

## Insultes, agressions physiques et vandalisme en 2015 924 incidents déclarés par les médecins, quasi-record

L'Observatoire de la sécurité de l'Ordre a recensé 924 déclarations d'incidents en 2015. Les agressions sont le plus souvent verbales et ciblent d'abord les généralistes. 56 % des incidents n'entraînent pas de suites légales.

● Une très mauvaise année : l'Observatoire de la sécurité des médecins a comptabilisé 924 déclarations d'incidents en 2015 (agressions verbales ou physiques, menaces, vols, dégradations, etc.) - tout proche du pire record de 2013. C'est presque 30 % de plus que la moyenne de 724 déclarations d'incidents par an constatées depuis 2003.

Tous les départements sont touchés mais de façon inégale. Le Nord (64 incidents), les Bouches-du-Rhône (63), l'Isère et la Seine-Maritime (35 chacun), la Loire (33), la Seine-Saint-Denis (27), le Vaucluse (24) et les Hauts-de-Seine (21) arrivent en tête de ce triste palmarès. En bout de liste, on trouve la Côte-d'Or et la Somme (10 incidents chacun), l'Ain, la Charente-Maritime, le Loiret, le Tarn et l'Yonne (9 incidents), les Côtes-d'Armor et l'Hérault (8). Les incidents ont diminué nettement en Île-de-France, baisse qui s'explique par la plus forte présence policière dans la région depuis les attentats, selon l'Ordre.

### Le généraliste, principale victime

Dans 65 % des cas désormais, la victime est un médecin généraliste (contre 56 % en 2012) et dans 35 % des cas un spécialiste (contre 44 % en 2012). Les ophtalmologistes concentrent 6 % des incidents déclarés, les médecins du travail 4 %, les psychiatres, gynécologues-obstétriciens et dermatologues 3 %, les radiologues 2 %, les anesthésistes et les neurologues 1 %. « Les spécialités de médecine du travail et radiologie suscitent une forte inquiétude de par la forte progression des déclarations sur un an », constate l'Ordre. Les femmes représentent 44 % des victimes (ce qui équivaut au profil actuel de la profession). Dans un cas sur deux, le patient est à l'origine directe de l'agression. Dans 15 % des cas, c'est un accompagnant qui est l'auteur. L'usage d'une arme régresse : 4 % des agresseurs en utilisaient une en 2014 (contre 2 % en 2015).

### « Je souhaite que des sanctions exemplaires soient appliquées »

**Marisol Touraine,**  
Mardi 18 octobre, au sujet de la récente agression aux urgences de Tourcoing

### Davantage d'incivilités verbales

La proportion d'agressions verbales est en augmentation constante. En 2003, elles représentaient 43 % des déclarations ; le ratio est passé à 69 % en 2015. Parallèlement, la part des vols baisse, passant de 27 % à 19 % sur la même période. Les agressions physiques reculent de 15 % à 8 %. Le vandalisme diminue de 13 % à 8 %.

Le motif de l'incident est variable, mais fréquemment lié à l'exercice. Il s'agit le plus souvent d'un reproche relatif à la prise en charge (33 % des cas), d'un vol (18 %), d'un refus de prescription (16 %), d'un temps d'attente jugé excessif (9 %), ou encore d'un rendez-vous non obtenu. Le refus de payer la consultation (2 %) ou l'état de manque ou d'ébriété de l'agresseur sont des causes plus marginales (1 %).

Les incidents se produisent majoritairement en centre-ville (54 % des cas), en milieu urbain ou proche banlieue (21 %) ou en milieu rural (17 %). Ils ciblent un cabinet libéral dans 71 % des cas et un établissement dans 22 % des situations. Le nombre d'incidents a bondi dans les cliniques (de 3 % à 14 % en un an), les agressions à l'hôpital public restant stables.

Seuls 7 % des incidents signalés donnent lieu à une interruption de travail. L'Ordre regrette que les incidents sans suites légales atteignent

un niveau « jamais observé » à 56 % (52 % en 2014). Seuls 32 % des incidents donnent lieu à un dépôt de plainte, et 12 % à un dépôt de main courante. « On peut s'interroger sur une banalisation de l'insécurité », déplore de son côté Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF).

### Simplification en vue

Dans ce contexte préoccupant, l'Ordre a obtenu de pouvoir se constituer partie civile dans ces affaires. L'institution promet de simplifier « d'ici à la fin de l'année » les déclara-

tions d'incidents, qui pourront se faire en ligne. Mais les initiatives souffrent d'un manque de cohérence nationale. Surtout, le pouvoir judiciaire n'a pas pris la mesure du problème (sur 46 plaintes analysées, le médecin n'a pas été informé de la suite réservée par le parquet dans la moitié des cas). Ces résultats ont été publiés quelques jours après une violente agression commise aux urgences du centre hospitalier de Tourcoing pour laquelle Marisol Touraine a réclaté des « sanctions exemplaires ».

Henri de Saint Roman

### La surreprésentation des généralistes parmi les victimes s'accroît depuis 4 ans



## Attentats : la souffrance des soignants à l'épreuve des situations traumatiques

● Attentats, « patients de guerre », suicides « en tant que soignant, comment faire face à une situation traumatique ? Devrait une salle combler de la face de médecine de Lyon (composée de carabins, praticiens et autres professionnels de la santé), plusieurs experts ont approuvé quelques clés, à l'invitation de l'association « Hôpital 2000 pour vaincre la douleur », en partenariat avec les Hospices civils de Lyon (HCL) et SANOFI.

Le Pr Jean-Jacques Lehot, président de la fédération hospitalo-universitaire d'anesthésie-réanimation aux HCL, entre dans le vif du sujet.

« Les attentats ont souligné les enjeux de formation des médecins et du personnel soignant et démontré la nécessité d'acquérir de nouvelles compétences spécifiques ». Pour limiter les conséquences délétères de tels chocs, le suivi immédiat des personnels est primordial. Un réserviste exposé aux tirs à Paris le 13 novembre, n'a consulté un psychiatre que cinq mois plus tard...

Le Pr Pierre-Yves Guegniaud, chef du pôle urgences et réanimation médicales/Samu du GH Édouard-Herriot (HCL), enchérit. « Face à des situations très inhabituelles pour les civils, les médecins urgentistes,

préhospitaliers, et paramédicaux se retrouvent eux-mêmes démunis, à l'image de cette jeune recrue du SAMU 06 qui a comptabilisé, seule, les personnes décedées. Avoir eu à occuper de démembrements et autres atrocités a causé des traumatismes psychologiques énormes. »

### Muré dans un silence destructeur

Le Dr Sébastien Ramade, médecin chef au Val-de-Grâce et responsable du centre d'enseignement et de simulation à la médecine opérationnelle, témoigne du caractère exceptionnel des situations à gérer. « Depuis 2015,

les soignants sont exposés à des modes opératoires qu'on peut qualifier de « terrifiants ». Il y a un mot horrible : le triage. Cela consiste à choisir l'ordre de prise en charge des victimes et l'allocation des moyens humains et matériels. Ce choix mure le soignant dans un silence destructeur. On passe du qui souffre le plus à qui va mourir en premier ? On ne soigne pas, on maintient envie », raconte-t-il avec gravité.

Face à un événement traumatique, les mécanismes de culpabilité et de stress des soignants sont légitimes, comme l'explique le Dr Nathalie Prieto, psychiatre des hôpitaux, res-

ponsable de la cellule d'urgence médico-psychologique SAMU Édouard-Herriot (HCL). « Le traumatisme s'accompagne d'une notion d'avant et d'après, il y a une rupture qui modifie le cours du temps. L'intensité de la souffrance est proportionnelle à l'intensité du stress, sans être nécessairement extériorisée ». Les changements de la personnalité, l'hyperactivité, l'euphorie ou au contraire le retrait sont tout autant de signaux qui commandent une prise en charge psychologique précoce.

Denotre correspondant  
Guillaume Bouvy