livret. [31]

En annexes sont présentées toutes les coordonnées des commissariats, des policiers référents prévention et communication, d'aide aux victimes et du conseiller ordinal référent pour chaque commune.

Le rôle du médecin ordinal référent est de conseiller le médecin victime sur les démarches à engager mais aussi de l'écouter, de faire le lien.

Car le médecin généraliste est très souvent confronté à la violence que peuvent subir les patients (ne serait-ce que pour le certificat médical initial) mais lui vers qui se tourne t'il en cas d'agression personnelle ?

Le médecin référent permet de pallier le manque de soutien que peut ressentir un médecin libéral qui, contrairement à un médecin d'institution, l'aurait trouvé auprès de ses collègues ou de son administration.

Les thèses précédentes sur le thème de l'insécurité dans les cabinets médicaux sont peu nombreuses, il n'y en eu que 4. Elles ont permis de connaître le nombre de médecins victimes d'agressions dans le département d'origine du thésard sur une période donnée.

La dernière date de 2009 en région Rhône-Alpes.

Je ne voulais pas faire d'étude rétrospective sur ce sujet, partant du principe que les médecins sont maintenant régulièrement sollicités pour remplir le formulaire de l'Observatoire pour la sécurité des médecins.

Je souhaitais faire quelque chose qui pourrait améliorer la situation.

Le livret de sécurité ayant été conçu dans ce but, c'est ainsi que j'ai voulu en évaluer la connaissance et l'impact. Est-ce que les médecins trouvent ce livret utile ?

Toutes les thèses précédentes faites sur le thème de l'insécurité dans les cabinets médicaux mentionnent son existence mais est-ce un outil pratique et adapté à l'exercice de la médecine générale ?

2.9.2. Les limites du livret

Les conseils donnés concernent essentiellement les agressions physiques ou le vol.

Pourtant, ce sont les agressions verbales qui sont les plus nombreuses, qui certes ne laissent pas de marque physique mais peuvent être à l'origine de troubles psychiques.

Partant du principe que tout est améliorable, je demandais dans mon questionnaire si les médecins étaient intéressés par la participation à des séances de gestion du stress.

Ces formations sont proposées dans les autres professions où les employés sont au contact du public et peuvent être exposés au risque d'agression.

Ce sont des techniques de « coping » qui permettent un meilleur contrôle émotionnel en cas d'agression et qui ont pour but :

- d'aider les travailleurs à décrypter et analyser les situations de communication et de conflits,
- de leur permettre de les affronter sans aller sur le « terrain de la confrontation » et donc, de pouvoir « y faire face »,
- de désamorcer la possible escalade de la violence. [32]

Les démarches pédagogiques utilisées sont variées. Il s'agit le plus souvent de proposer des outils et méthodes aux participants, de décrypter les signes avant-coureurs de manifestation de violence, pour adopter des attitudes, stratégies et une conduite qui visent à abaisser le niveau potentiel d'agressivité.

La plupart de ces formations se veulent un temps et un lieu pour « réunir les personnes sur ces questions de violence et conflit en « musclant » la prise en charge collective plutôt qu'en « musclant » la tolérance des personnes à accepter les incivilités. [33]

On peut aussi participer à des formations qui permettent la détection précoce d'agresseurs potentiels, ce qui permet de désamorcer l'escalade de la violence. [10]

Au cours de ces formations, les médecins seraient amenés à se rencontrer pour parler des situations conflictuelles auxquelles ils ont pu être confrontés. Cela pourrait permettre un « débriefing » et l'évitement du repli sur soi que peut vivre toute victime après une agression, qu'elle soit physique ou psychique. [34]

3. L'ETUDE

Pour évaluer l'impact qu'a pu avoir le livret de sécurité dans la pratique des médecins généralistes du département, nous avons conçu un questionnaire permettant de savoir si ce livret est bien connu des médecins.

L'hypothèse initiale était que le livret de sécurité était bien connu des médecins et qu'ils s'appuyaient dessus pour pouvoir agir rapidement en cas d'agression.

3.1. Présentation du questionnaire

Le questionnaire est découpé en trois grandes parties.

La première partie intitulée « généralités » comprenait onze questions afin de définir le profil d'exercice du médecin interrogé et son vécu par rapport aux agressions. En a-t-il déjà subies et les mesures mises en place pour les éviter.

La deuxième partie concernait le livret de sécurité et permettait :

- 1) d'évaluer la connaissance du livret par les médecins (8 questions),
- 2) de mesurer l'impact du livret dans leur pratique (4 questions).

En troisième partie, deux questions ouvertes donnaient l'occasion aux médecins de mettre l'accent sur les points du livret qui leur paraissaient les plus importants et de donner leurs suggestions d'amélioration.

3.2. Le recueil des données

Au questionnaire, a été joint une lettre d'accompagnement dans laquelle je me présentais et expliquais les raisons de mon étude.

Les questionnaires ont été adressés, par souci économique, par mail et la réponse se faisait sur le même mode.

Dans le mail d'envoi, les médecins recevaient un courrier du Président du Conseil de l'Ordre du 93 qui leur expliquait le soutien du Conseil à mon étude.

Nous avons utilisé la « mailing list » (à laquelle je n'ai pas eu accès pour d'évidentes raisons de confidentialité) du Conseil de l'Ordre, grâce à l'aide précieuse de leur « web master », le Dr Piquet.

Ainsi, l'étude a été adressée à 845 médecins généralistes libéraux du département sur les 1054 enregistrés. [35] Le premier envoi par e mail s'est fait le 16 mars 2010 et les réponses ont été récoltées jusqu'au 1^{er} juillet 2010.

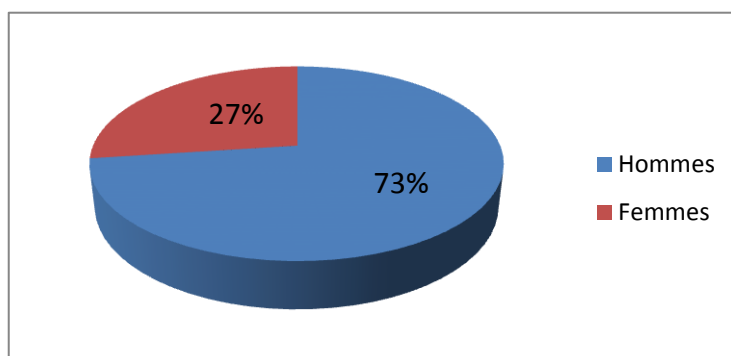
208 médecins généralistes libéraux ont répondu mais seulement 204 réponses étaient exploitables (4 personnes ont renvoyé le questionnaire sans avoir répondu aux questions).

3.3. Résultats

3.3.1. Les généralités

a) Proportion hommes/femmes :

Sur les 204 réponses exploitables, la part des hommes ayant répondu au questionnaire est largement supérieure à celle des femmes avec 149 réponses contre 55 soit 2,7 fois plus d'hommes que de femmes.



Ce chiffre est comparable à la population globale car la Seine Saint Denis comprend 3 fois plus d'hommes installés en libéral que de femmes, en médecine générale.

b) L'installation :

L'année moyenne d'installation des médecins interrogés est 1987. Les périodes s'étendent de 1968 à 2010.

Il existe un gros pic entre 1977 et 1980 où le nombre d'installation par année parmi les répondants est de 11 à 12 installations. Le deuxième pic se situe entre 1984 et 1986.

La population masculine s'est installée en moyenne en 1985 alors que la population féminine a une moyenne d'installation de 1992.

c) les visites à domicile :

77,94% des médecins répondants déclarent faire des visites à domicile. Ils sont 41 à ne pas en faire et sont 4 à ne pas avoir donné de réponse.

La moyenne dans les départements d'Ile-de-France de la pratique des visites à domicile est de 88%. [36]

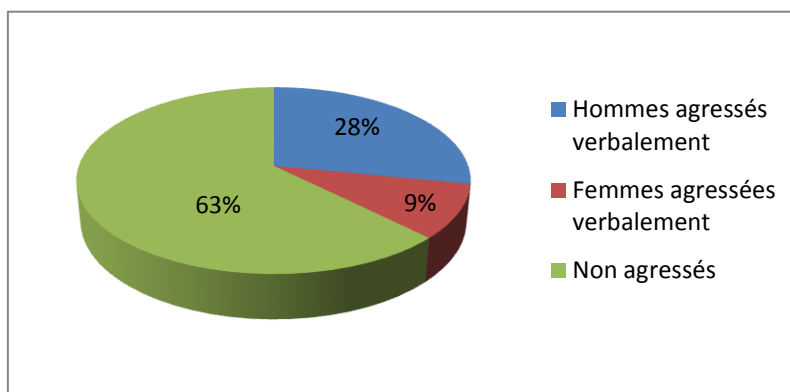
d) Les consultations « nocturnes » (>20h)

Un nombre non négligeable de personnes interrogées pratiquent des consultations après 20h.
75 en font, 120 n'en font pas.

e) Victimes d'agression

1. Verbales

76 médecins ont déclaré avoir été agressé verbalement par des patients, ce qui représente (37,2%) des personnes ayant répondu au questionnaire. 19 (25%) sont des femmes et 57 (75%) des hommes.



Sur la proportion globale de répondants de l'étude, 38,5% des hommes ont déjà été victimes d'agressions verbales et 34,5 % des femmes.

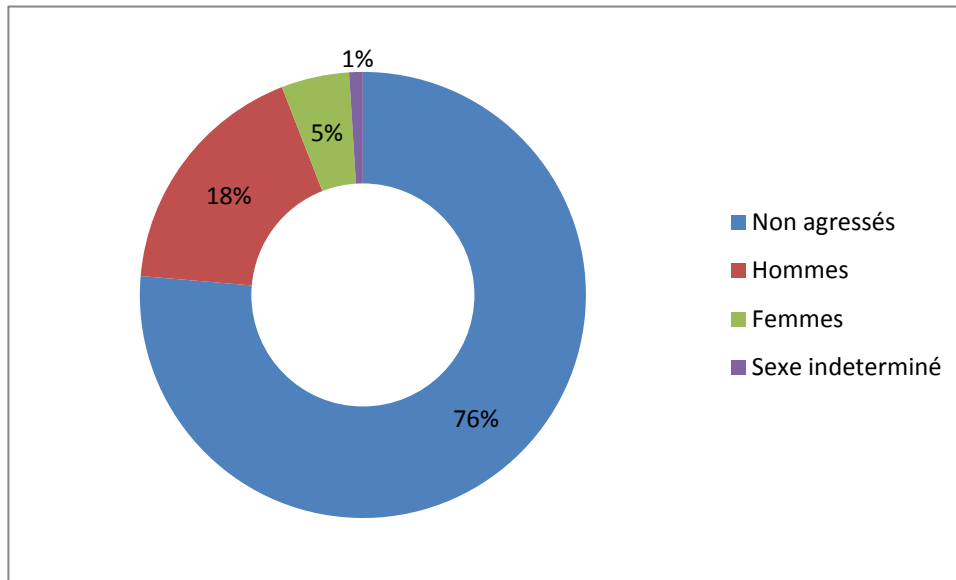
2. Physiques

Nous comptabilisons 9 déclarations d'agressions physiques (4,4%) parmi lesquelles 4 concernaient des femmes et 5 des hommes, soit une proportion de 3,38% d'hommes et 7,3% des femmes.

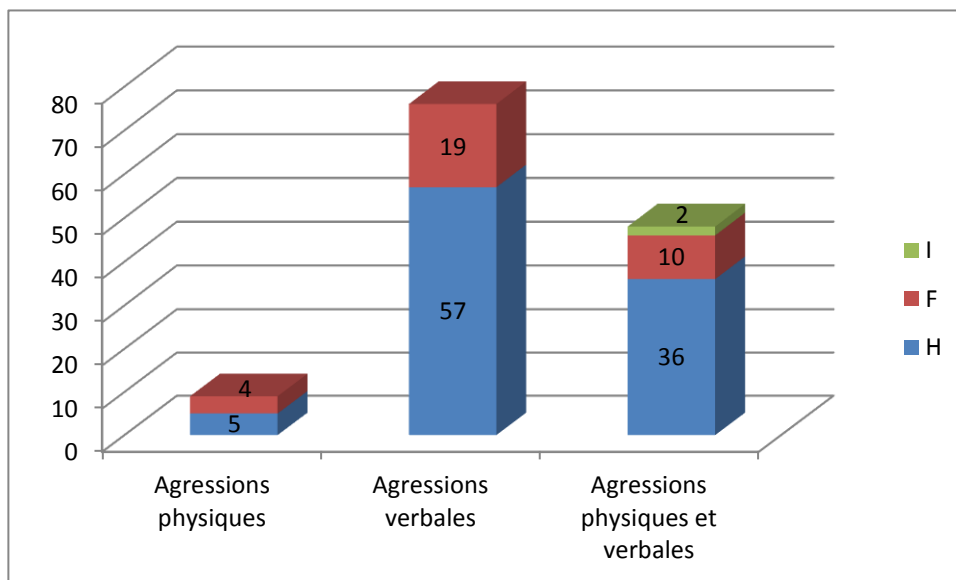
3. Physiques et verbales

48 médecins déclarent avoir été victimes des deux types d'agression durant leur carrière. 10 déclarants sont des femmes (soit une proportion de 18,2% de la population globale féminine)

et 36 sont des hommes (soit 24,3% de la population globale masculine), 2 n'ont pas précisé leur sexe.



Le nombre total de médecins déclarant avoir été victime d'agression est donc de 133 (65,2%) et ceux qui n'ont jamais connu est de 66.



5 questionnaires ne donnaient pas de réponse à cette question.

Les consultations tardives et les visites à domicile ont été identifiées comme des facteurs de risque.

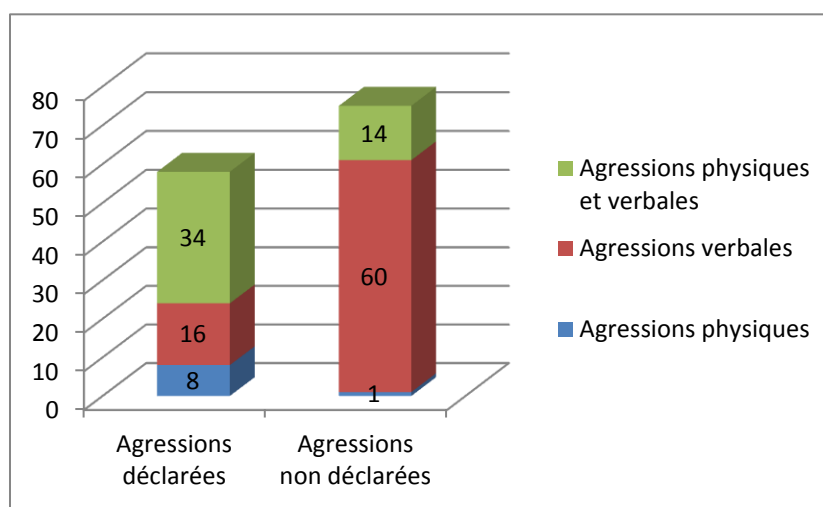
Dans cette étude, on constate que sur les 75 médecins qui font des consultations au-delà de 20 heures, 59 ont déjà connu des agressions, soit 78,6% d'entre eux, comparés aux 65,2% en général.

Surtout, 20 d'entre eux ont été victimes d'agressions physiques et verbales.

Cependant, le questionnaire ne permettait pas de savoir si les agressions dont ils ont été victimes se sont déroulées durant les périodes critiques (après 20h ou au domicile du patient).

f) Les déclarations après une agression

Sur les 133 déclarants avoir déjà connu une agression au cours de leur exercice professionnel, 58 l'ont déclaré (43,6%) et 75 n'ont pas déclaré l'incident (56,4%).



C'est surtout lorsque l'on regarde les détails que l'on voit qu'il y a une importante différence suivant le type d'agression.

Sur l'échantillon de médecins interrogés, on constate que l'agression physique est presque toujours déclarée. Sur les 9 agressions recensées, ils sont 8 à l'avoir déclarée (88,9%).

Ce chiffre baisse un peu lorsque les médecins ont connu les deux types d'agression car, sur ce groupe de 48 personnes, seulement 34 les ont déclaré (70,8%).

En revanche, l'agression verbale, certes beaucoup plus fréquente, est aussi beaucoup moins connue car déclarée dans 21,05% des cas uniquement (16 déclarations sur les 76 cas).

e) A qui sont-elles déclarées ?

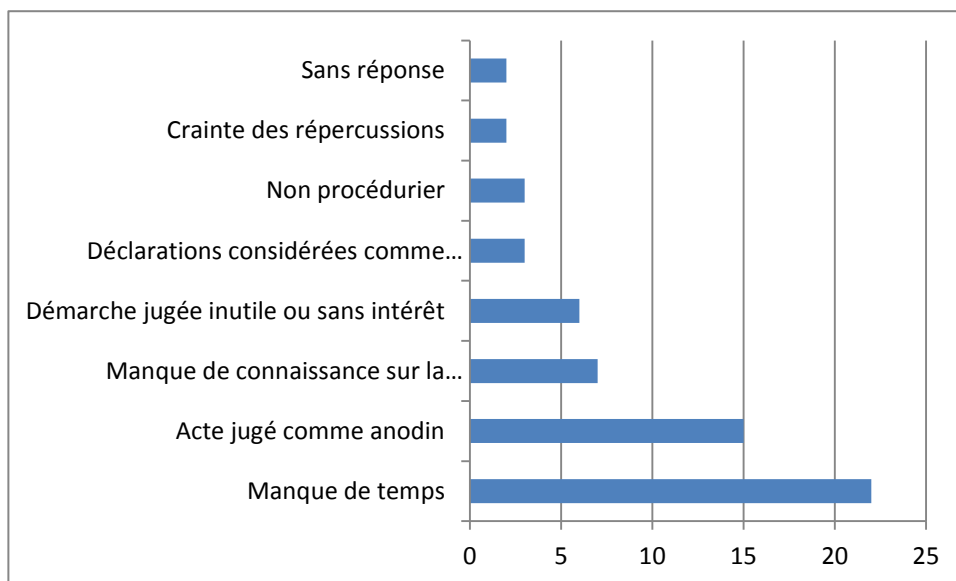
Toute cause confondue, un incident est le plus souvent déclaré à la police. Parmi les 62 déclarations, 25 ont été faites uniquement à la police, 25 à la police et au conseil de l'ordre et seulement 10 au conseil de l'ordre seul. 2 questionnaires ne comportaient pas de réponse à cette question.

f) Raisons de la non-déclaration

Les agressions verbales sont celles qui sont le moins souvent déclarées. D'après l'analyse, on constate que sur les 76 agressions verbales, 60 n'ont pas été déclarées sur les 76 recensées. En voici les causes :

- manque de temps 22 fois
- crainte des répercussions 2 fois

- manque de connaissance sur la procédure 7 fois
- raison « autre » 27 fois dont
 - démarche inutile ou sans intérêt 6 fois
 - déclarations toujours classées sans suite 3 fois
 - non procéduriers 3 fois
 - d'autres ont jugé que cela n'était « pas important », il s'agissait de « simples agressions verbales », que ce sont des actes « trop fréquents », « banalisation du phénomène », « résolution à l'amiable » ou « avec l'aide de collègue »
- sans réponse 2 fois



La seule agression physique non déclarée ne l'a pas été car le médecin avait un manque de connaissance sur la procédure et que cette agression lui a paru non importante.

Les agressions physiques et verbales non déclarées représentent 14 personnes :

- manque de temps pour le faire 2 fois

-
- peur des répercussions 1fois
 - manque de connaissance de la procédure 3 fois
 - autres raisons dont l'inutilité mentionnée deux fois,
des « agressions anecdotiques », « aucune efficacité
attendue » 4 fois
 - sans réponse 4 fois

On constate donc que le manque de temps ou l'impression que déclarer un incident n'aboutirait de toute façon à rien sont le plus souvent mis en avant pour expliquer la non déclaration.

g) Contact avec la police nationale

Sur les 204 questionnaires exploitables, 89 victimes d'agression ont déjà contacté la police.

Le moyen le plus souvent utilisé reste l'appel au commissariat avec 58 réponses. Plusieurs réponses étant possibles à cette question, dans 53 cas on retrouve que le médecin s'est lui-même déplacé au commissariat et dans 20 cas a été utilisé le 17.

Quelques motifs ont été donnés et concernaient des patients qui refusaient de partir, déambulant dans la salle d'attente et faisant peur aux autres patients, des cambriolages, des vols d'ordonnance sécurisée.

h) Les dispositifs de sécurité déjà présents dans les cabinets

114 médecins possèdent des dispositifs de sécurité au sein de leur cabinet dont :

- 57 portes blindées,
- 38 vidéosurveillances,
- 21 télésurveillances,
- 18 bombes lacrymogènes,
- 9 armes (type arme blanche/arme à feu non précisé) ,
- les autres dispositifs utilisés sont :
 - 19 interphones, visiophone ou digicode,
 - 5 alarmes,
 - 3 portes avec gâche électrique,
 - 3 barreaux aux fenêtres,
 - 2 qui considèrent que les consultations sur rendez-vous améliorent leur sécurité,
 - des éléments plus anecdotiques tel qu'un chien ou des vitres pare balle.

i) Dispositifs de sécurité chez les médecins déjà agressés :

Les médecins non agressés qui représentent 71 personnes de l'échantillon interrogé, n'ont aucun dispositif de sécurité dans 54,93% des cas (alors que dans la population totale cela représente 55,88%).

On remarque que les personnes qui ont déjà été agressées verbalement ont pour 25 d'entre eux une vidéo ou télésurveillance soit un total de 32,89%.

Les personnes agressées physiquement et verbalement (48 médecins) ont pour :

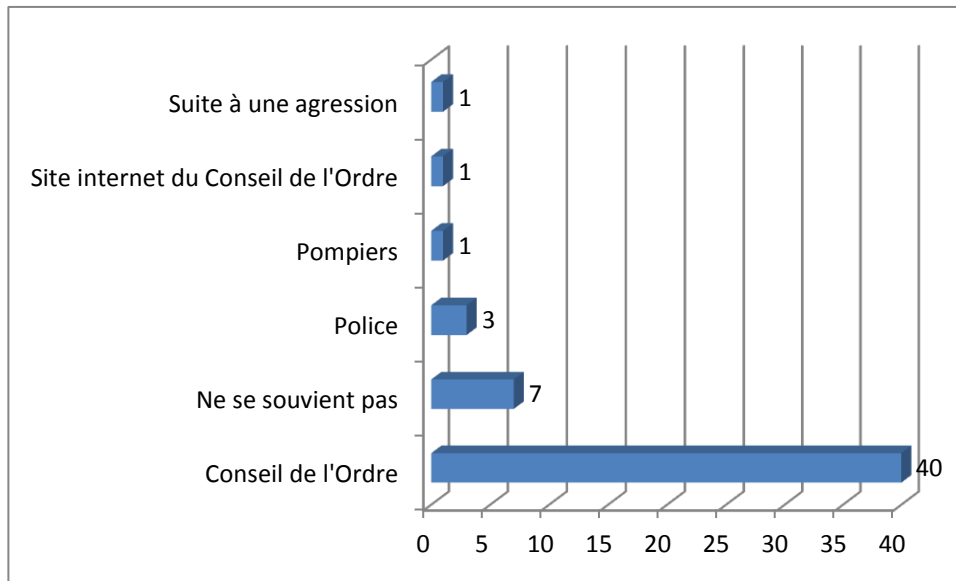
- 18 d'entre eux une porte blindée,
- 14 une vidéo ou télésurveillance,
- 8 une bombe lacrymogène,
- 4 une arme,
- ils sont 16 à n'avoir aucun dispositif de sécurité (soit 33,3%).

3.3.2. Le livret de sécurité

a) Connaissance du livret

Seulement 26% des répondants ont connaissance du livret, soit 53 personnes.

- 40 l'ont découvert par l'intermédiaire du conseil de l'Ordre, soit en tant que conseiller ordinal, soit lors de son envoi initial par le conseil, soit par les bulletins d'information, soit par internet,
- 3 en ont eu connaissance grâce aux policiers et 1 grâce aux pompiers,
- 7 ne se souviennent plus,
- 1 en a pris connaissance après avoir eu le questionnaire, en se rendant sur le site internet du conseil de l'ordre,
- 1 suite à une agression (il ne précise pas par qui il lui a été remis)



Sur 53 personnes qui connaissent le livret, seuls 14 s'en sont déjà servi.

b) Outil adapté à la médecine libérale

Même s'ils sont peu nombreux à s'en être déjà servi, les médecins généralistes interrogés le trouvent pourtant, pour 37 d'entre eux, adapté à leur pratique (soit 69,81%).

Le reste des répondants se découpe en deux groupes :

- 10 considèrent le livret non adapté à leur pratique,
- 6 ne se prononcent pas.

La question ouverte n°5 de la deuxième partie donnait la possibilité aux médecins d'énumérer les conseils du livret qui leur semblaient les plus pertinents :

- 5 considèrent le livret comme utile dans son ensemble,
- au contraire, ils sont 4 à le trouver sans intérêt,
- 6 ont trouvé que le livret leur avait permis de mémoriser les numéros d'urgence et à leur faire penser de les enregistrer sur une touche de leur téléphone,
- 2 apprécient les coordonnées des référents (médecins/policiers),
- 3 mettent l'accent sur la nécessité de ne pas banaliser un acte d'agression et de toujours contacter le commissariat,
- parmi les autres réponses, on retrouve la vidéosurveillance, ne pas rester seul au cabinet, sécuriser son matériel (en notant les numéros de série).

c) Le livret a-t-il changé quelque chose dans leur pratique ?

Pour 16 d'entre eux, les conseils donnés par le livret leur ont paru suffisamment pertinents pour changer des choses dans leur pratique.

d) Sentiment d'être concerné par le risque d'agression :

- 76 personnes se sentent concernées par le risque d'agression,
- 55 ne donnent pas de réponse,
- 73 ne se sentent pas concernés.

Les chiffres donnés par cette question sont malheureusement non exploitables car l'intitulé a certainement été mal compris par la plupart des répondants.

En effet, il leur était demandé si **après avoir lu le livret** ils se sentaient concernés par le risque d'agression. En toute logique seulement 53 personnes auraient dû pouvoir répondre à cette question.

Il y a donc des personnes qui ont donné leur sentiment d'insécurité par rapport à leur pratique et non pas par rapport aux conseils qui étaient donnés dans le livret.

e) L'indicatif pour joindre les secours d'un portable : le 112.

Ils ne sont que 87 à connaître l'indicatif à faire d'un téléphone portable pour joindre les secours.

110 personnes ne le connaissent pas...

7 n'ont pas répondu à cette question.

f) Connaissent-ils un policier à qui s'adresser ?

Il existe normalement dans les commissariats, 2 policiers qui devraient être les interlocuteurs privilégiés des médecins. Ce sont le policier « prévention et communication » et le policier « référent aide aux victimes ».

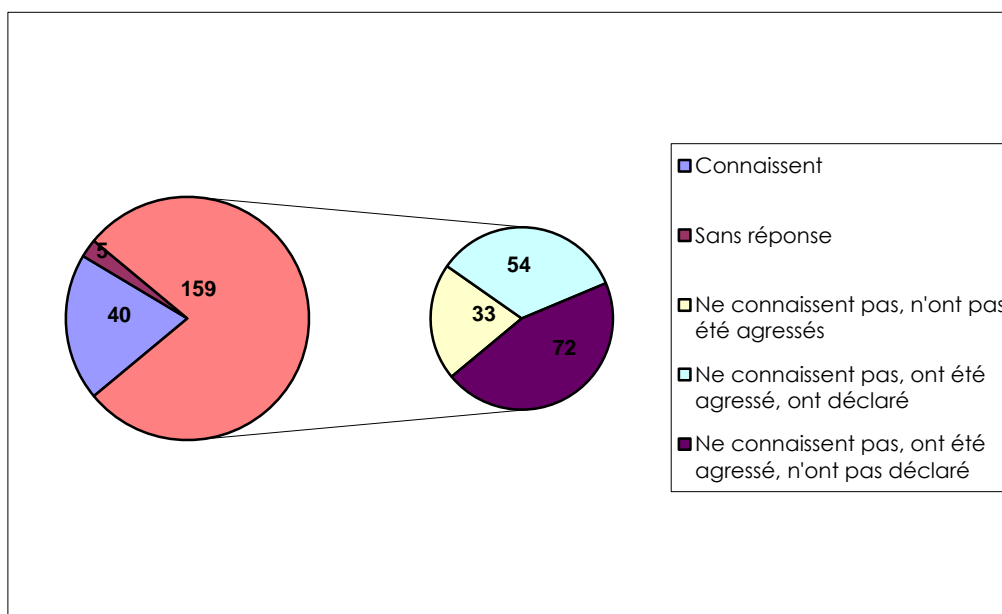
Seuls 40 médecins connaissent ces policiers.

Les 159 autres ne le connaissent pas.

5 n'ont pas donné de réponse.

Parmi ces 159 médecins, 126 ont déjà été victimes d'agression et 54 l'ont déclaré à la police.

Pourtant parmi les 54 personnes qui l'ont déclaré ils ne sont que 13 à connaître un policier référent.



g) S'ils étaient victimes d'une agression, les médecins pensent-ils déposer plainte ?

Pour une écrasante majorité d'entre eux (87,25%), oui !

Sur ces 178 personnes, 126 ont déclaré, dans la première partie du questionnaire, avoir subi, des agressions durant leur carrière.

75 des agressions verbales,

9 des agressions physiques

42 les deux types d'agression.

h) L'observatoire de sécurité des médecins

Les médecins sont jusqu'alors poussés à déclarer toute agression et vols vis-à-vis d'eux, d'une personne travaillant dans le cabinet ou de leur matériel, sur un formulaire intitulé « observatoire de Sécurité des Médecins ».

Les données de cet observatoire sont ainsi traitées par l'IPSOS afin d'établir des statistiques annuelles du nombre d'incidents suivant les spécialités, la région...

Seulement 46 médecins ayant répondu au questionnaire déclarent connaître cet Observatoire.

Ils sont 155 à ne pas le connaître.

On retrouve toujours les 4 non répondants.

i) Les suggestions pour améliorer le livret

Question ouverte afin de laisser les médecins s'exprimer librement sur le sujet.

Bien entendu, comme un grand nombre de répondant, ne connaissait pas le livret, ils sont 7 à demander à le recevoir.

Une personne ne doit pas connaître les mises à jour récentes car il proposait pour améliorer le livret, un format informatique.

Les médecins semblent être assez demandeurs d'une plus grande place de la police.

- Deux reprochent l'attitude de certains policiers car ils les trouvent « peu motivés, peu efficaces et ils ne se seraient pas toujours déplacé » alors qu'ils les avaient contactés.

- « Faire de l'éducation des mineurs et répression de leur délinquance. »
- « Développer la civilité y compris par les autorités et régler les problèmes d'injustice ». Idée retrouvée dans deux questionnaires.
- « Faire un bilan annuel, être plus solidaires des confrères »
- « Les délinquants sont mieux protégés que les victimes »
- « Organiser la sécurité du quartier »
- « Les rondes de policiers sont utiles »

Certains ont donné librement leur impression par rapport au sentiment d'insécurité.

Quelques-uns considèrent que le fait de penser au risque peut conduire à être paralysé et à considérer les patients comme des délinquants potentiels. Ils préfèrent donc ne pas y penser.

D'autres, au contraire, pensent que les difficultés dans l'exercice libéral n'en sont qu'à leur début en raison d'une baisse de la démographie médicale et du « self-service.. »

Une personne suggérait de faire des formations dans le cadre de FMC pour la gestion de l'agressivité des patients, apprendre à refuser. Il proposait aussi d'éventuellement apprendre aux médecins des arts martiaux.

Cette dernière proposition permet justement de faire le lien avec la troisième partie du questionnaire.

3.3.3. Propositions pour l'avenir

Les résultats de la pré-enquête réalisée semblaient montrer une faible connaissance du livret, son impact et son efficacité risquaient donc d'être faibles.

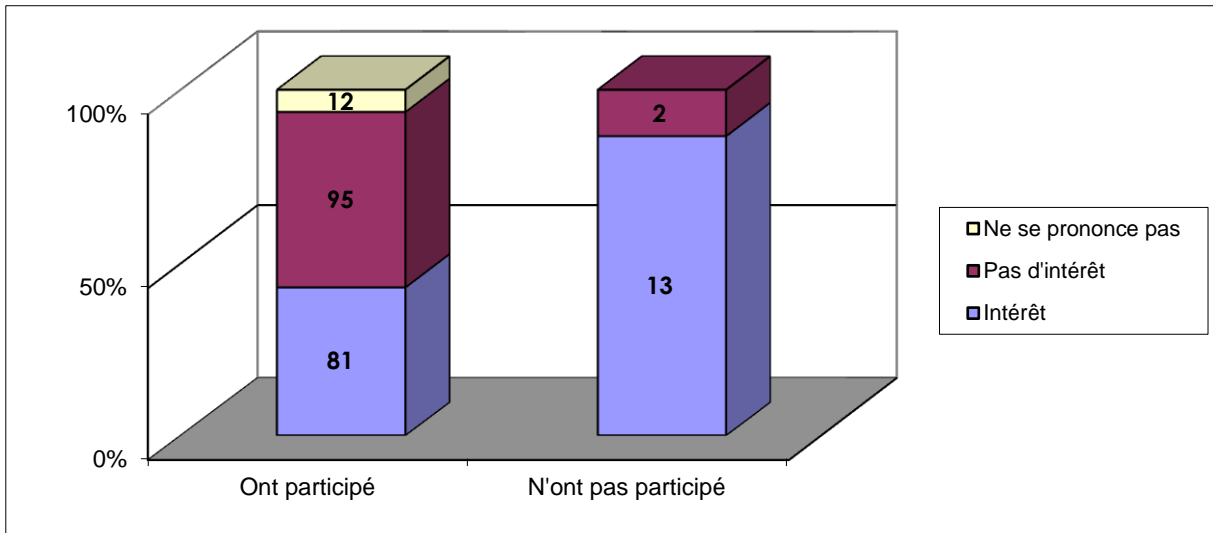
Nous avons alors proposé un autre outil aux médecins pour diminuer le nombre d'agressions.

Cet outil a été décrit précédemment comme des formations à un meilleur contrôle émotionnel en cas d'agression.

Il en résulte que 188 médecins sur les 204 interrogés n'y ont jamais participé, 15 médecins y ont déjà participé. Parmi les 188, 81 pensent qu'il y a un intérêt pour leur pratique d'y participer (soit un pourcentage de 43,1%), 95 pensent que cela n'apporterait rien à leur pratique (50,5%) et 12 ne se prononcent pas (6,4%).

Si on ajoute à cela les médecins qui y ont déjà participé (15), le nombre de personnes qui pensent que ce type de séances peut leur apporter quelque chose, on passe à un pourcentage de 45%.

Seulement 2 personnes ayant déjà participé à ce type de formations n'y ont pas trouvé d'intérêt, ce qui donne un taux d'insatisfaction de 13%.



4. DISCUSSION

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

4.1. Les Biais

4.1.1. Biais de sélection : le biais de non-réponse

Les médecins ont répondu sur la base du volontariat à l'étude. L'intérêt porté au sujet est probablement plus important quand des situations d'insécurité ont été vécues, ce qui en terme de représentativité de la population cible (les médecins généralistes du département de Seine Saint Denis) pose la question d'une surreprésentation des médecins ayant déjà été confrontés à des situations d'insécurité.

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

- la relance à une et deux semaines,
- l'utilisation de la « mailing list » du Conseil de l'Ordre qui permet d'avoir un grand nombre de médecins du département.

Le taux de réponse à l'enquête a été de 23 %, ce qui témoigne d'un intérêt modéré. Dans les enquêtes faites préalablement sur les agressions, le taux de réponse avoisinait les 40%.

Le nombre de réponses a pu être limité car la plus grande partie du questionnaire concernait le livret de sécurité. Les enquêtes antérieures concernaient plutôt le nombre d'agressions dans tel département à l'instant T.

Comme nous l'avons déjà vu, les médecins connaissant le livret sont peu nombreux et on peut supposer qu'un grand nombre de personnes n'a pas renvoyé le questionnaire compte-tenu de son manque de connaissance sur le sujet.

Dans des questionnaires préalablement réalisés dans d'autres régions, les médecins semblent globalement satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients et aucun d'entre eux n'évoque spontanément les problèmes de violence à leur rencontre, ce qui autorise à penser qu'il ne s'agit pas d'une de leur préoccupation première. [37]

4.1.2. Biais de mesure : le biais de mémorisation

Le nombre de cas d'agression déclaré peut être sous-estimé car il est demandé aux médecins s'ils ont déjà connu une agression durant leur exercice sans précision de date. On peut alors supposer que les médecins ayant connu ce type de situation il y a longtemps peuvent ne plus s'en souvenir.

4.1.3. Des questions sur la méthode

i. Des envois successifs

Dans un premier temps, par souci économique et pour une plus grande facilité de traitement des données, les questionnaires ont été adressés aux médecins par mail. Pour cela, j'ai utilisé la « mailing list » du Conseil de l'Ordre qui contient 845 médecins généralistes libéraux du département sur les 1 054 enregistrés.

Deux semaines après l'envoi et malgré deux relances par mail, seulement 64 réponses avaient été renvoyées. Ce taux étant insuffisant pour un traitement statistique significatif, la méthode a été modifiée.

J'ai alors contacté les médecins directement par courrier avec une enveloppe réponse à mes frais. Les adresses ont été trouvées dans les pages jaunes et les réponses recueillies jusqu'au 1^{er} juillet 2010. Aucune relance postale n'a été faite pour des raisons économiques. Grâce à ce changement de méthode, le nombre total de réponses a été de 208.

ii. Le choix d'une association avec le Conseil de l'Ordre

Le livret de sécurité ayant été produit par le Conseil de l'Ordre, il me paraissait justifié de les mentionner dans ma lettre d'introduction. De plus, celui-ci a été envoyé grâce à leur base de données et la lettre d'accompagnement du Président du Conseil était un gage du sérieux de l'étude.

Cette association de ma thèse avec le Conseil a pu déranger quelques médecins. J'ai

reçu ainsi quelques réponses à mon adresse personnelle avec le commentaire que cela ne concernait pas le Conseil. On peut alors supposer que le support ordinal ait pu empêcher certaines réponses.

iii. Des réponses données par défaut

Afin que la lecture et le temps de réponse au questionnaire soient le plus rapide possible, j'ai réalisé un maximum de questions fermées avec comme seul choix possible de réponse « oui » ou « non ». Ce choix binaire permet aussi une analyse plus facile des réponses.

Les questionnaires renvoyés par internet étaient munis d'une « macro » qui permettait un traitement statistique plus aisé. En effet, cet outil informatique disponible sur le logiciel « Excel » permet de calculer rapidement les taux de réponse à une question mais ont certainement, pu empêcher certains médecins de donner leur propre réponse et les a peut être parfois obligé à répondre « non » par défaut.

4.2. Ce que nous savions déjà sur les agressions à l'encontre des médecins généralistes libéraux

Les agressions sont le plus souvent verbales et se déroulent le plus souvent au cabinet. En revanche la plupart des agressions physiques se déroulent plutôt la nuit lors des visites à domicile.

L'auteur des faits est le plus souvent un homme, de moins de 40 ans qui est un proche du patient.

Les facteurs déclenchants retrouvés sont le plus souvent des troubles mentaux, un temps d'attente jugé excessif, un refus de certificat ou d'arrêt maladie.

4.3. Les conséquences de cette insécurité sur la profession médicale de Seine Saint Denis

L'insécurité n'est malheureusement pas propre au département de Seine Saint Denis mais ce département est souvent montré du doigt car il est un des départements jugés les plus « difficiles ». Cela a des conséquences dans de nombreux commerces qui ferment, qui ne trouvent pas de remplaçants, des banlieues désertées par beaucoup de professions. Qu'en est-il de la profession médicale ? Souffre-t-elle aussi de cette mauvaise apparence du département malgré les efforts publics engagés pour limiter les actes d'incivilités ?

4.3.1. Sur la densité médicale

La densité médicale est en Ile-de-France de 70,2 médecins pour 100 000 habitants alors qu'elle n'est que de 61,1 en Seine Saint Denis, ce qui est la valeur la plus basse de toute la région Ile-de-France.

Pourtant la densité sur Paris est de 88,2. Les jeunes médecins, ont pour la plupart fait leurs études sur Paris et ont habité Paris durant leurs études. Les jeunes praticiens tendent à s'installer à proximité des facultés de médecine et en Ile-de-France, 47,8% des médecins font

de cette proximité du lieu d'étude un argument d'installation. [38]. Dans notre étude 17 installations après 2002 sur 204 réponses.

L'insécurité peut en être une cause.

La population médicale de Seine Saint Denis est vieillissante avec une moyenne d'installation en 1987.

Le nombre de médecins généralistes de plus de 55 ans du département est de 434 (41,2% de la population générale). [35]

Ces données ne sont cependant pas propres au département de Seine Saint Denis, il en est de même en Essonne où les généralistes de plus de 55 ans représentent 40,1% de la population totale du département.

4.3.2. Sur la permanence de soins

Le nombre de médecins installés baissant, le risque d'agression pourrait probablement augmenter. Comme l'ont annoncé spontanément les médecins généralistes d'Ile et Vilaine interrogés par H. Henry dans son étude qualitative, la « fatigue engendrée par le rythme soutenu des journées provoque parfois un sentiment de moindre tolérance et un seuil abaissé de susceptibilité ». [37]

Comme mentionné dans l'introduction, ces actes d'agression ont quelques conséquences sur la vie quotidienne des médecins. La moyenne des visites à domicile en Ile-de-France est de 88% alors qu'elle n'est que de 77% en Seine Saint Denis.

Le Dr Chassang, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, rappelle dans sa lettre du 5 janvier 2012, adressée au ministre de l'intérieur, M Gueant, qu'il n'hésitera pas à appeler les médecins libéraux en danger à exercer leur droit de retrait. [39]

Des études précédentes ont montré que les agressions se déroulent le plus souvent la nuit.

Les gardes de nuit sont en Ile-de-France, le plus souvent effectuées par des services tels que SOS médecins.

Il serait intéressant de faire une étude sur les cas d'agressions sur ce groupe de médecins, difficile à connaître car certains ont un cabinet mais d'autres ne font que ce type d'intervention. Que pensent-ils de leur garde en Seine Saint Denis ? Cela est-il un frein pour certains ?

Un des moyens mis en place ailleurs en France pour résoudre ce problème a été l'obligation pour le patient de passer par le centre de régulation du 15.

4.3.3. Sur l'installation de dispositifs de sécurité

On constate dans notre étude qu'il n'y a pas de différence significative entre le nombre de dispositifs de sécurité dans les cabinets des médecins préalablement agressés par rapport au nombre de ceux n'ayant connu aucun cas d'agression (55,9% contre 54,9%).

Ces chiffres sont comparables à ceux trouvés dans de précédentes études. [40]

On peut donc supposer que le sentiment d'insécurité est certainement plus lié au caractère du médecin et à sa méfiance par rapport à ce sujet plutôt qu'à un risque réel.

4.3.4. L'exercice en groupe

La création de maisons médicales pluridisciplinaires ou non permet un climat de confiance pour les médecins qui sont plus rassurés de ne pas être seul s'il leur arrivait quelque chose.

Un médecin suggérerait librement, pour améliorer sa sécurité, de s'installer en groupe.

4.4. Large sous-estimation du nombre de déclarations des agressions

Comme il était déjà pressenti, le nombre d'agressions déclarées à l'Observatoire de la Sécurité des Médecins est largement sous-estimé.

En effet, au maximum ont été récoltés 920 incidents pour toutes les professions médicales (spécialistes ou généralistes) sachant qu'en plus l'Observatoire prend aussi en compte les agressions faites à l'encontre d'une personne travaillant dans le cabinet (secrétaire, agent d'entretien...).

Sur ces 920 déclarations, 79 concernaient les médecins du 93, ce qui représente un taux de 8% de l'ensemble des déclarations du territoire français.

Bien entendu, notre étude ne prenait pas en considération uniquement les agressions durant l'année précédente mais nous avons obtenu un taux de victimisation de 65,2% des cas.

Dans ce type d'étude sans notion de temps, le nombre d'agressions est bien entendu plus important mais il faut aussi prendre en considération le biais de mémoire. En effet, une

« petite agression » passée durant l'année, on s'en souvient mais il y a de grandes chances de ne plus s'en souvenir quelques années plus tard.

Ils ne sont que 46 dans notre étude à déclarer connaître l'existence de l'Observatoire.

Ces chiffres sont comparables à des résultats antérieurs où ils étaient près de 67% à ignorer son existence. [36]

Il manquait d'ailleurs dans la question 1-9 de notre étude, « si oui à qui l'avez-vous déclaré ? », la possibilité de le déclarer par l'intermédiaire de la fiche d'incident de l'Observatoire.

Mais dans ce cas, pour pouvoir interpréter les résultats, il aurait fallu demander aux médecins de préciser la date de cette agression, pour savoir si ce dispositif existait déjà au moment de l'incident.

La notion de méconnaissance de cet observatoire n'est peut être pas bien connue par les différents Conseils de l'Ordre. Dans son communiqué de presse du 2/03/2010, Michel Legmann, Président du CNOM, annonçait une signature prochaine de partenariat entre le CNOM et les ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur afin

- d'envisager une extension du livret aux autres professions de santé. Depuis a été créé un « guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé » qui comprend des conseils plus vastes que le livret.
- permettre un contact direct entre les médecins exerçant dans des zones affichant un nombre d'incidents importants et le secrétariat d'Etat – major (un fonctionnaire et un numéro de téléphones dédiés), pour accélérer les dépôts de plainte.

Pourtant, cette ligne de téléphone dédiée a par exemple été supprimée à Paris. Elle reste d'actualité dans le 93 car ce partenariat entre le CDOM 93 et les ministères est régulier.

Les chiffres donnés ainsi chaque année, dont on se sert pour faire les statistiques sont très certainement largement sous-estimés du fait de la méconnaissance de cette fiche de déclaration.

Cette méconnaissance relèverait-elle le manque d'intérêt des médecins dans ce domaine ?

Cette fiche est pourtant disponible sur la page d'accueil du site web du Conseil de l'Ordre National. Les résultats de l'année précédente sont mentionnés chaque année dans le bulletin de l'Ordre.

En revanche, la présentation de la fiche de déclaration d'incident qui permet d'établir les statistiques pour l'observatoire de la sécurité des médecins n'est pas, ou alors pas facilement retrouvée sur de nombreux sites internet de Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins.

4.5. Le nombre d'agressions verbales reste le plus important

Les agressions verbales sont majoritaires avec 124 déclarants (60,8%) concernés dans notre étude (76 agressions verbales seules et 48 verbales + physiques).

Ces résultats sont comparables à ceux obtenus dans d'autres études au niveau national mais aussi international. Ainsi, dans son étude faite en 1989 au Royaume Unis, Hobbs trouvait que

les agressions verbales représentaient de loin l'incident le plus fréquent avec des chiffres tout de même nettement supérieurs (91% du nombre total d'agressions recensées). [41]

Je n'ai pas demandé dans le questionnaire si les médecins interrogés avaient déjà été victimes de vols. Plusieurs l'ont pourtant mentionné. Cela aurait peut-être encore augmenté le nombre d'incidents déclarés. Le nombre de dépôt de plainte, le nombre de contacts avec la police ou le conseil de l'Ordre aurait peut-être été augmenté et aurait pu confirmer que le livret est peu promu.

Phrases issues des questionnaires :

- « je note que vous n'avez pas parlé des tentatives d'intimidation faites par les patients ou certains organismes, voire de certaines plaintes contre des médecins avec des policiers parfois peu aimables »
- « hier on a volé mon manteau du placard de l'entrée »
- « on a volé mon téléphone portable sur mon bureau ce matin »

La question des vols est abordée dans le questionnaire de l'Observatoire pour la sécurité des médecins [4], je ne voulais donc pas faire de répétition de ce questionnaire qui me semblait être connu des médecins ce qui comme démontré plus haut, n'est en fait pas le cas.

4.6. Qu'en est-il du livret de sécurité ?

Dans sa thèse, fin 2009, F. Fasciaux note que le livret de sécurité, utile pour la prévention doit être connu des médecins. [42]

4.6.1. Connaissance générale

La connaissance du livret de sécurité semble très insuffisante par rapport à ce qu'elle devrait être. Parmi les médecins répondants, la plupart étaient installés avant 2000 (moyenne d'installation 1987) et ont donc reçu le livret. Pourtant, il semble que celui-ci n'ait pas eu beaucoup d'impact sur les médecins car 74% disent ne jamais en avoir entendu parler.

Un taux inférieur, avec seulement 12,7% des praticiens interrogés avaient connaissance du livret de sécurité dans une étude faite en région Rhône Alpes.

La différence peut s'expliquer par le fait que le livret a été créé par le Conseil de l'Ordre du 93 et est donc depuis plus longtemps promu dans ce département.

Nous avions comme hypothèse avant de débiter cette étude que les médecins ne se préoccupent pas du livret avant d'avoir été victime d'une agression.

Pourtant, le taux de réponse « oui » à la question -I- 8 « Avez-vous déjà été victime d'agression » est de 65,2%.

Sur ces 133 médecins victimes d'agression, ils ne sont encore que 38 à connaître le livret.

On peut alors supposer qu'après une agression, les médecins ne vont pas s'intéresser au livret parce qu'ils ne se souviennent plus de son existence. Mais à la suite de ces agressions, ils sont 62 à l'avoir déclaré au Conseil de l'Ordre, à la police voire aux deux. Pourtant, malgré ce contact avec les instances à l'origine de ce projet, le nombre de personnes connaissant le livret de sécurité n'est pas très important. Il n'y a qu'une seule personne qui déclare en avoir eu connaissance suite à une agression.

Nous pouvons en déduire qu'il y a un défaut de communication de cet outil par les personnes qui peuvent être amenées à recevoir les plaintes (personnel des commissariats ou personnel du conseil de l'ordre).

4.6.2. Les référents

Les médecins référents ainsi que les policiers référents sont certainement bien au courant de l'existence du livret mais pour qu'ils puissent le diffuser, il faudrait que les médecins agressés les contactent. Or, comment le pourraient-ils s'ils ne connaissent pas leur existence ?

C'est ainsi que des médecins en viennent à se protéger eux-mêmes et à utiliser des moyens qui sont plus souvent attribués aux forces de l'ordre. Ils sont 9 dans cette étude à avoir une arme dans leur cabinet destinée à leur défense et 18 à avoir une bombe lacrymogène !

Ils sont donc 13% à avoir recours à des moyens de défense qui ne sont pas uniquement préventifs.

La position de médecin ou du policier référent ne semble pas toujours bien comprise.

J'ai eu comme réponse d'un médecin qu'il s'était déplacé au commissariat en demandant le policier référent. On lui a alors appris que celui-ci avait été muté et on lui a présenté son remplaçant. Malheureusement, ce remplaçant a appris en même temps que le médecin qu'il était le policier référent...

Les médecins généralistes sont souvent la première personne vers qui se tournent les patients lorsqu'ils ont été agressés (ne serait-ce que pour faire le certificat médical initial descriptif). Mais vers qui le médecin se tourne lorsque lui-même a été agressé ?

4.6.3. Augmenter la connaissance de l'existence de l'outil

Une autre possibilité de diffusion du livret serait souhaitable : lorsqu'un jeune médecin s'installe, il est obligé de prendre contact avec le Conseil de l'Ordre Départemental du lieu où il s'installe.

L'information de l'existence du livret pourrait lui être donnée à cette occasion.

Pourtant sur les 17 médecins installés après 2002, date de création du livret, seulement 1 a eu connaissance de l'existence du livret par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre. A noter que cette personne s'est installée en 2004 et qu'elle n'a jamais été agressée.

Une constatation revient toujours lorsque l'on détaille tous les outils mis à disposition des médecins (livret, formations de gestion des conflits, observatoire..) : tous sont utiles, tous sont appréciés des médecins mais tous sont insuffisamment connus.

Pour améliorer leur diffusion, il faudrait trouver le meilleur moyen de communication pour toucher un maximum de médecins.

Les différentes façons de pouvoir contacter les médecins sont :

- le courrier, mais on peut constater que parmi toutes les lettres que reçoivent quotidiennement les médecins, une lettre passera inaperçue dans un grand nombre de cas et le bénéfice en sera limité,
- le téléphone, mais il est difficile de parler au médecin et de recueillir toute son attention durant ses horaires de consultation,

- les revues médicales, qui sont des organismes privés, la publicité du livret serait certainement payante. De plus, il existe autant de revues que de spécialités ou sous spécialités médicales. Il faudrait alors cibler les revues les plus lues, cela nécessiterait une enquête statistique,
- les visiteurs médicaux, qui ne sont pas toujours reçus par les médecins. Ce sont des salariés de laboratoires, ce travail serait un plus à leur demander et nécessiterait là aussi un investissement économique,
- les réunions organisées par des organismes de médecins. Ce type de réunion est organisé, justement par le Conseil de l'Ordre de Seine Saint Denis. Durant ces réunions, les difficultés quotidiennes rencontrées par les médecins sont abordées et notamment celles de l'insécurité. Durant ces rencontres, le livret peut être présenté aux médecins. Bien entendu, tous les médecins ne participent pas à ces réunions, par manque de temps ou par manque d'intérêt.

Un des moyens qui me semblerait le plus convaincant serait constitué par des entretiens comme ceux organisés par la CPAM. Organisme public, il n'y aurait pas de conflit d'intérêt, cette politique entrerait bien dans le cadre de la politique de la sécurité intérieure.

Bien entendu, l'ensemble de ces solutions a un coût. Les possibilités qui reviendraient les moins onéreuses seraient les revues médicales (mais celles-ci ne sont pas toutes lues par les médecins généralistes) ou les visiteurs médicaux (mais cela nécessiterait de le faire par l'intermédiaire d'un laboratoire et on pourrait alors reprocher un conflit d'intérêt).

4.6.4. Le livret de sécurité remplit-il son but ?

Un des buts du livret était d'augmenter le nombre de déclarations des agressions, en insistant sur le fait que le Conseil de l'Ordre est là pour épauler les victimes dans cette démarche. On constate que ce chiffre reste bas avec seulement une déclaration dans 44,9% des cas. L'agression verbale est très largement sous déclarée, car les médecins ont encore le réflexe de ne déclarer une agression que lorsqu'ils sont victimes d'une agression physique.

Aucune étude de ce type n'avait été faite avant la sortie du livret. Il n'y a donc aucun chiffre permettant de connaître le nombre de déclarations d'agressions avant sa parution pour pouvoir faire une comparaison avec le nombre de déclarations actuel.

4.7. Pistes pour l'avenir

Les moyens pour améliorer le livret intéressent peu les médecins, ils sont peu nombreux dans notre enquête à suggérer des pistes pour le livret.

La seule réponse qui concerne réellement le livret est celle qu'il faudrait en améliorer sa diffusion. Le reste des réponses sont des généralités sur leurs conditions d'exercice, la prise en charge générale de l'insécurité dans la société.

Il semblerait que les médecins souhaitent une plus grande présence de la police dans leur vie professionnelle.

Pour l'instant, cette présence est possible à la demande du médecin mais elle n'est pas spontanée. Il semble logique que la police n'intervienne pas dans la vie du médecin car il est question de deux activités bien distinctes. Mais comment les médecins pourraient-ils solliciter cette présence s'ils ne savent pas qu'ils y ont le droit ? Je rappelle qu'ils ne sont que 40 à connaître un policier référent.

Nous en revenons encore une fois à la nécessité de diffuser l'information.

Au vu du nombre de réponses peu élevé, de la faible influence que ces agressions ont dans leur pratique (peu de modification d'horaires, peu d'installation de matériels permettant d'améliorer la sécurité), il semblerait que l'insécurité soit un risque connu par les médecins, ils sont 76 à déclarer se sentir concernés par ce risque mais cela ne les empêche pas d'exercer de façon plus ou moins sereine.

Il semble que ce qui les intéresse plus serait que l'on prenne en considération le sentiment d'insécurité, la montée de l'agressivité et le stress que cela engendre.

Les actes d'agression physique ou verbale sont bien entendu inacceptables et ne correspondent pas à l'idéal que se fait le médecin de venir en aide à ses patients, mais ce phénomène peut aussi parfois être lié à son comportement.

Les médecins pris dans la succession des tâches à réaliser, dérangés régulièrement par le téléphone, sous la pression des horaires à respecter n'ont plus toujours le recul nécessaire pour apprécier les conséquences de leurs actes ou de leurs paroles.

Nos réponses arrivent parfois de façon abrupte au patient souffrant qui peut alors se sentir maltraité et répondre lui aussi par la violence.

C'est un des points évoqués dans le rapport sur la maltraitance ordinaire établie par l'HAS.

Mais répondre dans le calme à des demandes des patients qui peuvent nous paraître aberrantes alors qu'on est déjà tendu s'avère très difficile.

Stress et agressivité sont ainsi liés.

C'est pourquoi je proposais dans mon questionnaire une partie sur des séances de gestion du stress et de l'agressivité.

Ils sont 45% à se dire favorables à ce type de pratique.

4.7.1. Les séances dites « gestion du stress et de l'agressivité »

Ces types d'action sont menés dans différentes entreprises qui peuvent être confrontées à l'agressivité des usagers.

Elles devraient aussi être obligatoires dans la formation des professionnels de santé comme le mentionne Philippe Bas dans son rapport. Il demandait ainsi de développer la formation par la création dès 2008 d'un module spécifique dès la formation initiale pour préparer les professionnels à prévenir et à faire face aux situations de violence, ainsi que pour les aider à accompagner les victimes. [43]

Philippe Bas souhaitait que cette formation initiale soit ensuite complétée dans la formation médicale continue.

Lorsqu'on regarde les programmes de formation médicale continue, les séances de gestion du stress et de l'agressivité sont souvent proposées mais concernent la prise en charge de l'anxiété du patient son agressivité vis-à-vis de lui-même mais pas la formation du médecin pour gérer sa propre anxiété.

Les techniques qui permettent de désamorcer certaines situations risquant d'aboutir à la violence sont surtout basées sur une amélioration de la communication.

Ce thème est ainsi abordé par Peter Tate dans son ouvrage intitulé « Soigner « aussi » sa communication » où il conseille de laisser le patient exprimer sa colère qui a, selon lui, pour but de mobiliser toute l'attention de l'auditeur (le médecin). [44]

Pour la gestion de l'agressivité, même si le médecin a quelques notions, il me semble qu'un avis extérieur, professionnel, permettrait de mieux les ancrer et qu'elles deviennent plus aisées.

Elaboré par Lazarus et Launier en 1978, le concept de « Coping » désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique.

L'agression peut être la source d'un stress mais celui-ci est variable d'un individu à l'autre selon que cette situation soit évaluée comme débordant les ressources et pouvant mettre en danger le bien-être. Cette réponse de stress est le résultat d'un déséquilibre entre les exigences de la situation provocatrice et les ressources de l'individu pour y faire face.

Il existe de multiples méthodes pour atténuer ou gérer le stress. On peut distinguer des techniques curatives et préventives.

Pour manager le stress, les méthodes les plus courantes sont :

- l'exercice physique,
- les techniques cognitives,
- les techniques de relaxation.

La désensibilisation systématique est une technique basée sur la théorie du conditionnement classique stimulus réponse. Le thérapeute fait revivre en imagination les situations redoutées tout en induisant une relaxation progressive. [45]

4.7.2. Des médecins peu sensibles à la prévention de l'insécurité mais plus favorables à la prise en charge de leur bien être

Il est nécessaire de prendre en compte le sentiment d'insécurité car comme nous l'avons déjà vu, l'insécurité est une cause de « burn-out ».

Comme l'a démontré D. Truchot dans son étude sur le « burn-out » des médecins généralistes, l'iniquité perçue dans la relation médecin/malade influe sur l'épuisement professionnel.

Le médecin s'attend à ce que les patients montrent du respect et de la gratitude. S'ils sont présents, ces attitudes et comportements représentent un gain qui vient compenser les investissements fournis. Le comportement agressif de certains patients ou de leur famille peut engendrer un sentiment de déséquilibre relationnel et finalement sur le long terme, de détresse psychologique. [46]

4.7.3. Augmenter les déclarations

La connaissance de la procédure à suivre suite à une agression est assez bien codifiée car elle est la même pour tout citoyen français.

Une personne agressée doit, s'il y a des traces physiques, faire décrire ses lésions par un médecin dans un certificat médical initial, dans lequel est mentionné une éventuelle ITT puis, munie de ce papier, se rendre au commissariat de police pour faire un dépôt de plainte.

Ce temps passé, est souvent considéré comme une perte de temps par des médecins généralistes (1 cas sur 3 des causes de non déclaration dans notre étude).

Pourtant, la mise en place du policier référent médecin a aussi été faite dans le but de réduire le temps passé aux formalités.

Mettre en place un suivi psychologique, par l'intermédiaire du médecin référent, ou par un autre médecin ou psychologue à la suite d'une agression afin d'évaluer le vécu de l'agression et son influence sur le comportement du médecin pourrait être bénéfique.

Les médecins ne déclarent pas jusqu'à présent car ils jugent cette démarche inutile dans 27 cas de notre étude.

L'inutilité est souvent liée au fait que la personne ne sera pas interpellée. Bien entendu, il n'est pas question de remettre en cause les lois françaises, mais il faudrait que les médecins voient un autre intérêt que celui de la répression à ce dépôt de plainte.

La personne agressive ne sera pas jugée dans un grand nombre de cas car, heureusement, la plupart des actes d'agression sont bénins. Cependant, ces actes même bénins et en particulier

s'ils sont répétés, peuvent conduire à une altération de la relation médecin/malade et risquent à terme de provoquer un épuisement professionnel.

Il faudrait que suite à toute déclaration, le médecin victime soit régulièrement contacté pour évaluer son état de stress.

Jusqu'à maintenant c'est le médecin lui-même qui doit ressentir son stress. Or, nous avons tous eu des patients dans nos cabinets qui viennent pour telle ou telle raison et pour qui on découvre une anxiété sous-jacente. Un œil extérieur est souvent le bienvenu dans une situation de stress, d'épuisement professionnel alors pourquoi ne pas le proposer aux médecins, d'autant plus qu'ils y sont favorables ?

5. CONCLUSION

Les agressions font malheureusement partie de l'exercice de la médecine générale libérale mais elles restent heureusement le plus souvent verbales. Malgré les moyens mis en œuvre pour en faciliter les déclarations, leur nombre reste sous-évalué. L'attitude des médecins est assez contrastée entre l'idée qu'il faudrait déclarer toute agression, quelle qu'elle soit, et ce qu'ils font en pratique.

Cette différence entre la théorie et la pratique tient le plus souvent au fait que les agressions, verbales pour la plupart, sont considérées comme minimales et qu'elles sont perpétrées par des malades, des patients.

Ces actes d'incivilité ont un impact sur la globalité de la médecine générale ambulatoire en Seine Saint Denis (densité médicale plus faible, visites à domicile peu nombreuses...). Cependant, les praticiens qui exercent dans ce secteur, ont intégré ce phénomène à leur activité et même s'ils en sont conscients, ils ne cherchent pas à ce que les auteurs des faits soient davantage punis.

Le livret de sécurité, existant depuis maintenant presque 10 ans, est connu par 26 % des médecins interrogés dans notre étude. Ce chiffre paraît faible par rapport à ce qu'il devrait être (les médecins de la Seine Saint Denis l'avaient reçu à leur cabinet à sa création). Les chiffres de l'Observatoire pour la Sécurité des Médecins font l'objet d'un communiqué annuel dans le Bulletin de l'Ordre. A cette occasion, l'existence du livret de sécurité et sa mise à jour sont mentionnés, pourtant moins d'un tiers des médecins du département le plus touché par les agressions en ont le souvenir.

Pour ceux qui connaissent le livret de sécurité, il semble que celui-ci soit largement apprécié. Ils sont 70% à penser cet outil adapté à la pratique de la médecine libérale.

Près de la moitié des médecins interrogés est favorable à la mise en place de réunions dans lesquelles ils pourraient apprendre à gérer leur stress et l'agressivité à laquelle ils sont confrontés.

Bien entendu, l'agressivité est multifactorielle et elle ne peut pas toujours être évitée. Mais notre attitude peut y contribuer et les médecins semblent intéressés à apprendre des techniques permettant d'adapter leur attitude face à une personne se montrant agressive. Cela pourrait permettre ainsi de répondre à un manque dans le livret de sécurité sur la prévention des agressions verbales qui sont pourtant les plus nombreuses.

Les conseils donnés dans le livret dans sa version de la Seine Saint Denis sont pour cela intéressants car il s'agit de données simples à appliquer qui peuvent limiter le risque d'agression physique ou de vol envers le médecin. La désignation du policier et du médecin référents sont des éléments essentiels qui ont démontré leur efficacité dans d'autres professions. Cependant, un point essentiel ressort concernant tous les dispositifs mis en place jusqu'ici pour venir en aide aux médecins lorsqu'ils sont confrontés à une agression : le manque de connaissance de leur existence.

Améliorer la diffusion du livret de sécurité permettra d'augmenter les déclarations d'incidents mais surtout d'orienter plus facilement le médecin victime vers les instances qui pourraient lui venir en aide (police, aide psychologique...) afin d'éviter que ces actes, isolés ou répétés, aboutissent à un épuisement moral du médecin.

5. BIBLIOGRAPHIE

- [1] SMITH R. All doctors are problem doctors. *BMJ*, Mar 1997, 314, 841-2.
- [2] Chiffres INSEE au 1^{er} janvier 2009.
- [3] BUREAU E. Ils n'en peuvent plus des agressions. *Le parisien* [en ligne], 4 octobre 2010 [consulté le 11 novembre 2010]. Disponible sur internet <<http://www.leparisien.fr/seine-saint-denis-93/ils-n-en-peuvent-plus-des-agressions-04-10-2010-1094116.php>
- [4] CHABROL A. Les médecins face à l'insécurité : des pistes pour agir. *Bull Ordre Med*, janvier 2003, n° 11, p. 8-12.
- [5] IPSOS, CNOM. Observatoire de la sécurité des médecins. SNJMG [en ligne]. Lundi 21 octobre 2002. [consulté 21 février 2012. Disponible sur internet <http://www.snjmg.org/doc_pdf/obs_securite.pdf
- [6] DE SAINT ROMAN H. La sécurité des médecins en chiffre : 535 agressions en 2008. *Le Quotidien du médecin*, 26 mars 2009, p 2.
- [7] IPSOS. Observatoire pour la sécurité des médecins Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne]. Période de 2004 à 2010, [consulté le 11 juin 2011]. Disponible sur internet <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire%20securite%20medecins%202010_0.pdf
- [8] BUE I, SANDRET N. Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales. *Document pour le médecin du travail*, 2007, n°110, p. 193-198.
- [9] TOUTIN T, BENEZECH M. Le médecin victime dans son exercice quotidien : conduite à tenir pour sa sécurité. *Ann Med Psychol*, 2007, Vol 165, n°10, p 768-773.

-
- [10] INRS. Facteurs de risque de violence externe au travail. INRS[en ligne]. 4 novembre 2011 [consulté le 20 février 2012]. Disponible sur internet <<http://www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/agression-violence-externe/facteur.html>
- [11] Article 433-3 du Code pénal, modifié par loi n° 2010-201 du 2 mars 2010 - art.11.
- [12] DESOMBRE C et al. Auteurs d'infraction et victimes d'agressions : impact de la violence et du contexte professionnel sur le jugement de punition. *Champ Pénal*[en ligne].6 juillet 2005, vol. II [consulté le 21 février 2012]. Disponible sur internet <<http://champpenal.revues.org/333>
- [13] HEYMANN R. *L'insécurité en pratique de médecine générale : enquête rétrospective auprès de 525 médecins du Bas-Rhin concernant leur exercice professionnel du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2003 inclus*. Thèse d'exercice de médecine. Strasbourg : Université Louis Pasteur, 2004. 93 f.
- [14] COSTARGENT G., VERNEREY M. *Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé*. Rapport ministériel. Paris : Ministère de la Santé. Octobre 2001, n° 2001.110. 95 p.
- [15] LEOPOLD Y. *Les médecins se suicideraient-ils plus que d'autres ?*. Informations ordinaires. Conseil de l'ordre du Vaucluse, janv fév 2003.
- [16] URML. *Enquête sur les conditions d'exercice des médecins libéraux d'Ile-de-France*. URML [en ligne].Mai 2001 [consulté le 21 février 2012]. Disponible sur internet <http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_010622.pdf
- [17] COSTARGENT G., VERNEREY M. *Rapport relatif à la permanence des soins*. Rapport ministériel. Paris : Ministère de la santé, 22 janvier 2003. 19p.
- [18] BACCINO E. *Médecine de la violence : Prise en charge des victimes et des agresseurs*. Editions Masson, 2006.358 p. Abrégés. Chap. 7, p 173-179. ISBN 2-294-02016-2

-
- [19] JUIHARD J-M. *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale*. Rapport public. Paris : Sénat, octobre 2007. 86 p.
- [20] GALAM E. Burn out des médecins libéraux : 3^{ème} partie, des conséquences pour le médecin mais aussi pour ses patients. *Médecine* [en ligne] Nov, Déc 2007. [consulté le 10 novembre 2010]. Disponible sur internet < http://www.souffrance-du-soignant.fr/_uses/lib/6521/Galam_3.pdf
- [21] LADHARI N et al. Etude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont Ferrand. *Arch Mal Prof.*, 2004, vol 65, n° 7-8, p.557- 563.
- [22] La mystérieuse agression d'un médecin dans un hôpital de Créteil. *20 minutes* [en ligne], 23.02.2011 [consulté le 11 juin 2011]. Disponible sur internet < <http://www.20minutes.fr/ledirect/675053/societe-la-mysterieuse-agression-medecin-hopital-creteil>
- [23] DREES. *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*. Etudes et résultats. Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, août 2004, n° 335. 12 p.
- [24] BOURGEUIL Y, MAREK A, MOUSQUES J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?. *Questions d'économie de la Santé*. 2007, n° 127.
- [25] APHP. La sécurité à l'hôpital. Paris : site web de l'APHP [en ligne].2008 [consulté le 21 février 2012]. Disponible sur internet < <http://www.aphp.fr/documents/presse/securiteavril2008.pdf>
- [26] COMPAGNON C, GHADI V. *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé*. Etude sur la base de témoignages. 2009. [consulté le 5 décembre 2010]. Disponible sur internet < <http://www.has->

-
- sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf
- [27] ELCHARDUS J-M et al. Violence et urgence. *Ann Med Psychol*, 2005, vol 163, issue 8, p. 664-667.
- [28] Article L4121-2 du Code de la Santé Publique, modifié par loi n°2002-303 du 4 mars 2002 – art. 46 JORF 5 mars 2002.
- [29] La gazette médicale, 1996, Tome 103.
- [30] Commandant ROMEU. Direction Départementale de la Sécurité Publique du 93, Bobigny, entretien du 4.12.2009.
- [31] DIRECTION TERRITORIALE DE LA SECURITE DE PROXIMITE DE LA SEINE SAINT DENIS, CDOM DU 93. Livret de sécurité. CDOM 93 [en ligne] 30 mars 2010 [consulté le 6 avril 2010]. Disponible sur internet < http://www.cdom93.fr/fichier/t_download/28/download_fichier_fr_livret.de.s.curit.version.30.03.2010.pdf
- [32] MOREAU S et al. *Quand travailler expose à un risque d'agression : des incivilités aux violences physiques*. Note scientifique et technique n 288. INRS [en ligne]. Octobre 2010. [consulté le 21 février 2012]. Disponible sur internet < [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParIntranetID/OM:Document:18C7F437ED7F8D69C12577E4004BEB38/\\$File/ns288.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParIntranetID/OM:Document:18C7F437ED7F8D69C12577E4004BEB38/$File/ns288.pdf)
- [33] BACHELARD O, et al. *Risques psychosociaux au travail, vraies questions, bonnes réponses*. Paris : Editions Liaisons, 2008. 326 p. Liaisons sociales. ISBN 978-2878807479.
- [34] INRS. Gérer les situations de tension et de conflit. INRS [en ligne],4 nov 2011. [consulté le 21 février 2012]. Disponible sur internet <

<http://www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/agression-violence-externe/gerer-situation-conflit.html>

- [35] Données URCAM Ile de France au 23 novembre 2010. Disponible sur internet < www.ameli.fr
- [36] URML. *La visite à domicile chez les médecins franciliens*. Enquête, 2005. 53 p.
- [37] LHOMME H. *Violence à l'encontre du médecin généraliste : enquête par entretiens en Ile et Vilaine*. Thèse d'exercice de médecine. Rennes : Université de Rennes 1, 2010. 126 f.
- [38] DESCOURS Ch. *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*. Rapport ministériel. Paris : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, juin 2003. 69 p.
- [39] CHASSANG M. Lettre adressée à M Gueant, Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, des Collectivités Territoriales et de l'Immigration, 5 janvier 2012.
- [40] ECHEBERZ RIOLLET T. *Etude de l'insécurité et de l'exercice de la médecine générale dans les zones urbaines sensibles de l'agglomération toulousaine*. Thèse d'exercice de médecine. Toulouse : Université Paul Sabatier, 2007. 105 f.
- [41] HOBBS R. Violence in général practice : a Survey of général practionners views. *BMJ*, 1991, vol 302 (6772), p. 329-332.
- [42] FASCIAUX F. *L'insécurité en médecine générale dans le Nord Pas-de-Calais*. Thèse d'exercice de médecine. Lille : Université du droit et de la santé, 2009. 52 f.
- [43] BAS Ph. Ministre de la Santé et des Solidarités. Communiqué de Presse du 11 mai 2007.
- [44] TATE P. *Soigner (aussi) sa communication*. 4^{ème} ed. De Boeck, 2005. 226 p. Chap. 12, p. 178-181. ISBN 978-2804146634.

- [45] PAULHAN I, BOURGEOIS M. *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*. 2^{ème} ed, Paris : Editions Presses Universitaires de France, 1995. 128p. Collection Nodules. p 40-109. ISBN 978-2-13-046834-9
- [46] TRUCHOT D. Le burn out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Ann Med Psychol*, 2009 Vol 167, n° 6, p 422-428.

6. ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire

Questionnaire - Le livret de sécurité a-t-il modifié le comportement des médecins afin d'améliorer la sécurité de leur(s) cabinet(s)

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement médecin remplaçant dans le département et je réalise une thèse sur la **sécurité dans les cabinets médicaux du 93**.

Cette étude est réalisée avec l'aide du **Conseil de l'Ordre Départemental** et du **département de médecine générale de la faculté de Paris 7**.

Ma thèse a pour but d'évaluer l'impact qu'a pu avoir le livret de sécurité et son efficacité

J'ai réalisé un questionnaire sous format Excel 97 avec des questions pour la plupart fermées.

Pour y répondre il vous suffit de cocher la case correspondant à votre réponse.

Le retour des questionnaires peut se faire selon deux possibilités :

Soit informatique :

- Pour cela enregistrez ce questionnaire et procédez à la réponse
- vous enregistrez votre réponse
- vous retournez votre fichier réponse à l'adresse mail du conseil de l'ordre (seine-st-

denis@93.medecin.fr) avec comme objet du mail : thèse.

Soit postale à l'adresse suivante :

Conseil Départemental d'Ordre des Médecins De la Seine St Denis
2 rue Adèle
93250 Villemomble

Avec mes remerciements pour votre participation, veuillez croire, Madame, Monsieur en l'expression de mes salutations distinguées.

Marion BALDUCCI

Généralités		
1	Etes-vous ?	<input checked="" type="radio"/> Un homme <input type="radio"/> Une femme
2	En quelle année vous êtes vous installé? (AAAA, exemple 2010)	<input type="text"/>
3	Combien voyez vous de patients par jour ?	<input type="radio"/> < 20 <input checked="" type="radio"/> 20 à 30 <input type="radio"/> 31 à 50 <input type="radio"/> > 50
4	Faites vous des visites à domicile ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
5	Faites vous des consultations "nocturnes" (>20h)?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
6	Avez-vous déjà été victime d'agression,	
	Physique ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
	Verbale ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
7	Si oui, l'avez-vous déclaré ?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
8	Si vous avez répondu oui à la question précédente était ce ?	<input type="checkbox"/> au conseil de l'ordre <input type="checkbox"/> à la police
9	Si non, pourquoi?	<input type="checkbox"/> Manque de temps ? <input type="checkbox"/> Peur des repercussions <input type="checkbox"/> Manque de connaissance sur la procédure <input type="checkbox"/> Autre(s) : <input type="text"/>
10	Avez-vous déjà contacté la Police Nationale	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
11	Si, oui par quel biais ?	<input type="checkbox"/> 17 Police secours <input type="checkbox"/> Appel au commissariat <input type="checkbox"/> Vous vous êtes déplacé au commissariat
12	Avez-vous des dispositifs pour votre sécurité dans votre cabinet?	<input type="checkbox"/> Video surveillance <input type="checkbox"/> Porte blindée <input type="checkbox"/> Télésurveillance <input type="checkbox"/> Bombe lacrymogène <input type="checkbox"/> Arme Autre(s) <input type="text"/>

Livret de sécurité	
1 Connaissez vous le livret de sécurité?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
2 Comment avez-vous eu connaissance du livret?	
3 En avez-vous eu déjà besoin?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
4 Vous paraît il adapté à la médecine de ville?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
5 Quels sont les conseils qui vous semblent les plus pertinents?	
6 Ce livret vous a-t-il fait changer vos habitudes?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
7 Après l'avoir consulté	
Vous sentez vous concerné par le risque d'agression?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
Pensez-vous changer vos horaires de consultation?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
Pensez-vous mettre en place des dispositifs de sécurité ?	
Interphone	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
Vidéosurveillance	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
Porte blindée	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
Autre(s)	
8 Connaissez vous l'indicatif à faire d'un téléphone portable pour joindre les secours?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
9 Connaissez vous un policier référent médecin dans votre secteur à qui vous pourriez vous adresser en cas de problème(s)?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
10 En cas de besoin, sauriez-vous utiliser la ligne dédiée pour joindre la police nationale?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non
11 Pensez-vous que vous déposeriez plainte si vous veniez à vous faire agresser?	<input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non

12 Connaissez-vous l'Observatoire de la Sécurité des Médecins organisé par le Conseil National des Médecins associé à l'IPSOS?		<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
13 Vos suggestions pour améliorer le Livret de Sécurité et son efficacité			
Propositions pour l'avenir			
1 Avez-vous déjà participé à des séances de gestion du stress ou de l'agressivité?		<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
2 Ce genre de séance vous paraîtrait il utile pour la pratique quotidienne?		<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non

Annexe 2 : livret de sécurité



LIVRET DE SÉCURITÉ



DIRECTION TERRITORIALE
DE LA SÉCURITÉ DE PROXIMITÉ
DE LA SEINE SAINT DENIS

ORDRE DÉPARTEMENTAL
DES MÉDECINS DE LA
SEINE SAINT DENIS

La sécurité de l'exercice de la médecine au service de la population séquano-dyonisienne est un domaine d'actualité qui préoccupe l'ensemble des partenaires institutionnels du département.

La Direction Territoriale de la Sécurité de Proximité de la Seine-Saint-Denis et le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins ont travaillé ensemble à la réactualisation de ce livret de sécurité, aujourd'hui repris nationalement, et qui contient un certain nombre d'éléments essentiels en matière de sécurité.

Ce document évolutif ne pourra résoudre tous les problèmes de sécurité dans l'exercice médical. Néanmoins, il apporte des informations et des conseils parfois simples, permettant de se protéger et de faciliter la recherche d'identité des auteurs d'infractions.

Les précautions prises par le professionnel de santé s'ajouteront aux dispositions mises en place par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins et aux efforts entrepris par la Police Nationale en termes de protection, de sécurité et de proximité avec le public.

Monsieur Philippe PRUNIER
Contrôleur Général
Directeur Territorial de la Sécurité de Proximité
de Seine Saint Denis

Docteur Edgard FELLOUS
Président du Conseil départemental
de l'Ordre des Médecins
de Seine Saint Denis

Le médecin peut représenter une cible privilégiée pour les délinquants car il possède des objets convoités par ceux-ci :

- *L'ordonnancier sécurisé ou non*
- *Le caducée et/ou tampon*
- *Les échantillons médicaux*
- *Le téléphone portable*
- *L'argent*
- *Le matériel informatique*

Dès lors, il peut être victime d'atteintes contre ses biens ou sa personne, soit dans son cabinet, soit en cours de visite.

Des dispositifs existent tant pour prévenir l'agression que pour faciliter l'identification et l'interpellation des auteurs d'actes délictueux.



SOMMAIRE

- *La sécurité au cabinet médical* *Page 5*
- *La sécurité lors des visites à domicile* *Page 7*
- *Que faire en cas d'agression ?* *Page 8*
- *Comment joindre la police ?* *Page 9*
- *Le vol à la portière* *Page 10*
- *Comment déposer plainte ?* *Page 12*
- *Les suites données aux plaintes* *Page 14*
- *Liste des commissariats de police* *Annexe 1*
- *Liste des policiers Prévention Communication* *Annexe 2*
- *Liste des policiers référents aide aux victimes* *Annexe 3*
- *Liste des médecins Conseillers ordinaires* *Annexe 4*



La Sécurité au Cabinet Médical

Certains aménagements et certaines précautions sont susceptibles de réduire les risques d'agression:

1°) Les mesures de protection physique

- ✦ Assurez un éclairage performant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du cabinet médical.
- ✦ Prévoyez une porte blindée avec cornières.
- ✦ Installation d'un système d'ouverture à distance (interphone et/ou gâchette électrique) doublé d'un vidéophone ou d'une caméra extérieure reliée à un écran de contrôle placé dans le bureau du praticien ou celui de la secrétaire d'accueil.
- ✦ Voir une installation de Système de Téléalarme ou de Télésurveillance avec caméra dans la salle d'attente.
- ✦ Vous pouvez équiper la salle d'attente d'une vidéosurveillance (se reporter à la réglementation en vigueur).
- ✦ Les issues secondaires pourront être équipées d'une alarme sonore (buzzer) afin de signaler une porte restée ouverte ou mal verrouillée.

Comment fonctionne la télésurveillance ?

Le déclenchement se fait à partir d'un bouton poussoir fixe au bureau du médecin. La centrale de gardiennage peut ainsi répercuter l'information aux services de police. Le système de déclenchement peut également être fixe sur un boîtier portatif que l'intéressé porte sur lui. Enfin, une alarme spéciale peut être programmée lors de l'ouverture par clé ou code d'accès de la porte d'entrée du cabinet (cas du médecin qui ouvre sous la contrainte).

2°) Les mesures comportementales

- ✦ Le personnel doit être sensibilisé aux règles de sécurité.
- ✦ Il doit faire preuve d'une vigilance particulière aux heures d'ouverture et de fermeture du cabinet médical y compris en ce qui concerne son environnement extérieur.
- ✦ Les toilettes doivent être contrôlées avant la fermeture du cabinet médical.
- ✦ Les professionnels s'attacheront à développer et à entretenir des relations avec leur voisinage immédiat.
- ✦ Les professionnels sont encouragés à signaler les faits dont ils seraient victimes tant auprès de leur instance ordinaire que des services de police ou de gendarmerie en remplissant la fiche de déclaration d'incident, en faisant une déclaration sur main courante ou en déposant plainte le cas échéant.

Une fermeture prolongée de votre cabinet peut être signalé au Commissariat de police (annexe 1) auprès du policier prévention communication (annexe 2). En ce cas, des patrouilles inopinées seront effectuées aux abords du cabinet médical.

Répertoriez et photographiez vos objets de valeur, relevez les numéros de série, les types, les marques afin d'alimenter le fichier des recherches criminelles.

Afin de limiter les préjudices en cas d'agression ou de vol, disperser à plusieurs endroits les sommes d'argent ou d'autres types de paiement.



La Sécurité lors des visites à domicile

◆ Pour mieux protéger votre véhicule

- ☞ *N'oubliez jamais les clés de contact ou à proximité, même pour quelques instants.*
- ☞ *Vérifiez systématiquement le verrouillage des portières et la fermeture des vitres.*
- ☞ *Bloquez toujours votre antivol de direction.*
- ☞ *Ne laissez pas en évidence des objets attirant l'œil : sac, clé, autoradio, téléphone portable, lunettes de soleil, ...*
- ☞ *Évitez tous signes extérieurs permettant d'identifier votre qualité de médecin (caducée, revues professionnelles ...)*
- ☞ *Le radiotéléphone fixe est à proscrire, il est conseillé d'utiliser un téléphone portable avec une touche pré-réglée sur le 17 " Police Secours".*
- ☞ *Stationnez votre véhicule dans une zone éclairée.*

Les équipements protecteurs du véhicule:

- ☞ *Tatouage des vitres.*
- ☞ *Installation d'un système alarme homologuée ou d'un coupe-circuit.*

◆ Pour mieux vous protéger

Lors de vos déplacements, vous pouvez subir des agressions, gratuites ou non.

Certaines mesures de prévention peuvent être utiles pour vous protéger :

- ☞ *La nuit, marchez toujours face aux voitures hors des zones d'ombre.*
- ☞ *Si un individu semble vous suivre, n'hésitez pas à vous rapprocher des autres passants ou à entrer dans un lieu animé (bar, commerce, etc....)*
- ☞ *Dans la mesure du possible, sollicitez un membre de la famille du malade pour vous accueillir au pied de l'immeuble.*
- ☞ *Au cours de la visite, ne vous séparez jamais de votre téléphone.*
- ☞ *Vous avez la possibilité de vous équiper d'un dispositif BJP portable, relié à une centrale de télésurveillance.*
- ☞ *Répartissez vos papiers, espèces, valeurs et trousseaux de clés dans différentes poches.*

Que faire en cas d'agression ?

Le comportement de la personne agressée conditionne celui de l'agresseur. Le calme, le sang froid, s'ils n'empêchent pas l'agression, peuvent limiter son aggravation.

L'agressivité manifestée par l'auteur des faits peut être, vous le savez, générée par l'usage de l'alcool, de produits stupéfiants ou des troubles psychiques.

L'ensemble de ces causes crée un stress qui peut rendre totalement imprévisibles les réactions de votre agresseur. Face à cette agressivité, une réaction de force est déconseillée, dans tous les cas, votre vie est plus importante que vos biens.

◆ Quelle conduite à tenir ?

- ☞ *N'opposez de résistance que pour vous protéger d'éventuels coups. En effet vous ignorez si cet individu n'a pas sur lui une arme, et vous ne pouvez préjuger de la réaction du milieu dans lequel vous trouvez.*
- ☞ *Faites tomber la situation d'excitation de l'agresseur en essayant de dialoguer avec lui.*
- ☞ *Observez le ou les malfaiteurs afin de fournir le maximum de renseignements nécessaires à leurs recherches ultérieures.*

◆ Les éléments exploitables d'un signalement

- ☞ *Le sexe, le type d'origine ethnique apparente, âge approximatif, taille, corpulence, teinte de cheveux et type de coupe.*
- ☞ *Tenue vestimentaire et couleur, lunettes.*
- ☞ *Présence d'un accent.*
- ☞ *Signes particuliers (cicatrices, tatouages...).*
- ☞ *Nature des armes utilisée (pistolet, revolver, couteau, bombe lacrymogène, ...).*
- ☞ *Direction et moyen de fuite (à pied, en véhicule).*

*Après l'agression ou dans toute situation d'urgence,
que vous soyez victime ou témoin,
composer le "17 Police Secours".
(ou le "112" à partir d'un portable).*

Comment joindre la Police ?

1) Les contacts quotidiens avec la police.

Dès lors que vous avez des informations importantes à communiquer à la Police en lien direct avec l'exercice de votre activité au quotidien, il suffit de prendre attache avec le policier prévention communication (annexe 2) du commissariat de votre lieu d'exercice. Outre les conseils en matière de prévention situationnelle, il est votre référent au quotidien.

2) L'appel d'urgence (demande d'intervention) :

"17 POLICE SECOURS"

Il s'agit d'un standard de réception d'appels destiné à la police, centralisé sur Bobigny. Il est situé au sein du Centre d'information et de Commandement de la Direction Territoriale de la Sécurité de Proximité de la Seine Saint-Denis. Votre appel est immédiatement transmis par radio au commissariat compétent, ainsi qu'à l'ensemble des véhicules présents, locaux ou départementaux dans le secteur où l'infraction vient de se commettre.

3) L'information urgente.

"Ligne dédiée pour les Professions de santé"

Afin d'améliorer la sécurité des professionnels de santé, cette ligne dédiée est mise à leur disposition au sein du Centre d'Information et de Commandement (CIC) de la Direction Territoriale de la Sécurité de Proximité. Ce numéro, dédié à la communication urgente pour toute situation ponctuelle à caractère exceptionnel, peut vous être communiqué, à votre demande, par le Conseil de l'Ordre.



Le vol à la portière

Définition :

Action de dérober un objet dans un véhicule à l'intérieur duquel se trouve(nt) un ou plusieurs occupants, généralement en brisant une vitre.

Où ?

A l'arrêt au feu rouge ou dans un embouteillage.

◆ Les précautions à prendre :

- ☞ Ne laissez pas de sac ou d'objet de valeur apparent dans votre véhicule.
- ☞ Verrouillez les portes lors de vos trajets.
- ☞ N'ouvrez pas entièrement votre vitre en cas de sollicitation.
- ☞ Ne laissez pas vos clés sur le contact même pour un bref instant si vous quittez votre véhicule.
- ☞ Ne collez pas le véhicule qui vous précède de manière à pouvoir manœuvrer pour vous dégager.
- ☞ Ne laissez pas vos papiers dans votre véhicule (d'identité ou carte grise).
- ☞ Méfiez vous d'un léger accrochage qui pourrait avoir pour unique but de vous faire sortir de votre véhicule.

◆ Comment réagir ?

Pendant le vol

- ☞ Ne mettez jamais votre vie en danger pour sauver votre bien.
- ☞ Essayez de mémoriser le maximum d'éléments concernant vos agresseurs et leur véhicule.

Dans les plus brefs délais

- ☞ Prévenez la police en composant le 17 d'un poste fixe ou le 112 depuis un téléphone mobile.
- ☞ Informez immédiatement la police même si vous n'êtes pas personnellement victime.
- ☞ Déposez plainte au commissariat en donnant le maximum d'éléments.
- ☞ En cas de préjudice corporel, vous serez examiné par un médecin du service des urgences médico-judiciaires, seul habilité à constater et déterminer la gravité des traumatismes subis.

◆ Faites opposition en cas de :

Vol bancaire	:	0 892 705 705
Vol de chéquier	:	0 892 683 208

◆ Suspendez votre ligne de mobile en cas de vol de votre téléphone portable :

Bouygues Télécom	:	0 800 291 000
Orange	:	0 825 005 700
SFR	:	06 10 00 19 00



Comment déposer plainte ?

Afin de faciliter vos relations avec les services de police, il est possible de vous adresser à un interlocuteur privilégié désigné au sein de chaque commissariat du département (voir en annexe 1 la liste de chaque commissariat, en annexe 2 et 3 celle des référents policiers prévention communication et policiers référents aide aux victimes).

Le policier Prévention Communication pourra vous conseiller, et, si vous souhaitez déposer plainte, vous obtiendrez un rendez-vous.

Le policier référent Aide aux victimes pourra vous informer sur les dispositifs existants pour la prise en charge aux victimes.

Vous pouvez déposer la plainte où vous souhaitez, dans n'importe quel service de police ou de gendarmerie.

Un commissariat de police est ouvert 24 H sur 24 H, vous pouvez y déposer plainte à tout moment, de jour comme de nuit.

◆ Quelle est la différence entre LA PLAINTÉ et LA MAIN COURANTE ?

☞ **LA MAIN COURANTE** : Elle permet à toute personne de relater les faits dont elle a été victime. Elle ne déclenche pas de procédure judiciaire mais est archivée localement à titre d'information dans l'hypothèse d'un dépôt de plainte ultérieur ou d'autres démarches civiles (divorce, garde d'enfant...). Le numéro de main courante vous sera remis par le fonctionnaire qui enregistre vos déclarations.

☞ **LE DÉPÔT DE PLAINTÉ** : Il est pris sur procès verbal, un récépissé vous est remis. L'ensemble est transmis au Procureur de la République à Bobigny. Si vous avez des soupçons, n'hésitez pas à le signaler, tout renseignement peut aider l'enquête.

Une copie du procès verbal de dépôt de plainte ou de la main courante peut vous être remise sur simple demande.

◆ Les vols d'ordonnances



☞ *Avisez les services de police le plus rapidement possible.*

☞ *Un télégramme sera diffusé par le commissariat qui informera les autres services.*

☞ *Au niveau local, les pharmaciens seront directement avisés par les policiers de proximité du commissariat.*

☞ *Informez le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Saint-Denis*

☎ 01 45 28 08 64

Les suites données à votre plainte

Suite à votre dépôt de plainte, une enquête sera diligentée par les services de police. Si vous avez vu l'auteur des faits, un fichier photos vous sera présenté, comprenant des individus correspondant au signalement donné.

Si un témoin était présent, il sera entendu sur procès-verbal. Dans le but de protéger les témoins, après accord du Procureur de la République, le témoignage peut être enregistré avec les seuls éléments d'identité (ex : X de sexe féminin) ne comportant pas le risque d'identification par le ou les mis en cause.

Si l'auteur des faits est interpellé, il vous sera présenté. Cette présentation pourra se faire derrière une glace sans tain au cas où vous ne souhaiteriez pas être confronté directement avec le mis en cause, dans ce cas précisez le à l'officier chargé de l'enquête. Dans certains cas, un relevé d'empreintes sera effectué. L'ensemble des procès-verbaux est transmis au Procureur de la République à Bobigny qui décidera des suites judiciaires (classement sans suite, renvoi devant le tribunal compétent, médiation pénale).

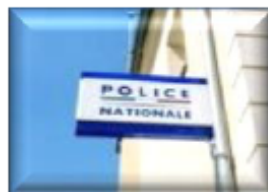
Dans chaque commissariat de Sécurité de Proximité de Seine Saint Denis vous disposez :

- ✦ *D'un policier Prévention Communication (annexe 2) qui est notamment chargé de :*
 - *organiser la prise d'un rendez-vous pour déposer plainte ou une main courante ;*
 - *vous orienter et vous conseiller dans vos démarches ;*
 - *vous renseigner en matière de prévention situationnelle ;*
- ✦ *D'un policier référent Aide aux victimes (annexe 3) notamment chargé de :*
 - *vous orienter vers les structures de prise en charge des victimes (psychologues de la Police Nationale, association d'aide aux victimes, intervenants sociaux ou toutes autres structures sociales pouvant vous assister dans vos démarches).*

La Direction Territoriale de la Sécurité de Proximité dispose de policiers référents sureté. Il s'agit de policiers spécifiquement formés à la prévention situationnelle. Affectés au sein de l'Unité de Prévention et de Sécurité Urbaine, ces policiers sont en mesure de réaliser un diagnostic de sécurité ou de vous rédiger des recommandations pour améliorer votre sécurité.

☎ 01 77 74 81 65

N'hésitez pas à faire appel à eux.



Annexe 1 : Commissariats

COMMISSARIATS	Adresse	Téléphone
1^{er} district		
BOBIGNY	45, rue de Carency 93000 BOBIGNY	01-41-60-26-70
NOISY LE SEC	2-4, Rue de Neuilly 93130 NOISY LE SEC	01-48-10-12-50
BONDY LES PAVILLONS S/BOIS	26, av. Henri Barbusse 93140 BONDY	01-48-50-30-00
DRANCY	6, rue de la République 93700 DRANCY	01-41-60-81-40
LES LILAS BAGNOLET ROMAINVILLE LE PRÉ SAINT GERVAIS	55-57, boulevard Eugène Decros 93260 LES LILAS	01-41-83-67-00
PANTIN	14-16, rue Eugène et Marie Louise Comet 93503 PANTIN	01-41-83-45-00
2^{ème} district		
SAINT DENIS L'ÎLE SAINT DENIS	35-37, rue du Landy 93120 SAINT DENIS	01-49-71-80-00
AUBERVILLIERS	16-22, rue Léopold Rechossière 93300 AUBERVILLIERS	01-48-11-17-00
EPINAY SUR SEINE VILLETANEUSE	40, rue de Quétigny 93800 EPINAY SUR SEINE	01-49-40-17-00
LA COURNEUVE DUGNY LE BOURGET	16, Place du Pommier de Bois 93120 LA COURNEUVE	01-43-11-77-30
SAINT OUEN	15, rue Dieumegard 93400 SAINT OUEN	01-41-66-27-00
STAINS PIERREFITTE SUR SEINE	47, avenue Marcel Cachin 93240 STAINS	01-49-71-33-50
3^{ème} district		
AULNAY SOUS BOIS SEVRAN	26, rue Louis Barrault 93600 AULNAY S/BOIS	01-48-19-30-00
LE BLANC MESNIL	Place G. Péri 93150 LE BLANC MESNIL	01-48-14-29-30
LE RAINCY CLICHY SOUS BOIS	9, boulevard de l'Ouest 93340 LE RAINCY	01-43-01-35-00
LIVRY GARGAN COUBRON VAUJOURS	2, avenue du Consul Général Nordling 93190 LIVRY GARGAN	01-41-70-18-30
VILLEPINTE TREMBLAY EN France	1, rue Jean Fourgeaud 93420 VILLEPINTE	01-49-63-46-10
4^{ème} district		
MONTREUIL SOUS BOIS	18bis-22, boulevard Paul Vaillant Couturier 93100 MONTREUIL	01-49-88-89-00
GAGNY MONTFERMEIL	13, rue Parmentier 93220 GAGNY	01-43-01-33-50
NEUILLY SUR MARNE NEUILLY PLAISANCE	34, boulevard du Maréchal Foch 93330 NEUILLY SUR MARNE	01-56-49-10-10
NOISY LE GRAND GOURNAY SUR MARNE	1 bis, rue Emile Cossonneau 93160 NOISY LE GRAND	01-55-85-80-00
ROSNY SOUS BOIS VILLEMOMBLE	20, avenue Lech Walesa 93110 ROSNY S/BOIS	01-48-12-28-30

Annexe 2POLICIER PRÉVENTION COMMUNICATION

COMMISSARIATS	TITULAIRES			SUPPLEANTS		
	Grade	NOM	Prénom	Grade	Nom	Prénom
1^{er} DISTRICT						
BOBIGNY	CDTf	MENIGAUD	Didier		GAUTHEUR	J-Jacques
NOISY-LE-SEC	CDT	FOULON	Frédéric	BIER	BOCH	Frédéric
BONDY	CDT	MAURICE	Frédéric			
DRANCY	CDT	GOUDINOUX	Gilles	B/M	MONDET	Daniel
LES LILAS	GPX	CASELLI	François	GPX	RAIMBAU	Stéphanie
PANTIN	BIER	NINO	Daniel	LT	MARCHAND	Baptiste
2^e DISTRICT						
SAINT-DENIS	B/M	ANDRE	J-Marc	CDTf	VITONE	Louis
AUBERVILLIERS	CDT	GLEVER	J-Yves	B/M	DUFRENOY	Laurent
EPINAY-SUR-SEINE	LT	FROMONT	Marie	B/M	FAUQUEMBERT	Yannick
LA COURNEUVE	LT	CARRON	François	LT	PERAUDEAU	Régis
SAINT-OUEN	CDT	MUSTACCHIA	Norbert			
STAINS	CDT	BIDAULT	Réjane	LT	BARTHEL	Catherine
3^e DISTRICT						
AULNAY-SOUS-BOIS	CNE	THOMAS	Magali	LT	MOUTON	J-Sébastien
SEVRAN	CNE	JEANMINET	Claire	B/C	WAJDA	Isabelle
LE BLANC-MESNIL	CDT	GUYARD	Mickaël	CDT	MAILLARD	Pierre
LE RAINCY	CDT	DEBLIQUY	Xavier	CNE	JOULIN	Philippe
LIVRY-GARGAN	B/M	FAGIOLINI	Dominique	B/C	CURIEN	Philippe
VILLEPINTE	CDTf	RIVIERE	Isabelle	CNE	GEORGET	J-François
4^e DISTRICT						
MONTREUIL-S/S-BOIS	CNE	ABATTU	Christophe	LT	BROUQUEYRE	Philippe
GAGNY	CNE	MARTIN	Olivier	LT	GABILLET	Christian
NEUILLY-S/-MARNE	B/M	CAMUS	Gérard	CNE	TASSIN	Dominique
NOISY-LE-GRAND	CNE	RODIER	Claire	LT	GIBON	Géraldine
ROSNY-SOUS-BOIS	CDT	EUSTACHE	Christophe	LT	ODOU	Séverine

Les données de ce tableau sont évolutives, leur mise à jour est téléchargeable sur le site internet www.cdom93.fr

Annexe 3POLICIER RÉFÉRENT AIDE AUX VICTIMES

COMMISSARIATS	GRADE	NOM	PRENOM
1^{er} DISTRICT			
BOBIGNY NOISY-LE-SEC	CDTf CNE	MENIGAUD HERVE	Didier Jean-Christophe
BONDY	CDT	PUECH	Philippe
DRANCY	LT	COPPOLANI	Colomba
LES LILAS Bagnolet / Romainville / Le Pré-Saint-Gervais	CNE	GRANGER	Béatrice
PANTIN	CNE	DUMAS	Evelyne
2^e DISTRICT			
SAINT-DENIS L'Île-Saint-Denis	LT	MOALIC	Christelle
AUBERVILLIERS	B/M	SZYMANSKI	Marc
EPINAY-SUR-SEINE Villetaneuse	BIER	CORNELIE	Ingrid
LA COURNEUVE Le Bourget	LT	COUSIN	Ludovic
SAINT-OUEN	LT	CROS	Céline
STAINS Pierrefitte-sur-Seine	LT LT	BARTHEL BOUVARD	Catherine Valérie
3^e DISTRICT			
AULNAY-SOUS-BOIS	B/C	BARBIN	Thierry
SEVRAN	BIER	MOREZE	Marie-France
LE BLANC-MESNIL	CDT CNE	MAILLARD FAUCHER	Pierre Fabrice
LE RAINCY Clichy-sous-Bois	LT	DURAND	Julie
LIVRY-GARGAN Coubron, Vaujours	CNE	LESNE	Frédéric
VILLEPINTE Tremblay-en-France	LT	GEREMY	Laurent
4^e DISTRICT			
MONTREUIL-SOUS-BOIS	CDT	LE FLOC'H	Delphine
GAGNY Montfermeil	LT LT	CHEVREMONT RZETELNY	Daniel Elodie
NEUILLY-SUR-MARNE NEUILLY-PLAISANCE	LT LT	ANCELOT HERART	Fabrice Lionel
NOISY-LE-GRAND Gournay-sur-Marne	CDT	AREND	Norbert
ROSNY-SOUS-BOIS Villemomble	CDT	BERMOND	Pierre

Les données de ce tableau sont évolutives, leur mise à jour est téléchargeable sur le site internet www.cdom93.fr

Annexe 4 : Votre Conseiller Ordinal

Communes	Docteur	Coordonnées	
AUBERVILLIERS	ROZAN Marc Alain	75, Avenue Jean Jaurès 93300 Aubervilliers	06 64 43 49 24
AULNAY SOUS BOIS	FONTENOY Jean Luc	46, Avenue du Maréchal Leclerc 93190 Livry-Gargan	01 43 88 36 36
BAGNOLET	CHAHED Hedi	Clinique Floréal – 40, Rue Floréal 93100 Montreuil Sous Bois	01 48 97 72 00
BOBIGNY	DAVID Jacques	13, Rue Gilbert Hanot 93000 Bobigny	01 48 30 57 31
BONDY	GAILLARD Jean Luc	Hôpital Jean Verdier Avenue du 14 Juillet 93140 Bondy	01 48 02 66 66
CLICHY S/BOIS COUBRON	MARLAND Xavier	201, Allée de Montfermeil 93390 Clichy Sous Bois	01 43 02 09 86
DRANCY	DOUKHAN Serge	97, Avenue Henri Barbusse 93700 Drancy	01 48 96 07 08
DUGNY	AOUSTIN Gérard	CMS Henri Wallon 2, Rue de la République 93700 Drancy	01 48 96 45 50
EPINAY SUR SEINE	GRINBERG Daniel	1 Bis, Rue Gaston Philippe 93200 Saint Denis	01 48 22 28 04
GOURNAY SUR MARNE	SAMSON Jacques	15, Clos des cascades 93160 Noisy Le Grand	01 43 04 00 11
LA COURNEUVE	LECLERCQ Gilbert	Hôpital Avicenne 125, Route de Stalingrad 93000 Bobigny	06 64 43 49 24
LE BLANC MESNIL	DOUKHAN Serge	97, Avenue Henri Barbusse 93700 Drancy	01 48 96 07 08
LE BOURGET	AOUSTIN Gérard	CMS Henri Wallon 2, Rue de la République 93700 Drancy	01 48 96 45 50
LE PRÉ SAINT GERVAIS	REY Jean Paul	55, Avenue Anatole France 93500 Pantin	01 48 43 38 00
LE RAINCY	MARLAND Xavier	201, Allée de Montfermeil 93390 Clichy Sous Bois	01 43 02 09 86
LES LILAS	CHAHED Hedi	Clinique Floréal – 40, Rue Floréal 93100 Montreuil Sous Bois	01 48 97 72 00
LES PAVILLONS SOUS BOIS	FEUGERE ENGEL Annick	120, Avenue Jean Jaurès 93320 Les Pavillons Sous Bois	01 48 49 14 59
L'ILE SAINT DENIS	GRINBERG Daniel	1 Bis, Rue Gaston Philippe 93200 Saint Denis	01 48 22 28 04
LIVRY GARGAN	FARCILLI Bernard	90, Boulevard Jean Jaurès 93190 Livry Gargan	01 43 88 03 96
MONTFERMEIL	PIQUET Jacques	CHI Montfermeil 10, Rue du Général Leclerc 93370 Montfermeil	01 41 70 80 65
MONTREUIL SOUS BOIS	VIALLE Christian	52, Rue de Paris 93100 Montreuil Sous Bois	01 48 58 43 19
NEUILLY PLAISANCE	FOURNIER Patrice	11-13, Rue du Quatrième Zouave 93110 Rosny Sous Bois	01 48 54 98 98
NEUILLY SUR MARNE	SAMSON Jacques	15, Clos des cascades 93160 Noisy Le Grand	01 43 04 00 11
NOISY LE GRAND	BLONDEL Dominique	7, Allée des Cèdres 93160 Noisy Le Grand	01 43 03 73 78
NOISY LE SEC	SIAVELLIS Georges	78, Rue de Brément 93130 Noisy Le Sec	01 49 42 14 14
PANTIN	SOHET Marie Catherine	55, Avenue Anatole France 93500 Pantin	01 48 43 38 00
PIERREFITTE SUR SEINE	HUA Georges	S.UR. – 17, Rue Henri Varagnat 93000 Bobigny	01 48 96 14 80
ROMAINVILLE	SOHET Marie Catherine	55, Avenue Anatole France 93500 Pantin	01 48 43 38 00
ROSNY SOUS BOIS	TRAN Thi Mai	11-13, Rue du Quatrième Zouave 93110 Rosny Sous Bois	01 48 54 98 98

SAINT DENIS	GRINBERG Daniel	1 Bis, Rue Gaston Philippe 93200 Saint Denis	01 48 22 28 04
SAINT OUEN	ROZAN Marc Alain	75, Avenue Jean Jaurès 93300 Aubervilliers	06 64 43 49 24
SEVRAN	RUELLAND Guislain	90, Boulevard Jean Jaurès 93190 Livry Gargan	01 43 88 03 96
STAINS	HUA Georges	S.UR. – 17, Rue Henri Varagnat 93000 Bobigny	01 48 96 14 80
TREMBLAY EN France VAUJOURS	SALA Jean Pierre	135-137, Avenue Vauban 93190 Livry Gargan	01 45 09 73 00
VILLEMOMBLE	ROUEFF Michel	25, Avenue du Raincy 93250 Villemomble	01 48 54 26 94
VILLEPINTE	QUATROCIOCCHI Barbara	52, Avenue Aristide Briand 93190 Livry Gargan	01 43 81 26 72
VILLETANEUSE	HUA Georges	S.UR. – 17, Rue Henri Varagnat 93000 Bobigny	01 48 96 14 80

Les données de ce tableau sont évolutives, leur mise à jour est téléchargeable sur le site internet www.cdom93.fr

Livret de sécurité, signé le 30 Mars 2010



Monsieur Philippe PRUNIER
*Contrôleur Général
Directeur Territorial de la Sécurité de Proximité
de Seine Saint Denis*



Docteur Edgard FELLOUS
*Président du Conseil départemental
de l'Ordre des Médecins
de Seine Saint Denis*