

Octobre 2016

COMMENT PRÉSERVER LA SÉCURITE DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE ?

ÉTAT DES LIEUX
ET PISTES D'AMÉLIORATION

Le compte rendu
du 18 Octobre 2016

DÉBAT
DE
L'ORDRE



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Comment préserver la sécurité de l'exercice de la médecine ?

État des lieux et pistes d'amélioration

Christian BOURHIS, Ancien Coordonnateur de l'Observatoire de la sécurité des médecins.

Hervé BOISSIN, Coordonnateur, élu en juin, de l'Observatoire de la sécurité des médecins.

Philippe PAYN, Chargé de mission à la Coordination des dispositifs de Sécurité des professions exposées, ministère de l'Intérieur.

Arnaud POUPARD, Commissaire de police, ancien responsable de l'ONVS au ministère de la Santé, conseiller sécurité et défense à l'AP-HP.

Federico VACAS, Directeur adjoint du Département politique et Opinion, IPSOS.

Frédéric VALLETOUX, Président de la Fédération hospitalière de France.

Jean-Jacques ROMBOUTS, Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins belges.

Le débat est présidé par **Christian BOURHIS**, Ancien Coordonnateur de l'Observatoire de la sécurité des médecins et **Hervé BOISSIN**, Coordonnateur, élu en juin, de l'Observatoire de la sécurité des médecins, et animé par **Michaël SZAMES**, journaliste à Public Sénat.

Michaël SZAMES

Mesdames et messieurs, bonjour.
Merci de votre présence à cette matinée consacrée à la préservation de la sécurité et de l'exercice de la médecine. Après l'introduction du Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, nous aurons une présentation des pistes de réflexions de l'Ordre. Enfin, M. BOURHIS, ancien coordonnateur de l'Observatoire de la sécurité des médecins présentera également certains chiffres et explication avant d'ouvrir le débat.

Patrick BOUET

Bonjour à tous. La république à une responsabilité de bienveillance, celle-ci s'illustre au travers d'un certain nombre de profession. L'une de celle-ci est au cœur des professions de santé celle de médecin. L'état se doit de les protéger et de garantir leurs capacités à agir.

Cela fait aujourd'hui une dizaine d'années que sous l'impulsion de **M. LEGMANN** puis d'autres conseillers, nous avons mis en œuvre un observatoire national de la sécurité ayant pour objectif de tenter de quantifier le phénomène de l'insécurité des professionnels de santé, des médecins. Cet observatoire nous a permis d'interférer sur des dispositifs législatifs puisque nous avons pu obtenir que l'Ordre des médecins puisse se porter partie civile dans certaines affaires et faire admettre que l'agression d'un médecin était une situation exceptionnelle qui justifiait une conduite pénale exceptionnelle. Cela a été inscrit dans la loi.

Vous aurez aujourd'hui la présentation des résultats de l'Observatoire et je remercie l'ensemble des partenaires qui ont accepté de participer à cette matinée pour présenter leur expérience et de débattre de ce sujet capital.

M. VALLETOUX, pris dans les encombrements parisiens qui sera parmi nous avec un peu de retard.

Il n'y a pas d'excuses à une situation insécuritaire dans l'exercice des professions de santé, que ce soit au cabinet libéral, dans les établissements de santé ou dans les établissements publics, nous nous devons dans ce cœur du pacte républicain de protéger l'ensemble de ces professions qui sont au contact direct de la population et qui sont parmi les premières populations à être interpellés par cette agressivité et cette difficulté dans l'exercice. Par définition, un médecin ou un professionnel de santé est à la rencontre de personnes en difficulté tant sur le plan de la santé que sur le plan personnel ou professionnel ou familial.

Il nous faut donc construire les mécanismes qui nous permettent à la fois d'interpréter et de quantifier ce phénomène et surtout construire des réponses structurelles, organisationnelles et partenariales afin d'être au plus près et plus proche de ces professionnels pour les aider dans cet exercice quotidien. Comme vous le verrez, ce n'est malheureusement pas l'apanage des situations urbaines ou suburbaines, les difficultés sécuritaires existent sur l'ensemble du territoire qu'il soit hexagonal ou extra hexagonal. Je laisse la parole à **M. BOURHIS** qui a été Directeur de l'Observatoire et M. BOISSIN qui est le nouveau Directeur de l'Observatoire pour conduire cette matinée de débat.

Je vous remercie de votre présence. L'ensemble de l'Ordre des médecins est mobilisé et nos partenaires sont avec nous pour parler et discuter de ce sujet et je les en remercie.

Bonne matinée.

I. Résultats 2015 de l'Observatoire de la sécurité des médecins

Federico VACAS

Bonjour à tous, je vais présenter les résultats de l'Observatoire pour l'année 2015. Pour mémoire l'Observatoire a été mis en place il y a 14 ans. Je vais rapidement présenter ces résultats pour laisser place à la discussion.

Pour l'année 2015, 924 incidents ont été déclarés, soit 200 (environ 30 %) incidents de plus par rapport à la moyenne de l'Observatoire. C'est pratiquement, à un incident près, un record depuis la mise en place de l'Observatoire.

Le nombre de déclarations d'incident est donc particulièrement élevé en 2015 en particulier sur le premier semestre (501 incidents déclarés), même si le nombre de déclarations pour le deuxième semestre reste élevé (423). Ce niveau est particulièrement élevé et largement supérieur à la moyenne de l'Observatoire.

Le détail par département montre que ce sont principalement des départements avec un profil plutôt populaire qui apparaissent en tête du classement des déclarations d'incident (Nord, Bouches-du-Rhône, Seine-Maritime, Seine-Saint-Denis). Cela concerne en général également les grandes agglomérations.

Toutefois, en termes de taux de victimisation c'est-à-dire le nombre de déclarations par rapport au nombre de médecins présents dans chacun des départements, on observe que c'est un phénomène qui touche l'ensemble de la France. C'est peut-être un peu plus concentré en certains endroits, lié à la démographie locale générale. L'ensemble des départements, y compris les départements ruraux, sont concernés par ce phénomène.

Traditionnellement, on observe une surreprésentation des généralistes parmi les victimes des incidents. C'est le cas

depuis la mise en place de l'Observatoire, environ 45 % des médecins étant généralistes, cette population est particulièrement concernée par les incidents. C'est toujours le cas en 2015 avec 65 % des déclarations d'incidents concernant les médecins généralistes, soit presque les deux tiers. C'est là aussi un niveau particulièrement élevé pour cette catégorie de médecins.

Toutefois, ils ne sont pas les seuls concernés. Les autres spécialités sont également touchées et certaines reviennent chaque année en tête des spécialités les plus concernées par ces phénomènes de violence, les ophtalmologues, les médecins du travail, les psychiatres, les gynécologues et les dermatologues, des populations qui ont parfois un profil un peu particulier et des caractéristiques spécifiques qui expliquent ce niveau élevé. Par exemple, la population traitée par les psychiatres. Retenons que l'ensemble des spécialités et certaines en particulier reviennent chaque année en tête comme les ophtalmologues.

En termes de genre, le profil des médecins victimes correspond à celui de la profession avec 54 % des déclarations effectuées par des hommes et 45 % par des femmes.

Le médecin reste clairement la victime la plus fréquente de l'incident à 89 %, même si dans 18 % des cas c'est un collaborateur qui est concerné.

L'agresseur est essentiellement le patient dans un cas sur deux (51 %), même si les situations sont diverses avec 15 % des cas où c'est l'accompagnateur du patient.

L'un des seuls indicateurs positifs de cette année concerne la proportion d'incidents dans laquelle une arme a été utilisée. C'est heureusement toujours très minoritaire, mais en 2015 2 % des incidents impliquent un agresseur armé. J'insiste parce que c'est un des seuls indicateurs plutôt positif cette année dans un contexte particulièrement tendu.

Ces incidents constituent dans 75 % des cas des atteintes aux personnes et cela progresse par rapport à 2014 (73 %). Les incidents qui concernent une agression verbale et des menaces sont une constante, ce dans un climat d'incivilité important. La profession médicale est particulièrement affectée.

Les quatre raisons majeures de ces incidents sont toujours les mêmes :

- Un reproche relatif à une prise en charge (33 %),
- Le vol (18 %) ;
- Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail, etc. : 16 %)
- Un temps d'attente jugé excessif (9 %).

J'attire l'attention sur le fait que le reproche relatif à une prise en charge et le refus de prescription, qui sont en progression, touchent au métier de la profession. C'est le cœur de l'activité médicale alors que le vol ou même le temps d'attente jugé excessif sont plus en dehors du cœur de l'activité médicale.

La majorité des incidents ont lieu en milieu urbain en centre-ville (54 %) où la population générale et médicale est plus importante, alors que 21 % ont lieu en milieu urbain en banlieue et 17 % en milieu rural.

C'est dans le cadre d'un exercice de médecine de ville qu'ont le plus souvent lieu les incidents (71 %, contre 83 % en 2014), même si on observe une progression des incidents ayant eu lieu dans le cadre d'une activité en établissement de soins (de 11 % à 22 %).

Si le nombre d'interruptions du travail dues à ces incidents diminue légèrement depuis quelques années (7 %), il reste à un niveau élevé et montre la gravité de ce type d'incidents.

Enfin, Seuls 32 % des incidents donnent lieu à un dépôt de plainte, et 12 % à un dépôt de main courante et plus de la moitié (56 %) des incidents n'ont pas donné lieu dans l'immédiat à des

poursuites légales engagées par les personnes concernées par ces incidents.

Je vous remercie.

Christian BOURHIS

Bonjour à tous, je suis l'ancien coordonnateur de l'Observatoire de la sécurité. J'ai passé trois années exceptionnelles, grâce à la section exercice professionnel et à Anne-Marie ESTEVES qui a recueilli toutes les données auprès des conseils départementaux afin de permettre à IPSOS de vous présenter aujourd'hui ce bilan. Je tiens également à remercier **MM. SIMON et JORNET** respectivement Président et juriste de la section exercice professionnel.

Les particularités de l'exercice 2015

Nous vous avons présenté des chiffres qui ressemblent beaucoup à ceux de 2014. Toutefois, on peut observer des différences notables.

Tout d'abord concernant le lieu des incidents, on peut remarquer que certains départements – et en particulier ceux d'Ile-de-France – même s'ils dénombrent un nombre d'incidents important, observent une forte diminution. Par exemple, Paris passe de 27 déclarations en 2014 à 8 en 2015, la Seine-et-Marne de 17 à 12, la Seine-Saint-Denis de 35 à 27 et le Val-d'Oise de 29 à 13. Soit pour l'Ile-de-France, un total de 167 déclarations en 2014 et 118 en 2015. Pourquoi ?

Sans doute que les évènements malheureux de 2015 ont eu une influence par une présence policière et une vidéoprotection municipale accrues et peut-être aussi moins d'incivilités de certains qui ont pu voir des sujets plus graves qu'un retard chez le médecin.

En revanche, certains départements ont vu le nombre d'incidents augmenter. Ainsi, les Bouches-du-Rhône passent de 41 déclarations en 2014 à 63 déclarations en 2015. Ils expliquent que les déclarations sont de plus en plus importantes en raison de l'action du préfet et différentes sensibilisations des médecins qui n'avaient pas l'habitude

de déclarer ce qu'ils considéraient avant comme des incidents mineurs et qui, aujourd'hui, les déclarent.

Le département du Doubs passe de 2 déclarations en 2014 à 20 déclarations en 2015 ; la Loire-Atlantique de 11 à 19 ; la Meurthe-et-Moselle de 11 à 18, l'Aude de 4 à 14, la Saône-et-Loire de 5 à 14, la Gironde de 7 à 13 et le Pas-de-Calais de 9 à 13.

Il est difficile de l'expliquer. Certains de ces départements ont des territoires ruraux de plus en plus pris en considération et frappés par les incivilités. Pour d'autres, il y a un phénomène de déclaration accrue.

Notre secrétariat a réalisé une information auprès des conseils départementaux. Ces derniers ont organisé des réunions avec la police, la gendarmerie et la justice afin de sensibiliser les confrères. En contrepartie, on note davantage de déclarations.

Quant aux spécialités victimes, on a rappelé que les généralistes étaient les plus concernés, ce n'est pas un phénomène nouveau. En revanche, les médecins du travail sont maintenant la troisième spécialité victime d'incidents. Les conseils départementaux en 2015 observent davantage de griefs et de plaintes de salariés à traiter et non pas d'employeurs. C'est sans doute un problème sociétal, un problème lié à l'entreprise qui fait qu'on n'obtient pas l'inaptitude partielle que l'on voudrait, ou le changement de poste que l'on voudrait et que l'on n'obtient pas du médecin du travail le certificat qu'on pense devoir obtenir.

Les plaintes

Nous avons essayé d'étudier ce que devenaient les plaintes qui étaient déposées puisque nous encourageons les confrères à déposer plainte et demandons aux conseils départementaux d'accompagner les plaintes en se portant partie civile notamment quand les incidents ont lieu dans l'exercice de la profession.

En 2011, 279 plaintes ont été déposées. Nous avons écrit aux conseils départementaux pour savoir les suites qui ont été données. Nous avons obtenu une réponse pour 46 plaintes. Parmi ces dernières, 21 sont restées sans nouvelle de la décision du parquet. Je rappelle que même lorsque le parquet décide de classer l'affaire, le citoyen doit en être informé. Cette situation a entraîné une prise de contact avec le ministère de la Justice et la nomination d'un magistrat « référent » afin que l'on puisse savoir ce qui se passe.

Les actions de l'Ordre

L'intervention des conseils départementaux restant parfois sans succès, ces derniers contactent le Conseil national qui interroge le ministère de l'Intérieur sur les suites.

Je viens de parler des interventions auprès du ministère de la Justice.

Un court-métrage a été réalisé sur les agressions et un autre est en cours de réalisation sur les violences verbales.

Les actions des conseils départementaux

Tout d'abord, les conseils départementaux établissent et suivent les protocoles. Je rappelle que depuis l'action de **M. LEGMANN** en 2003, les protocoles santé, justice et police signés sont de plus en plus nombreux et en 2015 ce sont les Alpes-Maritimes et le Var qui ont signé les leurs.

Les conseils départementaux apportent une aide aux victimes. Un médecin qui déclare à son conseil départemental une agression a besoin d'être aidé. Il n'y a pas de cellule d'écoute psychologique, le conseil départemental l'aide donc psychologiquement, mais aussi dans les suites à donner et notamment la constitution de partie civile.

Les conseils départementaux interviennent également auprès des maires pour la vidéosurveillance municipale. Effectivement, il y a moins d'incidents lorsque des vidéosurveillances sont mises en place pas loin d'une entrée de cabinet.

Mickaël SZAMES

Avant de continuer, je souhaite vous présenter les personnalités qui ont accepté de participer à ce débat. N'hésitez pas à poser vos questions pour que ce soit interactif. **M. BOISSIN** est l'actuel coordinateur de l'Observatoire de la sécurité ; **M. POUPARD** est Commissaire de police de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) ; **M. ROMBOUS** est le Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins belge ; **M. PAYN** est Commandant de police chargé de mission à la Coordination des dispositifs de sécurité pour les professions exposées au ministère de l'Intérieur ; **M. VACAS** que vous avez entendu est directeur adjoint du Département politique et Opinion chez IPSOS et **M. VALLETOUX**, Président de la Fédération hospitalière de France nous rejoindra bientôt.

Vous avez entendu tous ces chiffres, il y a une forme de violence dans la société, des preuves de violences verbales, physiques ou morales. On en est presque au burnout des médecins. Il y a incroyable recrudescence des violences sous toutes ses formes, est-ce le reflet de notre société aujourd'hui qui explique cette recrudescence ?

Hervé BOISSIN

Il faut savoir que le taux de remontée des fiches à l'Observatoire est très bas parce que les confrères n'ont pas conscience de l'importance de déclarer tous les incidents qu'ils soient très violents ou qu'ils consistent en une agression verbale. Rien que samedi soir dans le Val-de-Marne une jeune femme qui effectuait une visite dans le cadre régulation du Centre 15 s'est rendue à 22 heures chez un patient, a posé son diagnostic et au moment d'établir la feuille de soins le patient lui a indiqué qu'il ne paierait pas et que c'était gratuit sous une forme de violence relativement importante. Effondrée, elle est partie sous les insultes et une fois dans sa voiture a décidé de retourner chercher sa feuille d'ordonnance car sa prescription n'était pas vitale. L'agressivité du patient s'est

décuplée, elle est retournée à son véhicule et a décidé d'arrêter la permanence des soins. Je me suis longuement entretenu au téléphone avec elle, elle a fait une enquête et s'est aperçu que l'agresseur était un ingénieur d'un hôpital. Les agresseurs viennent donc de tous les milieux sociaux, il n'y a pas que ceux qui n'ont pas les moyens de payer. Cette jeune femme n'a pas compris ce qui arrivait et aura du mal à s'en sortir et elle n'est pas prête de refaire des visites de nuit. Je lui ai conseillé de contacter un service de prise en charge et quand je lui ai demandé de déclarer elle a demandé pourquoi. Je rappelle que c'est important pour que l'on puisse suivre ces actions.

Pour parler de ce qui est fait à Paris en ce sens, je cède la parole au **Dr ZERAT**, Vice-Président du conseil régional d'Ile-de-France.

Jean-Claude ZERAT

Je participe depuis quelques mois à l'action du conseil régional d'Ile-de-France qui regroupe 8 départements. Nous avons décidé de créer une commission sécurité au sein du conseil régional ayant pour but de dépister dans chaque département les cabinets qui auraient besoin d'être plus sécurisés pour leur proposer une visite.

Pour cela, nous avons demandé à chaque département d'Ile-de-France de nommer un référent sécurité élu, ce qui vient d'être fait. Chaque référent sécurité remonte l'information au conseil régional qui envoie des membres de cette commission visiter ces médecins pour décider s'ils peuvent faire partie des médecins que nous allons essayer d'aider.

Dans un deuxième temps, nous enverrons des équipes professionnelles de la sécurisation pour qu'ils puissent faire des propositions individualisées, chaque cabinet ayant ses spécificités, et ensuite établir un devis auquel le conseil régional s'est engagé à participer pour partie.

Grâce à cette participation, nous pourrons voir les ARS pour leur demander

d'aider aussi à la sécurisation de ces cabinets les uns après les autres.

Nous agissons donc en amont, mais aussi aval. Dans les Hauts-de-Seine, par exemple, il y a eu une agression d'une consœur il y a quelques semaines en fin d'après-midi par une personne qui a été arrêtée. Cette même personne avait agressé une psychothérapeute à Paris et une autre personne ailleurs. Il n'y a pas de coordination efficace, me semble-t-il, pour faire un système d'alerte afin que les agressions puissent être connues d'un département à l'autre. Il faut qu'il y ait de la réactivité d'un endroit à l'autre pour prévenir ce type de danger.

Mickaël SZAMES

Il est intéressant d'entendre qu'il n'y a pas de coordination.

Arnaud POUPARD

Je suis intervenu plusieurs fois devant des professionnels libéraux dans le cadre de l'Observatoire national des violences en milieu de santé et j'ai eu des difficultés à leur faire comprendre qu'ils étaient forts ensemble par l'intermédiaire de leur Ordre et que leur représentation départementale avait des relations privilégiées avec le commissariat et la justice et qu'il fallait les solliciter pour pouvoir avoir une action commune. Il est vrai qu'il est très difficile pour un libéral d'entrer dans cette fonction commune et de solliciter les personnes.

Effectivement, les forces de l'Ordre peuvent se coordonner avec le secteur de la médecine. Dans le cadre des conventions santé sécurité justice, la police propose des conseils de sécurité, mais on s'aperçoit que les libéraux le demandent très peu. On peut proposer des solutions d'alerte, mais elles sont peu utilisées.

Il nous paraît important que ce secteur puisse travailler avec l'Ordre départemental pour faire fonctionner ces conventions et mieux se coordonner. Les possibilités données par l'intermédiaire de ces conventions sont ouvertes, mais ne sont pas encore pleinement utilisées.

Mickaël SZAMES

Donc il existe des moyens, mais les médecins et notamment les libéraux ne sont pas enclins à aller dans votre sens et à avoir un maximum de collaboration ? C'est un problème de philosophie ?

Arnaud POUPARD

Je pense que c'est avant tout une information. Quand j'interviens, les médecins disent souvent qu'ils ignoraient. Il ne faut pas hésiter à solliciter son Ordre et j'insiste aussi, tout ce qui n'est pas signalé à l'Observatoire de la sécurité des médecins ou à l'ONVS n'existe pas. Et malheureusement, on ne peut pas agir sans les signalements des professionnels de santé.

Mickaël SZAMES

Il y a donc un manque d'information, il faut agir et porter plainte.

Hervé BOISSIN

Nous sommes en train de créer à Paris à la suite des attentats un système d'alerte par SMS de nos confrères. Ce peut être dévolu à la sécurité dès lors qu'une information nous parvient sur des individus dangereux qui circuleraient dans une région ou quartier de Paris, nous pourrions prévenir via ce système les confrères de ce danger potentiel.

Il faut mettre en place tous les systèmes, c'est lourd, mais il faut le faire.

Mickaël SZAMES

M. POUPARD parlait d'information, c'est aussi votre rôle.

Hervé BOISSIN

A Paris, tous les médecins sont informés qu'ils ont un référent police par quartier. Nous avons obtenu des lignes dédiées de sorte que lorsque le médecin doit porter plainte, ce dernier prenne un rendez-vous et n'ait pas à attendre. Cela a été mis en place à Paris et est largement diffusé.

Jean-Claude ZERAT

C'est le but de ce que nous sommes en train de réaliser sur la région. À un moment donné, il faut savoir sortir des

départements parce que chaque département veut gérer à sa façon et ne veut pas perdre de ses prérogatives départementales. L'objectif est donc de pouvoir coordonner et mettre en place des procédures uniformes pour l'ensemble de la région afin que chaque département ait son référent sécurité et son référent policier et établisse régulièrement des réunions afin que s'organisent des actions concrètes et pas uniquement faire remonter les informations c'est-à-dire que faire réellement sur le terrain pour que l'Ordre aide à coordonner et à mieux sécuriser les médecins. C'est primordial, c'est très bien de faire des statistiques, mais il faut qu'il en découle une action sur le terrain.

Christian BOURHIS

Beaucoup de départements organisent des réunions sécurité police et gendarmerie parce que la question de Paris et de la petite couronne est différente qu'en grande couronne et en province, gendarmerie et police étant des systèmes différents. Beaucoup de départements de province réalisent des démarches sur le terrain extrêmement pratiques comme on a pu s'en rendre compte lors du Congrès de l'Ordre. Dans mon département, par exemple, il a été proposé à tous les médecins d'avoir une visite d'un officier ou sous-officier de gendarmerie ou de police pour faire le bilan de leur cabinet. Par exemple aussi, dans mon secteur à Sarcelle, le commissaire de police propose que des agents de police piétons passent de temps en temps dans les quartiers difficiles, voire frapper à la porte du cabinet pour savoir si tout bien. Des choses très concrètes existent sur la France entière.

Mickaël SZAMES

Cela concerne les médecins libéraux, intéressons-nous à l'hôpital, **M. VALLETOUX**, vous êtes le Président de la fédération hospitalière de France, on parlait d'une ambiance malsaine, le ressentez-vous aussi à l'hôpital ? Êtes-vous également inquiet ?

Frédérique VALLETOUX

Je voudrais d'abord excuser mon retard. L'hôpital est un peu le reflet de ce que vit la société, c'est-à-dire que la violence ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital et les faits de violence ou d'incivilité non plus. Le travail réalisé ces dernières années tend à pousser un peu plus les déclarations et les soignants à peut-être plus se tourner vers l'institution juridique pour déclarer des faits, même si on est sans doute encore dans des niveaux de sous déclaration.

L'hôpital est touché parce que l'hôpital est ouvert pour la plupart jours et nuits. Les services d'urgences et psychiatriques sont principalement concernés même si plus aucun service n'est à l'abri d'autant plus que les hôpitaux sont des lieux où l'on entre facilement et circule librement, principe même de l'hôpital.

Mickaël SZAMES

Pouvez-vous expliquer ces sous-déclarations, y a-t-il une peur, est-ce une loi du silence ?

Frédérique VALLETOUX

Je ne pense pas qu'il y ait une loi du silence. Là où il y a eu des expérimentations de rapprochement avec des commissariats et travail en commun de mise en place de procédures adaptées pour l'hôpital (sorte de coupe-file pour les soignants lorsqu'ils ont des choses à déclarer, une prise en compte peut-être plus spécifique pour qu'il y ait une réponse plus adaptée), les déclarations se font mieux. C'est aussi le fait que dans beaucoup d'hôpitaux la pression de l'activité fait qu'on peut passer sur un événement qui pourrait mériter d'être déclaré parce que l'activité continue et qu'il y a d'autres personnes à traiter. On peut se demander s'il n'y a pas une sorte de banalisation de ces faits d'insécurité. J'étais hier dans un hôpital de Seine-Saint-Denis, pour discuter avec les services d'urgence, eux-mêmes disent que cela fait maintenant partie de leur quotidien. Il y a sans doute un niveau « d'acceptation » qui n'est plus le même

qu'il y a quelques années. Ce n'est pas de la passivité, mais cela fait partie du lot quotidien.

Mickaël SZAMES

Vous avez évoqué une « banalisation », cela peut faire peur. On disait tout à l'heure que 56 % des incidents restent sans suite légale, est-ce également votre ressenti ?

Philippe PAYN

Il peut y avoir différentes explications. Tout d'abord, il y a la déclaration à l'Ordre et aux deux observatoires que ce soit au niveau de la violence hospitalière ou de la sécurité des médecins, phénomène intéressant parce qu'il permet de mieux apprécier l'étendue et l'ampleur des faits dans les différents départements. D'ailleurs, on voit bien qu'il y a des endroits où il y a beaucoup de déclarations ce qui peut être dû à des actions de formation et d'information et donc l'augmentation des déclarations ne correspond pas nécessairement à une augmentation des faits. À l'inverse, on peut voir une baisse des déclarations parce que certains se disent que cela ne sert pas à grand-chose et qu'il n'y aura pas de suite particulière.

Mickaël SZAMES

Les chiffres en baisse en Ile-de-France par exemple, sont-ils dus à la banalisation ?

Philippe PAYN

Cela peut être une explication. Mais de façon générale, les actes de délinquance ont quand même largement chuté cette année en raison du déploiement massif des forces de sécurité, ou des militaires, dans le cadre du plan sentinelle. La multiplication de la présence a joué.

Pour d'autres endroits, cela peut effectivement être dû au fait qu'on se dise que cela ne sert à rien. C'est toujours très relatif.

Quant au dépôt de plainte, on observe que seuls 56 % des cas amènent à une plainte. Là aussi certains ont peur de perdre du temps, de se déplacer pour

aller dans les commissariats ou gendarmeries pour déposer plainte. J'insiste : tout est fait notamment quand une convention départementale est signée pour faciliter les choses. Il est ainsi possible de prendre un rendez-vous pour ne pas attendre avant de déposer plainte, voire, si nécessaire, que des effectifs se déplacent au cabinet du médecin pour y prendre la plainte.

On observe aussi beaucoup de faits de violence verbale et on peut toujours hésiter à porter plainte à chaque fois que l'on se fait traiter par un nom d'oiseau. Ces phénomènes peuvent faire que l'on se dise que cela ne justifie pas de porter plainte.

Mickaël SZAMES

En Belgique, vous connaissez le même phénomène qu'en France. C'est plus nouveau, mais la violence est fortement présente également.

Jean-Jacques ROMBOUTS

L'année 2016 a été une année particulière de mobilisation et d'action pour le Conseil national l'Ordre des médecins belge. D'une part, ce Conseil a été touché en plein cœur par l'assassinat de l'un de ses 16 conseillers lors d'une visite à domicile à 17 heures chez un de ses patients. D'autre part, notre processus de réforme actuel veut nous faire évoluer d'une structure purement disciplinaire et punitive vers une structure au service du médecin ce qui n'était pas le cas dans la législation belge auparavant.

Ce sont deux raisons qui ont fait que le problème de la violence a été particulièrement étudié au cours de cette année. Quelles sont les actions prises ? Une réunion a eu lieu en début d'année avec le SPF justice avec le ministère de la Justice puisqu'il faut se coordonner avec les structures de la justice et de l'intérieur et les syndicats médicaux. Des actions spécifiques de l'Ordre ont été mises en place comme un point contact – un papillon sur le site de l'Ordre des médecins faire apparaître une fiche de déclaration. Nous

commençons donc à relever ces problèmes. Nous avons eu à déplorer au cours du mois d'août une seconde agression mettant en jeu le pronostic vital d'un médecin à Bruxelles. Le processus a été prolongé par la décision de mettre en place une structure d'aide aux médecins victimes dans le cadre d'un programme plus vaste « Médecins en difficulté » qui sera présenté à la presse à Bruxelles mardi prochain.

Autrement dit, nous n'avons que 3 mois de statistiques avec une fiche qui n'est pas encore très connue, mais en faisant le ratio avec nos 30 déclarations en 3 mois, cela fait 120 déclarations par an et en comparaison à la population de la France, on en arrive à des chiffres très similaires à ceux publiés aujourd'hui. Les chiffres sont du même ordre de grandeur, mais avec une sous-déclaration manifeste parce qu'on voit un déséquilibre régional important. C'est surtout pour l'instant en Flandre en raison des événements graves qui ont eu lieu qu'il y a le plus de déclarations.

Christian BOURHIS

Étant sur le terrain dans une partie d'un département « difficile », le Val-d'Oise, limitrophe de la Seine-Saint-Denis, on peut voir – et j'en remercie les forces de police et de gendarmerie – que beaucoup a été fait avec les conseils départementaux. Beaucoup a été fait pour la sécurité, on voit bien sûr les accidents graves dans la presse, mais on a bien senti en 2015 dans ces deux départements « difficiles déclarants » qu'il y a une amélioration importante des mesures qui ont été prises. Cela fait 15 ans que l'on a un officier de police ou de gendarmerie référent dans chaque commissariat. Les numéros d'appel qui permettent de voir si c'est un médecin qui appelle est mis en place tant en police qu'en gendarmerie. Beaucoup de choses ont été faites dans ces départements alors que ces départements sont classés difficiles en Ile-de-France.

Frédérique VALLETOUX

Pour compléter ma première intervention et indiquer que je partage ce que vous dites, beaucoup de progrès ont été faits. J'aurais peut-être dû insister un peu plus, 530 conventions ont été signées entre les établissements qui sont la déclinaison du protocole de 2010 santé, justice, police au plan national. On est donc sur une prise en compte du phénomène d'insécurité beaucoup plus grande.

À la différence du monde libéral, les médecins sont moins touchés à l'hôpital que le personnel soignant parce qu'en première ligne à recevoir les patients à l'hôpital. Il est vrai que dans les statistiques, 90 % des personnes concernées par des faits de violence déclarés et repérés comme tels sont les personnels et 10 % seulement des médecins. La pratique médicale fait qu'on travaille plus en équipe, le médecin ne voit pas toujours seul le patient et est accompagné d'un personnel. C'est une différence par rapport au monde libéral où la solitude au cabinet expose plus.

Mickaël SZAMES

Cela ne remet pas en cause le principe d'hospitalité/hôpital ?

Frédérique VALLETOUX

Je ne l'espère pas et on fait tout pour l'éviter par des actions de formation, de sécurisation des locaux. C'est vrai qu'il y a une réticence à mettre des caméras aux entrées des hôpitaux mêmes si on le fait de plus en plus. Il est nécessaire maintenant dans les services d'urgences la nuit d'avoir des vigiles, une protection renforcée. Des systèmes de liaison avec les commissariats ont été mis en place pour avoir des systèmes d'alerte plus rapides. Il y a tout un tas de dispositifs qui font qu'aujourd'hui l'hôpital se protège, mais l'hôpital garde ses portes ouvertes à tous ceux qui ont besoin de soins. Donc le principe d'hospitalité n'est pas remis en cause.

Patrick LANCIEN, Vice-président du conseil départemental de Seine-Maritime

Je suis aussi référant sécurité à Rouen. Depuis 10 ans, je vous envoie des fiches principalement pour des médecins libéraux. Pour l'hôpital, je suis allé dans les services d'urgences, notamment à Rouen où il y a la plus forte fréquentation des services d'urgence, ils ne déclarent pas parce que c'est tous les jours.

J'aimerais qu'on revoie aussi l'imprimé parce qu'il n'est pas si facile à remplir que cela, comme d'autres imprimés du national parce qu'on révisé le protocole tous les ans. On pourrait peut-être imaginer faire des télédéclarations, on a maintenant des sites qui fonctionnent.

Hervé BOISSIN

Effectivement, c'est un travail en cours. J'ai demandé à l'informatique que l'on puisse mettre cette déclaration en ligne et ai demandé à la section exercice professionnel comment simplifier cet imprimé. Le Président en est d'accord, ce sera fait dans les semaines à venir.

Arnaud POUPARD

L'ONVS a mis en ligne une fiche papier qui permettra éventuellement à l'Observatoire de la sécurité des médecins de s'en inspirer puisqu'elle est issue d'une longue expérience de l'ONVS et provient des signalements.

Pour l'hôpital, on est à 1 075 médecins en 2014. Les proportions à l'ONVS sont supérieures en termes de violence puisque 48 % des atteintes sont des violences volontaires (des coups portés). La particularité du secteur de santé est que le premier secteur déclarant est la psychiatrie. On a donc davantage d'auteurs atteints d'une pathologie et on cherche davantage l'origine du fait dans la pathologie du patient. Aux urgences, la proportion est plutôt inverse et ce sont des violences directes importantes. Ce n'est pas anodin et on travaille avec les établissements.

On parlait des signalements, il faut bien comprendre que sans ces signalements on ne peut pas savoir ce qui se passe et donc travailler et mesurer l'efficacité des mesures prises. Pour ce qui est des établissements de santé qui ont choisi l'exhaustivité des signalements, ils peuvent réellement mesurer chaque année, même bâtiment par bâtiment, mois par mois, l'efficacité des mesures prises. Si vous n'avez pas de thermomètre, vous ne pouvez pas juger des mesures et vous n'investissez peut-être pas opportunément dans les mesures de sécurité.

II. Solutions mises en place et pistes de réflexion

Éric ROUCHAUD, conseiller titulaire du conseil régional du Limousin

On n'est pas débordé par l'insécurité, mais un sentiment d'insécurité commence à surgir et entraîne une désaffection, en particulier de jeunes consœurs, sur la permanence des soins. On a essayé de mettre un système de bip de géolocalisation qui permettrait peut-être de limiter cette appréhension. Mais on a d'énormes difficultés à mettre en place ce système puisqu'il nécessite une plate-forme d'écoute. La technique fait que tout le monde peut avoir un bip dans son cabinet ou sa poche parce qu'il est difficile en cas d'agression de sortir son téléphone. Le fait d'avoir un bouton-poussoir ou un bip serait une solution.

Quant à la plate-forme de recueil de ces appels, cela a d'abord un coût important et d'autre part, les forces de l'ordre n'interviennent que s'il y a une levée de doute.

Cette dernière fait perdre beaucoup de temps puisque cela veut dire que l'appel sonne dans une structure – qui dans notre cas serait une structure délocalisée – qui se fait fort après d'appeler les forces de l'Ordre qui s'engagent à intervenir rapidement puisque ces bips de géolocalisation permettent de dire que le bip n° tant correspond au Dr Untel qui est rue X. Néanmoins, il faut que cette

structure appelle les forces de l'Ordre, que ces dernières s'assurent que l'appel vient vraiment de quelqu'un qui a des difficultés. Il serait possible en essayant de mutualiser les moyens au niveau ordinal et de demander aux autorités de tutelle, d'autoriser à avoir des boutons poussoirs directement reliés aux forces de l'ordre, on pourrait imaginer que les médecins ne vont pas appuyer tout le temps sur le bouton, cela permettrait de gagner du temps sur la levée de doute et mutualiser les moyens financiers de l'ensemble des médecins peut-être par une plate-forme ordinale ce qui permettrait peut-être d'avoir un outil afin de limiter la délinquance et le sentiment d'insécurité qui se manifeste même dans nos provinces reculées.

Comment y arriver car j'ai de grosses difficultés à le mettre sur pied ?

François SIMON

La section exercice professionnel héberge l'Observatoire. Nous partageons votre avis sur la dématérialisation et la révision du questionnaire. Il faut affiner ce qui se passe aussi bien pour le cabinet que l'hôpital. L'exercice regroupé sécurise et il faut le démontrer.

Quant au bouton-poussoir, c'est une solution technique qui est intéressante, mais le problème est effectivement de savoir qui est en face. Il faudrait arriver à travailler en ce sens, c'est un sujet intéressant pour l'Observatoire.

Éric ROUCHAUD

Sur le plan technique, cela existe, mais après qui est au bout de la plate-forme.

Philippe PAYN

Un tel dispositif a été testé quelques mois en Seine-Saint-Denis où les appels ont été reliés directement au centre d'information et de commandement de Seine-Saint-Denis. Le but étant essentiellement de valider le principe de la technique et de s'assurer que le dispositif fonctionnait bien et donnait de bons résultats.

Le dispositif a été validé, d'un point de vue technique, mais non le fait d'être relié directement aux forces de sécurité. Il est en effet nécessaire d'avoir un tiers qui effectue une levée de doute avant de solliciter l'intervention des secours. En effet, si l'on peut estimer que les médecins n'appuieront pas de manière intempestive sur ces boutons, on n'est pas à l'abri d'un déclenchement accidentel. Le Val-de-Marne a ainsi mis en œuvre ce système en étant relié à la plate-forme du 15. Ce sont des médecins qui en écoutant peuvent directement savoir que cela ne va pas et qui saisissent le 17. L'appel venant du 15 on ne perd pas de temps, s'ils nous appellent, c'est qu'il y a un véritable problème. Les délais sont donc particulièrement contraints. C'est le conseil départemental qui a investi dans un certain nombre de dispositifs mis à disposition des médecins qui assurent la permanence des soins et font les déplacements afin de les sécuriser. Cela fonctionne plutôt bien. Le rôle du tiers peut aussi être tenu par un « télésurveilleur » ou un « téléassistant ».

Jean-Claude ZERAT

Je ne mets pas en cause tout ce qui a été fait, je voulais dire que l'on parle de différentes actions dans différents départements chacun se posant des questions et faisant des essais. Je discutais avec M. FELLOUS, le président du conseil départemental de Seine-Saint-Denis qui a fait beaucoup de choses et m'a fait des propositions. Les conseils régionaux constituent la réunion de plusieurs départementaux et peuvent donc réunir, ce qui sera fait le 24, dans l'ensemble des départements, les référents et discuter sur les éléments positifs mis en place dans les départements pour aider les autres départements et avancer.

Des choses ont été faites et heureusement, mais il y a encore beaucoup à faire. L'expérience des départements a fait beaucoup et c'est ce qui va apporter aux autres. Il faut aussi aller voir les pouvoirs publics pour leur dire concrètement sur tel cabinet il y a des

choses à faire pour le sécuriser, et leur demander s'ils sont prêts à les prendre en charge. On dit qu'il y a désertification et que les médecins ont envie de partir, il faut peut-être les garder en les aidant à financer certaines de ces améliorations.

Mickaël SZAMES

Que pensez-vous de ces propositions comme le bouton-poussoir ?

Arnaud POUPARD

Il faut comprendre que les conventions santé sécurité justice sont un socle et qu'elles sont là pour s'adapter à vos besoins.

J'en reviens aux établissements qui ont fait preuve de beaucoup d'inventivité et notamment dans le public pour ne serait-ce que mettre les acteurs autour de la table. Un établissement a mis en place une convention-cadre parce que ses sites sont répartis sur plusieurs départements. Rien ne vous empêche, si vous le souhaitez pour l'Ile-de-France, de rédiger une convention-cadre pour tous les départements avec le procureur de la République, les services de police et éventuellement les maires si vous en avez besoin parce qu'ils disposent d'un système de vidéoprotection.

À charge pour chaque département de décliner localement en fonction de ses besoins. On ne peut pas plaquer des modèles sur le territoire c'est pourquoi on renvoie vers le local, parce que les contraintes ne sont pas les mêmes en Ile-de-France qu'à Clermont-Ferrand par exemple.

Ces conventions peuvent aller très loin, on évoquait des boîtiers. En Guyane, les commerçants ont développé une application Smartphone qui va être reprise par le secteur médical parce que la police a la possibilité d'avoir un Smartphone au centre 17 où ils reçoivent ces appels. Je ne dis pas que c'est réalisable à la France entière, mais c'est adapté à leur situation. Cette application permet d'alerter rapidement.

En matière de médecine de ville, je sais que certains hôpitaux travaillent

également sur des applications qui peuvent rendre service en hospitalisation à domicile et qui pourraient éventuellement servir à la médecine libérale, mais peut-être pas. C'est pourquoi il vous revient de déterminer ce qui peut être utile dans les secteurs où vous travaillez.

Certaines conventions ont également mis en place dans le sud de la France le suivi d'une visite à domicile par la vidéoprotection de la commune. Le maire peut tout à fait être associé dans la démarche. Cela ne place pas un policier derrière chaque médecin, mais cela permet de suivre son parcours et de constater certaines problématiques.

D'autres départements ont mis en œuvre la procédure de pré-alerte, c'est-à-dire que le médecin qui se rend chez une personne qu'il sait un peu difficile, peut préalerter les forces de l'ordre, selon une procédure particulière, en donnant à l'avance ses nom, prénom, adresse, le code d'accès, l'étage et la porte en sortie d'escalier (jamais en sortie d'ascenseur, tous les bâtiments n'en étant pas pourvu), si une voiture est disponible elle peut faire patrouille autour. Qu'elle soit disponible ou non, vous pouvez décider d'y aller ou pas. Et si vous appelez à l'aide par téléphone ou le système de boîtier, la police sera là encore plus vite.

Il y a donc beaucoup de solutions, mais qui ne sont pas forcément adaptées à votre secteur ou domaine.

Dans tous les cas, en ce qui concerne la rédaction de la convention, la forme est importante. À vouloir faire des conventions trop ambitieuses, on a parfois du mal à se mettre d'accord pour les signer. Nous conseillons donc d'établir des conventions très courtes en copiant-collant les accords nationaux et deux ou trois orientations locales. En revanche, multipliez les annexes, une annexe ne traitant que d'une difficulté. Ces conventions prévoient des procédures d'alerte particulière à traiter avec les forces de l'Ordre. La première des annexes est administrative (dans tel

département le correspond santé est...) ; ensuite chaque annexe répond à un autre problème. Après vous n'avez plus qu'à vous accorder que sur une seule des annexes. Cela permet aussi de les faire évoluer au fur et à mesure du temps en fonction de vos signalements.

Ce mode de fonctionnement des conventions les rend plus efficaces. Par exemple, pour ce qui de la vidéoprotection, si vous associez le maire il pourra éventuellement étudier avec vous pour optimiser le parcours des caméras (un zoom à un moment sur un cabinet) lorsqu'elles ne sont pas pilotées par un agent de police municipale. Je ne dis pas que ce sera possible, mais si vous n'avez pas ces discussions, le sujet ne sera pas traité.

Jean-Claude ZERAT

C'est très intéressant parce que chaque département étant différent. On va rapidement prendre contact.

Mickaël SZAMES

Tout à l'heure, on a parlé du secteur public, du sentiment d'insécurité. Comment qualifieriez-vous les hôpitaux aujourd'hui, le sentiment d'insécurité et l'état d'esprit des médecins à l'hôpital ?

Frédérique VALLETOUX

Je pense qu'il faut veiller à ce que cela ne se banalise pas, il n'y aurait rien de pire. Néanmoins, cela fait partie du quotidien des soignants et au-delà des médecins, le personnel comme j'indiquais, ce n'est pas toujours le médecin qui est exposé à l'hôpital.

Les médecins et l'ensemble des personnels ne se détournent pas de leur action de soins et de leur fonction principale, mais c'est un élément du quotidien qui est parfois pesant surtout quand cela se cumule en certains endroits à des tensions communautaristes, etc., qui existent aussi qu'il ne faut pas occulter non plus. Ce sont les à-côtés de la prise en charge et de l'acte de soigner qui sont de plus en plus pesants. Par exemple, on a plus d'appréhension pour les gardes de nuit

quand on est une femme médecin ou jeune infirmière qu'il y a peut-être quelques années. Quand on intervient dans certains quartiers, on sait qu'on va être plus exposé à des problématiques liées au respect ou non du principe de laïcité et des revendications religieuses qui viennent interférer avec la prise en charge telle qu'on doit l'appliquer dans nos établissements.

Tout cela est pesant dans beaucoup d'endroits parce que c'est le quotidien. Effectivement, un fait unique justifierait que la personne aille au commissariat passer le temps qu'il faut pour porter plainte. Devant, l'accumulation des faits quand cela arrive tous les jours, on se concentre sur les plus graves pour enclencher des plaintes et la direction de l'hôpital s'y associe. Quand on est « juste » insulté, on passe à autre chose. C'est là que la banalisation s'installe. Il faut l'éviter et c'est un travail très fin. La charge de travail est souvent telle qu'on se concentre sur l'essentiel, le soin, au détriment du reste.

Jean-Jacques ROMBOUS

Le sentiment d'insécurité est particulièrement intense pour les médecins généralistes qui se déplacent la nuit. En Belgique, la législation impose aux médecins généralistes de participer à la garde de la population et ils ne peuvent s'y soustraire. Or, il y a le problème de la nuit profonde (entre minuit et 4 heures 30 du matin) et des quartiers sensibles où même la police n'ose plus se rendre. Il y a donc un problème législatif et déontologique. Il faut réfléchir à l'obligation de déplacement et analyser si le déplacement du médecin généraliste ne peut pas dans certains cas être remplacé par le déplacement du Samu ou d'un organisme de secours. Il y a tout un problème de proportionnalité entre l'importance de la pathologie et l'appel.

Certaines des solutions en réflexion ont été évoquées, mais la principale est de regrouper les médecins généralistes en poste de garde. Traditionnellement, les médecins généralistes sont de garde,

seuls au sein d'un cercle qui organise le calendrier de garde. On a mis en place un numéro d'appel (17 33), poste de garde de médecins généralistes où les médecins du cercle se cotisent pour avoir un chauffeur qui peut accompagner le médecin pendant les déplacements en nuit profonde et les quartiers difficiles. C'est une évolution qui a été vue avec réticence par le législateur, mais qui je pense s'impose. Il y a aussi la mise en place de postes de garde de médecine générale à proximité des hôpitaux ouverts toute la nuit et d'accès facile et où les patients peuvent venir plutôt que d'appeler le médecin chez eux.

Dans la commune où s'est déroulé le drame que j'ai évoqué, le maire a pris la décision d'autoriser les médecins à se faire accompagner par un policier s'il le souhaite. C'est une initiative locale.

La problématique est l'obligation légale de se déplacer quand un patient appelle, même s'il n'y a urgence.

Jackie AHR, conseiller national

Il a l'air très compliqué de mettre quelque chose en place. Or, le système des alarmes reliées chez les particuliers fonctionne très bien. J'en ai été l'utilisateur et la société intervenait en quelques minutes. Pourquoi ne pourrait-on pas copier ce système qui est très simple et ne coûte pas très cher.

Philippe PAYN

Un médecin peut tout à fait décider d'être relié à un télésurveilleur et d'avoir un système d'alarme. Toutefois, tous les télésurveilleurs n'ont pas nécessairement les effectifs suffisants pour intervenir et se déplacer rapidement. Mais le télésurveilleur peut évaluer la situation et appeler les services de police ou de gendarmerie concernés et déclencher une intervention si nécessaire, cela fait effectivement partie des possibilités.

Jean-Claude ZERAT

C'est ce que nous avons prévu dans certaines sociétés, que le cabinet puisse appuyer sur un bouton pour que les

télésurveilleurs puissent écouter ce qui se passe et en fonction de ce qu'ils entendent ils interviennent ou appellent la police. Par contre, ce sont des prestations qui coûtent cher et qui va les financer ? À un moment donné il faut savoir si les ARS, par exemple, sont prêtes à financer ce type de prestation dans des cabinets difficiles. Encore une fois, les autorités qui veulent garder les médecins sur place doivent pouvoir participer à ces investissements financiers.

Philippe PAYN

Le coût a bien diminué. Voyez les prix des systèmes d'alarme de télésurveillance proposés aux particuliers qui désormais sont relativement modestes.

UN INTERVENANT

25 euros par mois.

Philippe PAYN

Ce qui coûtait le plus cher auparavant, c'était justement l'intervention systématique d'effectif pour pouvoir faire la levée de doute. Désormais, la technique permet la levée de doute quasiment instantanément. Dans le cas d'un cambriolage si vous avez des détecteurs de bris de vitre et de mouvements, des caméras qui peuvent se déclencher, vous avez une bonne idée de ce qui se passe. De même en cas d'agression si vous entendez des appels au secours, la levée de doute est instantanée et le temps d'appel peut-être réduit en sachant que les « télésurveilleurs » ont un numéro d'appel dédié pour contacter les forces de sécurité. Ils n'entrent pas dans la chaîne d'attente du 17 ce qui peut effectivement être problématique dans les départements les plus urbanisés où il y a beaucoup d'appels.

Arnaud POUPARD

Les solutions techniques existent et il y en a beaucoup. En revanche, il ne faut pas sortir de cette réunion en se disant qu'on va résoudre le problème en se reliant à une alarme. C'est vraiment une chaîne de fonctionnement. Le ministère de

L'Intérieur a édité un guide de sécurité à destination des professionnels de santé qui est plutôt bien fait et qui donne des conseils. Je vous conseille de partir du conseil en sécurité des forces de l'ordre parce qu'il y a un lien de fonctionnement, l'alarme n'arrive qu'en bout de chaîne. Il faut essayer de prévenir ces situations et pour cela c'est, par exemple, un visiophone à la place de la sonnette. C'est peut-être aussi vérifier, la solidité des portes et des fenêtres, étudier la zone d'attente qui sépare du cabinet, peut-on voir ce qui se passe de l'autre côté si on entend du bruit, est-on obligé d'ouvrir la porte ce qui revient à s'exposer. Comment est aménagé le bureau, le parcours pour s'enfuir, etc. Alerter les secours, c'est bien, mais cela n'empêche pas de prendre un coup. Il faut une chaîne de fonctionnement qui permet de prévenir, cela n'évite pas tout à 100 %, cela n'existe pas, mais cela améliore la sécurité globale.

Jean-Claude ZERAT

Qui paye ? Ce que vous dites, la porte blindée, etc., ça représente au minimum 2 850 €. C'est beaucoup pour un médecin généraliste. Qui va prendre en charge ? C'est une des réflexions que nous allons avoir. En tant que trésorier du conseil départemental de Paris, je me dis que je peux faire un effort pour ce médecin en annulant sa cotisation, mais qui va régler la facture de ce cabinet insécurisé ?

Arnaud POUPARD

Cela ne relève pas de mon domaine de compétence. En revanche, un visiophone coûte 100 €. On peut commencer par une solution technique et avant d'en envisager un package global.

Mickaël SZAMES

Comment cela se passe à l'hôpital, qui paye ?

Frédérique VALLETOUX

L'hôpital finance sur ses propres budgets et ressources et doit trouver les moyens

de faire face à ces solutions. Les protocoles mis en place santé, police, justice, etc., portent sur les procédures, l'accompagnement, les formations et un partenariat, mais l'équipement lui-même et l'adaptation des locaux, les caméras, etc., relèvent de ses fonds propres.

Mickaël SZAMES

L'État peut-il tout faire ? Est-ce aussi à l'État de gérer la situation pour les libéraux ?

Hervé BOISSIN

On ne peut pas demander au médecin de tout faire, on nous demande déjà d'aller dans les zones « désertifiées » pour lesquelles des aides sont mises en place. Mais il faudrait aussi des aides au maintien sur place des cabinets dans les zones dotées au risque qu'il y ait des fuites ou abandons.

Mickaël SZAMES

Vous en appelez donc à l'État ?

Hervé BOISSIN

Au moins aux différentes ressources de la société.

Olivier DRIGNY, Vice-président de l'Ordre des infirmiers

Pour les infirmiers, comme cela a été bien dit pour l'hôpital, ils sont très souvent en première ligne et l'activité infirmière est au trois-quarts à l'hôpital et un quart en libéral. Pour ce qui est du libéral, tout ce qui a été indiqué est tout à fait vrai, peut-être faudrait-il réfléchir à un travail commun entre les Ordres parce que si une solution était trouvée pour les médecins, je pense qu'elle s'appliquerait relativement facilement aux infirmières libérales même si elles sont moins en cabinet et plus chez les patients.

Pour les salariés, comme vous l'avez indiqué, des moyens de protection sont prévus. Je crois qu'en premier arrivent la charge de travail et la difficulté de répondre aux attentes des patients qui fait que la pression monte. Il faut savoir gérer cette pression, mais aussi faire qu'elle n'existe pas et c'est peut-être la première chose. Il y a des moyens,

l'information au patient pour lui expliquer pourquoi il attend, c'est un moyen très simple et il existe déjà dans beaucoup de services d'urgences.

Enfin, il n'a pas été abordé – et c'est le rôle des Ordres et des correspondants – le fait que l'on peut se substituer au plaignant quand il ne veut pas que son nom soit connu. Les infirmières ne veulent plus qu'on mette leur nom sur les blouses parce qu'elles se font agresser à l'extérieur. Donc, elles ne sont pas prêtes de porter plainte en leur nom.

Le correspondant violence de l'Ordre peut se substituer pour porter la plainte de manière anonyme pour le plaignant. Il est dommage que les établissements ne communiquent pas. Nous, nous n'avons pas accès aux établissements et il serait intéressant en cas de violence que les établissements rappellent que l'Ordre existe et qu'il peut se substituer pour qu'il soit porté plainte.

Frédérique VALLETOUX

Tout à fait, les établissements et les ordres peuvent se substituer au personnel. Il y a quelques années c'était une avancée de mettre les noms sur les blouses. Aujourd'hui, il y a demande inverse comme vous l'avez bien expliqué.

Je prendrais ma casquette de maire pour souligner que vous auriez peut-être aussi intérêt à vous rapprocher des mairies, d'une part, parce que certaines ont déployé des polices municipales qui sont très présentes et compensent finalement un certain retrait de l'action nationale et, d'autre part, la chaîne de commandement est plus simple puisque c'est le maire qui en est le pilote.

Beaucoup de villes ont aussi des contrats locaux de sécurité et de prévention de la délinquance qui associent tous les acteurs de la prévention, de la délinquance, de la sécurité, justice et police et peut-être que les représentants et professionnels de santé, là où cela fonctionne, pourraient demander à y siéger parce qu'on y a l'information et on peut participer aussi à l'implantation de caméras, de patrouilles de police, etc.

Ces sujets très concrets sont souvent évoqués lors de ces réunions. Par conséquent, là où cela existe il serait utile que vous vous en rapprochiez.

Mickaël SZAMES

Pouvez-vous dire quelques mots du protocole signé, a-t-il porté sous ses fruits ?

Philippe PAYN

Oui, à partir du moment où il est décliné au niveau départemental. En sachant que ce protocole, comme pour l'Ordre des infirmiers, n'a pas vocation à ne s'appliquer qu'à l'Ordre des médecins puisque au niveau national il a été signé avec les 7 représentants des Ordres, cela concerne donc l'ensemble des professionnels de santé.

Il est important de décliner localement département par département les possibilités offertes. Cela permet d'adapter ou de mettre sur pied des solutions spécifiques, pour aider et améliorer la sécurité des professionnels de santé, qui soient conformes aux circonstances locales. Aujourd'hui, on doit en être à une soixantaine de déclinaisons pour l'ensemble des départements. Malheureusement, trop souvent encore des départements disent qu'ils ne voient pas l'intérêt puisqu'ils ne sont pas impactés. Il faudrait mieux commencer tant que l'on n'est pas impacté plutôt que d'attendre l'incident pour commencer à initier les choses. Vous aurez de meilleurs échanges et des solutions qui pourront être trouvées pour vous faciliter la vie.

Le partenariat dans le cadre de la convention vous permet de pouvoir bénéficier de l'assistance ou des conseils des référents sûreté ou de sessions de formations de leur part.

Bien souvent, d'ailleurs cela fonctionne encore moyennement. On vous propose de participer quand vous faites des sessions de formation et il n'y a pas nécessairement de retour positif. Je pense que l'on peut vous apporter des choses sur la base à la fois des films qui ont été réalisés à la demande de

l'Observatoire et ensuite à partir d'échanges avec vous. Vous pourrez ainsi y obtenir des conseils plus adaptés pour améliorer la sûreté au quotidien de vos cabinets ou pour déterminer le type d'attitude à adopter en fonction des circonstances ou des comportements de vos patients.

Mickaël SZAMES

En quelques mots pour finir et synthétiser, quelles sont vos préconisations principales pour lutter contre l'insécurité ?

Arnaud POUPARD

Déclarez, sans cela, on ne peut rien faire !

Christian BOURHIS

Refaire des réunions de manière quasi annuelle police et gendarmerie pour bien prendre en compte les mesures de sécurité.

Jean-Jacques ROMBOUTS

Il y a toute une série de pistes, mais la déontologie dans tout cela ? Il y a aussi le problème de la sécurité, mais aussi celui de la confidentialité. Les appareils sophistiqués qui suivent le médecin, etc., dans quelle mesure sont-ils compatibles avec notre obligation de discrétion ? Il faut avoir une réflexion sur ce sujet et les obligations de déplacement du médecin.

Frédérique VALLETOUX

Les soignants doivent s'adapter à ces réalités nouvelles et se protéger. On ne peut pas demander tout à l'État, mais il lui reste quelques politiques régaliennes, et la sécurité en est une. L'État doit être plus vigilant à protéger ceux qui soignent.

Philippe PAYN

Trois éléments me paraissent importants :

- 1 - Le partenariat entre les forces de sécurité et les ordres,
- 2- Mettre en place des conventions départementales et les faire vivre de façon régulière,
- 3- Le signalement et son corollaire pour nous le dépôt de plainte. Et j'insiste on

essaie vraiment de vous faciliter les choses, profitez-en !

Il convient de bien comprendre que pour faits importants, le signalement n'est pas suffisant, il permet au niveau national d'avoir la connaissance des faits, mais ne va pas enclencher d'action. Ce qui enclenche une action des services de police et de la justice c'est le dépôt de plainte, n'oubliez donc pas cette étape.

Federico VACAS

On a beaucoup parlé de sentiment d'insécurité, mais les résultats de l'Observatoire montrent aussi des attentes. Si on est aujourd'hui à un niveau de déclarations d'incidents très élevé c'est parce qu'il y a de l'insécurité ressentie, mais aussi très forte de la part des médecins. D'où l'importance de pouvoir avancer sur les différentes pistes évoquées dans ce débat.

Hervé BOISSIN

Je vous remercie tous de votre présence. Nous avons pu remarquer ce matin l'évolution du ressenti des médecins face aux attitudes nouvelles de leurs patients. Cette constatation peut être mise en parallèle avec les professions en contact avec le public et celles qui détiennent une autorité ou qui permettent d'accéder à des avantages.

Certes, il faut former les médecins et les soignants au comportement déviant de la population, mais la population doit aussi entrer dans le cadre d'une éducation.

Les soignants sont désemparés lorsqu'ils sont victimes de violences, verbales ou physiques, car ils ne peuvent admettre alors qu'ils sont là pour aider et se consacrer entièrement à leur devoir, qu'en face l'agressivité soit de rigueur.

Vous êtes conscient que les conséquences seront énormes si des mesures concrètes ne sont pas élaborées pour les protéger. Nos confrères vont se détourner progressivement des situations à risque et même de certaines spécialités. Nous ne sommes pas là pour nous plaindre, nous faisons partie des

professions qui nécessitent un engagement total au service de la population, voire un véritable sacerdoce, au même titre les pompiers, la police, les services de secours bénévoles et tous ceux qui consacrent leur temps à la population.

Il est du devoir de la société d'agir pour nous protéger.