

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Quels sont le vécu, les moyens de prévention mis en place et les attentes des médecins du Nord ayant subi une agression et l'ayant déclarée auprès du CDOM ?

Présentée et soutenue publiquement le 07/01/2026 à 16h00
au *Pôle Formation*.
par Théo HILDELBERT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Valéry HÉDOUIN

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jean-Philippe PLATEL

Directeur de thèse :

Madame la Docteure Isabelle BODEIN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

APHP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des médecins
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DPC	Développement Professionnel Continu
DPO	<i>Data Protection Officer</i> , ou Délégué à la Protection des Données
IPA	Analyse Interprétative Phénoménologique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONSM	Observatoire Nationale de la Sécurité des Médecins.
ONVS	Observatoire National des Violences en Santé
WHO	<i>World Health Organization</i> (voir OMS)

Sommaire

Avertissement	2
Remerciements	3
Sigles	3
Sommaire	4
Introduction	1
1 Contexte.....	1
2 Problématique.....	2
Matériel et méthodes	3
1 Design de l'étude	3
1.1 Type d'étude.....	3
1.2 Caractéristiques de l'échantillon	3
1.3 Recueil des données.....	4
1.3.1 Guide d'entretien	4
1.3.2 Retranscription.....	4
1.4 Analyse des données.....	4
1.5 Aspects éthiques et réglementaires.....	4
Résultats	6
1 Le vécu de l'agression et des suites	6
1.1 Dépasser le point de rupture.....	6
1.1.1 Différents types d'agressions	7
1.1.2 Charge de travail importante	9
1.1.3 Plus d'incertitudes lorsqu'on travaille sous pression	10
1.1.4 Absence de solution	11
1.1.5 Être débordé par la situation	13

1.1.6	Éléments hors de notre contrôle	14
1.1.7	Agressions favorisées par les pathologies psychiatriques ?.....	18
1.2	Répercussions.....	20
1.2.1	Répercussions à court terme	20
1.2.2	Répercussions à moyen terme	21
1.2.3	Répercussions à long terme	24
1.3	Perception de la temporalité	25
1.4	Modification de l'opinion de soi	27
1.5	Soutien aux victimes	29
1.6	Se reconstruire	30
2	Les actions mises en place face aux agressions	34
2.1	Stratégies de prévention primaire	34
2.1.1	Réflexions sur le comportement et la communication.....	34
2.1.2	Modifications de l'environnement.....	37
2.2	Stratégies de prévention secondaire	39
2.3	Aide à la justice	42
2.4	Transmission des informations	44
3	Dégradation de la relation médecin/malade	46
3.1	Expertise et légitimité du médecin	47
3.2	Moins de respect pour le médecin	48
3.3	Menace de la plainte	50
3.4	Relation de confiance primordiale	51
4	Judiciarisation de la médecine	54
4.1	Le secret médical	54
4.2	Dépôt de plainte pour se protéger	55
4.3	Choc lors de la réception d'une plainte	57

5 Attentes des médecins victimes d'agression.....	61
5.1 Amélioration des recours judiciaires	61
5.1.1 Amélioration récente des recours judiciaires.....	61
5.1.2 Modifications législatives nécessaires	62
5.2 Éducation de la population.....	64
5.3 Ambivalence concernant la sanction judiciaire.....	67
5.4 Ambivalence concernant le CDOM.....	69
5.5 Inquiet pour la médecine future	74
5.5.1 Importance de la liberté d'installation et de pratique	76
5.5.2 Amélioration des conditions de travail impérative	78
5.5.3 Ambivalence concernant la suite de sa carrière	80
Discussion.....	84
1 Principaux résultats	84
1.1 Le vécu de l'agression et des suites.....	84
1.2 Actions mises en place face aux agressions.....	86
1.3 Dégradation de la relation médecin/malade	88
1.4 Judiciarisation de la médecine	89
1.5 Les attentes des médecins victimes d'agression	90
2 Discussion des résultats.....	92
2.1 Comparaison avec les moyens de prévention actuels.....	92
2.1.1 Sensibiliser le public et former les soignants.....	93
2.1.2 Prévenir les violences et sécuriser l'exercice des professionnels	94
2.1.3 Déclarer les violences et accompagner les victimes	96
2.2 Éléments non pris en compte par le Ministère	98
3 Discussion de la méthode	99
3.1 Points forts.....	99

3.1.1	Le type de travail	99
3.1.2	Le type d'entretien	99
3.1.3	L'échantillon.....	100
3.1.4	L'analyse des données.....	100
3.1.5	Grille SRQR	101
3.2	Points faibles	100
3.2.1	La composition de l'échantillon	100
3.2.2	Difficultés d'anonymisation des données.....	100
3.2.3	Biais liés directement à l'interviewer	101
3.2.4	Biais liés aux participants	101
4	Perspectives	105
	Conclusion.....	106
	Liste des figures.....	107
	Références.....	108
	Annexes	111
	Guide d'entretien.....	117

Introduction

1 Contexte

1581 agressions envers des médecins ont été déclarées en 2023 en France, et 1992 en 2024. Cela représente une hausse de 26% [2]. Cette hausse est observée depuis plusieurs années maintenant, sachant qu'en 2021, 1009 agressions avaient été déclarées (+ 97% en 4 ans).

Cette augmentation d'agressions est présente dans de nombreux pays, et semble s'être accélérée à la suite de la crise du COVID-19 [3].

En France, la région la plus touchée par ces agressions sont les Hauts-de-France, avec respectivement 242 et 477 déclarations en 2023 et 2024, soit une augmentation de 97%. En 2025, les médecins généralistes représentaient 43% des médecins en exercice, mais 63% des déclarations d'agressions. 55% des médecins agressés sont des femmes, pour un ratio homme/femme de 1 [2]. Il semble que les femmes soient plus susceptibles de subir des agressions verbales, mais les agressions physiques visent plus généralement les hommes [4].

La majorité des agressions sont verbales, mais cela concerne aussi les vols, les agressions physiques et le vandalisme. Un élément récent et en nette augmentation est la falsification d'ordonnance, représentant 16% des incidents déclarés [2].

L'OMS a défini la violence comme : « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations » [5]. Le terme de « pouvoir » est important car il implique tous les actes de menaces verbales ou d'intimidations.

Cette agressivité devient omniprésente, et les événements récents le montrent avec de plus en plus d'apparitions dans les médias [6].

Une journée européenne de lutte contre les violences envers les médecins et les professionnels de santé a même été fixée au 12 mars.

2 Problématique

Pour lutter contre ces agressions croissantes, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a créé, en 2002, l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins (ONSM). Une fiche de signalement a été mise en ligne par la suite, pour avoir les statistiques les plus fiables concernant les agressions des médecins [7]. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du Nord a réalisé, en mars 2024, un webinaire destiné aux médecins, pour donner des conseils de prévention et de réactions aux agressions [8].

Le CNOM a créé, en partenariat avec le ministère de l'intérieur, un guide pratique adressé aux professionnels de santé, pour limiter les agressions [9]. Il propose également une fiche pratique plus succincte pour sensibiliser les médecins [10], ainsi qu'une affiche pour les salles d'attente [11].

A la demande du ministère de la Santé et de la Prévention, Dr Jean-Philippe MASSERON, ancien Président de SOS médecin, en association avec Mme Nathalie NION, cadre de santé supérieure de l'APHP, ont rendu un rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé, avec 44 propositions pour des soins en sécurité [12]. Ce rapport a été publié le 8 juin 2023. Le Ministère de la Santé et la Prévention a présenté un plan pour la sécurité des professionnels de santé le 29 septembre 2023, visant à améliorer les conditions de sécurité de tous les professionnels de santé [13].

Cependant, malgré les moyens mis en place, les agressions ne cessent d'augmenter. Il existe des moyens de prévention pour diminuer les situations d'agressivité [14], ainsi que des conduites à adopter pour limiter l'escalade des violences en cas d'agression [15], mais ils ne sont pas toujours portés à la connaissance des médecins installés, ni même adoptés par les médecins qui ont déjà subi des agressions.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer ce qui a été mis en place par des médecins qui ont subi des agressions, ce qui a pu les aider dans la gestion de cette agression et l'accompagnement par la suite, ainsi que d'évaluer d'éventuelles modifications qu'ils pourraient souhaiter au niveau législatif.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude

1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels ouverts. Ils ont été réalisés en présentiel, et menés grâce à un guide d'entretien (Annexe 6)

L'étude est inspirée de la phénoménologie interprétative (IPA), pour explorer la manière dont l'agression a été ressentie et analysée par les médecins, ainsi que ce qu'elle a modifié dans leur pratique.

1.2 Caractéristiques de l'échantillon

Des médecins généralistes et d'autres spécialités, exerçant dans le Nord, et ayant subi une agression et l'ayant déclarée auprès du CDOM du Nord ont été inclus. Cela concernait tous types d'agressions. L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée et homogène, centré autour du vécu d'une agression.

Le recrutement a été fait en collaboration avec le CDOM du Nord. Ils ont contacté par téléphone ou par mail des médecins qui leur avait déclaré une agression, en leur présentant l'objet de ma thèse. S'ils donnaient leur accord, leurs coordonnées m'étaient transmises pour planifier un entretien.

Il avait été estimé qu'un échantillon de 10 médecins serait satisfaisant pour l'étude. Lors du recrutement, 8 médecins avaient initialement donné leur accord pour un entretien. Lors des prises de contact successives pour les entretiens, seuls 6 médecins ont répondu aux appels. Une nouvelle demande a été faite en juillet 2025 auprès du CDOM pour compléter l'échantillon, mais ils n'ont pas obtenu d'autres réponses positives. Il a été décidé de se focaliser sur ces 6 entretiens, car il est habituellement admis qu'un échantillon d'au moins 6 participants est suffisant pour un premier travail de recherche utilisant l'IPA [16].

1.3 Recueil des données

1.3.1 Guide d'entretien

Les entretiens ont été réalisés individuellement, avec un guide d'entretien composé de questions ouvertes et de questions de relances, pour que les médecins puissent évoquer leur vécu et les émotions ressenties lors de ces situations d'agressions et au décours.

Ces entretiens ont été réalisés sur leur lieu d'exercice. Les entretiens ont été menés de mai 2024 à septembre 2025.

1.3.2 Retranscription

Ils ont été enregistrés sur smartphone et retranscrits grâce à l'outil de retranscription du logiciel Microsoft Office Word®, associé à une réécoute, relecture et correction du verbatim, et une mise en page complète. Lors des entretiens, il a été proposé aux médecins de leur soumettre le verbatim à la suite des retranscriptions, mais cela a été systématiquement décliné.

1.4 Analyse des données

Les verbatims ont été étiquetés en s'inspirant de l'interprétation phénoménologique. Le codage a été initialement ouvert, puis regroupé en thèmes, puis en thèmes superordonnés. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs Théo Hidelbert et Sanaë Benoit. L'étiquetage initiale a été conduit à l'aide du logiciel Microsoft Office Word®. L'articulation des thèmes superordonnés a été réalisé grâce au logiciel MaxQDA®. La construction du modèle explicatif a été réalisé grâce au logiciel Canva®.

1.5 Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement éclairé des participants a été demandé au début de chaque entretien par une information orale précisée au début du guide d'entretien, et recueillie à l'oral. Cette information détaillait leurs droits de correction et de rétractation, et leur garantissait l'anonymat et la confidentialité.

L'anonymisation des entretiens a été permis avec la suppression de tous les noms propres, de ville, de lieu, les dates, et éléments particuliers, comme la spécialité des médecins interrogés. Les enregistrements audios ont été supprimés. Les retranscriptions complètes ne seront transmises qu'aux membres du jury, à leur demande.

L'étude a été déclarée auprès de la direction des données personnelles et archives de l'Université de Lille (déclaration référence 2025-240).

Résultats

8 médecins ont été contactés initialement par le CDOM, 6 ont accepté l'entretien. Deux n'ont pas donné suite. D'autres médecins ont été contactés par le CDOM, sans réponse positive. 6 entretiens ont donc été réalisés.

Tableau 1 : Caractéristiques des intervenants

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6
Exercice	Libéral	Hospitalier	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral et hospitalier
Spécialité	Autre spécialité	Médecine générale	Médecine générale	Médecine générale	Médecine générale	Autre spécialité
Genre	Féminin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
Age	30-45	30-45	45-60	45-60	30-45	30-45
Types d'agression	Agressions Verbales	Agression Physique	Harcèlement	Agression verbales et physiques	Agressions verbales Falsification d'ordonnance	Harcèlement

1 Le vécu de l'agression et des suites

1.1 Dépasser le point de rupture

Chaque médecin a une manière propre de gérer les différentes situations d'agressions. Elles sont associées à une charge de travail importante, ainsi qu'une augmentation de l'incertitude lorsque le praticien travaille sous pression. Cela amène bien souvent à une absence de solution face à l'agression, à être débordé par la situation, et donc à dépasser la capacité du médecin à faire face à l'agression.

1.1.1 Différents types d'agressions

La violence envers les médecins ne se résume pas uniquement aux agressions physiques, qui sont les plus médiatisées. La violence peut prendre plusieurs formes.

Les agressions physiques étaient évidemment représentées, comme l'explique les médecins 2 et 4

« Au moment de l'annonce du décès, les sœurs sont devenues hysteriques, et il y a une des sœurs qui m'a poussé contre le mur, mais hyper violemment. » (M2)

« J'ai vécu une agression, dans le quartier qu'on appelle [...] où là, je me suis fait agresser physiquement par des jeunes drogués, qui voulaient pas me laisser rentrer voir mes patients. Et là, ça a été à la bagarre, ça a été à la frappe. » (M4)

Cependant, les agressions prenaient le plus souvent la forme d'agressions verbales, avec des menaces de plainte, de mort, ou des propos diffamatoires.

« Elles m'ont menacé de mort, elles m'ont traité de raciste [...] Elles m'ont traité d'assassin, elles ont voulu porter plainte et elles voulaient même faire une autopsie en disant qu'on avait assassiné leur sœur. » (M2)

« Elle vient dans la salle d'attente sans prendre RDV, et pendant un bon quart d'heure, elle hurlait dans le cabinet, elle insultait la... Elle avait insulté la secrétaire, et en gros, elle proférait des menaces pour que je lui délivre son certificat d'arrêt de travail. » (M5)

« Je me suis fait insulter de médecin de Tchernobyl pendant le COVID devant tout le monde, devant 50 personnes sans qu'il y ait de réaction. » (M1)

« La grosse déclaration où j'ai porté plainte, parce qu'il y a eu aussi des menaces de mort : ils connaissaient mon adresse, ils connaissaient ma vie personnelle, ils m'avaient dit "Oui, ce serait quand même dommage qu'il arrive quelque chose à vos chats, hein ? Parce qu'en plus, vous avez un jardin quand même, ils sortent vos chats, non ? Ce serait dommage quand même, parce qu'un empoisonnement..." » (M1)

Certains médecins ont également été victimes de vols ou de dégradation de leur matériel.

« J'ai eu des plaintes, j'ai eu 2 homejackings, en 2008, chez moi. Ils m'ont volé une Audi, derrière, ils m'ont volé une Mercedes 9 mois après. » (M4)

« On m'a volé mon ordinateur il y a 5 ans. Ils ont vendu mon ordinateur à la gare. J'ai pu suivre le trajet de mon ordinateur. Il a été vendu à la gare pour 20 euros. Pourtant, c'était un gars qui allait chez Dr [Nom de son associé]. Donc je connais même son prénom et son nom, mais j'ai pas la preuve. » (M4)

« Une salariée m'a retourné mon bureau, littéralement. Elle a tout jeté du bureau, elle s'est énervée et ça a fini où elle a claqué la porte et elle est partie » (M1)

Et de manière plus insidieuse, 2 médecins ont été victimes de harcèlement, qui s'est parfois étalé sur plusieurs années.

« Je dois même remonter plus loin, parce que c'est le même patient qui m'a posé souci en [...], puis à nouveau [9 ans plus tard]. Alors, faut dire d'emblée que c'était un patient psychiatrique, un patient schizophrène. Sauf que je le sais aujourd'hui, non pas qu'il est schizophrène, parce que lui je le savais, mais quand j'ai été victime des différentes agressions, plus psychologiques que physiques, je ne savais pas qui c'était puisque c'était anonyme » (M3)

« Et donc, ça a nécessité un suivi sur des années, elle a grandi, et en fait, on peut considérer qu'elle a commencé à développer des problèmes psychiatriques, un petit peu par la suite. Voilà. Et donc, c'est pour ça que ça a évolué. À un moment, ça a glissé, et ça a évolué un petit peu, sur du harcèlement. » (M6)

Plusieurs médecins rapportaient l'augmentation récente des agressions, et les sentiments de vulnérabilité et d'isolement qui en découlent, ainsi qu'une impression de fatalité.

« Pas que pour les professionnels de santé, mais que dès qu'on porte un uniforme, on a un sur risque d'agression. Ça s'est vu depuis le COVID dans d'autres entreprises, la poste et compagnie. Enfin ils sont soumis à un surrisque agression parce qu'ils portent un uniforme » (M1)

« Moi : Après, au conseil de l'Ordre, ils sont pas énormément.

M5 : Ils peuvent pas appeler tout le monde, ça, je suis d'accord. » (M5)

1.1.2 Charge de travail importante

Un des éléments qui amenait à des difficultés lors de certaines consultations était la charge de travail qui devient de plus en plus importante, donc associée à un manque de temps pour gérer les situations de tension, qui peuvent être chronophages.

« On est devenu une denrée rare, et notamment ici, dans un quartier comme ça, où on a vraiment besoin d'un médecin par la proximité [...] Par contre, tu vois, après c'est Ramadan en ce moment, donc y'a des journées, t'es à 40, 50 patients, sur une journée plutôt calme, puis après, t'as des journées à 60, 70, 80 patients. (M4)

Cette charge de travail importante était associée à des demandes souvent non médicales et administratives, comme le décrit le médecin 5 :

« Une patiente qui était venue me voir une fois, que je connaissais pas, qui avait eu un arrêt de travail, pour une rhinopharyngite, et elle revient 2 semaines après en me demandant de prolonger son arrêt de travail à une date antérieure. Donc, elle, je lui avais mis 2 ou 3 jours d'arrêt de travail initialement, et en fait, elle était pas allée travailler à l'issue de ces 3 jours-là, et elle revient 2 semaines après, en me demandant de prolonger son arrêt de travail. » (M5)

« Un autre qui me demandait de lui remplir un certificat pour sa caisse de retraite, pour qu'il parte en retraite anticipée, au vu de son état de santé. Et j'avais refusé de lui faire en lui disant que je ne pouvais pas transmettre d'informations médicales auprès de son assurance, et que je

le renvoyais vers un autre médecin, pas médecin traitant du patient, donc un de mes collègues, pour qu'il lui remplisse ce certificat. » (M5)

Un des éléments chronophages serait, selon le médecin 4, également la nécessité de devoir négocier de plus en plus pour que les patients acceptent les décisions du médecin.

« Y'a quelque chose qui tourne plus rond dans cette société. On peut pas dire "Non", on n'arrive plus à dire... Si, moi je dis "Non", parce que maintenant, je me suis fait respecter, parce que les gens me connaissent. Donc je sais que je négocie, enfin c'est de la négociation tout le temps. C'est pas un "Non", c'est de la négociation. Et tu peux pas éduquer des gens qui ont été déséduqués pendant les 30-40 dernières années. » (M4)

« C'est la négociation. Ils veulent 15 jours, tu négocies à 2 jours ou 3 jours d'arrêt. Tu négocies tout le temps. » (M4)

1.1.3 Plus d'incertitudes lorsqu'on travaille sous pression

Avec la charge de travail qui augmente, la pratique se fait de plus en plus sous pression, avec la nécessité d'être pragmatique et efficace. Certains médecins appréciaient cette pratique, comme le médecin 4.

« C'est aussi un peu l'adrénaline, le frisson. C'est-à-dire que quand t'arrives... Je peux comprendre qu'à un moment donné, t'as envie d'être sécurisé, mais quand t'arrives, tu sais pas. Du coup, ça fonctionne plein pot là-haut, tu te rappelles tous tes cours, tu vas chercher dans tes bouquins, tu sais que c'est ça, ça, ça. Et à un moment donné, c'est aussi sympa d'avoir un peu de pression, parce que tu vois des choses qui sont... Si tu es sur RDV, les gens ont tendance à aller voir autre chose. Alors que quand t'es pas sur RDV, tu sais pas ce qui va te tomber sur la gueule. » (M4)

Cependant, la plupart des médecins n'étaient pas très à l'aise avec ce travail sous pression et préféraient organiser leur temps de travail de manière à travailler plus confortablement.

« Mais je trouvais qu'en médecine générale, les gens, ils sont vite demandeurs de plein de choses. Ça dépasse souvent les compétences du médecin généraliste et des fois, c'est angoissant, je trouve, un peu stressant. » (M2)

« Dès l'arrivée dans le service, moi j'avais parlé de soins palliatifs. Alors là, qu'est-ce que je n'ai pas dit aussi, parce que, honnêtement, les soins palliatifs auraient été adaptés. Peut-être qu'elle aurait passé le cap, mais c'était adapté pour pouvoir être sûr qu'elle ne souffre pas. Je n'ai même pas osé mettre une SAP de morphine pour la douleur, parce que la famille était tellement en train de tout vérifier, et prenait en photo ce qu'on faisait. On ne pouvait pas travailler sereinement, et la seule chose que je regrette, c'est de ne pas avoir pu... Comment dire... mieux l'accompagner. » (M2)

« J'ai une activité exclusivement médecine générale, de cabinet de centre-ville, et voilà. Je travaille 4 jours et demi par semaine, sur rendez-vous » (M5)

1.1.4 Absence de solution

Face à la pression que les médecins ont pu subir lors d'une agression, qu'elle soit physique ou verbale, il est difficile de trouver des solutions sur le moment.

« Et finalement, dans cette situation-là, au moment où ça s'est passé, vraiment ce sentiment d'impuissance et de vulnérabilité » (M5)

« Après, c'est toujours pareil, en cas de situation d'urgence, on l'oublie, son mode opératoire : en premier, je vais faire ça ; en 2e, je vais faire ça. On est en état de stress dépassé, donc on l'oublie. » (M1)

Dans certaines situations de harcèlement, il y avait une sensation d'absence de solution qui s'intensifiait au fil du temps, notamment lorsqu'il y a une intensification du harcèlement par le patient,

« *Et après ? Bon ben, on peut considérer que c'était du harcèlement téléphonique quand elle a commencé à appeler, appeler tout le temps... Voilà... Après, des mails, des mails pour le cabinet où... Avec des messages hyper longs, on en a reçu au moins une cinquantaine, voire plus. Il y a un moment, elle a aussi énormément embolisé la ligne téléphonique, en passant coup de fil sur coup de fil sur coup de fil. Il y a parfois, c'étaient des après-midis entières.* » (M6)

« *Elle a réussi à récupérer, à appeler un membre de ma famille, en se faisant passer pour quelqu'un avec qui j'aurais eu un accrochage en voiture, au niveau de la clinique, et qui réclamait mon numéro de téléphone pour pouvoir faire un constat. Donc elle a récupéré mon numéro de téléphone comme ça.* » (M6)

« *Vous voyez, ça lui est arrivé de venir 2-3 fois au cabinet, de rentrer, et de foutre le binz à l'entrée du cabinet quoi, vous voyez. Ça aussi, elle l'a fait.* » (M6)

« *Donc on a cet appel. Ça a commencé par 2-3 appels dans la journée, donc ça peut être accidentel. C'est vrai que quand on décrochait, on disait : "Cabinet du docteur... *TUT*" et la personne peut entendre à l'autre bout qu'elle s'est trompée de numéro. Donc une fois, deux fois, trois fois. Les appels ont commencé à se répéter de façon un peu trop massive. Et quand je dis massif, c'est que à la fin, on était à plus de 100 appels par jour et nuit.* » (M3)

« *Là, on est sur des appels, on sait pas qui, on sait pas quand, on sait pas comment. Et les appels ont continué à être de plus en plus intensifs en termes de qualité puisque cette fois-ci, quand c'était nous qui décrochions, il se manifestait verbalement avec des insultes, avec impossibilité d'identifier.* » (M3)

« *Moralement, on est toujours encore dans quelque chose, donc physiquement il n'y a aucune agression, moralement, on est toujours dans quelque chose qui est très lourd à porter parce qu'on se sent impuissant, on se sent sans moyen de faire stopper ça* » (M3)

Ce manque de solution se faisait particulièrement prégnant lorsqu'il était associé à un manque de reconnaissance de la part des pouvoirs publics.

« C'est compliqué parce que c'est un métier où on reçoit beaucoup de public, et où, finalement, les pouvoirs publics, ils ont pas trop de moyens de protection, je pense, c'est beaucoup de relationnel. Donc il se peut qu'il y ait des étincelles parfois. » (M5)

1.1.5 Être débordé par la situation

Dans ces situations d'agression, ou de harcèlement, face à la charge de travail chronophage, les difficultés à rester serein et l'absence de solutions qui en découlent, il arrivait fréquemment que les médecins soient débordés par la situation, notamment lorsque celle-ci durait dans le temps, ou se répétait.

« J'étais resté neutre et professionnel, même si c'est difficile, et... beaucoup d'impuissance, parce que, face à quelqu'un qui hurle, qui profère des menaces, c'est toujours un peu compliqué. » (M5)

« Nous dans la pratique, avec le stress de la journée, le fait que, voilà, les consultations s'enchaînent, et qu'on n'a pas forcément le temps de gérer émotionnellement et administrativement ces situations-là » (M5)

« Le chef de service, qui est monté pour essayer de calmer les choses, ça n'a rien changé, ça n'a fait qu'envenimer. Elles m'ont traité d'assassin, elles ont voulu porter plainte et elles voulaient même faire une autopsie en disant qu'on avait assassiné leur sœur. Ça a duré, sans mentir, 5 ou 6 h, toute l'après-midi. » (M2)

Et les situations de harcèlement, qui paraissaient insolubles, ont pu amener à envisager des réflexions et des solutions très extrêmes, comme le signale le médecin 3.

« Ce que je disais tout à l'heure, c'est que quelqu'un, peut-être un peu plus fragile ou un peu plus seul, pourrait être amené à faire des choses irréversibles : dévisser une plaque, se foutre en l'air, ou aller tuer. C'est une des... Je pense qu'il y a 3 solutions. Cette situation, il faut qu'elle

s'arrête. Donc comment est-ce qu'elle s'arrête ? Soit elle s'arrête parce que l'agresseur disparaît, soit elle s'arrête parce que l'agressé disparaît, soit sur un plan vraiment physique ou soit sur un plan socio-professionnel. » (M3)

« Des idées de meurtre aussi, ça passe aussi par la tête. Des idées de meurtre, de se dire : "Mais tiens, si je le tuais, peut-être que..." » (M3)

Les médecins ont également pu se sentir débordés par la situation lorsque de fausses allégations ont été prononcées à leur encontre, ce qui a pu provoquer une déception brutale.

« Donc médecin de Tchernobyl, j'avais eu mon diplôme dans France Soir, j'étais incompétente, ils m'ont comparé à un médecin, je sais même plus comment il s'appelle ce médecin là, mais un charlatan des années 60 ou 70. Je ne sais même plus comment il s'appelait. Et ils ont tout retranscrit dans ces PV-là qui ont été transmis à tous les salariés. » (M1)

« Donc en fait, vous voyez, la charge mentale, psychologiquement, c'est hyper lourd d'être attaqué au Conseil départemental. On se sent un peu attaqué dans sa chair quoi. » (M6)

1.1.6 Éléments hors de notre contrôle

La plupart des médecins rapportaient des éléments vis-à-vis desquels ils n'avaient aucun moyen d'action, et qui ont généralement favorisés le sentiment de vulnérabilité et d'isolement.

L'élément qui revenait le plus souvent était le manque de soutien des autorités, notamment dans les agressions verbales ou les harcèlements.

« Qu'est-ce qu'on attend des pouvoirs publics ? Peut être juste d'être cru et compris dans l'entièreté de ce qu'on subit. Ce que je disais tout à l'heure hein, on subit une agression. Pour les gendarmes, c'est juste des appels, ou c'est juste des messages déposés. Mais pour celui qui vit la situation, c'est pas juste ça, c'est tout ce qui va avec, toutes les représentations qu'il peut y avoir autour. » (M3)

« Mais à l'époque où je m'adresse à la justice, certes, je suis écouté, mais je pense qu'eux sous-estiment l'impact que ça peut avoir sur moi en termes de moral, l'impact que ça peut avoir, en termes à venir, de ce qu'un schizophrène est capable de faire et jusqu'où il peut aller. » (M3)

« Les gendarmes à l'époque n'ont pas voulu non plus lancer d'enquête. Puisque quand on vient leur raconter ça, ça leur paraît, en fait, anodin. Peut-être que eux gèrent aussi d'autres sujets plus graves et plus concrets. » (M3)

« Ils te mettent des PV par contre, ils te mettent des PV. Régulièrement, quand tu dois... Ils te mettent des PV partout. Les infirmières et les médecins, on est verbalisé à tire-larigot [...] peut-être mais je m'en fous. Ils ont ma plaque. C'est comme... T'as déjà vu un élu de la mairie de [ville] prendre un PV toi ? Jamais... » (M4)

« J'ai eu ensuite les flics qui sont arrivés ici. Donc pendant la semaine, j'ai eu *soupir* une dizaine de flics qui ont débarqué ici dans mon bureau, en disant qu'ils ne pouvaient pas tout faire, qu'ils manquaient de... qu'ils manquaient de voitures, enfin bon, bref, toutes les excuses du monde pour pas intervenir. » (M4)

« De toute façon, les dépôts de plainte, ça sert à rien. Les flics vont jamais courir après un ordinateur, ils en ont rien à faire. Ça, c'est clair et net. On n'est absolument pas défendu par la police nationale. » (M4)

« Après coup, une fois le dépôt de plainte posé et puis l'absence de nouvelle de la part du commissariat et du Conseil de l'Ordre, un peu démuni, et un peu déçu que ça en reste là finalement, alors que j'avais estimé avoir été agressé verbalement, et qu'il n'y ait rien eu derrière. » (M5)

« Mais c'est vrai qu'en France, quelque part, on sait tous que la justice, elle va mettre un temps fou, donc peut-être que les gens, ils ont un sentiment d'impunité. Ils savent bien que ça va... Même s'il y aura une plainte de toute façon, peut-être qu'ils se disent même que ça reviendra dans plusieurs années. » (M2)

En parallèle de ce manque de soutien des autorités, certains médecins manifestaient un manque de soutien des institutions.

« Mais ça me semble quand même hallucinant de me dire que cette dame a eu le droit de porter plainte contre moi parce que c'est vraiment ce qui s'est passé. Ça n'a aucun sens. Elle a porté plainte contre moi, et moi, j'ai dû aller voir un avocat qui est payé par l'institution. Il va forcément avoir des démarches, ça va être long, ça va trainer. Dans un an ou deux, on va encore m'en reparler, pour une situation qui est juste liée à des gens mal élevés, et qui pensent être dans leur bon droit, parce qu'elle a parlé de médias... » (M2)

« Le maire est officier de police judiciaire. Un maire peut verbaliser quelqu'un. Alors, je dis pas qu'on doit aller jusque-là, mais on devrait faire partie de ces fonctions qui sont protégées. Les pompiers en font partie, le gendarme, le policier. Bah le médecin doit faire partie de ces fonctions protégées. » (M4)

« Ouais après, c'est pas pareil, là, la question était plus sur la notion de porter plainte. Et je pense que la facilité de porter plainte, l'excès de facilité à porter plainte, ben finalement ça devient une forme de harcèlement quoi. » (M6)

Ce manque de soutien par les pouvoirs publics se manifestait également par un sentiment de frustration face aux limites législatives des institutions, notamment dans les situations de harcèlement auxquelles ont fait face les médecins 3 et 6, lorsque les patients ont déposé une plainte contre eux.

« L'Ordre des médecins dit : "Bah les propos ont quand même l'air assez délirants". Bah je dis : "Oui ils ne peuvent être que délirants, vu le personnage". Donc j'explique. La personne qui est au bout du fil est super compréhensive. Et puis elle me dit : "Bon, mais c'est une plainte, donc on est obligé d'instruire". Je dis : "Ça veut dire quoi ? ", "Ça veut dire que vous allez être convoqué à l'Ordre pour faire une réunion de conciliation". Donc tout le monde est conscient qu'on est sur une plainte délirante, mais c'est une plainte, et le fonctionnement ordinal, au niveau départemental, fait que la plainte doit être prise en compte, et il doit y avoir une réunion

de conciliation. [...] Mais le gros problème de cette conciliation, c'est que si l'une des parties ne vient pas, il ne peut pas y avoir conciliation, ou s'il n'y a pas conciliation. Mais si une des parties ne vient pas, il n'y a pas conciliation. Dans ce cas-là, le départemental se dessaisit du dossier. C'est une plainte. Donc il se dessaisit du dossier, et il transmet au Conseil régional qui est une chambre disciplinaire. Et donc, évidemment, dans la réunion de conciliation, le patient n'est pas venu. [...] Donc l'ordre me dit : "Bah on est obligé de transmettre au Conseil régional". Donc c'est-à-dire qu'ils sont obligés de transmettre à la chambre disciplinaire. Donc, je suis obligé de prendre un avocat. Donc on est dans une situation qui est totalement délirante d'un point de vue concret, mais qui devient aussi délirante dans un point de vue instruction. »

« Mais c'est sûr que... Que le Conseil de l'Ordre accepte une plainte de façon un peu automatique, moi je trouve que c'est pas normal. [...] Alors, c'est dans la loi. Ils doivent... Les lois, ça se change, c'est tout. Donc, c'est un peu facile. C'est un peu facile. Je pense que c'est un peu facile. C'est-à-dire que la loi, elle va un peu trop dans le sens du malade. Moi, je trouve que c'est facile. »

« Ouais mais je vous dis, c'est parce que c'est la loi qui, a priori, est comme ça, c'est pas à cause des médecins personnellement. C'est le système, c'est le système. »

Le médecin 2 a déclaré avoir la sensation que les pouvoirs publics ont progressivement détruit le système de soin français, qu'il en découle un manque de médecin, et donc un facteur favorisant l'agressivité.

« Moi, j'ai des patients dans mon service de [...], donc c'est un peu comme une unité de [...], je leur dis : "Vous êtes sortants" ; "Comment ça ? Non, je ne peux pas sortir aujourd'hui..." ", "Mais, enfin, si vous avez pu être pris en charge, c'est parce que quelqu'un avant était sorti et une fois qu'il y a plus de problèmes médicaux, il faut rentrer chez vous." Parce que pour un lit, j'en ai 10 qui attendent en bas. » (M2)

« Après il y a aussi un autre souci, c'est que les gens... [...] les gens qui insultent, il y en a. C'est un droit d'être soigné. Mais je veux dire, il

manque de médecins, il manque de soignants, c'est très stressant pour les patients, puisque les délais sont longs, et cetera. Mais les médecins qui restent, ils ont une répercussion, donc c'est dur pour tout le monde. » (M2)

1.1.7 Agressions favorisées par les pathologies psychiatriques ?

Certains médecins ont évoqué la question de la pathologie psychiatrique, et se questionnaient sur l'implication qu'elle peut avoir dans l'agression qu'ils ont subie. Les médecins 3 et 6, qui ont été victimes de harcèlement, estiment qu'il y a un lien entre la pathologie et ce qu'ils ont subi.

« C'était un patient psychiatrique, un patient schizophrène. Sauf que je le sais aujourd'hui, non pas qu'il est schizophrène, parce que lui je le savais, mais quand j'ai été victime des différentes agressions, plus psychologiques que physiques, je ne savais pas qui c'était puisque c'était anonyme. » (M3)

« Donc elle avait eu un geste sur son genou, et en fait, là où ça a vraiment décaroché, c'est qu'en fait elle a... elle s'est mutilée. Elle a eu des gestes de mutilation, en fait, sur une de ses cicatrices. [...] on se retrouve avec une jeune, qui fait n'importe quoi, et puis qui est border, vous voyez ? Est-ce qu'elle est complètement psy ou pas complètement psy ? Vous savez, la limite est parfois floue. [...] le problème aussi, c'est que... On peut considérer désormais, c'est du harcèlement. C'est que dans le harcèlement, elle m'a attaqué au Conseil de l'Ordre [...] pour mauvaise pratique de la médecine. » (M6)

Le médecin 4, qui a subi une agression verbale par un patient sous opiacés, estime qu'il y a un lien entre la consommation d'opiacés par son agresseur et son agression.

« M4 : C'est un jeune, un gars du quartier qui était là, et qui commence à crier "Allah Akbar, Allah Akbar" dans ma salle d'attente, « je vais t'égorger ». [...]

Moi : Et c'était quoi leur motif ?

M4 : Comme ça. C'était un drogué, alcoolisé certainement. » (M4)

« Ce monsieur, quand il a sa drogue, il est pas drogué. Quand il allait chercher son Sub ou sa Métha, au moins, il est plus défoncé à coup d'héroïne ou de cocaïne. » (M4)

Dans ce contexte de pathologies psychiatriques, ces médecins se sont notamment inquiétés et questionnés concernant les limites des patients.

« On ne connaît pas les limites de ce qui a déjà pu être fait, ni les limites de là où une personne schizophrène peut aller, puisqu'on est face à un patient schizophrène. Donc ça c'est hyper angoissant, en tant que médecin, de se dire : “j'ai l'impression que moi je mesure l'amplitude du drame qui pourrait arriver, mais que toutes les personnes à qui je le dis minimisent et banalisent ce qui pourrait arriver” » (M3)

« Parce que, à un moment, quand on se dit : “Elle commence à être complètement folle, bah on sait plus ce qu'elle veut faire”. Et quand on se triture comme ça, qu'on est prêt à se faire ça, bah après on est plus très loin de pouvoir agresser quelqu'un. » (M6)

« Psychologiquement, c'est plus compliqué, parce que tu sais que le gars, il crie “Allah akbar”, tu sais pas où il va s'arrêter. Tu sais que t'es pas défendu par la [Police] Nationale et la Municipale, tu sais que le lendemain, le mec redébarque avec un autre gars. » (M4)

Un des éléments de préoccupation du médecin 3 était l'impuissance qu'il a pu ressentir face à ce patient souffrant d'une pathologie psychiatrique.

« J'étais parti en vacances et ma remplaçante me téléphone. Elle me dit : “je viens d'avoir un appel et j'ai extrêmement peur. La personne qui était au bout du fil m'a dit qu'elle allait déposer plainte, déposer plainte contre toi [...] pour agression sexuelle”. C'était son thème, c'est à dire que cette personne-là, son thème était un thème délirant, sur la persécution et sur la sexualité. » (M3)

« Le justificatif de son agression vis-à-vis de moi, c'est que j'ai raté son vaccin quand il a 5 ans. Et là, j'essaie de lui dire à ce monsieur, mais

je dis : "Votre vaccin, quand vous aviez 5 ans, j'étais pas installé... J'étais même pas encore Docteur". Je dis "c'est pas moi". "Si c'est vous, je le sais", je dis "non". Puis là, il utilise des mots qu'on avait eu dans d'autres conversations. Mais je dis : "attendez, vous êtes en train de me dire ça ? Mais c'est vous qui avez embêté ma remplaçante ?". Et alors là, il est pris, il est dévoilé et là il dit "oui", et je dis "mais c'est vous aussi qui téléphonez depuis X temps". "Oui, de toute façon, je veux vous embêter" » (M3)

« Il monte en puissance, il vient devant le cabinet, alors qu'il habite à 8 km, et que je ne l'avais plus jamais vu. Il vient devant le cabinet, de façon régulière, et il hurle des insanités devant le cabinet, sur le trottoir : "Violeur, agresseur sexuel". » (M3)

« L'idée de se dire : "Mais p....., mais on est en train de dire que je suis un violeur, un harceleur sexuel, un ce qu'on veut, c'est faux". Pourtant, ça a été écrit sur des voitures, on est sur une histoire qui dure depuis 8 mois. Ça a été écrit sur des voitures, ça a été mis sur des restaurants. Ça a peut-être été mis... » (M3)

1.2 Répercussions

Dans ces contextes d'agression, face à tous ces éléments cumulés qui amènent à une absence de solutions, à une incapacité de gérer efficacement cette situation, il y a systématiquement des répercussions, qui peuvent être plus ou moins importantes sur les médecins, et qui vont se ressentir à plus ou moins long terme.

1.2.1 Répercussions à court terme

Les répercussions à court terme comprenaient notamment le ressenti d'émotions, souvent intenses, au cours des agressions, et juste après, avec une souffrance psychologique qui était souvent plus importante et plus handicapante que la souffrance physique.

« Il y a juste eu l'agression physique au moment de l'annonce du décès, où elle m'a poussé contre le mur, vraiment avec les 2 poings en avant. Je pensais pas qu'une... C'était la sœur de la patiente donc elle

devait avoir aussi une cinquantaine d'années ou une soixantaine d'années maximum, Et j'ai été vraiment... vraiment, c'est ultra violent. J'ai pas eu mal, mais symboliquement c'est quand même... » (M2)

« Et c'est toute cette angoisse dans l'agression, c'est pas tellement le coût physique, moi, on peut me foutre un pain, je vais avoir un bleu, je vais avoir mal, c'est pas grave, et si il est justifié, j'ai pris un pain, il est justifié, c'est tout. Mais non, on se prend une agression qui est terrible en termes de volume psychologique » (M3)

« Alors, ce qui renforce encore plus le sentiment d'insécurité et l'inconfort moral que ça peut créer chez le médecin, puisque les incidents et les agressions, il y a l'impact physique, mais il y a surtout l'impact moral. Et l'impact moral, le préjudice, il est inestimable, dans notre profession à nous. Parce qu'on a vraiment un sentiment de se sentir seul tout le temps. » (M3)

« Et je suis seul, je suis seul dans cette histoire. Et là, l'impact moral, mais il est dévastateur. Les idées de se dire : "je vais arrêter médecine", elles effleurent l'esprit. » (M3)

1.2.2 Répercussions à moyen terme

Les répercussions à moyen terme ont été marquées par une insécurité jusque dans la vie personnelle, qui pouvait parfois perdurer dans le temps.

« Je me suis sorti de Google. Parce que j'avais peur des répercussions, tout ça. Exactement, la meuf qui va mettre 150 avis, c'est hyper pénalisant. Vous voyez bien, en plus, les proportions que ça prend maintenant, internet, les avis Google et tout, c'est incroyable. Il y a une partie du recrutement qui vient de là, et n'importe qui... Les gens regardent les notes. » (M6)

« Et vous voyez, c'est quand on parle de ça... Moi, ce qui m'a fait flipper pendant un certain temps, c'est qu'un jour elle vient à la sortie de l'école, et qu'elle fasse mal à mes enfants. Moi, ma plus grande crainte, ça a été ça. » (M6)

« D'ailleurs, j'ai dû... Ce qui m'a vachement pénalisé aussi, c'est que j'ai dû changer de numéro de téléphone. Donc quand on donne son

numéro de téléphone à plein de médecins, quand on se présente, et puis tout d'un coup, c'est plus la même ligne, on s'expose à perdre des correspondants. » (M6)

« Et on savait aussi, sur les 8 derniers jours, j'avais beau le dire aux gendarmes, mais ils s'en fichaient, que je le trouvais de plus en plus physiquement présent dans mon entourage proche, de maison, de vie privée. Notre famille était tellement au courant que quand on voyait la voiture, on se méfiait. On se méfiait soit de son regard, soit de nous, de pas faire de d'impair. » (M3)

« M1 : Je me suis quand même dit : "il faut me protéger, surtout qu'ils connaissaient mon adresse". Vraiment, mon adresse était sur la place publique dans cette entreprise-là. [...] J'ai appris aussi qu'ils avaient pris des vidéos, des photos pour bien avoir mon visage. [...]

Moi : Vous avez pas déménagé par la suite ?

M1 : Non, j'y ai pensé, mais, j'ai pas eu envie non plus de leur donner raison. Et j'aime bien mon chez moi. Mais la protection, elle a été rajoutée dans mon immeuble et c'est pas plus mal, sans que ce soit moi qui l'ai demandée. [...] J'ai changé de service, j'ai pas déménagé. Mais j'y avais pensé. » (M1)

Cette insécurité pouvoit également être marquées par une anxiété face à d'éventuelles représailles à la suite du dépôt de plainte, voire, chez le médecin 4, par le vécu de représailles, qui ont pu être violentes,

« La toute première fois, la patiente pour qui j'avais porté plainte, j'avais énormément peur des représailles, et du coup, j'en avais averti mes collègues, et on était un peu vigilant. » (M5)

« Je rentrais ici par le portail. Le temps que j'ouvre le portail, il y a un gars en booster qui est passé, en scooter, avec, je me souviendrai tout le temps, un visage de tête de mort en fait, il avait mis un foulard de tête de mort tu sais, une cagoule, et il m'a balancé un parpaing de 1 ou 2 kilos dans la voiture, une grosse pierre de chantier dans la voiture. Ça a explosé mon pare-brise arrière, ça a tapé sur les sièges arrière, bref, en tous cas, c'était sous forme de représailles. » (M4)

Une répercussion plus insidieuse était le changement d'attitude inconsciente chez certains médecins, qui a pu se manifester par un changement de comportement quotidien avec son entourage, mais également personnel, avec un acceptation du risque d'agression.

« Moi qui ai beaucoup d'humour, et qui connais mes collègues du secteur, je pourrais le dire. Eux vont en rire, et j'ai absolument pas besoin qu'on rigole de cette situation-là, dans l'état d'esprit dans lequel je suis. On a beau avoir plein d'humour. Moi, je suis quelqu'un avec plein d'humour, tout le temps, je peux tourner en dérision plein de choses. Je me projette dans la situation où si je dis ça à mes collègues, évidemment qu'ils vont en rire. Sauf que là, moi je suis pas du tout d'humeur à ce que on vienne rajouter une pointe d'humour dans cette histoire, donc je n'en parle pas. » (M3)

« Alors, tout ça, c'est une gestion de stress. C'est-à-dire que quand tu es cambriolé pour la première fois, t'as l'impression d'être violé, puis quand tu es cambriolé pour la 5 ou 6^e, ou 10^e fois, bah c'est un événement de plus. Donc en fait tu t'habitues, frontalement, je crois que tu enregistres, tu emmagasines le stress, l'angoisse, puis après, bah tu t'habitues à ces événements-là. » (M4)

Le temps est important, car il est nécessaire pour permettre une bonne gestion des émotions, comme pour le médecin 3. Pour d'autres médecins, comme le médecin 2, l'entretien a été réalisé de manière rapprochée avec l'agression, et il lui semblait encore difficile de mettre des mots sur les émotions ressenties.

« Ouais alors après, le suivi psychologique, c'est comme le patient. Il y a des patients qui vont avoir besoin d'être aidé psychologiquement. Et puis après il y a d'autres personnes qui ont une force de caractère qui est telle qu'ils arrivent à analyser avec discernement un ensemble de situations. Moi, j'ai pas eu le sentiment d'avoir besoin d'un soutien psychologique. » (M3)

« M2 : Bah vraiment une incompréhension, c'est de l'injustice, en fait. Enfin, on est là pour soigner je, je, je, je... C'est l'incompréhension, de l'injustice... C'était de la... Ouais, de la méchanceté.

Moi : Mais, c'est assez récent, je crois ?

M2 : C'était en début d'année.

Moi : Début d'année, donc il y a quelques mois. » (M2)

Lorsqu'il y a eu des démarches judiciaires qui ont été lancées par le patient, il y a également un coût qui s'est imposé au médecin pour sa défense.

« Moi : Et donc à ce moment-là, vous étiez passé par le Conseil de l'ordre, par le tribunal, et vous avez aussi fait appel à un avocat ? C'est ça que vous me disiez ?

Médecin : Bah ouais, ça a un coût, ça. » (M6)

1.2.3 Répercussions à long terme

Les répercussions à long terme concernaient l'anxiété qui pouvait toujours être présente lors de l'évocation de l'agression, mais également des reviviscences qui peuvent avoir un retentissement physique sur les médecins dans certaines situations similaires.

« M5 : Mais là oui, c'était particulièrement violent pour que j'y repense maintenant.

Moi : Ouais, il y a un traumatisme qui est toujours présent ?

M5 : Ouais. » (M5)

« C'était pour une patiente qui était aussi originaire d'Afrique du Nord. Et je sais plus si c'était la fille ou la mère, mais elle ressemblait fort à la dame qui m'avait agressé. Et quand je l'ai vue, j'ai ressenti un stress. J'ai été tout de suite tachycarde. » (M2)

« Même si j'ai tendance à dire que ça n'a pas eu trop d'impact, je sais que depuis cette situation, quand les familles veulent me voir, que j'ai un appel, je suis plus méfiant. En fait, j'ai un peu peur quand même, que les gens s'emballent, et qu'on en vienne à des menaces ou des propos... » (M2)

« Au début, oui, forcément, si j'avais quelqu'un d'un peu agressif [en consultation] peut être que ça m'impacte un peu plus. » (M1)

Cette anxiété pouvait ne pas être présente, lorsque le travail psychologique a été réalisé de la part du médecin, mais un questionnement a tout de même pu s'imposer au médecin.

« Moi j'ai aucun, même contre lui, j'ai pas de rancune. J'ai peut-être envie de lui péter sa gueule, quand même encore, mais j'ai pas de rancune particulière. C'est quelqu'un que j'ai pas revu depuis cette époque-là et que j'ai à nouveau croisé la semaine dernière à [ville]. Alors de façon accidentelle, je ne sais pas si lui m'a vu. On s'est croisé sur un trottoir, et à un coin de rue. Moi, je l'ai vu, je ne sais pas si lui m'a reconnu. J'en ai aucune idée. Ça m'a fait ni chaud ni froid, sauf de se dire : "est-ce que le fait que lui me revoit, ça ne va pas redéclencher chez lui des idées délirantes, et relancer à nouveau..." » (M3)

1.3 Perception de la temporalité

Ces répercussions, notamment les répercussions à long terme, ont favorisé un allongement de la perception du temps. Et cette perception de la temporalité, différentes selon les acteurs, a été mise en avant par plusieurs médecins. Tous les éléments qui prenaient du temps vont avoir un effet exacerbé sur les médecins qui ont subi l'agression.

Le premier élément mis en avant était la durée du travail des autorités, qui, même dans les meilleures conditions, prend beaucoup de temps.

« La vraie façon, c'est d'arrêter l'agresseur sur le plan de sa démarche. Ça, c'est la plus juste. Le problème, c'est que c'est pas la plus rapide, c'est la temporalité de la justice. Et donc, on en revient à ça, la temporalité de gestion de cette crise. La meilleure solution pour aider les professionnels de la santé, c'est de l'accélérer, puisque c'est celle qui fait le plus souffrir. » (M3)

« M5 : Donc j'attends, j'ai pas eu le retour de l'enquête, ni de la police, ni de la sécurité sociale.

Moi : Je pense que ça peut prendre du temps.

M5 : Ça va prendre un petit peu de temps... » (M5)

Un élément chronophage, sur lequel les médecins ont un peu plus de pouvoir, était la mise en place de systèmes de protection, car il demandait souvent de la réflexion.

« On réfléchit pas mal sur la pratique, comment améliorer les fléchages. Comment la secrétaire peut faire s'il n'y a plus de RDV dispos pour caler quand même des RDV, répondre aux demandes sans non plus surcharger les plannings, déléguer des tâches. » (M5)

« Alors la maison de santé ici ? Alors, la maison de santé, le projet a démarré en [...]. Il fait partie d'une longue restructuration qu'on a mis en place. Globalement, les modifications de la façon de travailler ont commencé en [6 ans plus tôt], pour progressivement aboutir à ce qu'on a aujourd'hui dans cette maison de santé qu'on a ouvert en [six ans plus tard] » (M3)

Dans les situations de harcèlement, le facteur temps était également très présent, avec des évènements qui s'étaisaient sur une longue période. Cela montre la complexité de la situation, et les difficultés pour mettre un terme au harcèlement.

« Moi : Effectivement. Et ça a duré sur combien de temps ? Le moment où elle a, au début, récupéré votre numéro, et pendant combien de temps est-ce qu'elle vous a harcelé ?

M6 : Oh, je dirais 2 ans, 3 ans. » (M6)

Et dans ces situations qui perduraient, la temporalité de la justice a provoqué un retentissement psychologique important.

« Mais c'est terrible, parce que la temporalité de la justice, quelle qu'elle soit, n'est pas la temporalité de la souffrance. Et cette discordance

entre les 2, elle est terrible à vivre parce qu'on est seul, on est seul, et on est seul à vivre ça. » (M3)

« Il faut mettre ça quand même sur une temporalité où l'Ordre des médecins m'appelle à peu près en juillet pour une convocation en octobre pour la conciliation. Donc ça veut dire que juillet, août, septembre, c'est 3 mois pendant lesquels vous ruminez » (M3)

« A un moment, moi j'étais prêt à retirer ma plainte, parce que ça traîne tellement la justice... » (M6)

« C'est hyper stressant quand on parle de harcèlement » (M6)

Cependant, le temps a aussi eu des aspects positifs, car grâce au temps et à l'expérience, l'attitude de la plupart des médecins s'est modifiée, et ils se sentaient plus aptes à gérer ces situations conflictuelles.

« Après, je pense qu'avec le temps ; là ça fait 6 ans que je suis installé maintenant ; j'ai un peu plus de bouteille aussi, et de... pas de moyen de me défendre, mais de... Voilà, j'ai vu beaucoup de situations moins dramatiques, et parfois aussi conflictuelles, que j'ai gérées autrement, et je pense que j'arriverai à faire différemment, j'espère. » (M3)

1.4 Modification de l'opinion de soi

Les agressions, ont pu, à court ou moyen terme, modifier l'opinion que le médecin avait de lui-même, notamment dans les situations de harcèlement.

Lorsqu'il y a eu une plainte abusive déposée contre le médecin, il a pu percevoir son innocence comme remise en cause, dû au manque de soutien judiciaire ou face à la peur de l'opinion publique.

« Ben, de toute façon, on est attaqué, quoi. Jusqu'à preuve du contraire, on est le coupable. Alors, à la limite, bon, c'est comme ça, déjà, je trouve que c'est moyen... » (M6)

« Et donc, cet inconnu... du monde qui est au courant de cette affaire, plus l'emprise judiciaire, ou médico-judiciaire, qui est en train de se faire, à charge. On a beau avoir une présomption d'innocence, quand

vous êtes convoqué devant un tribunal, vous avez pas, vous, cette présomption d'innocence. Mais c'est le fonctionnement de la justice. » (M3)

« On n'en parle pas, déjà parce que on se dit qu'il y a peut-être déjà suffisamment de monde qui est au courant d'un truc qui est faux, mais que les gens savent pas si c'est faux ou pas. » (M3)

Cette inquiétude face à l'opinion publique, le médecin 3 en parlait et précisait qu'elle peut être difficile à vivre, car il n'avait aucune emprise dessus, et qu'elle aurait pu instiller le doute chez ses patients.

« Et ça, c'est pas très agréable, parce que ça a beau être faux, ça a beau être faux, il y a quand même quelqu'un qui diffuse des informations diffamatoires dans l'espace public. Alors après, on a la notoriété qu'on a, mais en tout cas, dès qu'on touche à notre image sur des choses fausses, c'est humiliant, et là, on se sent un peu perdu parce qu'on se dit "comment, comment et où je peux aller justifier que c'est faux ? À part porter plainte ?" » (M3)

« Ma crainte à l'époque, et c'est ça qui est très c....., c'est de se dire : "Mais peut-être il va en rester quelque chose, c'est-à-dire on aura beau faire un procès, on aura beau... ; il va peut-être en rester quelque chose" » (M3)

Face à ce sentiment de doute dans la population, on peut perdre confiance progressivement dans le soutien qu'on recevrait de notre entourage, ce qui a pu aggraver le sentiment d'isolement, comme le précise le médecin 3.

« Le sentiment d'isolement, il est tel qu'on n'a absolument pas envie de subir la moindre interférence extérieure qui aggraverait notre isolement ou la tristesse de ce qu'on peut vivre. » (M3)

1.5 Soutien aux victimes

À la suite de l'agression et face aux différentes répercussions, qu'elles soient physiques, psychologiques, ou administratives, il est nécessaire qu'un soutien soit apporté aux victimes.

La première source de soutien provenait du CDOM, que tous les médecins ont contacté, pour savoir quelles démarches entreprendre, comment se protéger, et éviter d'éventuelles répercussions. Le CDOM a également pu être contacté lorsqu'ils étaient face à un dilemme éthique concernant leur pratique.

« J'envoie en mail au Conseil de L'Ordre le nom du salarié, comme ça, je ne le mets pas sur la fiche d'événement indésirable. Mais par contre, le salarié, quand c'est grave, je leur dis : "Par contre, sachez que moi j'ai des autorités de tutelle et que je vais les en informer". Comme ça, il est pas surpris, surtout si après il se fait contacter par la RH. » (M1)

« Je sais que tout patient qui se plaint, entre guillemets, d'un médecin, le Conseil de l'Ordre a obligation d'instruire la plainte. Donc je préférerais prévenir. Bon, je n'ai pas eu de nouvelles donc je ne pense pas qu'ils sont allés voir le Conseil de l'Ordre. Mais c'est elle. C'est ce qu'elle avait dit, la sœur, qu'elle irait voir le Conseil de l'Ordre, pour que je ne puisse plus exercer. Donc j'ai prévenu le Conseil de l'Ordre, et je leur ai aussi dit que moi je portais plainte parce que j'avais été victime de violences physiques et ils ont été très aidants. » (M2)

« La suite, c'était : ils me laissent le choix, ou pas, de porter plainte. » (M5)

« Moi : Et du coup, quand tu avais eu l'agression, tu as appelé l'Ordre. Est-ce que derrière, ils t'ont dit de remplir les feuilles d'incident. M4 : Oui.

Moi : Et donc ça, c'est la seule fois où t'as fait ça ?

M4 : Non, je l'ai déjà fait avant. C'est quand je m'étais battu avec le toxicomane qui m'avait refusé l'entrée, et donc là, l'Ordre avait également... j'avais également saisi l'Ordre, donc la personne qui s'en occupait, notre consœur, m'a dit : "Je vais suivre le dossier" » (M4)

« J'avais appelé aussi le Conseil de l'Ordre, j'avais fait plusieurs déclarations d'incidents, et le conseil ordinaire m'avait dit, effectivement, d'arrêter de suivre cette patiente-là, parce que la relation avec l'entourage pouvait entacher la qualité des soins. » (M5)

Le médecin 5 louait la réactivité du CDOM, pour être aiguillé en cas de situation conflictuelle.

« Après, l'Ordre, il est assez réactif quand même, parce que j'ai... Par téléphone, il y a toujours quelqu'un, et il y a un conseiller ordinal qui est souvent disponible assez vite, avec des réponses immédiates. Donc ça c'est rassurant aussi. » (M5)

« Je trouve qu'ils sont suffisamment disponibles pour mettre un RDVs s'il faut. » (M5)

Le médecin 2, travaillant en structure hospitalière, avait été rassuré d'obtenir le soutien de sa direction.

« Comme c'est allé loin, comme j'ai porté plainte, l'hôpital m'a accompagné. Moi, ce qui m'a le plus permis de passer le cap, c'est le fait d'avoir été accompagné par l'institution. [...] J'ai été accompagné au commissariat par l'hôpital, et j'ai l'avocat de l'hôpital, donc je n'ai pas de frais à débourser, et je me sens soutenu. Eh ben honnêtement, ça m'a bien aidé. » (M2)

1.6 Se reconstruire

Face aux répercussions des agressions, il est nécessaire de se reconstruire, et il s'agit d'un travail long. Cela demande souvent de l'aide et du temps, pour permettre d'accepter ce qu'il s'est passé, de reprendre confiance en soi, et de trouver des solutions.

Un premier élément qui revenait régulièrement était la nécessité d'extérioriser ses émotions, et éventuellement d'avoir recours à un aide psychologique. Il était nécessaire de s'orienter vers les bonnes ressources pour se reconstruire.

« *Oh ben, j'ai vu un collègue, j'ai vu un psychiatre du travail. Pas longtemps parce que en fait, ce qui m'a permis de tourner la page, c'était de changer d'entreprise, mais il m'a fallu un petit délai, on démissionne pas du jour au lendemain. Donc on doit quand même faire notre période de préavis. Je l'avais vu surtout par rapport à l'accident du travail.* » (M1)

« *En début d'année, après, j'ai vu la psychologue du travail. [...] Ils m'ont proposé de voir une psychologue, donc j'ai eu 2 séances. Bon, elle a dit que j'avais l'air d'avoir les ressources pour passer le cap, ça a été.* » (M2)

« *Et je me dis : est-ce que quelqu'un de plus fragile, un autre médecin plus fragile, comment est-ce qu'il aurait vécu ça alors, peut-être qu'il aurait géré autrement et qu'il en aurait tout de suite parlé à d'autres, parce que je pense que c'est aussi une façon d'être aidé, hein, de partager les choses.* » (M3)

« *Moi : Et quand tu as eu cette histoire d'agression, tu avais réussi assez facilement à leur en parler (à ses collègues) ?*

M5 : Oui, je leur en avais parlé assez vite. Et pareil, ils m'avaient rassuré assez vite aussi. » (M5)

Pour extérioriser ses émotions, le médecin 3 a utilisé son signalement auprès du CDOM comme défouloir, en plus d'un moyen de défense.

« *Le fait de dire : « je vais marquer noir sur blanc, je vais graver dans le marbre, que quelqu'un m'a fait c.... aujourd'hui ». Et c'est déjà un défouloir. Mais c'est déjà un défouloir, de pouvoir évacuer. C'est déjà une forme de psychothérapie, de dire "j'entreprends la démarche, et je grave dans le marbre que Madame Machin, elle m'a fait c.... aujourd'hui". J'explique pourquoi elle m'a fait c.... J'explique à l'Ordre. J'explique et peut-être que ça servira à rien. Mais en fait, je me dis si ça doit servir, ça servira, et heureusement, et j'ai été super bien intentionné ce jour-là.* » (M3)

D'autres médecins n'ont pas estimé avoir besoin d'une aide psychologique, car ils estimaient avoir les ressources pour surmonter cette épreuve, seul ou accompagné de leurs proches.

« Ouais alors après, le suivi psychologique, c'est comme le patient. Il y a des patients qui vont avoir besoin d'être aidé psychologiquement. Et puis après il y a d'autres personnes qui ont une force de caractère qui est telle qu'ils arrivent à analyser avec discernement un ensemble de situations. Moi, j'ai pas eu le sentiment d'avoir besoin d'un soutien psychologique. [...] Et puis après, j'ai une famille aussi qui est autour, c'est-à-dire que j'étais pas seul. J'avais aussi une femme et des enfants, des enfants, ados, cortiqués, qui avaient pleinement conscience de la situation... » (M3)

« Sur les 20 dernières années, tu sais, y'a eu 2 homejackings, 4 cambriolages ou 5 cambriolages, des menaces de mort, une pierre dans ma bagnole. Y'a même un mec qui a été dire qu'il allait retrouver ma femme et égorer mes enfants, tu vois ? Tu sais, au bout d'un moment, tu pètes un peu les plombs, et puis à chaque fois, je reviens, je reviens plus fort. » (M4)

Cependant, la plupart des médecins ont bénéficié d'un suivi par le CDOM, pour avoir un soutien en cas de plainte, qu'ils puissent se porter partie civile si nécessaire, et savoir comment la situation évoluait.

« Ils m'avaient quand même recontactée plusieurs fois, pour savoir un petit peu où ça en était ma plainte. Et puis moi, entre-temps, j'avais dû les contacter parce que j'avais eu d'autres cas d'agressions dans cette entreprise. Et puis, j'avais décidé de partir. Mais oui, Madame [...], je l'avais eue au téléphone plusieurs fois. » (M1)

« La plainte, par contre, c'est eux qui m'ont informé, qui m'ont dit : "Faut porter plainte Docteur". C'était le Conseil de l'Ordre qui me l'avait dit, et à un moment donné, ils se posaient la question de se porter partie civile s'il y avait eu un procès. » (M1)

« J'ai fait un rapport auprès du Conseil de l'Ordre, je leur ai mis en double la plainte, parce que j'ai eu un récépissé de la plainte faite au

commissariat, et eux se sont portés partie civile en cas de procès, le jour où il y aura le procès. Moi, je ne connais pas la justice en fait. Et c'est quand même dommage. On n'y a jamais été confronté, on n'a pas envie. »
(M2)

« Finalement, c'est eux qui m'ont conseillé, ils m'ont dit : “Écoutez, si vous voulez avoir la paix, parce que nous, de toute façon, on acceptera toujours les plaintes, eh bien, allez carrément jusqu'au tribunal départemental quoi, vous voyez ?” » (M6)

Pour pouvoir se reconstruire, les médecins ont eu besoin de temps, mais surtout qu'ils prennent du recul avec l'agression, pour pouvoir, lorsque cela était possible, relativiser les évènements.

« Moi : Le problème, c'est que ça arrive très rarement, mais quand ça arrive...

M5 : C'est ça, mais je me dis qu'en 6 ans, alors que je fais, je sais pas, 5000 consultations par an, j'ai eu 2 situations problématiques. Je me dis : « Bon, c'est pas... » (M5)

« Donc, voilà, des événements comme ça, j'en ai eu pas mal, et c'est pour ça que je te dis qu'on s'habitue à tout ça. [...] Après, j'ai toujours ce système de protectorat où il faut pas toucher au Docteur, et c'est souvent des cas isolés qui pètent un peu les plombs et qui viennent emmerder le monde, après rien de grave. » (M4)

« J'essaie quand même de garder le même relationnel, ouais. En fait, la majorité des gens sont quand même bien élevés. C'est vrai. » (M2)

Grâce au recul pris à la suite de l'agression, la plupart des médecins ont pu se questionner sur leur pratique médicale, et revenir plus sûr de leur pratique.

« Dans les 2 situations, il n'y a pas d'erreur de ma part qui soit à l'origine du conflit. C'est plutôt une erreur d'interprétation de l'autre côté. » (M3)

« Ça n'a pas changé ma pratique médicale, mais ça a changé mon relationnel je pense. » (M5)

« *Est-ce que, au sein des consultations, ça a un peu changé votre façon de faire avec les patients ? Est-ce que vous êtes parfois plus sur la retenue, ou plus dans l'analyse ?* »

M6 : Non. » (M6)

Malgré ces difficultés, certains médecins, comme le médecin 5, précisent qu'ils ne ressentent plus d'insécurité dans leur vie quotidienne.

« *Moi : Ouais, c'était pas loin en plus. Et tu as des déjà eu des peurs dans ta vie extra-professionnelle par rapport à ça ?* »

M5 : Non. Non, jamais. » (M5)

« *Quand j'en discute avec mes collègues qui sont médecins généralistes aussi, je me rends compte que, finalement, peu importe le quartier, il y a toujours des personnes qui sont problématiques. J'estime pas en avoir plus que chez d'autres. » (M5)*

2 Les actions mises en place face aux agressions

Après avoir vécu une agression, avoir essayé de la traiter émotionnellement, les médecins ont ressenti le besoin de mettre des choses en place dans leur pratique ou au sein de leur lieu de travail, pour améliorer leur sécurité.

A la suite de la reconstruction, la plupart des médecins ont mis en place des éléments de prévention primaire et secondaire.

2.1 Stratégies de prévention primaire

Le premier élément de prévention primaire réside dans le comportement face aux patients, dans la manière de se comporter au cours des consultations.

2.1.1 Réflexions sur le comportement et la communication

La plupart des médecins ont ressenti le besoin de remettre en question leur pratique, et en ont généralement tiré des enseignements positifs.

« Mais la remise en question elle est, elle est pas une contrainte. C'est pas une contrainte. S'il y a une remise en question qui devenait une contrainte, je pense qu'il faut arrêter, c'est-à-dire que si on fait des choses et qu'on subit. » (M3)

« Ouais, c'est ça, surtout que c'était au début de mon installation. Je devais être installé depuis 1an, 1 an et demi je pense. Du coup, voilà, remise en question, et finalement, ça a été. » (M3)

Le médecin 5 rapportait aussi la sensation d'être plus vigilant à d'éventuelles situations à risque, et d'adapter son comportement en conséquence.

« Moi : Tu arrives peut-être mieux à désamorcer les situations de conflit ?

M5 : Oui, c'est ça, avant que ça arrive. Je sens les situations qui pourraient être problématiques. » (M5)

Certains médecins ont également volontairement modifié leur discours pour être plus transparent, et éviter les malentendus.

« Oui, je suis plus méfiant sur les situations où je sens que ça peut dégénérer, j'essaie, avant que la situation se produise, de les prévenir, quand il y a des arrêts de travail, quand je les mets en arrêt de travail, je leur précise toujours maintenant que les arrêts de travail, ça se fait en consultation, le jour J de la consultation. J'essaie de me protéger maintenant, pour éviter que ça arrive. » (M5)

« Moi : Désescalader, prendre du recul.

M4 : Exactement, et ça, t'apprend tout doucement à le gérer. Puis après, ta pratique courante, effectivement, j'ai pas envie de me prendre un coup de couteau, ou un coup de fusil. » (M4)

« Ils sont avertis du cadre dans lequel j'exerce, et voilà. [...] C'est là où je mets un cadre, ouais, c'est ça. Je me protège de cette façon-là, ça a l'air de fonctionner. » (M5)

Il est de connu que le temps d'attente est un des facteurs d'agressivité chez les patients, et certains médecins ont insisté sur l'importance de l'information concernant le temps d'attente justement.

« Informer les gens. Quand je suis au circuit court des urgences, le principal stress qui va provoquer une agressivité, [...] c'est l'attente. Donc quand on dit aux gens : "écoutez, je pense que d'ici 2-3h j'arriverai à vous prendre en charge" [...] Enfin, juste les informer. Voilà ils savent que ça va être long. [...] C'est comme nous à l'aéroport. Si l'avion est marqué en retard, on s'inquiète. Si on nous informe pourquoi c'est en retard et ce qui va se passer, on est plus rassuré. On attend patiemment. » (M2)

« J'ai ajouté des affiches en salle d'attente en précisant que parfois, les consultations peuvent durer plus ou moins longtemps en fonction des situations, et que je remercie la compréhension des patients, s'il y a du retard, que ça peut arriver. » (M5)

Parallèlement, le médecin 5 expliquait qu'il essayait de garder un maximum de disponibilité, pour que les patients puissent être pris en charge rapidement, se sentent en confiance et écoutés, et que cela évitait de nombreuses tensions.

« Moi : T'as des RDV d'urgence, du coup, ils peuvent reprendre RDV dans pas trop longtemps.

M5 : Oui, c'est ça. Dans la journée, ils auront un RDV, mais au moins, c'est sur un temps dédié où j'ai pas de stress à gérer. » (M5)

« Moi : Donc parfois, ça t'arrive de voir des patients d'autres médecins aussi ?

M5 : Oui, facilement, ouais. » (M5)

Avec certains patients, lorsque la situation était devenue trop tendue, ou qu'il y avait une rupture de confiance, il a été nécessaire pour plusieurs médecins d'interrompre le suivi. De la même manière, le médecin 4 a préféré éviter d'entamer des suivis complexes d'addictologie.

« Après, les personnes les plus problématiques, du moins ceux qui tiraient un peu sur la corde, je leur ai gentiment demandé de changer de

médecin, et ça s'était bien passé, ils avaient compris qu'ils étaient allés un peu trop loin. Ça s'était fait correctement. » (M5)

« Je pense qu'en 4 ans d'exercice, j'ai eu un cas, et c'est plus parce que vraiment, elle avait tenu des propos très dégradants et qu'il y avait vraiment, pour le coup, une rupture de dialogue avec la salariée, qui ne voulait plus entendre parler de moi, qui ne voulait plus m'avoir en suivi. » (M1)

« Au mois d'[...], il (son associé) est parti en retraite. Mais moi, en même temps, je suis parti en vacances aussi. Donc le conseil de l'Ordre m'avait dit : « Il faut absolument que vous fermiez en même temps que lui ». Donc j'ai fermé au mois d'[...]. Il n'est jamais revenu. Et pour les patients toxicomanes, j'avais mis un panneau : « Pas de Subutex... », que je ne reprenais pas les patients. D'ailleurs, je crois que le panneau est encore sur la porte. » (M4)

2.1.2 Modifications de l'environnement

À la suite des agressions qu'ils ont subies, plusieurs médecins estimaient qu'il était nécessaire de modifier l'organisation et l'agencement de leur lieu de travail, pour se sentir plus en sécurité.

Une des modifications possibles était liée aux moyens de protection technologiques, qui ont rassuré les médecins les ayant mis en place.

« On a des caméras de vidéoprotection. Pas de vidéosurveillance, vidéoprotection, parce que ça permet de filmer. Et ça, clairement, c'est sûr, c'est induit par ce que j'ai vécu. » (M3)

« J'ai fait installer dans tous les bureaux des boutons d'alerte pour que, en cas d'agression, quelle qu'elle soit, un professionnel de santé puisse appuyer et déclencher l'alarme d'alerte. Et donc, on a remis d'ailleurs des télérupteurs la semaine dernière à tous les professionnels. Donc dans chaque bureau on a un bouton pour déclencher, ouais. » (M3)

« Ouais, y'a une caméra juste au niveau des poubelles là. Comme ça, je vois ce qui rentre, ce qui sort. » (M4)

Un élément qui a été mis en avant par plusieurs médecins comme tranquillisant était la présence de tiers au sein du lieu de travail. Cela sécurisait car il y avait une présence en cas d'agression.

« Je pense que, peut-être, l'agent de sécurité, quand il est là, à l'accueil, c'est peut-être un peu dissuasif. Puis je pense que c'est le fait des locaux ici, ils savent que forcément, quelqu'un va entendre. » (M1)

« Et donc vient l'idée de construire le bâtiment, et de 12, en lieux distincts au départ, aujourd'hui, on est 38, ensemble, dans l'équipe, et on est 14 professionnels de santé sur le lieu, donc là, la maison de santé, c'est le projet. » (M3)

« Moi : D'accord. Et au sein de la structure, parfois, vous faites des réunions où vous parlez de la manière dont vous vous organisez ou des problèmes ?

M5 : Ouais, on est en MSP là, depuis 1 an.

Moi : Du coup, il y a d'autres professionnels que les 3 médecins ?

M5 : Il y a 2 infirmières en plus. » (M5)

Certains médecins avaient déjà réfléchi à changer la disposition du cabinet, sans l'avoir finalement mis en place.

« Oui là, il y a 2 portes oui, et puis normalement, le bureau doit être dos. Là, le Bureau, il faudrait le mettre dans ce sens-là [avec la porte dans le dos] pour que j'ai une échappatoire derrière, mais en psychiatrie, je crois que c'est beaucoup comme ça. » (M2)

« Mais j'y ai déjà pensé, même la disposition du cabinet, le fait que je sois pas proche de la porte, par exemple, ça m'a déjà traversé l'esprit dans certaines consultations. » (M5)

Cependant, la plupart des médecins exerçaient dans des locaux déjà existants, et il était souvent impossible d'adapter la disposition du bâtiment si cela n'avait pas été pris en compte lors de sa construction.

« Moi : Quand ça a été construit, c'était dans le but de faire un cabinet médical ?

M5 : Oui oui.

Moi : Mais il y a peut-être des choses qui ont été construit il y a longtemps ?

M5 : Bah ça a été construit il y a 6 ans, mais c'était pas... » (M5)

« Ici, en service interentreprise, on est énormément de médecins.

Ça reste associatif, donc c'est pas une entreprise cotée au CAC 40, ils ne vont pas forcément avoir les moyens. Déjà le coup des caméras de vidéosurveillance, nous, ça nous avait semblé un peu excessif, donc je pense que l'interphone... Puis on n'en a pas tant que ça. Franchement, le nombre d'agressions, ça se compte sur les doigts d'une main. Et pourtant ici, potentiellement, on pourrait plus facilement se faire agresser. » (M1)

2.2 Stratégies de prévention secondaire

En complément des éléments de prévention primaire, les médecins ont mis en place des choses pour améliorer leur sécurité en cas d'agression.

Lors des consultations, dans une situation d'agression, plusieurs médecins expliquaient qu'il était important de garder son sang-froid, même si cela pouvait s'avérer très difficile à faire. Il leur semblait important de prendre du recul en cas d'agression, de se contenir face à l'agressivité,

« Moi j'ai été scotché. Alors, j'ai un défaut, c'est que je souris facilement, en fait. Et Ben là, franchement j'étais tellement choqué. [...] Elle a dit : "Je vous souhaite la même chose, de mourir ". Et j'ai eu un sourire. Elle a dit : "en plus, ça vous fait rire ?". Enfin bref. Mais de toute façon, c'était soit ça, soit je l'insultais aussi, mais en tant que médecin, je n'ai pas le droit de l'insulter. Je n'avais pas envie de l'insulter. » (M2)

« La consultation était vraiment hyper tendue. J'ai gardé énormément de calme. Mais elle était hyper tendue tellement elle était agressive, avec sa fille de 12 ans qui en remettait une louche, et j'avais juste qu'une envie, c'était de tarter la gamine de 12 ans. Mais je suis resté, et je me suis dit : "Bon, même si elle déposait plainte, je suis droit dans

mes bottes sur cette situation, parce que je... ”, Surtout que j'avais essayé d'aider le plus possible pour ses démarches. » (M3)

« J'ai adapté ma pratique, pour revenir à ta question, j'ai adapté ma pratique. J'ai appris à dire « Non », à négocier. Tu te rends compte tout de suite, dans ta tête, si ça va mal tourner ou pas. Donc tout de suite, tu redescends, tu le laisses t'agresser, et tu reviens sur une position de médecin, en disant : « Maintenant, c'est moi le médecin, si vous n'êtes pas content, vous pouvez sortir », mais je suis beaucoup moins frontal qu'avant. » (M4)

« Et du coup, je préfère parfois, mais ça, c'est mon fonctionnement personnel, m'effacer et détendre un peu la situation par peur des répercussions que ça pourrait avoir. » (M5)

Il leur paraissait primordial de rester un maximum dans la communication, d'écouter les plaintes du patient, et d'essayer de désamorcer la situation à partir de là.

« Mais quand on a une situation potentiellement à risque de conflit, le meilleur moyen de l'éviter c'est de communiquer. Alors des fois, on n'a pas envie justement, avec les familles les plus casse-pieds [...] mais j'essaye quand même de m'astreindre, ça ne m'a pas empêché de continuer à communiquer et essayer d'être pédagogue. » (M2)

« J'étais pas sur une situation qui nécessitait une intervention extérieure. C'était une situation de conflit verbal entre elle et moi, sur une situation où elle a une vision tronquée des choses. Moi, j'ai une autre vision. Ces 2 visions s'opposent, et ça crée un conflit verbal. Le conflit verbal est pas monté en conflit physique, et le conflit physique, c'est pas ça qui me fait peur. » (M3)

« J'ai pas envie d'utiliser la secrétaire comme bouclier pour les patients, ça me gêne toujours un peu que ce soit problématique. Du coup, dès qu'elle ressent une situation délicate, je prends le parti d'appeler les gens directement et de régler le problème, pour éviter qu'elle, elle soit prise à partie, parce qu'elle n'y peut rien. » (M5)

Pour le médecin 2, il serait rassurant d'avoir accès à des protocoles à mettre en place lors d'une situation d'agression, ou du moins avoir accès à des formations pour aider à désamorcer les situations d'agression.

« Je sais qu'il y a des modules, des formations, à la fois pour désamorcer une situation de crise, donc en essayant le verbal, et cetera, enfin je sais pas, il doit y avoir des... [...] des conseils pour essayer de désamorcer une situation qui est en train de s'envenimer. Et puis après, je n'en suis peut-être pas encore là, mais de te dire self-défense. Je sais que les agents, les infirmiers des urgences, on leur propose ce genre de formation... C'est quand même triste. » (M2)

Le médecin 6 avait, quant à lui, dû adapter son quotidien pour éviter d'éventuelles répercussions et se rassurer, car il présentait une anxiété face à l'instabilité de sa patiente.

« J'allais pas me laisser non plus embêter quoi, vous voyez ? Donc je vous dis, c'est juste que, de toute façon on avait une nounou, les enfants ils rentrent pas de l'école à pied c'est tout, ils rentrent pas tous seuls. » (M6)

Et le médecin 2 rappelait que si la situation devenait trop conflictuelle, les médecins avaient le droit de faire appel à leur droit de retrait, et de refuser de prendre en charge le patient.

« De toute façon à part pour urgence vitale, on a le droit de refuser... » (M2)

À la suite de ces agressions, les médecins avaient majoritairement engagé des démarches judiciaires, et le fait d'y avoir été confronté les rendait plus serein face à une éventuelle récidive, comme le précisait le médecin 3, qui avait subi une nouvelle agression plus récemment.

« Mais ça forge aussi l'expérience pour se dire : si je suis confronté à une nouvelle agression, j'anticipe tout de suite ma défense. Si je sens que

des choses commencent à mal tourner, j'anticipe ma défense. Et c'est ce qui s'est passé au mois de [...] l'année dernière. Je disais j'ai été victime d'une 2^e agression. » (M3)

« Elle était debout, devant mon bureau, vociférant. [...] Là j'ai un agresseur identifié, je peux me défendre. Je peux clairement me défendre. Et surtout que je sais que je suis dans mon droit. » (M3)

Plusieurs médecins s'étaient inscrits à des cours de self-défense à la suite de leur agression, pour mieux garder leur sang-froid, et pouvoir se défendre physiquement si nécessaire.

« Suite à toute cette agression indirecte et sa durée dans le temps, je me suis inscrit à des cours de self-défense. Voilà, ça c'est une des répercussions, une des conséquences, parce que je me suis dit : à n'importe quel moment, on peut être agressé, et avoir peut-être des réflexes et des mécanismes d'autodéfense, ça peut peut-être... c'est un élément rassurant. » (M3)

« Je me suis mis au krav-maga à cause de ça. Et je me suis dit : “À un moment, va falloir que tu puisses gérer cette violence qui monte, qui est crescendo. Comment régler ces problèmes ?”. Donc c'est du self-défense. Et j'en ai fait 10 ans, donc pour avoir la ceinture noire, il faut à peu près ça. Mais je gère complètement différemment maintenant, complètement différemment. » (M4)

« Le fait de pratiquer depuis une dizaine d'année, maintenant je suis ceinture noire 1^{ère} Dan de Krav-maga, le fait de pratiquer des sports comme cela te permet de complètement gérer des situations qui étaient, à l'époque, très très angoissantes. Aujourd'hui, je n'ai plus peur de ces situations-là. » (M4)

2.3 Aide à la justice

À la suite du soutien que les médecins ont pu recevoir après leur agression, il a été nécessaire d'aider la justice, pour se protéger et limiter d'éventuelles récidives qui pourraient viser d'éventuels confrères ou consœurs.

La médecin 1 a déploré que ses prédécesseurs n'aient pas fait les démarches nécessaires, pour éventuellement prévenir certaines récidives dont elle a été victime.

« Quand j'ai appelé la direction en leur disant "tel salarié m'a agressée", ils me répondaient "Encore !". Donc la direction le savait, puisqu'il y avait déjà eu... » (M1)

« Ils le notaient, mais directement dans le dossier médical. Ils ne faisaient pas de signalement au Conseil de l'Ordre. Et c'est aussi pour ça, même si on savait que l'entreprise était particulièrement problématique, que le Conseil de l'Ordre et l'inspection du travail étaient pas, à ce point-là, en alerte vis-à-vis de l'entreprise, parce que c'est de l'informel. » (M1)

Plusieurs médecins ont rappelé l'importance de signaler les agressions auprès du CDOM ou de la justice, notamment pour aider au recensement des agressions et permettre une mobilisation des institutions.

« Pour avoir des statistiques, quand on dit que les médecins sont de plus en plus victimes de violences. Il faut des faits. Donc de pouvoir le signaler, je pense que ça rentre en compte dans les statistiques, et ça permet d'alerter aussi les institutions. » (M2)

« Et j'avais fait un signalement au conseil de l'Ordre ouais, pour lequel je n'ai pas eu de retour, mais en tous cas, il y avait eu une trace. Voilà » (M5)

Cependant, déposer plainte a pu s'avérer compliqué, notamment lorsque l'agresseur n'était pas identifié. Mais cela permettait d'entamer des recherches et de se protéger en cas de récidive.

« Et puis un jour, mon épouse a décroché, elle a eu à nouveau cette personne au téléphone. Elle a mis en attente, parce qu'il y avait à nouveau des agressions verbales, et elle m'a dit : "J'ai l'impression que j'ai reconnu la voix de... Machin". Et cet appel-là, qui était un peu différent des autres, nous a replongé dans l'ensemble des... C'est là que le lien s'est fait, parce qu'on n'arrivait pas à faire de lien entre toutes les affaires : les décrochés-

raccrochés, l'appel qu'avait reçu mon interne, les appels qu'on avait de façon verbale. » (M3)

Il est important de déposer plainte, même si la durée des instructions peut être longue et dissuasive, pour étoffer le dossier judiciaire, et ainsi permettre d'aider d'éventuelles futures victimes, s'il y a récidive.

« Puisque même moi, dans ma situation, ils se posaient même la question : "On sait pas, peut-être que ça va rester juste une main courante, le procureur va pas saisir, il va rien se passer, puis ils m'ont recontacté 2 ans après. Mais parce qu'il a récidivé. » (M1)

2.4 Transmission des informations

Les médecins interrogés estimaient important de transmettre un maximum d'informations entre médecins, et futurs médecins, pour qu'ils sachent vers qui se tourner en cas d'agression, et pouvoir se soutenir en cas d'agression.

« Peut-être aussi préparer les professionnels de santé, à devoir être, un jour, confrontés à des situations qui sont conflictuelles. Si elles sont vraies, ben on les assume, et en fait, quand elles sont pas vraies, comment on fait pour les supporter ? » (M3)

« Je sais pas s'il faut attendre plus des pouvoirs publics, mais peut-être que les médecins, ou les professionnels de santé, aient connaissance de cette possibilité de signalement des incidents, parce que franchement... » (M3)

Le médecin 6 déplorait, quant à lui, de ne pas avoir eu accès à suffisamment d'informations médicales concernant la patiente, et estimait que cela aurait pu l'aider à anticiper les réactions de la patiente, voire à mieux se protéger.

« Après ce qui est compliqué, ça va être le secret médical, vous voyez. On n'a même pas le droit de dire qu'elle a un suivi psychiatrique. Quand il commence à y avoir des plaintes au Conseil de l'Ordre, tout ça,

on n'a même pas le droit d'évoquer le problème. Vous comprenez ? Donc par rapport à ça, c'était compliqué. Et même si parfois, parce qu'il y a un moment elle venait même d'hôpital de jour de Psy, jamais j'aurais eu un lien d'autres personnes. » (M6)

Les médecins qui ont déjà subi une agression estimaient avoir plus d'expérience face à l'agression, et il semblait important de transmettre les modifications qu'ils ont apportées pour aider d'autres médecins.

« Parce que parfois, en plus ça, ils savent que je suis bien informée sur le sujet, donc quand il y a une agression ici, systématiquement, ils viennent me voir pour me demander comment faire. Surtout qu'en plus, quand on vient de se faire agresser, on est un petit peu perturbé quand même, donc c'est moi qu'on vient voir. » (M1)

Plusieurs médecins ont exprimé le souhait que la législation sur l'interruption du suivi d'un patient soit clarifiée, car certains médecins n'y avaient pas pensé alors qu'ils étaient en difficultés, ou alors n'y avaient pas eu recours, de peur d'être pris à défaut.

« Parce que si on respecte pas la façon de procéder, ça pourrait se retourner contre nous, alors que... Et être à nouveau au centre d'une plainte, et là, pour le coup, peut-être que l'Ordre dirait : "Bah Ouais Docteur, vous n'avez pas fait la démarche tel qu'il aurait fallu les faire", et il aurait raison. Mais ça ferait double peine à nouveau pour nous. » (M3)

« Et puis en plus moi, j'avais peur qu'on m'attaque aussi pour refus de soins, vous voyez ? C'est assez flou comme ça, parce que moi, on m'a appris que j'avais pas le droit de refuser un malade quand même. » (M6)

« Bah c'est pas si clair que ça. C'est pas si clair que ça de dire : "non je veux pas m'occuper de vous". Pour quelle raison ? Vous voyez ? C'est compliqué de dire : "Ah bah je vous sens pas. Je vous trouve un peu psy". (M6)

L'arrêt de suivi a pu être une nécessité pour se protéger, notamment lorsque le contrat de confiance était rompu, mais son cadre était souvent méconnu des médecins.

« Alors à un moment, ils [le tribunal] m'ont fait une remarque que j'ai trouvé pertinente. Sur le coup, j'ai pas su quoi répondre. Ils m'ont dit : "mais pourquoi vous avez accepté de la soigner quand vous voyez qu'elle commence à avoir des problèmes psy ?". C'est une bonne question. (M6)

Le médecin 6 s'était questionné sur le moment pour interrompre le suivi, car la rupture de confiance s'était faite de manière progressive et insidieuse. De plus, elle est dépendante de la sensibilité de chaque médecin, et il peut parfois être difficile pour les spécialistes de passer la main, quand cela concerne leur domaine de compétences.

« Moi : On a le droit de parler de perte de confiance, mais c'est toujours compliqué, faut orienter vers quelqu'un, ce que vous avez fait au final.

M6 : Ouais, mais sur des justifications fortes. Mais quand on y est pas, c'est compliqué de dire : "Je veux pas m'occuper de vous", vous voyez ? Parce qu'on considère que l'adolescente, elle est un peu border. [...] la réalité elle est là. Dans quelle mesure je dois, je peux refuser facilement ? » (M6)

« M6 : Parce que quand on est spécialisé dans un domaine, et qu'on vient pour le problème en question.

Moi : Oui, c'est vrai.

M6 : C'est compliqué de dire qu'on ne sait pas le faire. » (M6)

3 Dégradation de la relation médecin/malade

Les médecins interrogés rapportaient une sensation de dégradation de la relation médecin/malade, qui est supposé être un double contrat de confiance.

3.1 Expertise et légitimité du médecin

Les médecins estimaient que leur expertise était de plus en plus souvent remise en cause.

« Les vaccins COVID, j'ai entendu des choses. [...] Ils ont l'impression, parce qu'ils ont lu 3 articles complotistes sur Internet, qu'ils sont experts en immunologie. C'est usant. » (M2)

« C'est incroyable de se dire qu'on fait appel à l'expertise d'un médecin, il donne une conduite à tenir, on peut peut-être limite en discuter, mais être tout de suite sur le... [...] Il y a un peu de défiance quand même, par moment. » (M2)

« C'est très vite lassant. Les mecs qui arrivent avec déjà une étude sur internet, qui ont lu un article sur internet, ils en savent plus que toi, c'est assez compliqué à gérer, c'est fatiguant. » (M4)

« C'est l'évolution de cette société, où ils ont beaucoup de mal à comprendre le « Non », ils comprennent pas. » (M4)

« Des menaces de dépôt de plainte, des menaces d'appel du procureur, pour venir enquêter sur ma façon de pratiquer. » (M5)

De manière plus personnelle et plus intime, c'est parfois leur légitimité à exercer la médecine qui a été remise en cause.

« C'étaient des insultes sur ma façon de pratiquer, voilà, elle remettait en question l'obtention de mon diplôme, pourquoi j'étais médecin ; si je pouvais pas aider les gens, à quoi ça sert que je continue de travailler. [...] C'était a priori une personne qui connaissait des gens haut placés, qui pouvaient éventuellement remettre en question mon diplôme. » (M5)

« On se sent pris aux tripes, quand on est attaqué comme ça, pour son métier, le fait de mal faire son métier, d'être une mauvaise personne. [...] C'est une attaque en disant : "Vous avez pas le droit... Vous avez plus le droit d'être un médecin. Vous faites mal votre job, vous n'avez plus le droit d'être un médecin". » (M6)

Le médecin 6 insistait sur l'image altérée des médecins qui est véhiculée dans la population générale, comme quoi leur intérêt ne serait que pécunier, et qui remettrait en doute les valeurs d'empathie et de bienveillance, habituellement inhérentes à la profession de médecin.

« Surtout que les médecins sont pas forcément toujours bien vus dans la population générale. On est vus comme des nantis quoi. » (M6)

« Parce que je pense que vraiment, globalement, les médecins, ils ont pas... On n'est pas des voleurs en soi. Alors il y a de tout, dans tous les métiers, vous voyez ? Enfin voilà, on se sent un petit peu... » (M6)

3.2 Moins de respect pour le médecin

Certains médecins estimaient que l'obtention de la satisfaction des patients était parfois difficile, et que la notation des médecins était délétère pour la confiance et pouvait créer une méfiance bilatérale.

« Des fois, j'ai des gens, j'hallucine, on leur donne un rendez-vous, je sais pas, de rhumato, de dermato, dans un mois. Bah, ils sont scandalisés parce que c'est trop long. Mais je dis, déjà un mois c'est pas mal, et puis entre-temps, le médecin, il ne fait pas des mots croisés. » (M2)

« Les gens regardent les notes. Ça devrait être interdit, je trouve. Les médecins... il devrait y avoir un système qui protège, qui fasse que... La médecine n'est pas un commerce, donc on ne devrait pas être noté. Je vous dis ça, j'ai des bonnes notes. » (M6)

Le médecin 4 expliquait que la perte de confiance se faisait plutôt ressentir chez sa patientèle jeune, avec qui il ressentait un clivage, et qu'il y avait une nette différence de comportement entre les anciennes et les nouvelles générations.

« Mais moi, les anciens, j'arrivais : « Salut Docteur, Salut [prénom], Salut Monsieur [Nom], tu veux un coup de main ? Tu veux qu'on t'accompagne ? ». C'était comme ça quoi. Avant, il y avait

véritablement un respect qui était, qui était là. Ils respectaient le Docteur, ils respectaient l'infirmière. Et après, il y a une toute une nouvelle génération qui est arrivée, et qui était extrêmement violente, très violente. » (M4)

« Les mentalités qui ont évolué. Le médecin était encore un notable y'a peut-être encore 20 ou 30 ans, c'est devenu un objet de consommation... T'es un objet de consommation. La médecine c'est gratuit. » (M4)

« Après, c'est pas la majorité des cas attention. C'est pas la majorité des cas, mais ça aussi, ça a beaucoup évolué. Ca a beaucoup évolué sur les 20 dernières années : les voiles. Déjà, il y avait quasiment pas de femmes voilées jeunes. Maintenant, j'en ai beaucoup. Ca, c'est pas étonnant, c'est un peu le reflet de la France, c'est ce qui se passe aujourd'hui. » (M4)

Il insistait avec une sensation de radicalisation de la jeune patientèle, du moins dans sa zone d'exercice. Et il estimait que cette radicalisation amenait une méfiance inhabituelle de la part de certains patients, et donc des difficultés de prise en charge des jeunes femmes.

« Beaucoup de mariages familiaux arrangés, entre même village, et donc ça aussi, c'est quelque chose qui a beaucoup évolué dans ces quartiers comme ici. Il y avait de l'islamisation, mais pas autant. Maintenant, il y a de la radicalisation. Mais là, ça devient plus compliqué. » (M4)

« Je n'avais pas de femmes voilées jeunes à l'époque. J'avais que des femmes qui étaient âgées. Elles arrivaient, d'une gentillesse pas possible, d'un respect pas possible. Et de plus en plus, j'ai des femmes voilées, des jeunes. A 16, 17, 18 ans qui sont complètement radicalisées, et là c'est aussi quelque chose qui est compliqué à gérer, parce que tu les vois arriver ici, elles sont superbes. Et dès qu'il y a le mari qui est là, ça devient très compliqué. Le mari est là : "Faut pas toucher ma femme, faut pas l'examiner". (M4)

3.3 Menace de la plainte

Un des éléments qui favoriseraient cette dégradation relationnelle, c'est la menace de la plainte envers le médecin lors de sa pratique, et qui amène à une méfiance du médecin envers le patient lors des consultations complexes.

« Parce que je vois le nombre de temps que je perds à noter tout dans les dossiers, bah c'est normal, il faut tout noter pour pouvoir... Mais ça, il y a 20 ans, 30 ans, on n'avait peut-être pas besoin d'être aussi précis, parce qu'on n'avait pas, dans l'arrière-pensée, qu'on allait se faire attaquer en justice à chaque dossier médical. » (M2)

« Donc en fait, on est quand même un peu pris au piège. Cette relation médecin-malade, elle est pas si équilibrée que ça. Elle est pas toujours si équilibrée que ça en tout cas. » (M6)

Cette menace de plainte serait favorisée par une sensation immuable de légitimité de certains patients.

« Enfin pour elle, je pense que elle, elle se sent à 100% légitime d'avoir fait ça. Et à mon avis, ce n'est pas la plainte que j'ai déposée contre elle qui va changer quoi que ce soit. » (M2)

Cela modifie le comportement du médecin, qui se doit de rester vigilant face à d'éventuelles tentatives de manipulation.

« Donc je me dis toujours, si ça se trouve les gens, ils enregistrent. Et alors ça aussi, on a parfois des familles qui nous filment ou qui enregistrent, donc faut toujours être vigilant. » (M2)

« N'écoute pas un patient qui dit : "Ah bah lui a dit que ce que vous avez dit, c'est n'importe quoi". En fait, le médecin n'a jamais dit ça, c'est lui qui l'a compris comme ça, et il te le relate comme lui, il a compris. Et comme il a rien compris... Et toi, tu te montes la tête contre quelqu'un, contre des confrères, qui au final, comme toi : "J'ai jamais rien dit", donc ça, méfie toi de ce que te racontent les patients. [...] Ils racontaient ce qu'ils avaient envie d'entendre. » (M4)

« Moi : Et l'histoire de l'officier ? Si c'était vraiment quelqu'un de... ?

M5 : J'ai jamais eu de retour. Je savais même pas si c'était quelqu'un de la police. En tous cas, elle s'est pas présentée comme telle, elle-même.

C'est l'autre personne qui m'a dit : « Voilà ». J'en sais rien.

Moi : C'est un petit bizarre comme histoire.

M5 : Oui. C'était plus de l'intimidation qu'autre chose, je pense, à posteriori. » (M5)

Selon le médecin 5, les épisodes d'agressivité ont pu amener à une rupture de confiance avec les patients, ce qui a fini par être délétère notamment pour le patient.

« *Finalement, je lui ai pas fait ce certificat, mon collègue lui a fait. Ça a tassé un peu la situation. Je l'ai revu une fois en consultation à la suite de ces évènements-là, et je lui ai dit que je voulais arrêter de le suivre au vu de la situation et de ce qui c'était passé. Je lui ai fait son renouvellement de traitement suffisamment longtemps pour qu'il puisse trouver un autre médecin, et il a trouvé un autre médecin, et fin de l'histoire. » (M5)*

« *Moi : Et ces différents patients, parce que la première tu me disais que c'était une patiente qui n'était pas à toi, le deuxième, tu as arrêté de le suivre, et le troisième, après, tu as arrêté de le suivre aussi ?*

M5 : J'ai arrêté de le suivre aussi. » (M5)

3.4 Relation de confiance primordiale

Dans ce contexte de relation médecin/malade qui a tendance à se détériorer. Plusieurs médecins ont mis en avant l'importance d'avoir une bonne relation de confiance avec les patients pour pouvoir apporter des soins de qualité.

Le médecin 4 prônait les bénéfices à avoir une bonne relation de confiance. Il expliquait se sentir beaucoup plus respecté, avec une meilleure adhésion à ses décisions.

« *Et j'arrive à un âge où maintenant, j'ai 57 ans, je vais sur 57, où tu es beaucoup plus respecté que quand t'en as 30. A 30 ans, ces gens-là, ici, ils s'imaginent qu'ils peuvent tout de te dire, tout s'autoriser. A 57, t'as beaucoup plus de bouteille, t'es respecté, parce que moi, je soigne les milliers de personnes dans ce quartier, plusieurs milliers de personnes, donc ils me connaissent, ils me respectent.* » (M4)

« *Ceux qui ne m'aiment pas ne viennent pas me voir, ceux qui viennent me voir me respectent, c'est tout. Alors, quand je leur dis « Non », il y a une bonne raison pour laquelle je leur dis « Non », et donc maintenant, ça passe beaucoup mieux qu'il y a 15 ou 20 ans.* » (M4)

Il expliquait qu'il avait été confronté à une défiance initiale, associée à une agressivité, mais que la confiance s'était installée progressivement, avec une adaptation à sa patientèle au cours du temps.

« *Quand t'arrives, t'es jeune, t'as à peine 30 ans, c'est un peu la loi du plus fort ici, donc c'était compliqué de me faire accepter, et donc des agressions, j'en ai subies beaucoup, beaucoup...* » (M4)

« *Et c'est comme ça que j'ai été accepté dans ce quartier. Maintenant, je te dis, ça fait 26 ans que j'y suis, 26-27 ans. J'ai plus de problèmes en dehors de cas isolés, comme ça, où il y a de temps en temps, quelqu'un qui est un peu éméché, un peu drogué, qui vient emmerder le monde.* » (M4)

« *Après, tu t'adaptes aux gens qui sont en face de toi, et surtout, tu comprends leur discours. Tu comprends toi, si tu vas trop loin dans le discours. Parfois, tu es trop autoritaire, ou trop exigeant par rapport aux patients. Tu t'adaptes énormément.* » (M4)

Il estimait que la relation de confiance était plus aisée avec les personnes âgées, et que le respect pour le médecin s'était un peu estompé avec le temps.

« *Les anciens te respectaient.* » (M4)

« *On a une génération d'écart. Quand j'allais voir le médecin avec mes parents, t'étais propre, endimanché quasiment. "Bonjour Docteur",*

“Au revoir Docteur”, t’attendais ton tour, tu prenais un bouquin et les enfants se taisaient en salle d’attente. »

Les autres médecins insistaient sur le fait que la relation de confiance avec l’entourage des patients était primordiale également, et que la prise en charge devenait beaucoup plus complexe lorsqu’il n’y avait plus un travail conjoint médecin/entourage.

« La difficulté dans cette situation-là, c’était que la patiente, je n’avais rien à lui reprocher, mais c’était l’entourage qui était problématique, et du coup, ça m’avait posé un problème un peu éthique de “est-ce que je continue à suivre cette patiente qui, finalement, ne me pose pas de problème, mais pour laquelle la famille est vraiment problématique ?”. » (M5)

« Mais elle, à la fin, le problème c'est qu'elle commençait presque à avoir 18 ans. Il y a un moment, il y a aussi un abandon de la famille. » (M6)

Le médecin 5 prônait une bonne communication en exprimant ses contraintes, ce qui permettait une meilleure adhésion des patients à sa pratique, et une meilleure tolérance lors des situations qui pourraient amener une tension.

« Les consultations peuvent durer plus ou moins longtemps en fonction des situations, et je remercie la compréhension des patients, s'il y a du retard, que ça peut arriver. Généralement, je suis assez à l'heure, et j'ai pas trop de retard, mais parfois, ça arrive, et les gens sont compréhensifs, de manière générale. » (M5)

Lors d’épisodes de manipulation ou de conflit avec l’entourage, les médecins rapportaient une rupture de cette relation de confiance, ce qui amenait souvent à la nécessité de passer la main à quelqu’un d’autre.

« Et du coup, j’ai fait une lettre en invoquant l’article 47. Voilà, c’est la seule fois où j’ai fait une lettre dans ce sens-là, pour rendre le dossier médical. » (M5)

« Le conseil de l'Ordre m'avait conseillé aussi de bloquer les numéros de téléphone, pour arrêter de recevoir les appels. Et c'est ce qu'on a fait, et puis finalement, ça s'est un peu tassé. J'ai eu après des appels du reste de l'entourage familial, qui me demandait le dossier médical pour transmettre au nouveau médecin. J'ai été en contact avec le nouveau médecin, je lui ai expliqué la situation, et voilà, il a pris la suite, et j'ai plus eu de nouvelle. » (M5)

« Elle comprenait pas que ça cicatrisait pas bien. Enfin, nous on comprenait pas, et en fait c'est parce qu'elle s'injectait de l'encre dans sa plaie. Et bon, il y a un moment, j'ai bien vu que ça allait trop loin, cet acte de mutilation et tout, fait que j'ai dit : "bon bah maintenant stop, ça devient trop compliqué, et puis faut qu'elle ait un suivi maintenant au CHR". Et elle a pas supporté ça. » (M6)

4 Judiciarisation de la médecine

Dans ce contexte de dégradation relationnelle, associée à un manque de soutien législatif des institutions, la plupart des médecins ont mis en avant une judiciarisation de la médecine, qui augmenterait la méfiance des patients, et ajouterait une charge de travail supplémentaire au médecin, ainsi qu'une anxiété perpétuelle dans les prises en charge.

4.1 Le secret médical

Plusieurs médecins ont insisté sur l'importance du secret médical et d'une rigueur irréprochable dans leur pratique pour éviter d'être pris à défaut.

« J'ai une patiente que je soigne maintenant depuis le début, qui m'a avoué un jour, qu'ils étaient quasiment 1000 dans la famille. Donc elle avait eu 8 enfants d'un côté, elle a épousé un mec qui avait déjà 8 gosses, et les familles recomposées, c'est environ 1000 personnes. [...] donc en fait, quand tu parles avec quelqu'un, t'es pas sûr qu'il soit pas de la même famille que machin. » (M4)

« Mais la démarche qualité, je pense que c'est toujours quelque chose qui m'a animé, et qui anime d'ailleurs notre équipe, parce que ça, c'est quelque chose qu'on a transmis à la MSP, d'avoir une démarche qualité, de se dire : “comment on peut mieux faire ?”. Et, mieux faire, c'est, c'est tout faire pour éviter les situations de conflit ultérieur, et la situation, là, de plainte. » (M3)

« Et ça, j'avoue être de plus en plus vigilant à ça, et dire : “voilà, comment faire pour ne pas se mettre dans une situation qui pourrait, soit prêter à confusion, ou soit être mal interprétée, ou soit faire l'objet d'une plainte”. [...] Je trouve que c'est plutôt bien pour les patients, c'est une démarche qualité de se dire : “voilà, comment on peut faire pour avoir une démarche non répréhensible... ou non critiquable ?”. » (M3)

4.2 Dépôt de plainte pour se protéger

Cependant, lors des situations d'agression, les médecins ont rappelé avoir été dans l'obligation de déposer plainte auprès du CDOM pour se protéger, pour anticiper un éventuel dépôt de plainte de la part du patient.

« En fait, j'en ai fait beaucoup des déclarations pour cette entreprise-là, mais parce que vraiment le niveau d'agression il était important. » (M1)

« Ah oui, j'avais fait ça. Ça me revient. J'avais rempli. Ils m'avaient demandé de remplir un formulaire. J'avais rempli un formulaire. » (M2)

« Là, j'avais anticipé en fait ma défense, j'avais fait mes directives anticipées, j'avais fait mon mandat de protection future. Clairement, signaler des incidences, c'est un vrai mandat de protection future pour le médecin. Parce que là, clairement, quand on est arrivé sur cette situation, l'Ordre était déjà informé, et il avait déjà une vision de la chose. Elle signale [...] et en fait 5 jours plus tard, on a la réponse du président de l'Ordre, qui lui dit : “Madame, vous avez tort, et le Docteur [Nom] a raison”. » (M3)

« Je me suis dit : “je vais quand même assurer mes arrières”. Et donc j'ai fait un signalement à l'Ordre, d'un incident d'agression, qui a été pris en compte, qui a été enregistré. » (M3)

« C'étaient des faux certificats d'arrêt de travail, que j'ai reçu de la Caisse d'assurance maladie, pour lesquels, pareil, j'ai été déposer plainte à 2 reprises, et pour lesquels j'avais fait aussi un signalement auprès de l'Ordre. » (M5)

« Donc une manière de bien me défendre, c'était aussi de monter un dossier de harcèlement contre moi, pour avoir un peu plus de poids. » (M6)

Ils ont été systématiquement conseillés par le CDOM de déposer plainte au niveau judiciaire, pour entamer des démarches en justice et être reconnu juridiquement comme victime, ou à défaut de déposer une plainte, au moins déposer une main courante.

« Parce moi, j'ai fait triple déclaration : j'ai prévenu l'inspection du travail qu'il y avait de l'ingérence, et qu'il y avait surtout une incapacité de travailler dans de bonnes conditions et une pression de la part tripartite : direction, syndicats, salariés, Sur mon exercice professionnel, que ce n'était pas possible. Donc je les ai prévenus. J'ai prévenu le Conseil de l'Ordre et j'ai porté plainte. » (M1)

« Par contre, moi, j'ai porté plainte contre eux. Enfin, contre la sœur en particulier, celle qui m'a frappé, pour coups, violence physique, et menaces de mort. Parce qu'elle a réitéré, en plus, elle l'a répété qu'elle voulait que je meure. » (M2)

« Donc là on a su démasquer qui nous embêtait depuis quelques temps. J'ai pu déposer plainte. Là, à partir du moment où j'avais un nom, les gendarmes ont pris les choses plus sérieusement. Ils ont mené l'enquête et puis il y a eu une plainte, il y a eu une sanction pour en fait, répétition d'appels malveillants. Et c'est la seule sanction qu'il y a eu. » (M3)

« Et elle est partie d'elle-même, et en gros, j'ai décidé de porter plainte suite à ça. » (M5)

« Et à côté de ça, j'ai porté plainte, en plus, au pénal, pour harcèlement. Et l'idée de ma plainte, au pénal, c'était aussi pour donner des arguments pour me défendre, parce que c'est moi, par contre, qui ai été attaqué au Conseil de l'Ordre. » (M6)

Malgré l'agression, il s'était quand même posé la question, pour le médecin 5, de savoir quelles informations pouvaient être transmises à la justice, pour se défendre tout en respectant le secret médical.

« Et il y a toujours aussi, en fond quand même, la question du secret médical : "qu'est-ce qu'on a le droit de faire, qu'est-ce qu'on a le droit de dire de ce qui s'est passé ?" Ça, ça a été une vraie question que j'ai abordée avec les conseillers ordinaux, c'est : "comme ça s'est passé dans le cabinet pendant une consultation, sur le dépôt de plainte, qu'est-ce que j'ai le droit de dire ? Est-ce que j'ai le droit de donner l'identité, etc. ? Est-ce que c'est une plainte contre X ?" » (M5)

4.3 Choc lors de la réception d'une plainte

Plusieurs médecins ont reçu une plainte de la part des patients, qui a été déposée soit en justice, soit directement auprès du CDOM.

« Alors conclusion, conclusion, là à ce moment-là, il se passe plus rien. Sauf qu'en fait, sur l'année qui s'est écoulée, et bien en fait, elle a reporté plainte, contre moi au Conseil de l'Ordre. Deux fois où elle porte plainte, finalement, elle annule. Et puis une dernière fois où elle porte plainte et elle n'annule pas. » (M6)

« Il est démasqué, il monte en puissance, il vient devant le cabinet, et cette fois-ci, il dépose plainte à l'Ordre des médecins. Il dépose plainte à l'Ordre, donc une plainte qui est déposée à l'Ordre, c'est une plainte qui doit être instruite. C'est une plainte à l'époque qui fait 8 pages, 8 pages où il écrit... Les propos sont délirants. » (M3)

« Je n'ai pas encore les nouvelles, mais ils ont porté plainte contre moi. Ils ont demandé une autopsie et le corps a été autopsié. » (M2)

De plus, le médecin 2 a été menacé de diffamation auprès des médias, avec une tentative d'intimidation, ce qui peut être une cause de stress supplémentaire.

« Puis après, elle nous a dit, parce que j'étais aussi avec mon collègue, qui a essayé d'apaiser les choses, il y a le chef de service qui est monté, et elle nous a dit qu'elle allait nous faire la pire des réputations, qu'elle allait prévenir le Conseil de l'Ordre, que c'était une honte qu'on puisse être médecin, qu'on tuait les gens... En criant dans tout le service, et c'est un service de 12 lits, où les autres familles, elles étaient là, parce que c'était l'après-midi, il y a des visites, où les gens sortent du couloir pour voir ce qui se passe tellement c'est violent, tellement ça crie. » (M2)

Certains médecins ont exprimé avoir été déboussolés et très choqués, lors de la réception de la plainte, notamment car la situation avait pris des proportions exacerbées, alors qu'ils avaient essayé d'être aidants au départ.

« Et après, ils ont porté plainte pour... Alors, j'ai su qu'elles ont pris un avocat. Ils ont porté plainte contre moi pour... meurtre je pense, ou assassinat. Enfin assassinat, c'est avec prémeditation. » (M2)

« L'Ordre des médecins me téléphone en me disant : « Docteur [Nom], nous avons une plainte à votre encontre ». Je vous jure que cet appel-là, quand vous avez l'Ordre des Médecins qui vous dit "nous avons une plainte à votre encontre", vous avez l'impression que le monde s'effondre. » (M3)

« Et là pour le coup, si on parle de harcèlement de... Pour les médecins, c'est hyper dur, c'est hyper dur en terme de charge mentale, psychologiquement, d'être attaqué au Conseil de l'ordre. » (M6)

À la suite de ces plaintes, les médecins ont précisé ressentir une anxiété face aux potentielles proportions de la plainte, avec un sentiment de menace judiciaire permanente.

« Ce qu'elle a dit aussi : « Je vais prévenir les médias, et cetera ». Je me dis, mais elle appelle des médias qui n'y connaissent rien à la

médecine. « J'ai ma sœur, elle est décédée, elle avait 57 ans, elle avait fait une infection pulmonaire. On a refusé de l'intuber parce qu'elle avait une sclérose en plaques ». Il y a peut-être un média qui pourrait un peu écouter ce qu'elle a à dire, et elle était tellement hors d'elle, qu'on peut imaginer que c'est légitime... » (M2)

« J'ai énormément peur du retour des patients. J'ai peur parfois de si je dépose plainte contre un patient, est-ce que ça peut pas, aussi, amorcer des démarches de sa part contre moi. Si moi je porte plainte, est-ce lui aussi va porter plainte, alors qu'il y avait pas forcément pensé. Et en fait, j'ai énormément peur de... Je déteste le conflit, et j'ai peur de ça. » (M5)

« En termes de charge mentale, c'est vachement dur. Et donc le fait que les patients puissent porter plainte aussi facilement que ça, au Conseil de l'Ordre, et bien je pense que ça nuit énormément à l'état psychologique des médecins. »

Un des médecins estimait que le dépôt de plainte contre les médecins était trop facile pour les patients, et que cela entretenait ce sentiment de menace judiciaire. Il précisait que l'apport de preuve d'une bonne déontologie pouvait souvent être complexe.

« Là il y a un moment, il y a un moment, je trouve que c'est trop facile, là vraiment d'accepter la même plainte, alors qu'il y a une conciliation, qui n'a pas été signée, mais qu'il y a eu des aveux quoi. »

« Vous voulez harcelez un médecin ? Bah le meilleur moyen d'harceler le médecin, c'est de porter plainte. De toute façon, on va pas vous dire "non", et puis alors là vous allez bien l'enquiquiner là. Vous voulez enquiquiner le médecin là, vous voulez lui gâcher sa vie. C'est facile, c'est gratuit. »

« Alors que c'est plus facile, je pense, d'inventer sur le motif : "c'est un mauvais médecin, il a pas été déontologique". Ah oui ça va vite. Enfin, ça va vite et la charge de la preuve, c'est pas évident. »

« Et moi, j'en suis pas à noter tout ce que je fais, et filmer tout ce que je fais quoi vous voyez ? Ben oui, mais c'est ça le problème. C'est

quand il y a un problème, en fait, qu'on se rend compte que c'est compliqué, c'est vachement dur, c'est pas évident. »

Le médecin 3 insistait comme solution sur l'importance des notes prises en consultation.

« Elle prétend que quand elle est venue, elle m'a dit qu'elle avait des douleurs, elle m'a dit qu'elle avait des tendinites. Et elle me reproche, elle me dit : "Ouais, mais de toute façon vous avez banalisé ça, vous avez mis tout ça sur le plan psychologique". Bon, ça, ça a été vite balayé, parce que j'ai repris les lectures de la consultation, je dis : "vous savez madame, en consultation, j'écris tout, tout ce qui est dit, je l'écris. Et votre boulot, vos papiers, votre maison, votre divorce, votre machin, votre remplaçante, la sécu, votre Urssaf. Ça fait pas très tendinite, tout ça hein ?" [...] Donc voilà, dans la modification des pratiques. » (M3)

Une autre solution qu'il prônait était l'importance de faire appel aux assistances existantes, notamment pour organiser sa défense à la suite de la plainte reçue.

« Exclure un patient de sa patientèle, ça fait partie... parce que là, la dame, c'est ce qui va lui arriver. Mais en fait la procédure, même si elle est claire, au plan de l'Ordre, j'ai intérêt de la faire proprement, d'un point de vue légal, parce qu'elle pourrait à nouveau, elle, se retourner contre moi, et donc là, actuellement, je suis en démarche pour prendre une assistance juridique, pour faire les choses carrées, pour la virer. [...] Et donc c'est là où il faut, juste tout le temps s'entourer des aides qui existent. On a des assistances, on a des protections juridiques, il faut s'en servir. » (M3)

5 Attentes des médecins victimes d'agression

5.1 Amélioration des recours judiciaires

Face à cette judiciarisation de la médecine, et le risque croissant d'agression des médecins, certains médecins ont souligné l'amélioration récente des recours judiciaires. Il semble cependant nécessaire qu'il y ait encore de nouvelles modifications législatives en faveur des médecins.

5.1.1 Amélioration récente des recours judiciaires

Plusieurs médecins ont mis en avant une satisfaction, avec une facilitation récente de l'accès au dépôt de plainte.

« Mais bon, la dernière fois que j'ai déposé plainte, le mec m'a pris tout de suite, m'a pris au bout de 10 minutes d'attente : « Docteur, vous pouvez venir avec moi ? ». Tu passes dans les bureaux, tranquille, t'es pas mélangé avec tout le monde, et là, c'était royal. Mais à chaque fois que j'ai déposé plainte, c'est la première fois qu'on me prenait comme ça en priorité. La première fois. » (M4)

« Le mec, les gars, ont été adorables. Mais ce qui est sûr, c'est que moi, on m'avait dit que normalement, il y avait un officier qui était dédié aux médecins. » (M4)

« Moi : Et au niveau police, tout ça, quand tu les avais appelés, tu avais porté plainte au niveau du commissariat ?

M5 : Ouais.

Moi : Et au niveau de l'accueil, ça s'était bien passé ?

M5 : Ouais, ils comprenaient. » (M5)

En parallèle de l'accès au dépôt de plainte, le médecin 4 notait une véritable amélioration de la réactivité de la Police, ce qui apportait une sérénité face aux éventuelles agressions.

« Alors maintenant, j'ai le directeur de la Police municipale qui m'a donné son numéro en direct, qui me permet d'appeler tout de suite. Et j'ai eu un début d'agression, c'était il y a peut-être 3-4 mois, et

effectivement, ils sont arrivés tout de suite. Dans les 10 minutes, ils étaient là, la Municipale, 10 minutes ils étaient là. » (M4)

« M4 : Alors, hors du fait que j'ai dû faire sortir ce brave monsieur, j'en ai ressorti un il y a pas longtemps aussi. Mais lui, je l'ai sorti, et la Police municipale est arrivée tout de suite. Dans les 5 minutes, ils étaient là. Oh je dis : « Purée », j'étais en train de le sortir, et je vois arriver la Police municipale.

Moi : C'est quand tu avais appelé ?

M4 : Ouais, j'ai appelé ici le numéro direct, et ils sont arrivés tout de suite. » (M4)

5.1.2 Modifications législatives nécessaires

Cependant, il y a encore des améliorations à apporter au système judiciaire. Le médecin 4 rapportait qu'il a souvent été confronté à des difficultés lors des dépôts de plainte.

« Il faut imaginer que t'as pas le temps d'aller déposer plainte. T'as pas le temps. Et t'as des cons qui te disent : "Ah bon, bah y'a pas de passe-droit ici, vous attendez votre tour comme tout le". Et t'attends 3h pour un dépôt de plainte. Au bout de 20 minutes, t'es parti, et tu vas pas déposer plainte. » (M4)

« Ça dépend du type de cas. Toutes les plaintes ne sont pas sur RDV. Alors je ne sais plus lesquelles exactement, mais je demande si c'est quand tu connais ou quand tu connais pas. Si c'est un discernement aussi volage, je sais plus ce que c'est. » (M4)

De plus, les médecins ont rapporté des expériences parfois assez pénibles avec les policiers, ou parfois étonnamment satisfaisantes, car leur réaction peut être assez variable.

« Pour l'histoire des faux certificats, ils comprenaient pas pourquoi c'était problématique, mais en discutant avec eux, ils ont compris que c'était très problématique. Et puis après, les agressions, ça dépend de la personne en face. » (M5)

« Ils en voient beaucoup, il n'y a pas d'agression physique. Pour eux, en tout cas, l'impression que j'ai eue, c'était un dossier de plus à traiter quoi. » (M5)

« Le conseil de l'Ordre m'avait dit : "normalement, vous êtes reçu par un officier". Tu te pointes au commissariat central : "Ouais, c'est pour quoi?", "Dr [Nom], j'aimerai voir un officier", "pourquoi?", "j'aimerai déposer plainte, j'ai été agressé", "Vous attendez votre tour comme tout le monde monsieur". » (M4)

« Mais ça va pas plus loin, on reste sur des propos diffamatoires, et donc les gendarmes prennent ça à la légère. À la légère, en fait, ils sous-estiment peut-être tout ce qu'il peut y avoir derrière. » (M3)

« T'as des mecs qui sont supers, t'as des mecs qui parfois te disent : "Docteur, venez avec moi", ils te font passer en priorité, là, ça dure l'heure pour déposer plainte. » (M4)

Le médecin 6 estimait que les médecins ne sont pas assez soutenus juridiquement et qu'il faudrait qu'il y ait des modifications législatives en faveur des médecins.

« Ça serait plutôt une loi qui soit par rapport à ça. Oui, je pense que ce serait ça le plus important. En tout cas moi, c'est là-dessus, où j'ai eu l'impression que ça, que le système était défaillant. » (M6)

« Il y a des choses, on sent que c'est dans la loi. Et changer une loi, mon Dieu... ». (M6)

Et face à la durée de la justice et le sentiment de vulnérabilité, le médecin 4 imaginait un système où il y aurait la possibilité de sanctions immédiates pour protéger les médecins.

« Il faudrait presque avoir le pouvoir, pas de sanctionner, mais un pouvoir où les gens, il faut leur répéter "Vous n'avez pas à toucher à un médecin" ou "Vous n'avez pas le droit de toucher à un médecin", voilà. "Si vous touchez à un médecin, vous avez automatiquement une garde à

vue, et automatiquement, vous serez mis en garde à vue, et automatiquement, vous serez condamné". » (M4)

« Un système où le procureur peut dire : "Vous avez agressé un médecin, hop c'est immédiat : comparution immédiate". C'est ce qu'on appelle la comparution immédiate. Tu pars en garde à vue : "Vous avez agressé un médecin : comparution immédiate. Vous avez pris 6 mois de prison avec sursis, bracelet électronique, 6 mois". "Vous êtes multirécidiviste, vous prenez 2 ans de prison ferme", et vous êtes tout de suite punissable. » (M3)

5.2 Éducation de la population

Certains médecins ont estimé que la dégradation de la relation médecin/malade était liée, en partie, à la perte du respect envers le médecin. Conjointement à une amélioration des recours judiciaires, certains médecins estimaient qu'il serait nécessaire de valoriser la sécurité du médecin en véhiculant des messages sur les devoirs des patients et les risques encourus en cas d'agression.

Plusieurs médecins ont mis en avant une modification progressive de la mentalité des patients envers les médecins, avec un recours à la violence qui a tendance à se normaliser alors qu'elle devrait être inadmissible.

« Enfin des médecins qui se font agresser, on en trouve maintenant facilement. Mais il y a 30 ans, ça devait être beaucoup plus rare. Puis, il y a 30 ans, le médecin il n'avait peut-être pas aussi... » (M2)

« Tu peux pas faire l'éducation d'une France. Ce qui se passe, ici dans mon quartier, c'est une France qui s'est dégradée sur les 20-30 dernières années, une France d'assistés, à qui on a tout donné, donc ils comprennent pas que tu leur dises « Non ». Ils comprennent pas. » (M4)

« C'est quand même dingue, ça devrait être un sanctuaire, un cabinet médical, un hôpital. » (M2)

« Là, de s'en prendre physiquement et de menacer de mort, ça c'est incompréhensible, quelles que soient les circonstances. » (M4)

« Et puis, honnêtement j'ai pas porté plainte pour recevoir de l'argent, mais au moins, qu'on reconnaisse que cette situation était une situation inacceptable. » (M2)

De plus, certains médecins insistaient sur le respect encore plus limité envers les professionnels de santé non-médecins.

« Je le vois, des fois, avec les infirmières dans le service qui viennent me dire : "Telle famille, odieuse", ou "tel patient est hyper exigeant, hyper agressif". Sans que ça tombe sous le coup de la loi. Parce qu'il y a juste des gens qui sont odieux, point barre. Mais on a le droit d'être odieux, mais nous, on va les voir et tout de suite ils sont beaucoup plus... Donc on a encore une petite marge de manœuvre, mais oui, je pense que dans la société... » (M2)

« Tu peux pas éduquer une France entière. [...] On a changé de mentalité. C'est la politique qui a fait ça, et nous, on est... Tu vois, y'a eu l'école... Moi, je nous compare un peu aux instituteurs. C'est-à-dire que les instituteurs se sont fait massacrer par leur hiérarchie. Maintenant, t'as des gamins qui frappent les instituteurs. Les infirmières, maintenant... Ils ont plus aucun respect pour les infirmiers. Ils appellent ça « les piqueurs » ou « les piqueuses ». Il n'y a plus du tout de respect pour les infirmiers. » (M4)

La médecin 1 estimait nécessaire que des choses soient mises en place, pour que les patients soient informés de manière évidente des risques en cas d'agression, et ainsi prévenir un maximum les agressions envers les médecins.

« Mais malgré tout, ça pourrait peut-être être dissuasif si le commun des mortels savait ce qu'ils risquent en cas d'agression d'un professionnel de santé. » (M1)

« Ils ne le savent pas, mais je pense qu'effectivement, ce qui pourrait être dissuasif, c'est que l'opinion publique... Bon alors, sache que c'est interdit, ça, je pense qu'ils le savent. Mais sache surtout que un médecin ou un professionnel de santé a aussi le droit d'aller porter plainte

et que le risque de peine encourue, c'est comme pour tout le monde, voire c'est aggravé. » (M1)

« Après moi je sais, je l'ai déjà vu dans le cabinet médical de mon médecin traitant, elle le note, y'a un encart : "Le risque d'emprisonnement, attention, on n'a pas le droit d'agresser", donc il y a quand même une forme de dissuasion, mais je pense que pour les patients, ça ne suffit pas. » (M1)

Elle précisait cependant qu'il fallait rendre les informations transmises plus claires, ou plus percutantes, pour éviter qu'elles ne se fondent dans la masse d'informations affichées ou expliquées.

« On en a plein d'affichage, ils lisent plus, y a trop d'affichage même quand on essaye de rationaliser l'affichage. Elle (sa médecin traitant), pour le coup, il n'y a que ça qui est affiché, donc je sais pas si ça veut dire quelque chose mais il n'y a plus que ça qui est affiché dans la salle d'attente. Mais après les spots, faut voir comment c'est mis en place par les pouvoirs publics. » (M1)

Le médecin 2 estimait qu'il était nécessaire d'insister sur le respect envers les professions médicales, et qu'il fallait sensibiliser les patients à différencier le sentiment d'urgence ressenti et l'urgence médicale vitale.

« Apprendre le respect, apprendre à patienter. Les gens, parfois, confondent l'urgence et quand ils sont pressés. En fait, que leur problème soit vite réglé. Mais ce n'est pas forcément une urgence en soi. » (M2)

Le médecin 4 a été beaucoup plus loin, et a estimé que le problème était beaucoup plus global, qu'il nécessitait des modifications drastiques pour réintroduire le respect dans la société, quitte à les exposer de manière exubérante.

« On respecte plus la police, on respecte plus la gendarmerie, on respecte plus le curé, on respecte plus le médecin, l'infirmière, donc en fait, tout ça, c'est une question qui est tellement globale. Qu'est-ce qu'il

faut pour changer ? Bah moi je dirais revenir sur un système totalitaire, tu vois ? » (M4)

« Donc il faut changer cette société. Il faut reprendre tout depuis la base : redonner du pouvoir à l'instituteur, au professeur, à l'école et tout ; redonner du pouvoir au policier, au gendarme, au médecin, au curé, je te dirais presque au curé. Avant, il y avait le curé au milieu du village.

On le respectait : "Bonjour Monsieur le Curé". Aujourd'hui, on brûle les églises, on leur crache dessus hein. On a l'évolution de société qui est comme ça. » (M4)

Il a extrapolé le respect envers le médecin avec les valeurs de la société et la valeur du travail, qu'il estime devenue absente, et qu'il faudrait réintroduire dans la société, quitte à être drastique, ce qui montre l'intensité de son désarroi.

« Mais grosso modo, il faudrait presque revenir à un système totalitaire pour remettre ça, tu vois. 5 ans, remettre un peu l'église au milieu du village, remettre l'armée pour redonner des vraies valeurs aux gens, aux jeunes qui sont là, arrêter les réseaux sociaux, leur donner des vraies valeurs éducatives, pénaliser les parents, couper les allocations familiales lorsqu'on fait des conneries et qu'on est multi-multi récidiviste, arrêter ce RSA. » (M4)

« Remettre les gens au boulot, et leur donner des vraies valeurs. Mais arrêter de les faire vivre d'allocations et leur donner un vrai salaire. » (M4)

« Donc on a fait une France d'assistés, en tous cas, un quartier d'assistés, et on se rend compte que la mentalité a fort fort évolué. Avant, on allait au travail, maintenant, on n'y va plus. Et les gens... Tu peux pas dire « Non » à quelqu'un. Tu négocies tout le temps, tu négocies. » (M4)

5.3 Ambivalence concernant la sanction judiciaire

Les réactions des différents médecins face aux verdicts judiciaires dont ils ont fait l'objet montrait une ambivalence concernant la sanction judiciaire, avec parfois un soulagement, parfois un sentiment d'injustice.

Le médecin 6 a été pleinement soulagé par le verdict judiciaire, lui donnant raison d'avoir porté plainte malgré les doutes sur la marche à suivre.

« Au final, j'ai été parfaitement entendu au Conseil départemental, et j'ai même eu gain de cause au tribunal. » (M6)

« Mais mon but c'était plutôt pour me défendre, vous comprenez ? Moi ce que je voulais, c'était avoir la paix quoi. Et effectivement, au final, j'ai été parfaitement entendu. Et limite, je crois qu'elle me doit même de l'argent qu'elle m'a jamais payé, mais elle a été condamnée même, à une amende. Et au pénal également. » (M6)

« Moi : Maintenant ça vous arrive encore d'y repenser, est-ce que ça vous... ?

M6 : Pff Oui. Oui, je me dirais que c'est toujours possible. Mais je pense que là, je pense que là, je l'ai bien calmé en fait. » (M6)

Le médecin 3 n'a pas été satisfait par le verdict judiciaire. Il estimait qu'il avait bien été reconnu comme victime, mais qu'il était effectivement difficile de reconnaître un préjudice qui se base sur la temporalité, et c'est donc l'insatisfaction qui prédominait. Il estimait avec frustration que son préjudice n'avait pas été compensé.

« Aujourd'hui, vis-à-vis de cette situation-là, c'est une situation qui a été marquante, traumatisante, sauf qu'elle est maintenant claire pour tout le monde. Et je me mets à la place des gens qui doivent, qui doivent juger, ou qui doivent instruire un dossier. Eux n'ont pas le vécu. Le vécu, ils ne vont l'avoir que par l'instruction. Donc ça sert aussi d'expérience, et de compréhension de cette temporalité. » (M3)

« On se prend une agression qui est terrible en termes de volume psychologique, et en termes de temporalité, c'est énorme, et il y a aucune indemnité à l'issue. Il aurait dû y avoir une indemnité. Alors peut-être que si je m'étais porté partie civile, mais j'en sais rien puisque je ne connais pas le mécanisme de la justice. Peut-être qu'il aurait pu y avoir un préjudice. Donc voilà, se sentir agressé de cette façon-là, en temps, en espace, et sans réparation à l'issue, c'est assez terrible. » (M3)

Les médecins 3 et 4 exprimaient un sentiment d'injustice, qui perdurait encore plusieurs années après, avec un sentiment d'inefficacité de l'application des peines, même lorsque cela ne les concernait pas directement

« Et donc ce patient a été interpellé, était en garde à vue. Il est passé au tribunal. Et schizophrène : non responsable de ses actes. Et ça, c'est aussi assez terrible, c'est qu'il est tenu non responsable de ses actes. »
(M3)

« Je l'ai revu dans la rue. Il m'a dit "Bonjour" la semaine dernière. [...]. Alors, il a pris 1 an et demi de prison, parce qu'il avait agressé un flic entre temps. Il était sous le coup d'un sursis, et il a pris 1 an et demi de prison, 5 ans d'interdiction d'approcher mon cabinet. Mais il allait chercher sa drogue chez mon associé quand même. Mon associé était au courant, mais il le faisait quand même rentrer. Donc tu vois, c'est un peu limite quoi. » (M4)

*« Moi : Si tous les médecins s'en vont, ils ont rien gagné...
M4 : Ils ont rien gagné. T'es un médecin, t'es là pour eux. Mais pourquoi est-ce qu'ils mettent le feu aux camions de pompiers ? Pourquoi ils agressent les pompiers ? C'est incompréhensible ce qui se passe dans cette société. Mais pourquoi ils le font ? Parce qu'ils sont pas punis derrière, parce qu'ils peuvent recommencer. »* (M4)

« Qu'est-ce que tu veux répondre à ça ? Qu'est-ce que tu veux répondre ? Le mec est lucide qu'il vend de la drogue, que c'est illégal. Mais de toute façon, on l'attrape 3, 4, 5, 6 fois, il est pas punis. Si tu punis la famille, si tu punis les biens, si tu piques les bagnoles, les SCI, ils sont suffisamment malins pour mettre les SCI au nom des frères et sœurs. Donc le mec, si tu l'arrêtes, qu'est-ce que tu veux qu'il fasse ? Il en a rien à f..... » (M4)

5.4 Ambivalence concernant le CDOM

Pour respecter un maximum l'anonymat d'un des médecins interrogés, à sa demande, les citations ont été utilisées, sans préciser de quel entretien elles proviennent, et les éléments pouvant l'identifier ont été supprimées de l'entretien.

Plusieurs médecins ont été initialement satisfaits des conseils proposés par le CDOM, ainsi que le suivi initial, comme cela a également été précisé dans la partie sur le soutien aux victimes.

« J'avais contacté le conseil de l'Ordre pour savoir ce qu'il convenait de faire, et le conseiller ordinal que j'avais eu m'avait dit de temporiser entre guillemets, et que si jamais ça s'envenimait, de contacter la police, ce que j'ai finalement pas fait. »

« Le Conseil de l'Ordre, ça avait permis surtout de désamorcer un peu la situation et puis toutes les questions qui se posaient. Finalement, ça avait permis de conforter les choix que j'avais faits, et puis voilà. Grossso modo, c'était ça, de la réassurance, beaucoup. »

« Je pense que l'Ordre des Médecins, par exemple, a modifié sa façon de gérer les incidents. [...] Et je pense que l'Ordre a aussi conscience de l'impact que ça peut avoir. Et donc dans la gestion, j'ai l'impression que les choses sont mieux gérées. »

Certains médecins étaient satisfaits du suivi proposé par le CDOM, avec un sentiment rassurant de disponibilité.

« Ils m'avaient quand même recontactée plusieurs fois, pour savoir un petit peu où ça en était ma plainte. Et puis moi, entre-temps, j'avais dû les contacter parce que j'avais eu d'autres cas d'agression dans cette entreprise. Et puis, j'avais décidé de partir. Mais oui, Madame [...], je l'avais eu au téléphone plusieurs fois. »

« Et c'est comme ça, le fait d'avoir été aidé par l'institution ici, l'hôpital et le Conseil de l'Ordre, ça m'a bien aidé à tourner la page. »

Cependant, d'autres médecins ont exprimé un sentiment de frustration avec un manque de suivi à distance, et un retour du sentiment d'isolement.

« J'ai pas eu de mail pour me demander à posteriori comment ça s'était finalement déroulé. J'ai pas eu de retour, il y a pas eu de suite. Donc si j'attends quelque chose, ce serait plutôt ça, même un mail type, mais quelques jours, quelques semaines après, pour dire finalement : "est-

ce que... ”, “ça a été pris en compte et comment s'est finalement passée la situation ? Et que si besoin, voilà, contacter tel numéro, faites ci, faites ça”. »

« Si je vis une situation plus délicate là aujourd’hui, je vais faire une fiche de signalement, je vais recevoir le mail en disant : “Voilà, merci de mettre une affiche dans la salle d'attente, dépôt de plainte sur ce site internet” et point. Et en fait, je trouve que la réponse, elle est un peu stéréotypée, et pas forcément hyper adaptée aux situations, et c'est vrai que parfois, avoir un petit retour d'expérience d'autres médecins sur la situation, sans forcément en parler aux collègues, ça peut être intéressant. »

« Quand on parle de harcèlement médical, et que en fait, on voit que, bah finalement, on n'est pas soutenu par le corps médical, bah ça aide pas. Ça n'aide pas. »

Les médecins estimaient qu'il y a des bénéfices à proposer une réunion de conciliation, pour permettre de mieux comprendre la situation, les points de vue de chaque parti, et trouver éventuellement une solution à l'amiable.

« Et [le patient] m'a attaqué pour mauvaise pratique de la médecine. Donc en fait, on a eu une réunion de conciliation. Et à la réunion de conciliation, on a réussi à lui faire cracher le morceau. »

« Tout est privé et sous le secret complet et médical. Donc on peut diffuser des informations. Il y a le représentant de l'Ordre [...] le plaignant [...] le médecin, et puis on va essayer de trouver une conciliation [...]. Y a cette conciliation. Soit, à l'issue de la réunion, il y a une conciliation et puis on en reste là, mais l'Ordre peut aussi décider que, peut-être, il y a eu une faute de la part du médecin, et qu'il y a une sanction, ou on estime que la plainte, il n'y avait pas lieu, tout le monde repart chez soi, et tout le monde a compris et ne se dispute plus. »

« Je suis tout à fait prêt à repartir là-bas pour une conciliation, et surtout quand on sait que, dans cette conciliation, [le patient] viendra. Et que ça va être clôturé, parce que le médecin qui, lui sera présent, qui est

dans le secret, dans cette bulle secrète de la conciliation, va forcément me donner raison, j'en suis sûr et certain. »

Cependant, les réunions de conciliation ont des failles, et certains médecins ont exprimé une certaine perte de confiance dans la valeur et l'utilité de la réunion de conciliation.

« Mais [le patient] l'a avoué, quand même. Sauf que, à la fin, [...], ils n'ont pas voulu signer la feuille de conciliation. Il y a eu une réunion de conciliation pendant 1 h, il y avait quand même pas mal de témoins. Moi, j'avais même un avocat, les médecins du Conseil de l'Ordre et tout quoi. Il y a quand même... Une heure... A la fin, ils sont partis sans signer les papiers, ils ont dit : “on part !”, voilà. Conclusion, c'est caduc. »

« Mais si une des parties ne vient pas, il n'y a pas conciliation. Dans ce cas-là, le départemental se dessaisit du dossier. C'est une plainte. Donc il se dessaisit du dossier, et il transmet au Conseil régional qui est une chambre disciplinaire. Et donc, évidemment, dans la réunion de conciliation, [le patient] n'est pas venu. »

La perte de confiance a été telle qu'un des médecins a même refusé une réunion de conciliation pour une plainte ultérieure.

« Finalement, à cette plainte-là, c'est moi qui ai refusé la conciliation. Et on a dit que ça se passerait directement effectivement, à la Cour Régionale. »

Un des médecins exprimait une perte de confiance dans le fonctionnement du CDOM, et l'impression qu'ils manquaient de liberté et de possibilité d'esprit critique lors de la réception des plaintes. Ceci réduisait considérablement leur marge de manœuvre et donc le soutien proposé à certains médecins.

« On a l'impression que c'est un organisme qui est contre nous. Et ça, je peux vous le dire, c'est un ressenti profond d'une grande partie du corps médical. »

« Mais je pense que ça, ce caractère automatique, je le trouve trop fort. Mais, je veux dire, dans mon cas particulier, où il y a quand même une conciliation, où il y a eu des médecins sur place. Bon, il y a un moment quand on voit que [le patient] qui recommence, on a le droit de pas accepter la plainte. »

« Enfin je trouve qu'il devrait y avoir des réserves sur l'acceptation des plaintes, dès le départ. Je trouve que, c'est pas parce que, entre guillemets, on s'est dit que le Conseil de l'Ordre doit accepter les plaintes. Bon Ben, je pense que ça doit être dans une certaine limite quoi. Enfin, ça mérite quand même de regarder ce qu'il en est quoi. Parce que c'est facile. »

Cependant, les médecins n'avaient aucun doute sur les intentions des médecins qui travaillent au CDOM, et estimaient que c'était le système qui était défaillant.

« Dans l'envie de chaque membre, de chaque médecin du Conseil de l'Ordre, à la base, c'est de faire l'inverse. Mais dans les faits, dans le système, c'est plutôt l'inverse. »

Finalement, certains médecins étaient sceptiques face à l'impact du signalement, estimaient que la fiche de signalement pouvait être trop succincte, qu'ils ne pouvaient pas expliquer véritablement ce qu'il s'était produit.

« En fait, la déclaration finalement, a posteriori, j'avais plus l'impression que c'était pour remplir des statistiques, que pour apporter un vrai soutien. »

« Et sur la fiche de signalement, qui est juste à visée statistique, on peut pas décrire précisément ce qu'il s'est passé. C'est un peu objectif. Il y a des gens pour qui une agression verbale, ça va être minime, alors que pour d'autres personnes, ça va être traumatisant. Et en fait, sur la fiche, ça va être transmis de la même façon. »

« Qu'il y ait un encart confidentiel pour décrire brièvement ce qu'il s'est passé, et en fonction de certaines situations, voilà, quelqu'un peut rappeler ou demander d'autres précisions. »

Un des médecins aurait été rassuré et estimait qu'il serait judicieux de réaliser un guide pratique en cas d'agression.

« Parfois, avoir un, comment dire, de la part du Conseil de l'Ordre peut-être, un fléchage un peu plus concret sur ce qui va se passer à partir du moment où il y a la déclaration »

« Des fiches plus fléchées sur les situations. Je sais pas, les situations les plus couramment rencontrées dans les cabinets médicaux. Qu'est-ce qu'on peut faire ? Quel numéro contacter ? Finalement, les numéros de téléphone, on les cherche toujours un peu sur internet, il n'y a jamais vraiment de... de parcours fléché facilement accessible. » (M5)

5.5 Inquiet pour la médecine future

Face à cette dégradation de la relation médecin/malade, plusieurs médecins ont exprimé leur inquiétude concernant l'évolution de la médecine et les futures générations. Il semblait important qu'il y ait plus de transmission de connaissances sur les stratégies de prévention et les conduites à tenir envers les jeunes médecins.

La médecin 1 se désolait du manque de moyens investis dans le système de santé, tout comme le médecin 2, qui s'indignait de sa destruction progressive et de sa survie dû aux professionnels de santé, qui se sentaient abandonnés par l'État.

« Quand j'étais interne au CHR, quand on voyait des externes, on leur déroulait le tapis rouge, on leur montrait tout, tous les avantages de la [...]. On essayait de leur vendre notre [...], parce que sinon, c'est que sur le principe du volontariat, y a aucune obligation de venir en [...] pendant l'externat. Donc, nous c'est une profession qui est un peu en péril quand même. » (M1)

« Je suis surpris de voir que, par exemple, l'hôpital, on parle en permanence depuis 20 ans qu'on ferme des lits. Et nous ici, à l'hôpital,

parfois, les gens attendent des heures en bas pour qu'il y ait un lit qui se libère. » (M2)

« C'est vrai que le service public fonctionne quand même bien, mais à quel prix ? Au prix des soignants je pense. Sincèrement je pense que c'est ça. Ceux qui veulent bien encore tenir le paquebot. » (M2)

Ils estimaient que cette destruction progressive était liée à une recherche de rentabilité, et que cette rentabilité engendrait la disparition de certains services médicaux utiles et qualitatifs, mais moins rentables.

« C'est bien de rationaliser le nombre de médecins, mais ce n'est pas comme ça qu'on marche. De toute façon, on le voit bien que nous, au niveau qualité de service, ça se dégrade et ça se dégradera encore. Nous, on va avoir un pic de départ en retraite. » (M1)

« Sauf que nous, on voit plus de monde, mais du coup c'est beaucoup moins qualitatif. » (M1)

L'avis des médecins sur la baisse démographique médicale était ambivalent. D'une part, certains médecins ont exprimé une inquiétude concernant la bonne prise en charge des patients, ainsi que la surcharge de travail.

« En [...], on a un médecin qui meurt, on a un autre qui dit : « je prends ma retraite », on a son associé, qui a 10 ans de moins, qui dit : « Moi, je supporterai pas la charge de travail, je m'en vais aussi ». [...] On passe de 6 à 3. Sur les 3 qui restent, il y en a une qui dit : « [...] ma retraite c'est dans 2 ans [...] dans 2 ans je m'en vais ». Et le dernier qui dit [...] : « Ah bah si c'est comme ça, si personne ne vient, le jour où tu pars, je pars aussi ». Alors ça veut dire que moi, s'il y a pas quelque chose qui change, je suis tout seul en [5 ans plus tard]. » (M3)

« Y'a 7 médecins qui sont partis en moins de 3 ans. » (M4)

D'autre part, certains médecins ont exprimé une raréfaction des médecins, ce qui crée une estime supplémentaire de la part des patients, mais également du poids pour éventuellement faire bouger les politiques.

« *On est devenu une denrée rare, et notamment ici, dans un quartier comme ça, où on a vraiment besoin d'un médecin par la proximité. [...] Je me rends compte que j'ai plus de prestige qu'avant.* » (M4)

« *Et nous, les médecins, dans des quartiers comme ici, on est un objet de consommation. On est devenu un produit rare depuis 3-4 ans, parce que tous les médecins sont partis en retraite.* » (M4)

« *Néanmoins, vous voyez, avec la pénurie de médecins, tout ça, ce serait le moment de faire passer un truc, en disant : "les médecins, les médecins, ils en ont marre d'être..." Voilà, faut changer un peu la loi aussi pour que ça soit plus simple pour les médecins.* » (M6)

Le médecin 5 se questionnait sur les solutions face aux agressions, et estimait important de solliciter les médecins installés, pour connaître leurs difficultés et essayer de modifier les législations en fonction des retours.

« *Après peut-être que, par rapport au Conseil de l'Ordre, je sais pas s'il y a des groupes de parole, ou du moins, d'échange avec des médecins du terrain ? Après, tous les conseillers ordinaux ont été, ou sont médecins, donc ils ont aussi une expérience de terrain. Mais, je sais pas, sur l'évolution des mentalités ou des choses comme ça, ça peut être intéressant. Rencontrer des médecins pour voir un peu les améliorations à faire, je sais pas si ça existe.* » (M5)

5.5.1 Importance de la liberté d'installation et de pratique

Plusieurs médecins ont évoqué les législations actuelles et estimaient qu'il était primordial de maintenir une liberté d'installation et de pratique libérale, pour que les médecins puissent exercer selon leurs préférences et permettre des soins de qualité.

Par exemple, le médecin 4 préfèrait travailler sans RDV, pour ne pas tomber dans une routine, et être stimulé à rester proche des recommandations.

« *Tu vois beaucoup de choses quand c'est ça. C'est aussi un peu l'adrénaline, le frisson. C'est-à-dire que quand t'arrives... Je peux*

comprendre qu'à un moment donné, t'as envie d'être sécurisé, mais quand t'arrives, tu sais pas. Du coup, ça fonctionne plein pot là-haut, tu te rappelles tous tes cours, tu vas chercher dans tes bouquins, tu sais que c'est ça, ça, ça. Et à un moment donné, c'est aussi sympa d'avoir un peu de pression. » (M4)

Le médecin 5, lui, préférait la sécurité du cadre des consultations sur RDV, pour permettre d'allouer le même temps à chaque patient et ne pas être débordé par ses patients.

« J'ai la chance aussi d'être que sur RDV, et donc du coup, ça me permet aussi d'avoir ce cadre. Les gens qui viennent entre deux pour demander des certificats ou des "ah, j'en ai juste pour 5 minutes", du coup, ils reprennent RDV, et je fonctionne comme ça. » (M5)

Les médecins estimaient qu'il était important que les médecins puissent s'installer où ils le souhaitent, pour qu'ils travaillent dans des conditions qui leur conviennent. Le médecin 4 estimait que les médecins continueront toujours à s'installer dans différentes zones, selon ce qui leur correspond.

« Moi je dis tout le temps : tu t'installles là où ça te correspond. Je me suis installé par hasard, par pur hasard. [...] Mais le quartier me correspond un peu. » (M4)

Le médecin 3 expliquait qu'il avait eu plusieurs changements de pratique au cours de sa carrière, et que cela lui avait permis de toujours rester satisfait de sa pratique médicale.

« J'étais initialement très attiré par une installation en milieu hospitalier aux urgences de [ville], mais j'avais peur que les urgences toute ma vie, ça me déplaise. Du coup, [...], pendant 10 ans, j'étais médecin généraliste avec des vacations au SMUR de [ville]. Et en fait, je me suis rendu compte que j'avais raison parce qu'au bout de 10 ans, j'étais un petit peu épuisé, essoufflé par peut-être le cumul des 2, mais surtout le fonctionnement

hospitalier qui ne me convient pas, et le fonctionnement libéral me convient beaucoup plus. Du coup, je suis médecin généraliste à part entière, avec un investissement important au niveau de la Faculté de médecine pour apporter tout ce que je peux apporter au niveau des étudiants. » (M3)

5.5.2 Amélioration des conditions de travail impérative

Au vu du sentiment de dégradation progressive de la profession, certains médecins estimaient qu'il était impératif d'apporter une amélioration des conditions de travail.

La médecin 1 précisait qu'il y avait une diminution récente de l'attrait pour certaines spécialités.

« Il n'y a aucune mesure, pas coercitive, mais plutôt favorisante, pour que les internes aient plus envie de choisir la [...] qu'autre chose. Et du coup, nous c'est de pire en pire. » (M1)

Le médecin 4 se satisfaisait des améliorations déjà mises en place, notamment avec le travail de la Police qui a permis de sécuriser le quartier où il travaille.

« L'insécurité, on a eu des phases... Je suis arrivé ici, c'était catastrophique, ça s'est encore effondré. Et après, la police a nettoyé, nettoyé, nettoyé, et maintenant, je suis dans un quartier qui est calme. [...] On parlait tout à l'heure, on était à 8/10 en agressivité, là, on est à 1 ou 2/10. [...] Il y a eu des hauts et des bas. Mais là on est plutôt sur une phase où la police est là. » (M4)

Cependant, il avait plusieurs fois eu besoin d'interpeller, voire de menacer, des élus pour permettre d'améliorer ses conditions de travail. Cela montrait qu'il y a des possibilités d'améliorations qui existent et qui ne sont pas mises en place systématiquement.

« J'ai appelé la secrétaire de [Ministre de la Défense], au Ministère. J'ai appelé la secrétaire qui... J'ai laissé un message, j'ai eu personne, j'ai laissé un message. Et puis, alors là, miracle, le lendemain, j'ai eu la directrice de [maire de la ville] qui est arrivée dans mon bureau, ou qui m'a appelé ; j'ai eu le directeur de la Police municipale, j'ai le commissaire principal de [quartier], qui m'a convoqué pour parler de tout ça. » (M4)

« J'ai dû me fâcher avec [Nom] qui était adjoint au maire de la mairie de [ville] pour lui dire : “[Prénom], tu étais médecin, tu as été député, maintenant, tu dis à la Police municipale d'arrêter de nous verbaliser. La prochaine fois, j'arrête les domiciles. Je suis le seul médecin du quartier à faire du domicile, la prochaine fois que j'ai encore un PV, j'arrête le domicile mais je vais en parler à la presse”. » (M4)

Certains médecins s'indignaient des conditions financières actuelles. Ils se sentaient démunis et estimaient nécessaire une meilleure valorisation financière, ou du moins une diminution de l'imposition sur le travail, pour recréer une attractivité de la profession.

« Il n'y a aucune mesure qui est faite pour favoriser la [...]. La médecine générale, dans certaines régions, il y a quand même des dispositifs d'aide, des primes et compagnie. Nous, il n'y a pas de prime. Nous, si on prend [...], même en rural, vous n'allez pas avoir une prime en plus pour y aller. » (M1)

« Je suis pas sûr qu'un jeune acceptera de travailler 12heures par jour, et de se faire taxer 50% de ce qu'on gagne, tu vois ? A un moment donné, y'a un truc qui tourne pas rond quoi. Donc qu'est-ce qu'il faut faire ? » (M4)

« Et toi, t'as fait ta journée de boulot, t'es crevé et puis tu reçois tes impôts, tu dis : P....., ils m'ont encore piqué 60% de ce que je gagne quoi”. *Petit rire* Et là tu dis “M...., moi aussi, je veux vendre de la drogue...” » (M4)

Le médecin 4 considérait qu'il était nécessaire d'ajouter des aides pour rendre la pratique plus confortable et plus efficace.

« Il faut valoriser le médecin généraliste. Faut dire que ce qu'il fait, c'est service public, c'est de protéger, c'est de donner des priorités lorsqu'il se gare, et ne pas prendre de PV. Lorsqu'il y a une voie de bus, l'autoriser à prendre une voie de bus, pour pas attendre 1 heure pour aller faire un domicile. Sortir peut-être un giro, ou tu loues un système d'alarme lorsqu'il y a une urgence. Pouvoir se déplacer en véhicule facilement. » (M4)

« J'aurais pu déposer plainte 10 fois sur les 20 dernières années, et à chaque fois, je suis parti parce que t'arrive là : "Et alors ? Vous êtes médecin, et alors ? Attendez votre tour". » (M4)

« A un moment donné, on restaure une fonction, et on redonne envie à un jeune d'être médecin et de se sentir protégé » (M4)

5.5.3 Ambivalence concernant la suite de sa carrière

Cette inquiétude concernant le futur de la médecine a pu créer une ambivalence concernant la suite de la carrière des médecins.

Certains médecins ont été satisfait des procédures qui ont été mises en place à la suite des agressions. Elles ont permis de mettre à distance l'élément déclenchant de l'anxiété.

« Maintenant, j'ai changé d'entreprise. Tout se passe bien. Quand il y a un problème, la direction, elle réagit, et puis on discute. C'est pas le même niveau. Depuis, ils n'ont plus d'autorisation d'avoir de médecin. Ils vont quand même avoir un médecin de travail mais plus en interne. » (M1)

« Moi : Ça ne vous crée plus de crainte par rapport à ça ?
M6 : Non, plus trop... [La patiente] est partie vivre à l'étranger. Mais bon, elle reviendra probablement en France. » (M6)

Cependant, ils rapportaient tout de même une frustration, et un sentiment de fatalité face à l'augmentation des agressions envers la fonction publique, et leur aspect polymorphe.

« C'est intéressant de discuter de ça. Quand les médecins, nous, on est victimes d'agressivité, pour que les gens aient osé, à un moment, passer le cap d'être agressif avec des médecins, c'est que toute la société est victime d'agressivité. » (M2)

« Ou alors là, les secrétaires aussi. Les pauvres, franchement, les secrétaires médicales, elles s'en prennent... » (M2)

« Les agressions envers les professionnels de santé [...] peuvent être de formes variées. » (M3)

Certains médecins ont quand même été très marqués, et ont pu avoir des doutes concernant la suite de leur carrière, notamment lorsqu'il y a eu une répétition des agressions.

« La première fois, j'ai que 42 ans, la 2^e fois, j'ai 52 ans, la 3^e fois, je vais avoir 62. Est-ce que si ; et lui est beaucoup plus jeune que moi ; si ces épisodes reviennent, est-ce que j'aurais la même énergie pour faire face aux agressions ? Voilà ça c'est peut-être une des questions que je me pose. » (M3)

Certains ont été confrontés à des difficultés et auraient pu parfois remettre en cause leur installation.

« J'en ai déclarées très peu au conseil de l'Ordre, mais j'ai eu beaucoup d'agressions, ouais... » (M4)

« Donc c'est aussi une des raisons, c'est-à-dire que le sentiment d'isolement, il est tel qu'on n'a absolument pas envie de subir la moindre interférence extérieure qui agraverait notre isolement ou la tristesse de ce qu'on peut vivre. » (M3)

Cependant, la majorité des médecins ont réussi à prendre du recul à la suite de l'agression, à se reconstruire et à continuer leur activité.

« Donc, voilà, des événements comme ça, j'en ai eu pas mal, et c'est pour ça que je te dis qu'on s'habitue à tout ça. Je n'ai plus peur de travailler ici... » (M4)

« Maintenant, la situation étant aujourd'hui très claire, puisque le début et la fin de cette histoire sont compris des instances, tout va bien, tout va bien. » (M3)

« Je vous dis, entre guillemets, j'ai une charge mentale qui est assez forte dans mon quotidien. Donc, j'ai envie de vous dire : c'était un de plus. Donc ça va pas... Enfin voilà faut pas... Enfin, je suis peut-être pas un bon cas pour vous par rapport à ça. » (M6)

Et finalement, la médecin 1 a interrompu son exercice au vu de la perte de confiance consécutive à l'agression, la diffamation, et les menaces.

« J'ai changé d'entreprise. J'aurais pu changer de domicile, donc quand même. Mais pour le mieux, franchement. » (M1)

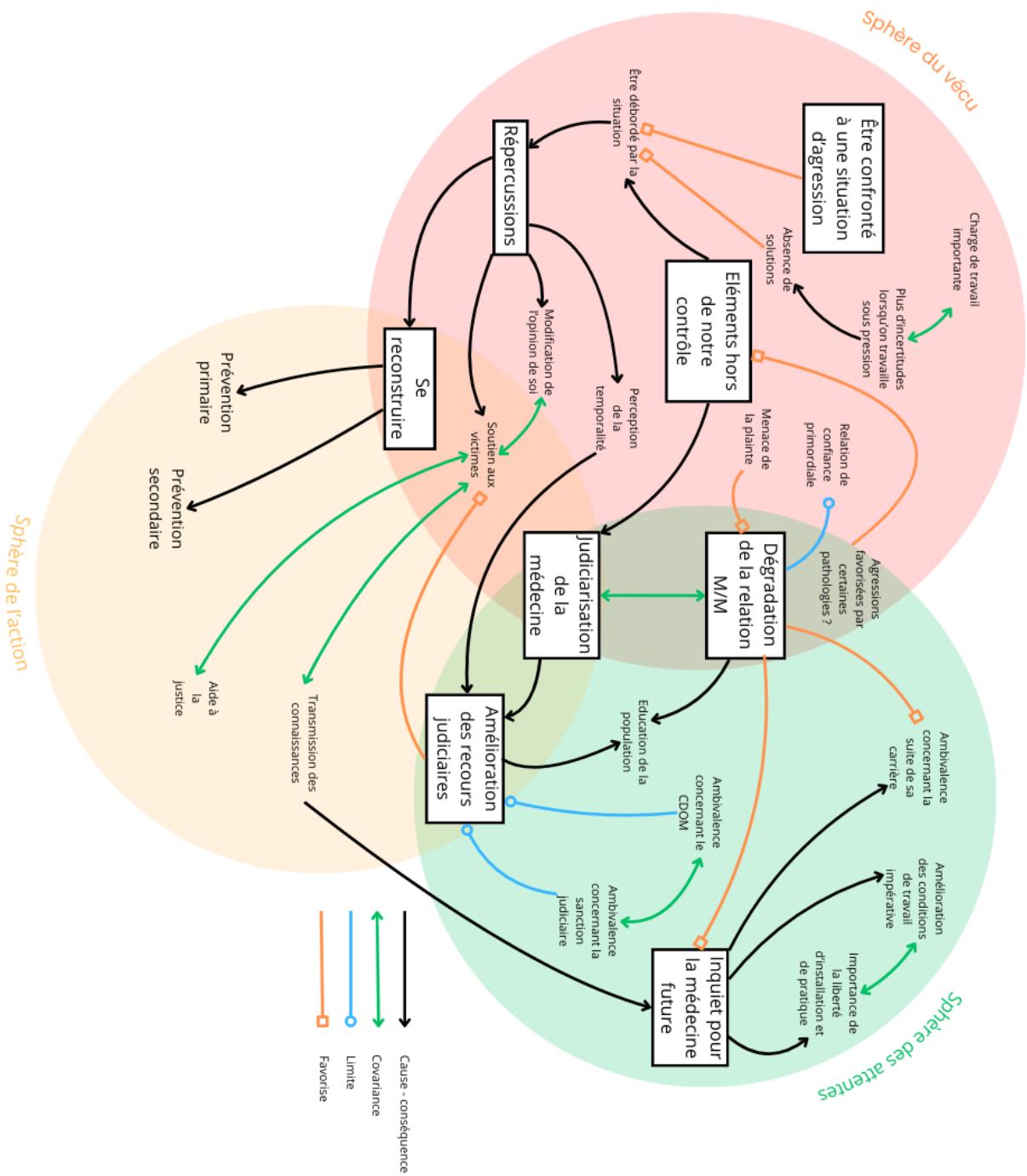


Figure 1 : Modèle explicatif

Discussion

1 Principaux résultats

1.1 Le vécu de l'agression et des suites

Lorsque les médecins interrogés ont été confrontés à une agression, qu'elle soit verbale, physique, qu'il s'agisse d'un harcèlement ou d'un vol, ils ont tous exprimé une détresse psychologique, qui les a amenés à être débordé par la situation.

Plusieurs médecins ont déclaré avoir une charge de travail de plus en plus importante, à la fois médicale, par le nombre de patients et leurs demandes de justification des décisions médicales, qui peuvent être chronophages ; et administrative, par la rédaction trop fréquente de certificats.

Cette charge de travail crée une pression chez les médecins, ce qui nécessite d'être pragmatique et efficace. Mais plusieurs médecins ne sont pas à l'aise avec ce fonctionnement, et lors des épisodes d'agression, ils ont souvent été débordé par le temps, mais aussi émotionnellement.

La plupart se sont sentis démunis, avec une absence de solution face à l'agression, à la fois dans l'instant, mais aussi parfois à plus long terme. Ceci a été également favorisé par des éléments sur lesquels ils n'avaient aucun contrôle, comme un manque de reconnaissance ou de soutien de la part des pouvoirs publics, à la fois des autorités et des institutions. Cette responsabilité des pouvoirs publics est revenue fréquemment avec une frustration face aux limites législatives auxquelles ont pu faire face les médecins, mais aussi une impression de destruction progressive du système de soin français.

Plusieurs médecins ont rapporté avoir été agressés par un patient qui présentait une pathologie psychiatrique ou addictologique, et il semble nécessaire qu'il y ait des aides pour améliorer la prise en charge de ces patients, et ainsi limiter ce facteur qui semble favorisant pour les agressions.

Ces agressions ont eu des répercussions sur les médecins, que ce soit sur le court, moyen ou long terme. La répercussion à court terme qui est revenue quasi systématiquement est la souffrance psychologique, qui est plus intense que la souffrance physique, avec un sentiment de vulnérabilité et d'isolement.

Les répercussions à moyen terme étaient marquées par une insécurité, qui pouvait se propager jusque dans la vie personnelle, et qui s'associait à une anxiété concernant d'éventuelles représailles à la suite du dépôt de plainte des médecins. Cela pouvait créer un changement de comportement inconscient au quotidien, à la fois dans sa pratique, et même au sein de son entourage. Certains médecins ont également rapporté un retentissement pécunier avec le coût que peuvent représenter des démarches judiciaires ou sa défense lors de la réception d'une plainte.

Une autre répercussion à court et moyen terme était la modification de l'opinion de soi. Lorsque les médecins ont reçu une plainte contre eux, alors qu'ils estimaient effectuer leur travail correctement, et essayer d'aider les gens, ils peuvent parfois percevoir leur innocence comme remise en cause, notamment lorsqu'il y a une diffamation dans l'espace public. Cela a pu modifier le rapport des médecins avec leur entourage et aggraver l'isolement.

Les répercussions à long terme se concentraient essentiellement sur des reviviscences, ou des réactions psychosomatiques (tachycardie, anxiété) lors de situations qui présentaient des points communs avec ce que les médecins avaient vécu, alors même qu'il n'y avait pas de caractère agressif.

Une autre répercussion à long terme était la modification de la perception du temps. Lorsqu'il y a eu un impact psychologique, la perception du travail de la justice paraît encore plus long, car les médecins étaient dans l'attente de reconnaissance de ce qu'ils ont vécu. Dans les situations de harcèlement, les agressions pouvaient s'étaler sur plusieurs mois, voire plusieurs années, ce qui créait un stress chronique, et toutes les démarches pouvaient paraître beaucoup plus longues. Mais le temps avait aussi des bienfaits, car grâce au temps et à l'expérience, la plupart des médecins se sentaient plus à l'aise lorsqu'on évoquait la possibilité que cette situation se répète.

Les médecins interrogés ont rapporté avoir eu recours à différentes personnes pour obtenir du soutien et pouvoir se reconstruire. Comme attendu, au vu de

l'échantillon, la première source de soutien a été le CDOM, que certains médecins ont loué pour leur réactivité. D'autres médecins, salariés, ont reçu le soutien de leur direction. Certains médecins ont eu recours à une aide psychologique pour se reconstruire, alors que d'autres n'en ont pas ressenti le besoin et estimaient avoir les ressources nécessaires pour traverser cet épisode.

Cette reconstruction a été décrite comme longue par beaucoup de médecins, et a nécessité de prendre du recul avec l'agression pour relativiser ce qu'ils ont vécu, et la manière dont ils l'ont vécue. Cela leur a permis de questionner leur pratique, y apporter des modifications, et revenir plus sûr de leur pratique.

Grâce à cette reconstruction, les médecins qui avaient ressenti une insécurité dans leur vie personnelle ont pu passer à autre chose et ne la ressentent plus.

1.2 Actions mises en place face aux agressions

Après avoir vécu une agression, avoir essayé de la traiter émotionnellement, les médecins ont ressenti le besoin de mettre des choses en place dans leur pratique ou au sein de leur lieu de travail, pour améliorer leur sécurité.

A la suite de la reconstruction, la plupart des médecins ont mis en place des éléments de prévention primaire et secondaire.

En termes de prévention primaire, les médecins ont fait des changements dans leur pratique et dans leur environnement de travail. Ils expliquaient avoir modifié leur discours volontairement, pour être plus transparent sur leurs pratiques et leurs décisions, et essayer d'obtenir l'adhésion du patient, mais également être plus vigilant à d'éventuelles situations à risque, pour les désamorcer avant de se retrouver dans une situation d'agression. Certains médecins ont modifié leur environnement pour essayer de limiter les facteurs d'agressivité, en cadrant leur pratique avec des RDV et donc limiter le temps d'attente, et en communiquant sur la possibilité de retard avec des affiches. D'autres ont pu interrompre des suivis de patients pour lesquels ils ressentaient une tension inconfortable qui aurait pu dégénérer en agression.

Certains médecins ont modifié leur environnement de travail, avec des éléments technologiques de prévention, en installant une vidéoprotection, voire des boutons d'alerte au sein des cabinets. La plupart ont également voulu limiter le risque

d'agression en s'associant avec d'autres professionnels de santé, car l'isolement d'un cabinet seul peut favoriser le passage à l'acte d'un patient, et la présence de tiers peut permettre de désamorcer une situation conflictuelle.

Il a été évoqué lors des entretiens la disposition du cabinet, avec une porte proche du praticien, et éventuellement une 2^e porte proche du patient, pour qu'en cas de conflit, l'un ou l'autre puisse sortir sans rapprochement physique. Cependant, bien que certains médecins en aient eu conscience, ou y aient déjà réfléchi, aucun n'avait adapté la disposition de son bureau. De plus, l'adaptation des locaux est parfois impossible, car les bâtiments étaient préexistants à la pratique médicale, ou nécessiterait une importante rénovation.

En termes de prévention secondaire, les médecins expliquaient qu'il est primordial d'essayer de garder son sang-froid pour désamorcer la situation, en prenant du recul sur la situation. Ils expliquaient privilégier une communication en écoutant les plaintes du patient, pour faire redescendre la tension. Il y a une demande de certains médecins de pouvoir avoir accès à des formations qui aideraient à gérer les situations conflictuelles. Il n'y a cependant pas de solution universelle qui fonctionnerait dans toutes les situations, mais des conseils concernant l'approche à envisager, l'attitude à adopter et comment communiquer, pourraient permettre de se détendre lors de ces situations. Il est nécessaire que les médecins soient au courant des démarches judiciaires ou administratives à entreprendre en cas d'agression. Les médecins interrogés le sont maintenant et expliquaient que cela les rendait plus serein face à une éventuelle récidive.

Certains médecins ont mis en place des éléments dans leur vie personnelle pour éviter de possibles répercussions sur leur entourage, et d'autres se sont même inscrits à des cours de self-défense.

En guise de soutien qui a pu leur être apporté, ou du soutien qu'il est nécessaire d'apporter aux victimes, certains médecins ont insisté sur l'importance de l'aide à la justice. Ils ont insisté sur l'importance de signaler les agressions auprès du CDOM, pour effectuer un recensement de cette augmentation des agressions envers les médecins et permettre une mobilisation des institutions. Ils insistaient également sur l'importance de porter plainte, ou même de déposer une main courante, pour se

protéger et permettre à la justice de bien effectuer son travail. Cependant, la plupart des médecins ont exprimé leur déception face à la lenteur du travail de la justice, ce qui a pu parfois décourager, voire renforcer le sentiment d'isolement et de vulnérabilité.

Un autre élément associé au soutien était la transmission d'informations. Comme dit précédemment, le fait d'avoir connaissance des dispositifs existants et des protocoles en cas d'agression rendait plus serein face à l'agression. Certains médecins estimaient donc nécessaire que les médecins se transmettent leurs connaissances et leurs expériences, notamment aux médecins plus jeunes, voire aux étudiants directement. Il est nécessaire également de transmettre les éléments importants qui peuvent être installés dans un cabinet, pour que les jeunes médecins mettent les dispositifs en place dès leur installation.

Plusieurs médecins ont également souhaité que le droit de retrait, avec un arrêt de suivi du patient, soit clarifié, pour pouvoir y avoir recours plus facilement sans faire d'erreur déontologique.

1.3 Dégradation de la relation médecin/malade

Les médecins interrogés ont largement déploré une dégradation de la relation médecin/malade, avec une confiance bien plus difficilement gagnée et une méfiance plus fréquente. Cela amène fréquemment à ce que l'expertise du médecin soit remise en cause. Dans les situations de conflit, les patients sont parfois allés jusqu'à remettre en cause la légitimité du médecin à pratiquer sa profession. Certains médecins estimaient que cette méfiance pouvait être liée à une image altérée des médecins, associée à un attrait uniquement pécunier de la profession.

Certains médecins exprimaient une impression de perte de respect envers le médecin au fil des générations, avec un clivage plus important et plus de difficulté au sein de la patientèle jeune.

C'est cette relation de confiance qui permet de travailler en cohésion, d'avoir un patient acteur de sa santé via son adhésion aux décisions du médecin, et qui permet des soins de qualité. Les médecins estimaient qu'elle ne pouvait être obtenue qu'en s'astreignant à communiquer et à exprimer ses contraintes. Elle est également nécessaire avec l'entourage des patients plus vulnérables. Lorsque cette relation de

confiance est rompue, à la suite de tensions répétées, ou à une agression, il est souvent nécessaire d'interrompre le suivi et de passer la main à un confrère.

Un élément qui a grandement altéré la relation médecin/malade était la menace de la plainte. Certains médecins exprimaient une sensation de légitimité des patients, qui considéraient assez peu l'expertise et l'expérience des médecins, ce qui les rendaient assez peu favorables à une prise en charge différente de ce qu'ils avaient en tête. Cela pouvait favoriser l'agressivité, voire un dépôt de plainte, estimant que le médecin n'avait pas correctement effectué son travail. Plusieurs médecins ont subi des tentatives de manipulation, et exprimaient la nécessité de rester vigilant pour ne pas être pris à défaut et s'exposer à des poursuites.

1.4 Judiciarisation de la médecine

C'est cette menace de la plainte, associée à une dégradation de la relation médecin/malade qui a fait évoluer la médecine vers une judiciarisation, où tout désaccord ou litige va s'orienter vers un règlement judiciaire.

Plusieurs médecins ont insisté sur l'importance de prévenir les risques de cette judiciarisation de la médecine, notamment en étant rigoureux sur le secret médical, les recommandations, et la prise de notes en consultation.

Tous les médecins interrogés ont déposé plainte au CDOM et au niveau judiciaire, à la fois pour signaler mais également pour se prévenir d'éventuelles représailles ou récidives.

Certains médecins ont été en position inverse et ont reçu une plainte contre eux, déposé par les patients au CDOM. Les médecins se sont sentis choqués et initialement démunis lors de la réception de cette plainte. Les médecins ont pour objectif d'aider les patients du mieux qu'ils peuvent, et recevoir une plainte pour mauvaise pratique de la médecine peut être très traumatisant, notamment avec une anxiété chronique qui peut s'installer, face aux éventuelles proportions que la plainte peut prendre.

Certains médecins estimaient que le dépôt de plainte contre les médecins était trop facile, et qu'il serait nécessaire d'avoir plus de protection envers les médecins, car

cela crée une vulnérabilité avec la menace de dépôt de plainte qui peut altérer la relation médecin/malade.

Ils estimaient donc important de se renseigner sur les assistances existantes et d'y faire appel dès que nécessaire.

1.5 Les attentes des médecins victimes d'agression

Dans ce contexte de judiciarisation de la médecine, associé à la durée de la justice, les médecins estimaient nécessaire qu'il y ait une amélioration des recours judiciaires en cas d'agression contre les professionnels de santé.

Les médecins rapportaient tout de même une amélioration des récentes des recours judiciaires, notamment du dépôt de plainte. De plus, certains médecins ont noté une meilleure réactivité de la Police lorsqu'ils ont fait appel à eux.

Cependant, certains ont encore eu des mauvaises expériences, ce qui freine le recours à la plainte chez les médecins, soit avec des délais d'attente très longs, ou des policiers qui n'étaient pas réceptifs à leur plainte et à leur souffrance. En plus de l'attente pour le dépôt de plainte, ils ont également déploré la durée de la justice, ce qui crée une incertitude avec une souffrance psychologique qui perdure dans le temps.

Certains médecins estimaient que la législation n'était pas en leur faveur, le dépôt de plainte contre les médecins leur semblait trop facile, alors que celui par les médecins aurait encore trop de verrous.

Certains médecins ont estimé que la dégradation de la relation médecin/malade était liée, en partie, à la perte du respect envers le médecin, avec un sentiment d'impunité du patient, ce qui normaliserait une certaine violence envers le médecin, ainsi que les autres professionnels de santé. Conjointement à une amélioration des recours judiciaires, certains médecins estimaient qu'il serait nécessaire de valoriser la sécurité du médecin en véhiculant des messages sur les devoirs des patients et les risques encourus en cas d'agression.

Plusieurs médecins ont insisté sur l'importance de l'éducation de la population, par le biais de messages ou d'affiches, pour favoriser la communication, et sensibiliser aux risques encourus en cas d'agression des médecins.

Les médecins dont les démarches judiciaires avaient abouti ont expliqué avoir ressenti une ambivalence vis-à-vis de la sanction judiciaire. Certains médecins ont été soulagé par le verdict judiciaire, avec la reconnaissance du préjudice qu'ils subi. D'autres étaient plutôt insatisfaits, avec un sentiment d'injustice, estimant que la sanction n'était pas à la hauteur du traumatisme subi. Plusieurs médecins se sont plaints que les peines étaient inefficaces, car souvent mal appliquées, renforçant le sentiment d'impunité de la population, et ne prévenaient donc que peu les récidives,

Conjointement à cela, les réactions concernant le bénéfice du CDOM étaient assez ambivalentes. Certains médecins ont valorisé le Conseil en insistant sur l'aide qu'ils leur ont apporté, ainsi que le suivi et la disponibilité dont ils ont bénéficié. D'autres médecins rapportaient cependant un sentiment de frustration avec des doutes concernant l'utilité personnelle de la fiche de signalement, un sentiment d'isolement avec un manque de suivi à distance de l'épisode, voire une perte de confiance dans le système du CDOM. Cela était dû à une incompréhension face à certains fonctionnements comme l'obligation d'instruire toutes les plaintes reçues de patients, même quand il s'agit d'une situation manifestement abusive, voire absurde, ce qui engendre du stress pour le médecin.

Un des médecins a émis le souhait qu'un guide pratique soit créé, pour savoir que faire en cas d'agression. Ce guide existe déjà, mais il semble nécessaire qu'il soit plus largement diffusé, pour que les médecins en aient connaissance.

Plusieurs médecins ont été convoqué à une réunion de conciliation à la suite de la plainte d'un patient. Ils déplorent l'anxiété que cela provoque, même s'ils sont d'accord avec le bien-fondé de la démarche. Un médecin a été frustré de l'issue de sa réunion de conciliation et a refusé la suivante, préférant se défendre directement au niveau judiciaire.

Plusieurs médecins ont émis des inquiétudes concernant les futures générations de médecins, notamment face à cette dégradation de la relation

médecin/malade. Il leur semblait primordial de sensibiliser un maximum les étudiants et les jeunes médecins, pour éviter un maximum les situations qui favoriseraient des tensions et de l'agressivité. Ils estimaient également que les gouvernements successifs avaient dégradé la qualité du système de santé français, à force de chercher la rentabilité, associé à une baisse démographique médicale. Cependant, certains médecins estimaient que la baisse démographique des médecins pouvait également modifier la perception par la population de manière positive, et ajouter du poids politique aux représentants de la profession.

Les médecins valorisaient l'importance de pouvoir s'installer dans les zones qu'ils souhaitent, tout comme la gestion de l'organisation de leur cabinet, que ce soit avec ou sans RDV. Certains médecins ont modifié leur pratique au cours de leur carrière, et cela leur avait été bénéfique.

Ils estimaient cependant que les conditions de travail doivent être améliorées, pour recréer un attrait pour certaines spécialités, avec plus d'aides techniques, juridiques et législatives, mais également des aides financières.

Avec d'une part la dégradation de la relation médecin/malade, et d'autre part l'inquiétude pour la médecin future, certains médecins ont exprimé une ambivalence concernant la suite de leur carrière. Elle a pu être ressentie par le passé à la suite de l'agression, ou être encore présente. Tous les médecins ont continué à pratiquer la médecine de la même manière, mais ils exprimaient parfois une fatalité face à l'augmentation des agressions. La plupart ont été satisfaits des procédures judiciaires, mais ils ont parfois eu des doutes concernant la suite de leur carrière, notamment chez les médecins qui ont subi plusieurs agressions.

2 Discussion des résultats

2.1 Comparaison avec les moyens de prévention actuels

Grâce au rapport de Jean-Christophe MASSERON [12], le Ministère de la Santé a publié son plan avec 42 mesures en faveur de la sécurité des professionnels de

santé [13] le 29 septembre 2023. Un certain nombre de mesures peuvent répondre aux demandes des médecins interrogés.

2.1.1 Sensibiliser le public et former les soignants.

Le plan pour la sécurité des professionnels de santé souhaitait tout d'abord “faire du patient un acteur de la sécurité des soignants”.

Cela s'organisait notamment avec une campagne nationale pour sensibiliser la population au respect qu'il est nécessaire d'avoir envers les professionnels de santé, avec une “tolérance zéro” pour les violences. Certains médecins de la thèse avaient exprimé la sensation d'image altérée des médecins, avec une perte de respect au fil des générations, et le souhait de revenir l'image des médecins. Ils estimaient également nécessaire d'éduquer la population, par le biais de messages ou d'affiches pour sensibiliser la population aux risques encourus en cas d'agression, mais aussi insister sur les valeurs d'empathie et de bienveillance des médecins. Une telle campagne avait été mise en place de décembre 2023 à janvier 2024, avec plusieurs affiches (annexes 1 et 2) ainsi que 2 sites internet informatifs destinés soit aux professionnels de santé [17], soit aux usagers [18].

Dr MASSERON insistait sur l'importance de redorer le blason des médecins, pour recréer une attractivité des métiers, et limiter les réorientations, qui amplifient encore plus la baisse démographique médicale.

Le plan mettait en avant la nécessité de signaler tous les actes de violence, aussi bien par les médecins que par les autres patients, ce sur quoi plusieurs médecins interrogés ont insisté : l'importance de signaler les agressions. Les CDOM ont mis en avant sur leurs sites web l'accès à la fiche de signalement d'une agression du CNOM [7] (annexe 3).

Le plan insistait sur l'importance de communiquer de manière claire aux patients et à leurs proches, notamment sur le parcours de soin et le temps d'attente, pour favoriser la patience et la relation de confiance. Certains médecins avaient mis cela en avant notamment en modifiant parfois leur manière de communiquer auprès des patients pour limiter les risques de tension, ainsi qu'en favorisant un environnement apaisé.

Un deuxième objectif du plan était de former les différents professionnels de santé à réagir lors des situations de violence, à la fois pour les prévenir, mais également en cas d'agression avérée.

Le plan insistait sur l'importance des « référents sécurité » au sein des Ordres, et la nécessité d'une formation optimale, pour pouvoir orienter au mieux les soignants agressés. Les médecins interrogés avaient globalement été satisfaits des conseils prodigués par le CDOM, ainsi que leur réactivité. Certains avaient cependant été frustrés du suivi au long terme.

Le plan souhaitait que tous les médecins soient formés au cours de la formation initiale, et proposait l'instauration d'un module en 6^e année de médecine, pour favoriser un climat d'écoute. La formation des étudiants est également un point sur lequel certains médecins avaient insisté lors des entretiens.

Il insistait également sur l'utilisation du DPC pour sensibiliser un maximum de médecins à la gestion des violences et de l'agressivité à la fois du patient, mais aussi de son entourage. Certains médecins avaient insisté sur l'importance de la transmission de connaissances entre médecins, pour favoriser les bonnes pratiques. Cependant, certains exprimaient ressentir une certaine lassitude face à l'obligation de se former en plus des horaires de travail.

2.1.2 Prévenir les violences et sécuriser l'exercice des professionnels

Le plan rapportait la nécessité d'instaurer des habitudes de sécurisation des bâtiments, lors de leur construction, rénovation ou réhabilitation.

Il souhaitait diffuser aux ARS un référentiel avec des recommandations à suivre pour favoriser la sécurité des personnels de santé, avec notamment un cahier de prescriptions sécurité pour tout projet de construction, rénovation et restructuration [19], datant de 2018. La plupart des médecins interrogés avaient déjà réfléchi aux éléments qu'ils pouvaient mettre en place au sein de leur cabinet. Cependant, peu étaient allés au bout de leurs idées. Cela pouvait être dû au manque de temps ou manque de moyens financiers, comme le fait remarquer le rapport du Dr MASSERON. Un des médecins avaient été très vigilant aux technologies de protection lors de la

construction de la maison de santé où il travaille, et avait bénéficié du soutien de l'ARS dans son projet.

Le plan incitait également les collectivités locales à installer des moyens de vidéoprotection sur l'espace public, pour favoriser la sécurité des locaux de soin. Certains médecins avaient effectivement fait installer des caméras aux abords de leur cabinet.

Le plan souhaitait donner les outils aux soignants pour savoir comment réagir en cas d'agression. Il est important de pouvoir alerter rapidement, et de connaître les ressources à utiliser à distance de l'agression. Concernant l'agression, il proposait de financer des dispositifs d'alerte pour les médecins exerçant dans des zones sensibles. Un des médecins de l'étude avait effectivement fait installer des boutons poussoirs au sein de sa maison de santé.

Le plan prévoyait d'envoyer des kits de communication aux médecins libéraux, avec des affiches à exposer en salle d'attente, telles celles en annexe, ou des fiches leur prodiguant des conseils en cas d'agression. C'est ce que certains médecins interrogés pouvaient attendre en exprimant leur souhait d'un guide pratique. Les professionnels de santé du Nord ont également reçu des mails d'informations leur expliquant les démarches en fonction du type d'agression subie.

Certains médecins s'étaient questionnés sur la prise en charge de facteurs favorisants l'agression, notamment certaines pathologies addictologiques ou psychiatriques, et le plan prévoyait de mettre en place des expertises complémentaires, notamment en matière de santé mentale, dans les structures à risque. Un des éléments soulevés dans le rapport, mais qui n'a pas été précisé par le Ministère, est la question de la responsabilité pénale de ces patients, et de réfléchir à la prise en charge globale de ces patients au niveau santé, police, et justice.

Le plan voulait que soient renforcées les sanctions pénales en cas d'agression. La connaissance de ces sanctions peut être dissuasive mais également permettre une répression de ces agressions.

Le plan souhaitait, tout comme certains médecins, que des modifications législatives soient apportées au Code Pénal. C'est chose faite depuis la Loi n°2025-623 du 9 juillet 2025, avec l'aggravation de la peine pour vol de matériel médical ou paramédical, ou si celui-ci a lieu dans un établissement de soins (ne concernait auparavant que le matériel de premier secours). Les professionnels de santé libéraux sont maintenant reconnus comme chargés de mission de service public, et la peine pour outrage est également aggravée.

2.1.3 Déclarer les violences et accompagner les victimes

Un des objectifs du plan était d'objectiver l'augmentation précise des agressions, et donc de valoriser les signalements. Il insistait sur l'importance de signaler les faits jugés les moins graves.

Il souhaitait également que la cohésion santé-sécurité-justice soit facilitée, avec une amélioration de l'accueil des professionnels de santé au niveau des commissariats et gendarmeries, et la mise en route d'actions plus facilement que pour un particulier. Plusieurs médecins ont mis en avant l'amélioration récente des recours judiciaires, mais restaient parfois déçus par l'accueil des policiers, leur manque d'empathie, ou le délai d'attente pour déposer plainte.

Dr MASSERON précisait dans son rapport ce qui existait, depuis 2011, avec :

- La possibilité de recevoir des conseils de sûreté pour adapter l'organisation du cabinet
- Le recours aux services de Police ou de Gendarmerie se fait via des procédures d'alerte existantes sur le plan local, qui sont supposées faciliter les dépôts de plainte et leur suivi, comme des « fichiers prioritaires »
- Lors du dépôt de plainte, la mention de victime en tant que « professionnel de santé » aggrave la répression de l'infraction commise et rend les conditions de mise en mouvement de l'action publique moins exigeantes que pour un particulier.

Le plan souhaitait également que les outils de signalement soient plus centralisés et que les Ordres en facilitent l'accès, ce qui a déjà été fait et précisé. Cela

doit être associé à des réunions incluant tous les acteurs locaux (préfet, procureur, ARS, police, gendarmerie, représentants de l'Ordre) pour essayer de fluidifier le parcours de dépôt de plainte.

Le plan voulait que l'accompagnement des victimes soit renforcé pour faciliter leur déclaration.

Il semblait également nécessaire que les peines soient bien appliquées, comme précisé précédemment avec les modifications législatives. Cependant, plusieurs médecins avaient dénoncé une application insuffisante des peines, et avoir été frustrés par la sanction judiciaire vis-à-vis de leur agression.

Le plan valorisait le dépôt de plainte sur place lorsque les médecins appellent les forces de l'Ordre en cas d'agression, et que ceux-ci se déplacent. Cela répond aux attentes des médecins qui regrettaiient le temps que prenait un dépôt de plainte.

Le plan insistait sur l'importance pour l'Ordre de mettre en place une continuité des soins. Lors d'une situation de tension et qu'un médecin refuse de poursuivre le suivi d'un patient, il serait judicieux que ce soit à l'Ordre de chercher une solution. Les médecins interrogés qui ont amené le sujet de l'interruption du suivi ont mis en avant l'importance de clarifier le processus d'interruption de suivi, et la nécessité de passer par les assistances existantes pour ne pas être pris à défaut par la suite. Le ministère a proposé un exemple de lettre à envoyer aux patients à la suite d'une situation de tension pour exprimer nos difficultés, essayer de calmer la situation, et de cadrer la suite de la prise en charge. Cette lettre a été mise en annexe de cette thèse.

Le dernier objectif du plan était d'accompagner les victimes dans le temps, car le traumatisme peut perdurer malgré l'initiation de démarches judiciaires.

Pour cela, il était important que les informations concernant les suivis psychologiques existants soient transmises aux victimes, au cas où ils en ressentiraient le besoin. Plusieurs médecins ont exprimé diverses émotions négatives (vulnérabilité, isolement, sidération) avec une modification de leur opinion envers eux-mêmes. Il leur a parfois fallu beaucoup de temps pour prendre du recul, et plusieurs ont eu recours à un suivi psychologique, même de courte durée. Ils précisaient avoir

été bien conseillés par le CDOM ou leur direction. Sur le site du CDOM du Nord, les numéros des différentes lignes d'écoute, ou associations, sont disponibles et facilement accessibles.

Le plan voulait favoriser les retours d'expériences à la suite du vécu d'agressions, pour que les médecins communiquent entre eux concernant les bonnes pratiques et les moyens de prévention existants. Plusieurs médecins avaient insisté sur l'importance de la transmission d'informations entre médecins.

2.2 Éléments non pris en compte par le Ministère

Certains éléments ont été mis en lumière dans cette thèse, ainsi que dans le rapport du Dr MASSERON, mais n'ont pas été pris en compte dans le plan pour la sécurité publié par le Ministère.

Certains médecins avaient insisté sur le suivi par le CDOM, tout comme le rapport du Dr MASSERON. Cependant, le plan de sécurité n'était pas précis sur ce point. Les médecins avaient déploré le manque de suivi à distance de l'agression, et Dr MASSERON estimait qu'il faudrait que le CDOM se porte partie civile systématiquement en cas de dépôt de plainte associée à la déclaration, pour avoir toutes les informations d'évolution des plaintes.

Plusieurs médecins ont évoqué avoir eu recours à un avocat. Le plan de sécurité du Ministère ne le mentionnait pas, uniquement l'orientation vers une aide psychologique si besoin. Le rapport du Dr MASSERON estimait primordial de favoriser l'accès à un avocat, qu'il s'agisse de celui travaillant avec le CDOM, ou un cabinet joignable 24h/24. Cela permettrait de pouvoir guider la victime de manière précoce, et l'accompagner dans ses démarches.

Plusieurs médecins avaient exprimé la lenteur de l'administration judiciaire. Certains éléments sont à mettre en lumière pour favoriser la rapidité des démarches pour les professionnels de santé, mais ils ne sont pas toujours respectés dans les protocoles de Police. Dr MASSERON donnait certains exemples :

- Les violences volontaires sans ITT sont caractérisées comme contravention contre les particuliers, mais deviennent un délit si pratiquée contre un professionnel de santé,

- La menace de crime ou délit nécessite d'être réitérée pour que le dépôt de plainte soit accepté, mais ce n'est pas nécessaire pour les professionnels de santé.

Cela permet « une mise en mouvement plus rapide de l'action publique, moins exigeante que pour un particulier ».

3 Discussion de la méthode

3.1 Points forts

3.1.1 Le type de travail

Plusieurs études ont été réalisées sur les moyens de prévention primaire et secondaire des agressions et l'impact que celles-ci peuvent avoir sur les installations de jeunes médecins. A notre connaissance, cette étude est une des premières études qualitatives dans le Nord, qui caractérise le vécu propre aux médecins, et ce qu'ils ont réussi à mettre en place individuellement dans leur pratique. Elle permet également de mettre en évidence certaines discordances entre les propositions du Ministère et la réalité sur le terrain.

3.1.2 Le type d'entretien

Des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés, ce qui a permis à chaque médecin de prendre le temps de s'exprimer pleinement sur les émotions ressenties et d'avoir le moins de freins possibles à s'exprimer ouvertement sur les manquements des institutions. Cela a été favorisé par le souhait d'anonymisation complète des données. Cela n'aurait pas été possible avec des focus group, beaucoup moins adaptés à cette recherche.

3.1.3 L'échantillon

L'échantillon était composé de médecins installés ayant déjà subi une, ou plusieurs, agression, et ayant une certaine expérience. Ceci a permis de s'exprimer plus intensément sur le ressenti des médecins agressés, et de la manière dont ils pu se reconstruire, parfois avec difficultés. Cela a permis des échanges plus intenses avec des éléments plus personnels pouvant émerger de l'interprétation des verbatims.

3.1.4 L'analyse des données

Les entretiens ont été codés intégralement en utilisant le logiciel MaxQDA®, et ont bénéficié d'un double codage par triangulation par une autre chercheuse. Cela a permis de confronter les données à l'analyse d'une autre chercheuse, et améliorer la scientificité de l'étude.

3.2 Points faibles

3.2.1 La composition de l'échantillon

L'échantillon est relativement restreint, avec seulement 6 participants. Malgré plusieurs sollicitations, plusieurs médecins n'ont pas répondu. Cela est probablement dû à leur charge de travail, qui ne permettait pas de libérer du temps, ou au souhait de ne finalement pas participer à l'étude. Il y avait également un net déséquilibre au niveau des sexes des médecins interrogés (1 femme pour 5 hommes), ce qui n'a pas permis de se pencher sur l'éventuel surrisque d'agression chez les femmes, comme décrit dans les rapports du ONSM.

En comparaison, dans le rapport du Dr MASSERON, 80 participants ont été interrogés, mais ce rapport avait été demandé directement par le ministère de la Santé et de la Prévention.

3.2.2 Difficultés d'anonymisation des données

Lors de la déclaration auprès du DPO de l'Université de Lille, il a été recommandé de préparer une présentation de la thèse avec les coordonnées du chercheur, à transmettre auprès des médecins agressés, via le CDOM. Les médecins

auraient ainsi pu recontacter le chercheur s'ils souhaitaient participer à l'étude. Après discussion avec la directrice de la thèse, il a été estimé que ce protocole ne permettrait pas de recueillir suffisamment de témoignage. Il a donc été décidé que les médecins seraient contactés directement par le CDOM, et mis en relation avec le chercheur s'ils acceptaient l'entretien. Cependant, cela a rendu l'utilisation de certaines données sensibles compliqué d'un point de vue de l'anonymisation, un des médecins ayant critiqué le CDOM et s'inquiétant d'éventuelles représailles. Il a été décidé de ne pas citer l'origine des verbatims dans la partie concernant le CDOM, et que les verbatims complets ne seraient transmis qu'aux membres du jury, s'ils en faisaient la demande.

3.2.3 Limites liées directement à l'interviewer

Il s'agissait du premier travail qualitatif réalisé par l'interviewer et chercheur. Ce manque d'expérience a pu amenuiser la qualité de recueil des données et l'analyse interprétative des verbatims.

De plus, la directrice de thèse travaillant au CDOM du Nord, l'interprétation du chercheur a pu en être modifiée lors de l'analyse des données, avec un souhait inconscient de promouvoir le CDOM. La triangulation a donc ici tout son intérêt pour favoriser une analyse de meilleure qualité.

3.2.4 Limites liées aux participants

Les événements décrits se sont déroulés dans le passé, ce qui a pu engendrer des défauts de mémorisation, dans le sens où certains détails peuvent avoir été oubliés, ou une modification involontaire de certains souvenirs, de la part des participants.

3.3 Grille SRQR

3.3.1 Titre et résumé

Titre – Étude qualitative du vécu, des moyens de prévention, et des attentes de médecins du Nord, inspirée de la phénoménologie interprétative, par des entretiens semi-dirigés individuels.

Résumé –

Contexte : Les agressions envers les médecins augmentent d'année en année, selon ONSM, avec une hausse de 26% en 2023 et 2024. Le CNOM et le ministère de la Santé et de la Prévention ont instauré des moyens pour tenter de prévenir ces agressions. Cette thèse cherche à explorer le vécu des médecins qui ont subi une agression, les moyens de prévention mis en place, et leurs attentes.

Matériel et Méthodes : Cette thèse est une étude qualitative réalisée auprès de 6 médecins du Nord, qui ont déclaré une agression auprès du CDOM. Des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés, avec une analyse inspirée de la phénoménologie interprétative.

Résultats : Le vécu d'une agression, associé à des éléments hors du contrôle des médecins, a favorisé le débordement psychologique. Cela a eu des répercussions sur les médecins, mais qui ont amenés à se reconstruire et à trouvé des solutions de préventions primaire et secondaire contre les agressions. Les médecins ont exprimé une dégradation de la relation médecin/malade, qui, associé à une menace de la plainte, favorise une judiciarisation de la médecine. Il en découle une nécessité d'amélioration des recours judiciaires, pour permettre un soutien aux victimes et une éducation de la population, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge judiciaire et ordinaire. Cela a créé une inquiétude pour la médecine future, qui nécessiterait des changements gouvernementaux pour maintenir l'attrait de la profession.

Conclusion : La hausse de l'agression a été prise en compte par le ministère de la Santé et de la Prévention, mais ces modifications prennent du temps, et celles-ci ne prennent pas en compte toutes les attentes des médecins. Il semble nécessaire de continuer à favoriser la prévention de l'agressivité des patients et de leur entourage, ainsi que l'amélioration des conditions de travail, pour permettre un maintien de l'attractivité de la profession, pour les futurs médecins, mais également les médecins actuels.

3.3.2 Introduction

Formulation du problème – Augmentation récente des agressions envers les médecins en France, notamment dans les Hauts-de-France, malgré des propositions de moyens de prévention, car leur mise en place est parfois difficile.

Objectif ou question de recherche – Évaluer le vécu de médecins agressés, ainsi que ce qu'ils ont mis en place à l'échelle individuelle, et leurs souhaits de modifications législatives.

3.3.3 Méthodes

Approche qualitative et paradigme de recherche – Étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative, selon un paradigme de l'interprétativisme, pour explorer le ressenti d'une agression, les enseignements, et les comportements qui en découlent.

Caractéristiques et réflexivité des chercheurs – Le chercheur est un jeune médecin qui a été témoin d'une agression verbale avec menaces de mort. Il n'avait pas de lien avec les médecins interrogés. Il y a probablement des préjugés sur le manque de moyens de prévention mis en place par les institutions.

Contexte – Entretiens réalisés au sein des cabinets des médecins.

Stratégie d'échantillonnage – Médecins de sexe, d'âge et de spécialité différents, ayant subis différents types d'agression, contactés par le CDOM du Nord, et si accord pour réaliser un entretien, les coordonnées étaient transmises. Les médecins ont été contactés directement pour essayer de favoriser des réponses positives, au vu du manque de disponibilité des médecins. Pas de notion de saturation de données dans l'IPA, mais généralement admis qu'un échantillon de 6 participants est suffisant dans un premier travail utilisant l'IPA.

Questions éthiques relatives aux êtres humains – Déclaration référence 2025-240 auprès du DPO de l'Université de Lille. Consentement oral demandé au début de chaque entretien.

Méthodes de recueil des données – Entretiens réalisés de mai 2024 à septembre 2025. Triangulation des données avec autre médecin.

Instruments et outils de recueil des données – Entretiens réalisés avec un guide d'entretien. Entretiens audio enregistrés par Dictaphone sur téléphone.

Unités d'étude – 6 participants suffisants dans un premier travail qualitatif utilisant l'IPA. Variabilité au niveau de l'âge, manque de variabilité des sexes (1femme/5hommes), mais dépendant des médecins ayant répondu favorablement à la sollicitation du CDOM.

Traitements des données – Retranscription des verbatim sur Microsoft Office Word®. Suppression des données audio. Articulation des thèmes superordonnées avec MaxQDA®. Données mises dans un document sécurisé dans le disque dur de l'ordinateur. Anonymisation des données (noms propres, lieux, ville, dates). Anonymisation des citations dans certains passages sensibles des résultats au vu de l'anxiété de certains médecins.

Analyse des données – Étiquetage des données inspiré de la phénoménologie interprétative. Codage ouvert, puis regroupé en thèmes ordonnées, eux-mêmes regroupés en thèmes superordonnés.

Techniques pour améliorer la fiabilité – Triangulation avec une autre chercheuse.

3.3.4 Résultats

Synthèse et interprétation – Le vécu d'une agression, associé à des éléments hors du contrôle des médecins, a favorisé le débordement psychologique. Cela a eu des répercussions sur les médecins, mais qui ont amenés à se reconstruire et à trouvé des solutions de préventions primaire et secondaire contre les agressions. Les médecins ont exprimé une dégradation de la relation médecin/malade, qui, associé à une menace de la plainte, favorise une judiciarisation de la médecine. Il en découle une nécessité d'amélioration des recours judiciaires, pour permettre un soutien aux victimes et une éducation de la population, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge judiciaire et ordinaire. Cela a créé une inquiétude pour la médecine future, qui nécessiterait des changements gouvernementaux pour maintenir l'attrait de la profession. Un modèle explicatif a été réalisé à partir de ces résultats.

Liens avec les données empiriques – Ces interprétations ont été réalisées à partir de citations de verbatim uniquement.

3.3.5 Discussion

Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contributions au domaine d'étude – Les résultats soutiennent les propositions faites par le rapport sur la sécurité des professionnels par le Dr MASSERON en 2023, ainsi que le plan sur la sécurité des professionnels de santé, publié par le ministère de la Santé en 2023. Certains éléments ne sont cependant pas élaborés au sein de ce dernier, et mériteraient d'être pris en compte dans de futurs travaux ministériels ou gouvernementaux.

Limites – Fiabilité avec le type de travail, le type d'entretien, le type d'échantillonnage et l'analyse des données. Limites avec la composition finale de l'échantillon, des difficultés d'anonymisation des données, liées au chercheur ou liées aux participants.

3.3.6 Autres

Conflits d'intérêts – Aucun

Financement - Aucun

4 Perspectives

Les résultats de cette thèse montrent les difficultés pour les médecins à surpasser et se reconstruire à la suite de situations d'agressions, et démontre à quel point il est primordial de mettre en place des moyens de prévention primaire.

Il est indispensable de communiquer auprès de la population pour diminuer au maximum les situations d'agressions, qui sont traumatisantes, mais aussi former les futurs et actuels médecins.

L'encadrement des médecins qui ont subi une agression se doit d'être le plus optimal possible pour permettre aux médecins de se reconstruire et pour envisager sereinement la suite de leur activité.

Il semble nécessaire de veiller à ce que les mesures du plan de sécurité des professionnels de santé publié en 2023 par le ministère de la Santé et de la Prévention soient appliquées et valorisées.

Ce travail pourrait être poursuivi en explorant la différence d'impact sur la vie professionnelle et personnelle entre hommes et femmes, suite à une agression verbale ou physique.

Ce travail pourrait également être poursuivi en évaluant les connaissances et l'impact du plan pour la sécurité des professionnels de santé sur un nombre plus importants de médecins. Une étude quantitative permettrait de récolter un plus grand nombre de données, mais également de sensibiliser un maximum de médecins aux éléments auxquels ils peuvent avoir recours dans leur pratique.

Conclusion

Les agressions envers les professionnels de santé sont en constante augmentation, et ont un véritable impact sur les médecins, à la fois personnellement, au niveau émotionnel et familial, mais aussi professionnellement, sur leur pratique et leur bien-être au travail.

Cette étude montre que cette problématique a été prise en compte par le ministère de la Santé et de la Prévention, mais que les modifications prennent du temps, ou peuvent ne pas être possible, et que celles-ci ne prennent pas en compte toutes les attentes des médecins. Il semble nécessaire de continuer à favoriser la prévention de l'agressivité des patients et de leur entourage, ainsi que l'amélioration des conditions de travail, pour permettre un maintien de l'attractivité de la profession, pour les futurs médecins, mais également les médecins actuels.

Liste des figures

Figure 1 : Modèle explicatif.....	83
-----------------------------------	----

Références

- [1] Chazard E. Réutilisation et fouille de données massives de santé produites en routine au cours du soin. Habilitation à Diriger des Recherches. Université de Lille, 2017.
- [2] CNOM. Observatoire de la sécurité des médecins 2024 n.d. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/observatoire-securite-medecins-2024> (accessed October 10, 2025).
- [3] Vento S, Cainelli F, Vallone A. Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences. *Front Public Health* 2020;8:570459. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.570459>.
- [4] Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: a gendered risk? *Sociol Health Illn* 2016;38:426–41. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12373>.
- [5] Krug EG, editor. Rapport mondial sur la violence et la santé. Geneve: Organisation mondiale de la santé; 2002.
- [6] A Lille, l'antenne de SOS-Médecins en grève après l'agression d'un praticien ; une enquête ouverte pour violences et menaces de mort 2025.
- [7] CNOM. Fiche de signalement d'agression n.d. https://sve.ordre.medecin.fr/loc_fr/default/requests/signalement/?__CSRFTOKEN__=5dbac950-a334-4922-bf2e-d4f9dc93efa8 (accessed October 16, 2025).
- [8] CDOM59. Webinaire Sécurité du 21 mars 2024 2024. <https://www.youtube.com/watch?v=gLz1IQC-wRQ> (accessed March 21, 2024).
- [9] Ministère de l'intérieur. Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé 2011. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pratique_pour_la_securite_des_professionnels_de_sante.pdf (accessed September 5, 2025).

- [10] CNOM. Prévenir et gérer les conflits 2016. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1jttsi/cnomconflit.pdf (accessed September 5, 2025).
- [11] CNOM. Pour une relation médecin-patient en toute confiance n.d. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche_confiance.pdf (accessed September 5, 2025).
- [12] Masseron J-C, NION N. Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé n.d. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_securite_des_professionnels_de_sante.pdf.
- [13] Ministère de la Santé et de la Prévention. Plan pour la sécurité des professionnels de santé 2023. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_securite-professionnels-de-sante.pdf.
- [14] Gulati G, Kelly BD, Dunne CP, Glynn L. Rise in violence in general practice settings during the COVID-19 pandemic: implications for prevention. *Fam Pract* 2021;38:696–8. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab060>.
- [15] Baby M, Gale C, Swain N. A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community* 2019;27:170–81. <https://doi.org/10.1111/hsc.12636>.
- [16] LEBEAU J-P, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER J-S, GILLES DE LA LONDE J, LUSTMAN M, MERCIER A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé, CNGE productions. 2021.
- [17] Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Lutte contre les violences : professionnels de santé, portez plainte en cas d'agression verbale ou physique n.d. <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/stop-aux-violences-contre-les-professionnels-de-sante/tolerancezero> (accessed December 13, 2025).
- [18] Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Lutte contre les violences : usagers de santé, soignons notre comportement n.d. <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/stop-aux-violences-contre-les-usagers-de-sante/tolerancezero> (accessed December 13, 2025).

contre-les-professionnels-de-sante/soignonsnotrecomportement (accessed December 13, 2025).

[19] APHP. Cahier de prescriptions sécurité 2018.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahier_de_prescriptions_securite_ap-hp.pdf.

Annexes

Annexe 1





Face à la violence, ne gardons pas le silence.

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

PORTEZ PLAINE POUR LES COMBATTRE

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

Annexe 3

Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

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

<p>Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.</p> <p>Événement survenu le : L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.</p> <p>Cachet et signature (à défaut n° RPPS) :</p>	<p>IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL</p>  <p>Vous êtes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> • médecin <input type="checkbox"/> étudiant ou interne <input type="checkbox"/> <p>Spécialité : _____</p> <p>Cet incident a eu lieu...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Au cabinet <input type="checkbox"/> Ailleurs › Préciser : _____ • Dans le cadre d'une activité en établissement de soins <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etablissement public <input type="checkbox"/> Etablissement privé <input type="checkbox"/> Dans un service d'urgence <input type="checkbox"/> Ailleurs › Préciser : _____ • Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle <ul style="list-style-type: none"> › Préciser : _____ <p>À la suite de cet incident, vous avez :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déposé une plainte <input type="checkbox"/> Déposé une main courante <p>Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <ul style="list-style-type: none"> › Indiquer le nombre de jours : _____ <p>Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>L'incident a eu lieu...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En milieu rural <input type="checkbox"/> En milieu urbain, en centre-ville <input type="checkbox"/> En milieu urbain, en banlieue <p>DÉCLARATION D'INCIDENT remplie le ____ / ____ / 20 ____</p> <p>Je désire rencontrer un conseiller départemental <input type="checkbox"/></p>
--	--

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

Annexe 4



FACE À LA VIOLENCE, NE GARDONS PAS LE SILENCE.



FICHE RÉFLEXE

Que faire en cas de situation de violences sur un lieu de soins ?

Portez plainte en cas d'agression verbale ou physique

Il n'est plus tolérable que vous, professionnels de santé qui prenez soin de nous, soyez menacés dans l'exercice de vos missions. Pour lutter contre des situations inadmissibles auxquelles vous pouvez être confrontés, le ministère de la Santé et de la Prévention a lancé un plan national d'action, avec un objectif fortement affirmé : tolérance zéro pour les auteurs de violences, qu'elles soient verbales ou physiques. Entre autres mesures, ce plan réaffirme la nécessité que vous puissiez signaler rapidement, simplement et systématiquement les violences subies, condition sine qua non pour ne plus les banaliser, les sanctionner et ainsi, les faire reculer.

Refuser la banalisation de ces violences, c'est, au-delà des insultes ou des propos dégradants, ne laisser passer aucune agression de quelque nature qu'elle soit à l'encontre des soignants. Il faut aller encore plus loin dans la protection et l'accompagnement qui vous sont dus.

Pour cela, le plan national d'action lancé en septembre 2023 prévoit de :

- ✓ créer un délit unique d'outrage pour couvrir tous les professionnels de santé, qu'ils exercent à l'hôpital ou en libéral ;
- ✓ permettre aux directeurs d'établissement de santé de déposer plainte pour soutenir leurs agents agressés et atténuer la crainte de représailles, souvent à l'origine d'un renoncement aux poursuites ;
- ✓ conduire une campagne de formation des personnels administratifs et soignants des hôpitaux et des cliniques pour mettre en lumière les bonnes pratiques déjà en place dans certaines administrations ou entreprises ;
- ✓ déployer des dispositifs d'alerte, notamment pour les professionnels libéraux les plus exposés, afin de faciliter l'alerte et la demande d'assistance de façon discrète grâce à un bracelet, un bouton caché dans une poche ou autre ;
- ✓ repenser les partenariats locaux santé-sécurité-justice pour assurer une remontée d'information effective et efficace.

Toute situation de violence ou agression doit être signalée : c'est également le message porté par le ministère pour combattre résolument les violences constatées en milieu de santé et les faire reculer.

VIOLENCE VERBALE OU PHYSIQUE SUR UN PROFESSIONNEL HOSPITALIER

À l'hôpital ou en clinique, je signale toute agression :

- ✓ à mon cadre, mon chef de service ou mon management de proximité ;
- ✓ à l'observatoire national des violences en santé (ONVS), si je suis chef ou directeur d'un établissement de santé.

Désormais, le dépôt de plainte est simplifié pour faciliter les démarches.

VIOLENCE VERBALE OU PHYSIQUE SUR UN PROFESSIONNEL LIBERAL

En cabinet, maison ou centre de santé, officine, je signale toute agression :

- ✓ à mon ordre départemental ou régional ;
- ✓ à l'observatoire national des violences en santé (ONVS), de manière directe et anonyme.

Le dépôt de plainte sera bientôt simplifié pour faciliter les démarches.

Déposer une plainte ou une main courante

- ✓ Seul ou accompagné d'un représentant de l'établissement, si vous exercez au sein d'un établissement public ou privé de santé ;
- ✓ En vous rendant dans n'importe quel service de police ou de gendarmerie : www.masecurite.interieur.gouv.fr/fr/trouver-un-commissariat-une-gendarmerie ;
- ✓ En sollicitant un rendez-vous pour éviter une attente trop longue que vous ne pouvez pas vous permettre ;
- ✓ En demandant à être domicilié à votre adresse professionnelle, ou à celle du service de police ou de la brigade de gendarmerie ;
- ✓ Ou en adressant un courrier adressé au Procureur de la République.

Si la situation le requiert, les forces de l'ordre peuvent se déplacer sur les lieux.

Si vous êtes victime d'une atteinte aux biens (vols, dégradations, escroqueries...) et que vous ne connaissez pas l'identité de l'auteur, vous pouvez déposer une **pré-plainte en ligne** sur le site www.pre-plainte-en-ligne.gouv.fr

Pour savoir comment déposer plainte : www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1435

Pour trouver une association de victimes la plus proche de chez soi : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/annuaires-12162/annuaire-des-associations-d'aide-aux-victimes-21769.html>

POUR EN SAVOIR PLUS : DGOS-ONVS.SANTE.GOUV.FR

Annexe 5

Cabinet / Officine / nom de l'établissement XXX
Nom du professionnel
Adresse
À ... ; le XX / XX

Objet : Lettre d'avertissement

[Madame, Monsieur,]

Le [date] dernier, vous avez adopté une conduite inacceptable au sein de [mon cabinet/mon officine/nom de l'établissement] et je tenais à vous faire part de mon émotion. En effet [rappel des faits].

J'ai parfaitement conscience que les patients peuvent ressentir de la peur, de la douleur ou de l'impatience en attendant un diagnostic, avant de recevoir un traitement ou lorsque l'attente devient trop importante. Mais rien ne justifie de hausser la voix, de lever la main ou de dénigrer celles et ceux qui ont choisi de vous accueillir ou de se mettre au service des autres en s'engageant dans une carrière dans le milieu de la santé. Si les délais pour obtenir un rendez-vous comme les minutes passées en salle d'attente peuvent être sources d'agacement, ils prouvent cependant que nous ne négligeons pas votre prise en charge, et que nous sommes en réalité occupés à soigner celles et ceux qui comme vous espèrent les conseils d'un professionnel de santé. La sérénité nécessaire au soin est une responsabilité collective : les professionnels de santé doivent faire preuve de pédagogie, d'empathie et de discernement, les patients doivent eux demeurer calmes, courtois et à l'écoute.

C'est pourquoi, si vous étiez amené à reproduire ce type de comportement à l'avenir, je me verrais contraint de refuser de vous prendre en charge.

Sachant pouvoir compter sur votre collaboration pour maintenir une relation soignant/soigné apaisée, je vous prie d'agréer, [Madame, Monsieur,] mes sincères salutations.

[Signature]

Guide d'entretien

Merci d'avoir accepté de réaliser un entretien concernant votre déclaration d'incident auprès du CDOM. Je souhaite recueillir votre point de vue dans le cadre de ma thèse, car votre expérience m'est précieuse.

Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer notre entretien, que je vous enverrai par la suite. Vous pourrez y apporter des corrections si vous le souhaitez, si vous estimez que le texte ne retranscrit pas exactement ce que vous avez voulu dire. Les entretiens seront anonymisés et les données seront ensuite détruites.

Vous pouvez m'interrompre à n'importe quel moment de l'entretien, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

- 1) Parlez-moi de vous et de votre pratique de médecine (générale).**
- 2) Nous allons évoquer maintenant l'agression que vous avez subie : Comment cela s'est-il passé ?**
 - a. Comment avez-vous réagi ?
 - b. Était-ce un patient que vous connaissiez ?
- 3) Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?**
Et maintenant ? (Que ressentez-vous maintenant à l'évocation de cet événement ?)
- 4) Qui avez-vous sollicité pour vous aider ?**
- 5) Comment l'Ordre est-il intervenu ?**
 - a. Quel a été leur retour pour donner suite à la déclaration d'incident ?
 - b. Que vous ont-ils apporté ?
- 6) Comment cet événement a-t-il retenti dans votre exercice médical ?**
 - a. Quelles ont été les modifications que vous avez apporté au sein de votre cabinet ?
 - b. Comment cela a-t-il changé la gestion de vos consultations ?
 - c. Quelle a été votre gestion de ce patient par la suite ?
- 7) De manière plus générale, quelles étaient vos attentes concernant les pouvoirs publics ?**

AUTEUR : Nom : HILDELBERT **Prénom : Théo**
Date de Soutenance : 07/01/2026

Titre de la Thèse : Quels sont le vécu, les moyens de prévention mis en place et les attentes des médecins du Nord ayant subi une agression et l'ayant déclarée auprès du CDOM ?

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : Agression ; Médecins ; Violence ; Prévention ; Répercussion

Résumé :

Contexte : Les agressions envers les médecins augmentent d'année en année, selon ONSM. 1581 actes d'agression ont été recensés en 2023, contre 1992 en 2024, soit une hausse de 26%. Le CNOM et le ministère de la Santé et de la Prévention ont instauré des moyens pour tenter de prévenir ces agressions. Cette thèse cherche à explorer le vécu des médecins qui ont subi une agression, les moyens de prévention mis en place, et leurs attentes.

Matériel et Méthodes : Cette thèse est une étude qualitative réalisée auprès de 6 médecins du Nord, qui ont déclaré une agression auprès du CDOM. Des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés, avec une analyse inspirée de la phénoménologie interprétative.

Résultats : Le vécu d'une agression, associé à des éléments hors du contrôle des médecins, a favorisé le débordement psychologique. Cela a eu des répercussions sur les médecins, mais qui ont amenés à se reconstruire et a trouvé des solutions de préventions primaire et secondaire contre les agressions. Les médecins ont exprimé une dégradation de la relation médecin/malade, qui, associé à une menace de la plainte, favorise une judiciarisation de la médecine. Il en découle une nécessité d'amélioration des recours judiciaires, pour permettre un soutien aux victimes et une éducation de la population, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge judiciaire et ordinaire. Cela a créé une inquiétude pour la médecine future, qui nécessiterait des changements gouvernementaux pour maintenir l'attrait de la profession.

Conclusion : La hausse de l'agression a été prise en compte par le ministère de la Santé et de la Prévention, mais ces modifications prennent du temps, et celles-ci ne prennent pas en compte toutes les attentes des médecins. Il semble nécessaire de continuer à favoriser la prévention de l'agressivité des patients et de leur entourage, ainsi que l'amélioration des conditions de travail, pour permettre un maintien de l'attractivité de la profession, pour les futurs médecins, mais également les médecins actuels.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Valéry HÉDOUIN

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jean-Philippe PLATEL

Directeur : Madame la Docteure Isabelle BODEIN

