



**HAL**  
open science

# Expérience d'insécurité vécue par les médecins dans leur pratique médicale : analyse qualitative auprès d'un échantillon de praticiens généralistes et spécialistes

Anne-Sophie Crouzet

## ► To cite this version:

Anne-Sophie Crouzet. Expérience d'insécurité vécue par les médecins dans leur pratique médicale : analyse qualitative auprès d'un échantillon de praticiens généralistes et spécialistes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03561250

**HAL Id: dumas-03561250**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03561250>**

Submitted on 8 Feb 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

**THÈSE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Anne-Sophie CROUZET**

Le 1<sup>er</sup> juin 2021

**Expérience d'insécurité vécue par les médecins dans leur pratique  
médicale.**

**Analyse qualitative auprès d'un échantillon de praticiens  
généralistes et spécialistes.**

Directeur de thèse : Pr LAMBERT Philippe

**JURY**

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

- 1<sup>er</sup> assesseur : Professeur MAURY Michèle
- 2<sup>ième</sup> assesseur : Professeur BACCINO Éric
- 3<sup>ième</sup> assesseur : Docteur CAMPAGNAC Jérôme

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

**THÈSE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Anne-Sophie CROUZET**

Le 1<sup>er</sup> juin 2021

**Expérience d'insécurité vécue par les médecins dans leur pratique  
médicale.**

**Analyse qualitative auprès d'un échantillon de praticiens  
généralistes et spécialistes.**

Directeur de thèse : Pr LAMBERT Philippe

**JURY**

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

- 1<sup>er</sup> assesseur : Professeur MAURY Michèle
- 2<sup>ième</sup> assesseur : Professeur BACCINO Éric
- 3<sup>ième</sup> assesseur : Docteur CAMPAGNAC Jérôme

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORiot Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISI ER Jean Pierre

### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivuer	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

### Docteurs Emérites

PRAT Dominique  
PUJOL Joseph

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

---

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2ème classe**

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

#### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

### PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



**PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

---

---

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

**MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel**

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<b><u>MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe</u></b>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques



**Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

**MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

**MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

**Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

PERSONNEL ENSEIGNANT

**Maitres de Conférences des Universités**

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**PH chargés d'enseignements**

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

---

**Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

## REMERCIEMENTS

Merci tout d'abord au professeur Philippe Lambert, pour son humanisme, sa bienveillance, son temps, son aide, et surtout de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Merci à mon jury de thèse composé du professeur Michèle Maury, du professeur Éric Baccino et du docteur Jérôme Campagnac pour votre présence (physique ou virtuelle) et l'intérêt que vous portez à mon travail de thèse.

Merci à tous les médecins ayant participé à cette étude, pour votre disponibilité et votre aide à l'élaboration de ce travail de thèse.

Merci au docteur Joël Roy, pour sa gentillesse, son accompagnement et sa disponibilité.

Merci au docteur Françoise Molénat

Merci à toutes les équipes avec lesquelles j'ai eu plaisir à travailler (notamment l'équipe de Clémentville).

Merci à toute ma famille.

Merci à tous mes amis.

Et merci à Doudou.

## **ABREVIATIONS**

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

OSM : Observatoire pour la Sécurité des Médecins

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OIT : Organisation Internationale du Travail

CII : Conseil International des Infirmières

ISP : Internationale des Services publics

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

MG : Médecin Généraliste

# SOMMAIRE

1	INTRODUCTION .....	24
1.1	Contexte .....	24
1.2	Définition : l'insécurité .....	25
1.3	État des lieux.....	26
1.4	Bibliographie.....	28
1.5	En France, textes officiels.....	34
1.5.1	OSM.....	34
1.5.2	ONVS.....	35
1.5.3	CROM.....	38
1.5.4	CDOM.....	38
1.5.5	Protocole national Santé-Sécurité-Justice-Ordre .....	39
1.5.6	Autres ressources .....	39
1.6	Aspect législatif .....	40
1.7	Notre étude.....	42
2	MATERIEL ET METHODE.....	43
2.1	Objectifs de l'étude .....	43
2.2	Type d'étude .....	43
2.3	Population de l'étude .....	43
2.3.1	Critères d'inclusion.....	43
2.3.2	Mode de recrutement de l'échantillon .....	44
2.3.3	Taille de l'échantillon .....	45
2.4	Méthode de recueil des données .....	45
2.4.1	Types d'entretiens .....	45
2.4.2	Guide d'entretien .....	46
2.4.3	Retranscription des entretiens .....	47
2.5	Méthode de l'analyse des données.....	47
2.5.1	Type d'analyse.....	47
2.5.2	Analyse entretien par entretien .....	48
3	RESULTATS.....	49
3.1	Caractéristiques de l'échantillon au moment de l'entretien.....	49
3.2	Analyse thématique.....	51
3.2.1	Les types d'insécurité vécus par les médecins.....	53
3.2.2	Typologie des agresseurs .....	60
3.2.3	Motifs de l'insécurité .....	68
3.2.4	Typologie des victimes .....	74
3.2.5	Contextes d'insécurité.....	80

3.2.6	Répercussions personnelles .....	85
3.2.7	Répercussions professionnelles .....	102
3.2.8	Les types de signalements.....	113
3.2.9	Les causes de non signalement .....	121
3.2.10	Si récidive .....	132
3.2.11	Propositions des médecins pour lutter contre l'insécurité .....	137
3.2.12	Vision générale sur l'insécurité .....	147
3.3	Catégorisation des facteurs de risque d'insécurité.....	150
3.3.1	Le niveau de sévérité de l'insécurité.....	150
3.3.2	La sévérité de l'impact personnel .....	150
3.3.3	Les signalements.....	151
3.3.4	En cas de récidive d'une telle situation.....	151
3.3.5	Illustration .....	152
4	DISCUSSION.....	158
4.1	Discussion de l'étude .....	158
4.1.1	Les forces.....	158
4.1.2	Les faiblesses .....	160
4.2	Confrontation aux données de la littérature .....	163
4.2.1	Sur l'insécurité.....	163
4.2.2	Sur les répercussions.....	169
4.2.3	Sur les signalements.....	172
4.2.4	Sur les propositions.....	175
4.3	Hypothèses et perspectives .....	177
5	CONCLUSION.....	179
6	BIBLIOGRAPHIE.....	181
7	ANNEXES.....	187
7.1	Annexe 1 : Fiche de déclaration d'incident au CNOM.....	187
7.2	Annexe 2 : Affiche du CNOM.....	188
7.3	Annexe 3 : Courrier adressé aux médecins.....	189
7.4	Annexe 4 : Guide d'entretien.....	190
7.5	Annexe 5 : Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des 20 médecins au moment de l'entretien. ....	191
7.6	Annexe 6 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'insécurité des 20 médecins au moment de l'agression. ....	192
8	SERMENT D'HIPPOCRATE .....	193
9	RÉSUMÉ .....	194

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Contexte

Dans une époque où l'insécurité est omniprésente dans notre société, le monde de la santé n'est pas épargné : internationale et locale, libérale et hospitalière, médicale et paramédicale, urbaine et rurale, la violence se retrouve partout (1).

L'insécurité des professionnels de santé et notamment les médecins est en recrudescence en France. En effet, les études internationales et les enquêtes du Conseil de l'Ordre National des Médecins (CNOM) en France confirment que le corps médical fait partie des professions à risque d'agression (2,3). Les médecins ne bénéficient plus de la distance respectueuse qu'inspirait jadis leur profession (4).

Pour évaluer ce phénomène, le CNOM a créé en 2002 l'Observatoire pour la Sécurité des Médecins (OSM) et une fiche de déclaration des incidents (Annexe 1) a été mise en place, elle permet aux médecins de faire un signalement de leur agression et de recevoir un soutien de l'institution ordinaire s'ils le souhaitent par le Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins (CDOM) dont ils dépendent.

Pour l'année 2018, le CNOM a publié les résultats de l'OSM et a révélé une nouvelle augmentation du nombre d'incidents, une hausse de près de 9 % en un an soit 1126 déclarations d'incidents (5). En 2019, 1084 déclarations ont été recensées dont 122 en Occitanie (6) ; ainsi ce nombre de signalements d'incident reçus par l'OSM a doublé en 10 ans (4).

Le rapport de 2001 sur les violences subies par les professionnels de santé, diligenté par la Ministre de l'emploi et de la solidarité, faisait le lien avec la délinquance : « les violences dont les professionnels de santé sont victimes dans le cadre de leurs activités professionnelles ne sont le plus souvent que l'expression, à leurs dépens, de la violence "ordinaire" qui règne dans nos sociétés, notamment urbaines » et donc ces manifestations de violence sont de « nature sociétale » (7).

Cette insécurité est un facteur prépondérant dans le malaise du corps médical avec notamment une augmentation du nombre de burn-out dans cette population (8).

Les autres conséquences importantes sont nombreuses comme la modification de la démographie médicale (9–14), des conditions d'exercice (9–11,15–17) et donc de la qualité des soins. En effet la démographie médicale change et son déficit s'aggrave car l'insécurité est un des facteurs de

réticence à l'installation des médecins mis en évidence par le CNOM. Les problèmes d'ordre sécuritaire rencontrés par les médecins risquent de compromettre considérablement leur mission de service public et donc la qualité et l'égalité des soins (18).

D'autre part, il existe une importante sous-déclaration des événements d'insécurité de la part des médecins (15,16,19–23); les principales causes étant le manque de temps, la lourdeur des démarches administratives, la peur d'éventuelles représailles (9,19), mais aussi et surtout la méconnaissance des procédures (10,16,21–25) et la banalisation de l'insécurité (12,13,21).

Il me paraît donc judicieux de s'intéresser aux facteurs qui influencent les médecins à faire ou pas un signalement auprès du CDOM, leurs attentes en plus de leurs expériences d'insécurité.

## 1.2 Définition : l'insécurité

Selon la définition du Larousse l'insécurité est un sentiment de vivre dans un environnement physique ou social favorisant les atteintes aux personnes et aux biens, état de quelque chose qui est instable, précaire, état d'un lieu qui n'est pas sûr, qui est soumis à la délinquance ou à la criminalité (26).

Quand on parle d'insécurité il est important de différencier insécurité et sentiment d'insécurité. Ainsi définir le terme insécurité implique de définir également le sentiment d'insécurité et donc celui de la victimation.

Pour J-P Brodeur, la notion de sentiment d'insécurité provenait de la traduction de l'expression anglaise *fear of crime*, la peur de la peur (27).

Le sentiment d'insécurité exprime autre chose que la seule expérience de la victimation, il exprime d'abord une vulnérabilité (28). Ainsi la victimation est le fait de subir une atteinte matérielle, corporelle ou psychique ; la victimation est à distinguer de la victimisation qui est le fait d'être considéré comme étant particulièrement sensible à devenir victime d'un acte ou d'un phénomène donné.

Selon Roché, le sentiment d'insécurité renvoie à une perception et est construit selon 2 dimensions qui ne sont pas forcément corrélées (29).

- La peur personnelle, qui correspond à la peur vécue ou liée à la crainte d'être agressée ou volée ; elle dépend en partie du risque réel d'être victime mais aussi d'autres paramètres, comme les caractéristiques individuelles et environnementales.
- La préoccupation sociale pour l'insécurité, ou préoccupation « sécuritaire », qui se réfère à l'opinion de la personne sur l'importance qu'elle accorde aux problèmes de délinquance

dans la société, par rapport à d'autres sources d'inquiétude (comme le chômage, pauvreté, pollution et sida).

Il y a donc l'insécurité objective qui est mesurée au travers des statistiques et le sentiment d'insécurité subjectif qui est difficilement mesurable comme tout sentiment.

« L'insécurité, qu'elle soit objectivement subie ou subjectivement ressentie, est un « phénomène social ». Un phénomène social qui peut être pris comme objet d'enquêtes, d'études et d'analyse.

Qui plus est, il s'agit d'un « phénomène social » qui semble avoir pris des proportions considérables ces dernières années, du moins à en évaluer son importance à partir de la place prise dans l'espace public (politique, médiatique, scientifique, du « global-mondial » ou « local-communal ») » (30).

Mais ce problème dépasse donc bien le simple « sentiment » d'insécurité aux vues des chiffres de recensement de l'insécurité chez les professionnels de santé ainsi que des répercussions sur le paysage sanitaire national mais aussi au niveau international.

## 1.3 État des lieux

L'insécurité des professionnels de santé est un sujet d'actualité en France mais aussi à l'étranger où elle apparaît comme un problème de santé publique.

### **À l'échelle mondiale,**

En 1996 lors de la 49<sup>ème</sup> assemblée mondiale de la santé, la violence est déclarée comme un problème de santé publique majeur et croissant dans le monde entier et est citée comme un « fléau mondial » (31). Depuis cette date, la prévention de la violence est devenue une priorité de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Et l'OMS rapporte que la violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé. En effet une étude commune portant sur la violence au travail dans le secteur de la santé, sous l'égide de l'Organisation internationale du Travail (OIT), du Conseil international des Infirmières (CII), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Internationale des Services publics (ISP) en mai 2002 a montré que la violence envers le corps médical est en fait un phénomène mondial ; c'est une épidémie qui va au-delà des frontières, des cultures, des conditions de travail et des groupes professionnels. Elle touche toutes les sociétés y compris celle des pays en développement et l'ensemble du personnel soignant ; avec une forte prévalence de la violence psychologique en plus de la violence physique. Elle a pour conséquence une dégradation de la qualité des soins et l'abandon des professions de santé par le personnel ; et elle peut aboutir à une diminution de l'offre de soin et donc à une augmentation des coûts. Cette étude a montré également

une sous déclaration de ces incidents, un suivi insuffisant de ceux qui ont signalé, une absence de sanction pour les agresseurs et un mécontentement des victimes par un manque de directives spécifiques afin d'éviter ou de réagir à la violence (2).

### **À l'échelle française,**

Le dernier rapport de l'OSM, publié en novembre 2020, recense 1 084 actes de violence envers des médecins en 2019, soit 30 % de plus que la moyenne des quinze dernières années. Le nombre de signalements d'incidents reçus par l'OSM est ainsi passé de 512 à 1 084 entre 2009 et 2019. Ils concernent 5,5 médecins sur 1 000 aujourd'hui, contre 2,5 il y a dix ans, il y a eu donc un doublement en 10 ans.

Si 71 % de ces incidents ont eu lieu en ville, on note une forte progression en milieu rural avec 228 cas, contre 136 en 2017.

Ces agressions se produisent pour 65% lors de l'exercice de médecine de ville et dans 25% dans une structure de soins.

La plupart de ces incidents sont le fait de patients (55%), qui n'hésitent plus à faire éclater leur colère face à un refus de prescription, un temps d'attente jugé excessif ou une prise en charge qui ne correspond pas à ce qu'ils ont lu sur Internet.

Les médecins généralistes sont les plus concernés par cette montée de violence (70 %), suivis par les psychiatres (4%), les ophtalmologues (4%) et les dermatologues (2%).

La proportion est de 52% de femmes et 48% d'hommes or en France il y a 47% de femmes médecins et 53% d'hommes médecins.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le fait d'être entouré de collègues ne change rien, ainsi 63 % des praticiens agressés en 2019 disposaient d'un secrétariat, et 25 % travaillaient en établissement de santé.

Les médecins sont exposés à la violence, principalement verbale (66%). Il y a également des atteintes physiques (8%) et des atteintes aux biens avec vols et tentatives de vols (17%) et actes de vandalisme (8%).

Seulement 47% des agressions physiques ont donné lieu à un dépôt de plainte ou à une main courante. Tous types de violences confondus, 41 % des incidents seulement connaissent une suite judiciaire, ce qui contribue sans doute au sentiment d'impunité des agresseurs (4,6).

Les professionnels de santé sont de plus en plus confrontés à des situations d'insécurité qui constituent une entrave à leur exercice quotidien, particulièrement dans les zones sensibles (7).

Dans le numéro de Synthèse stat de septembre 2020 sont décrites les expositions aux risques professionnels notamment aux risques psychosociaux. Les données présentées sont issues de l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) de 2017 ; il a ainsi été montré que le secteur d'activité pour la santé humaine était au 2<sup>nd</sup> rang en

proportion de salariés concernés par l'exposition aux agressions (verbales, physiques ou sexuelles) et la famille professionnelle des médecins au 4<sup>ème</sup> rang (derrière les professionnels de l'action sociale et de l'orientation, les infirmiers-sages-femmes et l'armée, police, pompiers) (32).

Les violences et incivilités sont un phénomène sociétal non spécifique au monde de la santé.

## 1.4 Bibliographie

Les travaux de thèse et articles disponibles sur l'insécurité des professionnels de santé sont très nombreux et montrent l'importance du problème.

### Au niveau international

- Les premières publications faisant état d'agression de médecins datent des années 80 et nous viennent d'Angleterre. Le premier article retrouvé concernant les agressions envers les médecins libéraux date du 13 mai 1978 dans le British Medical Journal suite à l'assassinat d'un médecin généraliste et à des violences graves commises sur deux autres médecins (psychiatre et généraliste) par des patients psychiatriques (33).
- Publiée en 1991, une étude rétrospective avec un large échantillon (1093 médecins généralistes) a été menée sur la violence en médecine générale en Grande-Bretagne par Hobb. Elle montre que 62,9 % des médecins ont subi des agressions au cours des 12 derniers mois et que ces agressions sont essentiellement verbales (91,3%). Le cabinet médical est le lieu d'agression le plus fréquent (56,6 %). Les agressions physiques se déroulent essentiellement au domicile du patient (62,5%) et de nuit (66%). L'agresseur est dans 37,6% des cas un accompagnant, et le plus souvent un homme de moins de 40ans et les facteurs favorisants sont l'usage de toxiques (27,4%), l'anxiété (25,7%), les troubles psychiatriques et la longue attente (10,8%). Cette étude avait préconisé une meilleure formation et organisation des professionnels médicaux, et recommandé un suivi des victimes d'agression (34).
- En 1993 dans le New England Journal of Medicine est publié un article sur le harcèlement sexuel des femmes médecins par leurs patients. Cette étude rétrospective menée sur 1064 femmes médecins dans l'Ontario au Canada montre que plus de 75 % de ces femmes médecins ont été victimes de harcèlement sexuel dans leur carrière, et le plus souvent dans leur propre cabinet et par leurs propres patients (patient connu dans 56 % des cas, un homme dans 92% des cas). Ce harcèlement prend la forme le plus souvent de propos (59%), de regards (53%), ou de gestes (26%) déplacés mais il a aussi le témoignage d'attouchements (23 %) et de viol ou tentatives de viol (0,5 %). Sa fréquence est

indépendante du milieu d'exercice professionnel (rural, urbaine). La désinhibition du comportement sexuel induite par la prise de toxique (drogues et ou alcool) est mise en relief dans cette étude (35).

- En 1995, une étude est menée sur la violence envers les jeunes médecins urgentistes au Royaume-Uni. Au total, 100 jeunes médecins ont répondu au questionnaire, une agression verbale a été vécue par 96 d'entre eux, 50 ont reçu des menaces et 32 ont déclaré que des patients avaient tenté de les agresser. 32 médecins ont admis avoir été bouleversés après un incident violent, à tel point qu'ils en étaient préoccupés après le travail. Aucune des personnes agressées n'a reçu d'aide et aucune procédure judiciaire n'a été engagée à la suite des agressions. Seuls 11 médecins avaient reçu une formation sur la façon de gérer les patients agressifs, bien que 88 aient estimé que ce serait utile (36).
- En 1999, Family Practices International Journal publie une enquête sur 101 médecins généralistes en Angleterre. Elle classe la peur de la violence au travail en 4<sup>ième</sup> position comme cause de stress et de mécontentement de ces médecins (37).
- Au Royaume-Uni, une nouvelle étude sur les agressions des médecins généralistes (380 avec 244 hommes, 136 femmes) a été réalisée en 1997 et publiée en 2000 dans le British Medical Journal. Elle ne montre que les taux de violence sont similaires à celui rapporté dans la plus grande étude précédente réalisée par Hobbs en 1991 excepté pour les taux plus faibles d'incidents graves. Les médecins généralistes dans les zones « défavorisées » sont plus susceptibles de signaler des violences verbales et des incidents plus graves. Il y a une proportion plus élevée de femmes que d'hommes victime de violence verbale, mais une proportion plus élevée d'hommes que de femmes victime d'agression physique ou d'incident grave (38).
- En 2010 a été réalisée une étude sur la prévalence de la violence chez les médecins de famille au Canada. Elle montre qu'environ 2 médecins de famille sur 5 interrogés ont été soumis à un nombre considérable de sévices graves au cours de leur pratique et par un patient dans 90% (39).
- En Palestine, dans l'enquête de M. Kitaneh et al en 2011, 80,4% des 271 médecins et infirmiers de l'étude déclarent avoir été exposés à la violence au cours des 12 derniers mois, dont 20,8% de violence physique. Les hommes ont été considérablement plus exposés à la violence physique que les femmes (40).
- En 2015 une étude sur la violence des médecins en Turquie est réalisée, sur 597 médecins de l'enquête 86,4% ont indiqué avoir été exposés à au moins un type de violence (physique, verbale, sexuelle), 27,5% ont subi des menaces physiques et 68,6% ont subi des violences

verbales au cours de la dernière année. Seuls 40,4% ont signalé la violence physique à leur institution (41).

### **Au niveau national**

- En France, la violence contre les médecins est également décrite dans la littérature. Dès 1996, est publié dans la Gazette Médicale le constat que 40 médecins ont été tués dans l'exercice de leurs fonctions depuis 1975 (42).
- Un article de 2007 des annales médico-psychologiques qui s'intéresse au médecin victime dans son exercice quotidien et à la conduite à tenir pour lutter contre cette insécurité, montre que le corps médical fait partie des professions à risque d'agression verbale, physique et de vol à main armée. Les agresseurs de médecins sont souvent des personnes alcooliques, toxicomanes ou souffrant de troubles mentaux graves. Ce sont les généralistes de sexe masculin exerçant en ville dans les zones difficiles qui sont les plus exposés aux violence (43).
- Dans le livre, « Médecine légale clinique », du professeur Baccino paru en 2014, un chapitre est consacré aux médecins victimes de violence et dresse un état des lieux exhaustif et une bibliographie très bien documentée sur ce sujet (18).
- Une étude de 2015 sur les violences subies par les médecins généralistes exerçant en libéral montre une sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens, sans mise en évidence de différence entre les hommes et les femmes (20).
- Paru en 2019, le livre des professeurs Maury et Taourel, « Les médecins ont aussi leurs maux à dire », s'intéresse au mal-être des médecins hospitaliers et donc de la santé au travail. Car les burn-out, suicides et accidents professionnels sont en augmentation chez les soignants ; le stress professionnel et les risques psychosociaux exposent à ce mal-être notamment dans le métier de médecin (44).
- Les travaux de thèses sur ce sujet sont très nombreux (1,9–17,19,21–25,45–47).
  - Une étude de 2005 réalisée sur le sentiment d'insécurité des médecins généralistes dans l'Hérault montre que 49,5% le perçoit. Les femmes se sentent davantage en insécurité et sont plus agressées. Les médecins les plus exposés exercent dans les zones urbaines sensibles. La majorité ont modifié leurs pratiques professionnelles (17).
  - En 2009 une étude prospective portant sur des médecins généralistes exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais montre que 79% de ces médecins ont déjà été victimes d'incivilités au cours de leur pratique professionnelle et ce lors de consultation au cabinet médical (41%), de visites (31%) ou de garde (25%). Les agressions verbales sont les plus courantes (88%) puis viennent les actes de dégradations (34%), agressions physiques (27%) et enfin les vols/hold up (25%). Secondairement à une incivilité ils sont 52% à

ressentir de l'insécurité pendant leur pratique professionnelle et 48% à modifier leur activité professionnelle se tournant majoritairement vers la mise en place de système de sécurisation (63%) et vers une modification dans la relation médecin/patient (60%). Un dépôt de plainte n'est observé que dans 21% des cas (15).

- En 2012, une étude rétrospective sur 300 médecins généralistes de l'Oise dresse un état des lieux de l'insécurité en médecine générale sur les 153 répondants, 65,4% déclarent avoir été victime d'une agression quel qu'en soit la forme au cours de l'exercice professionnel, 44,5 % n'ont rien intenté à la suite de leur agression et 35 % ont modifié leurs pratiques professionnelles. Les conséquences de ces agressions sont importantes avec des modifications de leurs pratiques professionnelles passant par la sécurisation du cabinet ou encore une modification de la relation médecin malade. L'information sur les droits et les démarches des médecins victimes sont à favoriser (16).
- En 2012 une thèse s'intéresse à la violence au sein de l'exercice quotidien des femmes médecins généralistes (15) de Meurthe-et-Moselle. La majorité a subi des agressions surtout verbales au cours de leur carrière. Toutes évoquent un manque de formation à la gestion de la violence, les démarches judiciaires ou ordinaires à réaliser suite à une agression sont quant à elles bien connues. Enfin, certains médecins déplorent l'absence de soutien des instances ordinaires ou judiciaires au décours des incidents (24).
- Une étude qualitative de 2012 sur la violence ressentie par les médecins généralistes dans les Pyrénées-Orientales a montré qu'ils sont victimes d'agressions dans leurs pratiques surtout par des patients toxicomanes ou psychiatriques. Cependant ils n'ont pas le sentiment d'insécurité car ils adaptent leur exercice professionnel et évitent les situations à risque, ainsi la notion de milieu sécurisé est représentée par un exercice professionnel de groupe, en milieu rural avec un local et des horaires adaptés et l'abandon pour beaucoup des gardes (10).
- En 2012 une étude descriptive multicentrique afin d'évaluer le Pourcentage des médecins urgentistes de la région Nord-Pas-de-Calais ne se sentent pas en sécurité sur leur lieu de travail. Ainsi 32% des médecins se sentent en insécurité sur leur lieu de travail, principalement liée à la répétition d'actes de violence, plutôt qu'à la gravité de ces actes. Et 64% des médecins participants jugent utile de bénéficier d'une formation à la gestion du stress et de l'agressivité (47).
- Une thèse est menée en 2012 afin d'évaluer la connaissance et l'impact du livret de sécurité sur la pratique des médecins généralistes de la Seine Saint Denis. Le livret de sécurité est connu par seulement 26 % des médecins interrogés. Pour ceux qui

connaissent le livret de sécurité, il semble que celui-ci soit largement apprécié. La diffusion du livret de sécurité est à améliorer pour augmenter les déclarations d'incidents mais surtout pour orienter plus facilement le médecin victime vers les instances qui pourraient lui venir en aide (police, aide psychologique...) (22).

- En 2013, une étude rétrospective menée entre 2010 et 2012 sur la violence vécue par des médecins généralistes de Loire-Atlantique, montre que près de 3/4 des médecins ont été victimes d'actes de violence, le plus souvent verbale (1).
- En 2013 une thèse s'intéresse aux conditions d'exercice de la médecine générale en Zone Urbaine Sensible de Montpellier. La majorité des médecins installés (6/8) sont pleinement épanouis dans leur exercice, 2 semblent en burn-out. La médecine exercée paraît être une médecine spécifique, propre aux quartiers marqués par une grande précarité et demande un grand investissement. Les médecins remplaçants ont une vision assez péjorative du quartier et majoritairement, ils ne s'y installeraient pas essentiellement en raison de l'insécurité et des particularités mêmes de la population. Cette zone urbaine sensible risque à moyen terme de devenir une zone de non-soins, là où une médecine de proximité est pourtant essentielle (13).
- Une thèse de 2014 a cherché à comprendre pourquoi les médecins généralistes ne déclarent pas la plupart des actes de violences dont ils sont victimes. Ainsi la méconnaissance des mesures, notamment ordinales ainsi que la charge de travail supplémentaire que cela implique pour un résultat décevant. Plus de la moitié des médecins intègrent cette violence à leur travail, au même titre que la violence sociétale qui touche d'autres corps de métier. Les médecins interrogés proposent des solutions pour améliorer leur sécurité notamment lors des situations à risques comme les visites à domicile ou les gardes. Une meilleure connaissance des mesures de déclarations existantes et une coopération efficace entre le CNOM et les instances juridiques sont préconisées (21).
- Une étude qualitative de 2014 évalue le sentiment d'insécurité chez 10 médecins généralistes de la Seine-Saint-Denis, département le plus touché en France par l'insécurité. Ce sentiment d'insécurité est exprimé sous forme de peur, de méfiance, d'agacement et de colère. La prescription sous la contrainte mais également les vols et les cambriolages sont essentiellement à l'origine de cette insécurité. La sécurisation du cabinet ainsi qu'une adaptation des modalités d'exercice permettent de limiter les incidents. Les médecins restent malgré tout sereins au quotidien (11).

- Le ressenti et le vécu des médecins généralistes exerçant dans une zone urbaine dite sensible est étudié en 2014. La majorité ne ressent pas d'insécurité, mais des manœuvres d'évitement sont mises en place spontanément, et les agressions sont souvent banalisées. Pour éviter la désertification de ces quartiers sensibles, la création de centres de santé ou de maisons pluri-disciplinaires semble être le plus adaptée (12).
- Un travail de thèse effectué en 2016 sur des médecins généralistes des Alpes Maritimes principalement met en évidence un défaut de formation des médecins quant à la gestion du patient agressif, ainsi que des difficultés concernant les recours suite à l'agression. Les médecins interrogés évoquent l'évolution de la relation médecin-patient avec parfois le ressenti d'un sentiment d'infériorité du médecin. Des répercussions psychologiques à type d'anxiété voire un sentiment d'isolement sont présentes suites aux agressions. Ces agressions engendrent parfois une désertification des zones péri-urbaines difficiles (14).
- Le travail de thèse sur les agressions des médecins de premier recours du Limousin en 2016, montre qu'une majorité des médecins de premier recours ont subi une agression, au cours de leur vie professionnelle. Malgré des répercussions importantes il y a peu de démarches entreprises par manque de formation et d'informations des médecins (23).
- Une étude de 2017 sur les ressentis et les opinions de 23 médecins de Meurthe et Moselle ayant fait un signalement d'insécurité au CDOM montre une tendance à la sous-déclaration de ces mêmes médecins. Plus de la moitié d'entre eux ressentent toujours de l'insécurité à distance du signalement. Il ne semble pas exister de lien entre la gravité des événements et l'intensité douloureuse du ressenti du médecin victime d'insécurité et ils font part de répercussions dans leur vie professionnelle et personnelle. Malgré un avis global positif sur la prise en charge du CDOM ils regrettent un manque de suivi (19).
- En 2017, une thèse sur le vécu de 13 médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France témoigne qu'ils sont conscients que leur métier est à risque d'agression et qu'ils sont confrontés à la violence, principalement verbale. La pacification est privilégiée pour gérer la situation, celle-ci étant plus aisée avec l'expérience. Les conséquences psychiques peuvent être majeures avec un sentiment d'isolement pouvant être ressenti par les médecins. Les démarches ordinaires et judiciaires sont peu utilisées. La sécurisation du cabinet et l'anticipation des situations à risques sont nécessaires. L'insécurité peut être un facteur de réticence à l'installation des médecins (9).

- Une étude épidémiologique est réalisée en 2019 afin de mesurer la prévalence des actes de violences subis par les internes en consultation en SASPAS en ex Midi-Pyrénées. Les résultats sont concordants majoritairement avec les données de la littérature. Le médecin généraliste est exposé à la violence, principalement verbale. La connaissance des structures et recours existants et la formation, initiale ou continue, sont à développer afin de mieux prévenir et gérer ces situations afin d'en limiter les conséquences (25).

## 1.5 En France, textes officiels

Afin d'améliorer la sécurité des professionnels de santé, les pouvoirs publics ont mis en place certaines mesures dont la création de l'Observatoire National pour la Sécurité des Médecins (OSM) en 2002, la création de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) en 2005, le renforcement des peines encourues en cas d'agression de professionnels de santé et de leur famille par la loi sur la sécurité intérieure, la mise en place du protocole national Santé-Sécurité-Justice-Ordre (SSJO) en 2011 (48).

### 1.5.1 OSM

Le CNOM a créé en 2002 un observatoire de la sécurité collaboration avec l'institut Ipsos pour lutter contre les violences faites aux médecins, « il est désormais un outil incontournable dans le suivi et la prévention des violences faites aux médecins » (18).

Ses principales missions sont de :

- Faciliter le signalement des agressions par la création de la fiche de déclaration d'incident qui peut d'ailleurs être réalisée en ligne et par un fort encouragement à la remplir.
- Recenser les agressions contre des médecins et ainsi publier chaque année une enquête qui dénombre les violences faites aux médecins à partir des déclarations adressées par les médecins à leur CDOM respectif. Il centralise ainsi les problèmes d'insécurité rencontrés par les médecins sur le territoire, en analyse les causes et évalue le niveau d'insécurité subie sur le terrain.
- Servir d'interlocuteur des pouvoirs publics et agir en lien avec eux et renforcer les coopérations avec les autorités concernées (justice, sécurité intérieure, santé et collectivités locales) pour la prévention et le traitement des agressions à l'encontre des médecins.

- Aider à prévenir ou limiter les conflits par l'intermédiaire de conseils pratiques délivrés sous diverses formes :
  - un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé (49) : élaboré en lien avec le ministère de l'Intérieur et les sept Ordres des professions de santé, il permet d'identifier les principales sources de tensions entre les médecins et leurs patients, et recommande des mesures à mettre en œuvre pour aider à les désamorcer. Il précise la conduite à tenir en cas d'agression.
  - une fiche pratique prévenir et gérer les conflits (50) : donne également des conseils pour aider le médecin à se protéger.
  - une affiche d'information pour une relation patient-médecin en toute confiance (51) : à installer sur le lieu d'exercice pour sensibiliser les patients aux gestes et comportements à adopter pour éviter les conflits avec leur médecin et ainsi avoir une relation médecin-patient équilibrée.

## 1.5.2 ONVS

L'ONVS a été créé en 2005 suite à la circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005. Il recueille de façon systématique les incidents de violences envers les professionnels de santé en établissement de soins. Il est composé de représentants du monde hospitalier, du ministère de l'intérieur et de la justice ainsi que du CNOM, du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers et du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Il a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements sanitaires et médicosociaux publics et privés (2011, extension aux professionnels de santé libéraux en 2011).

Pour recenser et centraliser les actes de violence et d'incivilités commis en milieu de santé, l'ONVS a mis en place sur le site plateforme-signalment ONVS avec une procédure de recueil via la fiche de signalement (52). La consultation peut ensuite s'effectuer à trois niveaux : local pour l'établissement concerné, régional pour l'agence régionale de santé et enfin national pour l'ONVS (53).

L'ONVS travaille en lien avec l'ONQVT (Observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social), depuis sa création en juillet 2018. Il s'intéresse à la QVT (Qualité de Vie au Travail) pour l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaires et médico-social (54).

### Échelle de sévérité

L'ONVS a défini une échelle de gravité des événements de violence en milieu de santé à partir du code pénal.

➤ Les atteintes aux personnes

- *Niveau 1* : Injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures
- *Niveau 2* : Menaces d'atteintes à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)
- *Niveau 3* : Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, tout autre objet), agression sexuelle
- *Niveau 4* : Violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, etc.)

➤ Les atteintes aux biens

- *Niveau 1* : Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis
- *Niveau 2* : Vols avec effraction
- *Niveau 3* : Dégradation ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil...).

L'ONVS émet cependant une nuance à son échelle de gravité en mettant en avant le cas des incivilités qui malgré un faible niveau sur l'échelle de sévérité elles ont un impact extrêmement délétère sur les professionnels médicaux.

« Elles sont une véritable nuisance sociale qui gangrène les règles élémentaires de la vie en société et, de façon insidieuse, portent gravement atteinte à la qualité de la vie au travail. Répétitives au point de devenir habituelles, ces incivilités peuvent générer chez ceux qui les subissent une accoutumance nocive, destructrice de leur personne et du sens et de l'intérêt de leur travail. L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal-être, perte de confiance, démobilité des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme. Par répercussion, elles portent également atteinte à la qualité

des soins dispensés. Il est donc primordial de lutter contre cette sorte de harcèlement moral qui mérite la mobilisation de tous. L'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable » (55).

### **Rapport de l'OVNS d'avril 2021 :**

L'ONVS recueille, sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence en milieu de santé et dresse chaque année le panorama chiffré des signalements des violences et des incivilités déclarés dans les structures hospitalières et médico-sociales.

- En 2019, 23 780 cas de violence (atteintes aux personnes et aux biens) ont été signalés.
- Parmi les victimes 81% d'atteintes aux personnes (dont 21% liées à un TPN : trouble psychique ou neuropsychique) et 19% d'atteintes aux biens (dont 3% liées à un TPN).
- Les 21 944 agresseurs étaient majoritairement des patients (15 496) ou des visiteurs et accompagnateurs (4 105). Les patients agresseurs sont 20 % à avoir commis une atteinte en raison d'une pathologie.
- Les cinq structures déclarant le plus de signalement sont :  
La psychiatrie (18%), les urgences (16%), les USLD (unités de soins de longue durée) /EHPAD (13%), les unités de soins (9%), la médecine (8%)
- Parmi les victimes d'atteintes aux personnes, on dénombre dans :
  - 82% des « personnels de santé » avec comme répartition :
    - 94,5% des professionnels de santé dont 8% de médecins, 47% d'infirmiers, 45% d'aides-soignants et autres soignants.
    - 5,5% des personnels administratifs.
  - 11% des patients.
  - 4% des agents de sécurité.
  - 2% autres.
  - 1% des visiteurs.
- Les motifs de violence (déclarés dans 52,5 % des cas) sont :  
Reproche prise en charge (45,3%), refus de soins (20, 2%), temps d'attente (11%), alcoolisation (9,7%), règlement de compte (5%), drogue (2,8%), refus de prescription (2, 2%), diagnostic non accepté (1,5%), suicide (1,1%) ...
- Sur une échelle de gravité de 1 à 4 en ce qui concerne les atteintes aux personnes, les violences physiques (niveau 3) et menaces avec arme représentent 49%, les insultes et injures (niveau1) représentent 31%, les menaces d'atteinte à l'intégrité physique (niveau 2) 18% et les violences avec arme (niveau 4) 2%.

### 1.5.3 CROM

Au niveau régional, en Occitanie, le conseil régional d'Occitanie de l'Ordre des médecins (CROM) est né de la fusion du conseil régional de Midi-Pyrénées et du Languedoc Roussillon en 2019. Il coordonne les différents CDOM de la région Occitanie qui garde l'ensemble de leurs prérogatives, il est placé sous le contrôle du CNOM et représente l'Ordre des médecins auprès de toutes les structures régionales de santé (56,57).

Le CROM-Occitanie a mis en place un service d'entraide et de soutien afin d'aider les médecins et les étudiants en médecine en burn-out ou en difficulté car la santé au travail est primordiale, et il n'est pas toujours facile de consulter un médecin lorsque l'on est soi-même un professionnel de santé en souffrance (58).

L'association MOTS (médecin organisation travail santé ou organisation du travail et santé du médecin) intervient non pas pour soigner mais pour accompagner à tous les niveaux les médecins en difficulté. Cette association apporte un soutien psychologique par le biais d'une rencontre qu'elle soit en personne ou téléphonique et en fonction des besoins elle peut rediriger vers un professionnel adapté. Cet accompagnement est strictement confidentiel. Site internet <https://www.association-mots.org/> et numéro de téléphone : 06 08 28 25 89 (58–60).

### 1.5.4 CDOM

Au niveau départemental, c'est auprès de leur CDOM respectif que les médecins victimes d'agression transmettent la fiche de signalement et peuvent ainsi recevoir, s'ils le souhaitent, le soutien de l'institution ordinale. Car c'est au niveau local que ce fait l'analyse des problèmes rencontrés par les praticiens et l'étude des réponses possibles. Le CDOM conseille alors les médecins sur la conduite à tenir et les suites à donner à une agression. Mais systématiquement il incite le dépôt d'une plainte (61).

Le CDOM s'intéresse aux répercussions psychologiques sur les médecins victimes avec parlant notamment du « burn-out » ou épuisement professionnel, syndrome responsable d'un mal-être général qui menace un médecin sur deux en France (59).

Ainsi l'Ordre des médecins a créé le 1<sup>er</sup> janvier 2018 un numéro unique et gratuit d'écoute et d'assistance des médecins en difficultés, dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel, le 0800 288 038 (59).

## 1.5.5 Protocole national Santé-Sécurité-Justice-Ordre

En avril 2011 est signé par le ministère de la Justice et des Libertés, les ministères du Travail, de l'Emploi, de la Santé, de l'Intérieur et les sept Ordres de Santé un protocole national de sécurité dit Santé-Sécurité-Justice-Ordre (48). Il engage tous les acteurs concernés et il prévoit un certain nombre de mesures concrètes (un numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale réservé aux médecins, un référent sécurité dédié au sein des services de police et de gendarmerie, la facilitation du dépôt de plainte, la domiciliation anonyme, la possibilité pour l'Ordre de se constituer partie civile et de mettre en mouvement l'action publique, la diffusion de livrets pédagogiques et formations sur les conseils de sécurité en cabinet, la vidéosurveillance, les alarmes géolocalisées...) (3,18,62).

## 1.5.6 Autres ressources

D'autres ressources sont disponibles en France, nous pouvons citer entre autres :

- L'Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML), créée en 2004, travaille pour la reconnaissance de l'épuisement professionnel ». Elle peut être une aide aux victimes, intéressante, elle met en avant le respect des personnes, son professionnalisme et le respect de l'anonymat et de la confidentialité. Un psychologue est joignable 24h/24 et 7j/7 (63).
- Cormedal : application mobile gratuite développée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Languedoc-Roussillon et la Préfecture de l'Hérault. Cette application permettait aux professionnels de santé enregistrés sur le site [www.cormedal.org](http://www.cormedal.org) de disposer d'un outil d'aide à l'appel au secours en cas d'urgence avec notamment un raccourci d'alerte pour appeler rapidement et discrètement la police ou la gendarmerie et la possibilité d'envoyer un SMS d'alerte silencieuse. Testé préalablement dans la région Occitanie il devait être ensuite généralisé mais à ce jour l'application n'est plus disponible et le site internet n'est plus actif. J'ai contacté le fondateur de cette application pour en connaître les raisons mais je n'ai eu aucun retour (64).
- Weenect : service d'alerte anti-agression avec un traceur 24h/24. Ce service lui aussi proposé dans la lettre de l'Ordre des Médecins de l'Hérault en février 2019 n'est plus disponible. J'ai donc également contacté l'entreprise Weenect qui elle existe toujours mais je n'ai eu aucune réponse de leur part également (64).

## 1.6 Aspect législatif

### Atteintes à la personne

Les agressions contre un professionnel de santé, verbales ou physiques, constituent un délit pénal.

Ainsi les peines encourues sont :

Selon l'article R621-1 du Code Pénal, « la diffamation non publique envers une personne est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la 1re classe » (65).

Selon l'article R621-2 du Code Pénal, « l'injure non publique envers une personne, lorsqu'elle n'a pas été précédée de provocation, est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la 1re classe » (66).

Selon l'article 222-16 du Code Pénal, « les appels téléphoniques malveillants réitérés, les envois réitérés de messages malveillants émis par la voie des communications électroniques ou les agressions sonores en vue de troubler la tranquillité d'autrui sont punis d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende » (67).

Selon l'article 222-17 du Code Pénal, « la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes, dont la tentative est punissable, est punie de six mois d'emprisonnement et de 7500 euros d'amende lorsqu'elle est, soit réitérée, soit matérialisée par un écrit, une image ou tout autre objet ; la peine est portée à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende s'il s'agit d'une menace de mort » (68).

Selon l'article 222-13 du Code Pénal, « les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur » (69).

Depuis 2003 avec la loi pour la Sécurité Intérieure, l'agression d'un médecin ou de sa famille est considérée comme circonstance aggravante, la protection des professionnels de santé est renforcée et donc les violences volontaires à leur encontre dans l'exercice de leurs fonctions sont devenues des délits passibles de peines d'emprisonnement.

Selon le premier alinéa de l'article 433-3 du Code Pénal : « est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre d'une personne investie d'un mandat électif public (...) d'un professionnel de santé en service et de toute autre personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, ou à l'encontre, et du fait de ces fonctions, du conjoint, des ascendants et des descendants en ligne directe de cette personne ou de toute autre personne vivant

habituellement à son domicile. La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsqu'il s'agit d'une menace de mort ou d'une menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes » (70).

Selon l'article 433-5 du Code Pénal : « constituent un outrage puni de 7 500 euros d'amende les paroles, gestes ou menaces, les écrits ou images de toute nature non rendus publics ou l'envoi d'objets quelconques adressés à une personne chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à la fonction dont elle est investie » (71).

### **Atteintes aux biens**

Le vol, tentative de vol et le vandalisme sont également passibles de peines d'amendes et d'emprisonnement.

### **Déclenchement des procédures judiciaires**

Afin que l'auteur de ces infractions puisse être sanctionné par les juridictions pénales il est nécessaire qu'elles soient portées à la connaissance des autorités compétentes.

La déclaration judiciaire est possible par la main courante ou le dépôt de plainte (72).

La main courante permet de déclarer des faits à la police (main courante) ou à la gendarmerie (renseignement judiciaire). Dans ce cas, le but n'est pas de poursuivre l'auteur des faits et aucune enquête ne sera déclenchée mais cela permet d'attirer l'attention sur certaines personnes et d'agir de façon à prévenir un éventuel passage à l'acte. Si les forces de l'ordre sollicitées estiment qu'il y a une infraction, ils peuvent prévenir le procureur qui décidera d'engager des poursuites.

La plainte est déposée en cas d'infraction contre une personne identifiée ou contre X, auprès de la police, de la gendarmerie ou auprès du procureur directement. Elle permet de demander des sanctions pénales contre l'auteur des faits.

Les instances ordinales incitent fortement à déposer plainte systématiquement et pour toutes agressions (même verbales ou atteintes aux biens). Le dépôt d'une main courante est déconseillé car inutile excepté d'un point de vue assuranciel en cas d'atteinte aux biens.

Le CDOM peut d'ailleurs le cas échéant s'associer à la plainte et se porter civil voire se substituer aux médecins en cas de peur de représailles (61). La possibilité offerte au conseil de l'Ordre n'est pas limitée aux agressions dont les médecins sont victimes dans l'exercice de leur profession mais tout fait pourtant un préjudice direct ou un direct à l'intérêt collectif de la profession elle doit permettre aux conseillers départementaux plus particulièrement lorsque le médecin a fait l'objet d'une agression de lui apporter un soutien efficace ou même de se substituer à lui dans les poursuites pénales (3).

Ainsi selon l'article L4122-1 du Code de la Santé Publique : « le Conseil national autorise son président à ester en justice. Il peut, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à

la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession de sage-femme, de médecin ou de chirurgien-dentiste, y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions » (73).

Et selon l'article L4123-1 du Code de la Santé publique : « le conseil départemental de l'Ordre exerce, dans le cadre départemental et sous le contrôle du conseil national, les attributions générales de l'Ordre, énumérées à l'article L. 4121-2 (...) Il peut, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession médicale, y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions » (74).

## **1.7 Notre étude**

Cette étude a vu le jour à partir d'une expérience personnelle d'insécurité lors d'un remplacement de médecine générale en cabinet individuel de ville. L'idée de cette thèse a donc émergé après avoir vécu cette position de victime et après avoir discuté avec l'équipe de médecine légale du CHU qui m'avait pris en charge suite à mon agression.

# 2 MATERIEL ET METHODE

## 2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'explorer l'expérience des médecins suite à une situation d'insécurité dans leur pratique médicale.

L'objectif secondaire est de caractériser la population victime d'insécurité et de s'intéresser aux facteurs professionnels mais aussi personnels qui influencent les médecins à faire ou non un signalement auprès du CDOM et/ou des instances judiciaires ainsi que leurs attentes sur ce sujet.

## 2.2 Type d'étude

Notre étude est une recherche qualitative fondée sur des entretiens individuels semi-dirigés afin de répondre à notre objectif principal et donc de recueillir l'expérience des médecins.

Notre choix a principalement été déterminé par le sujet abordé, l'insécurité des médecins et notamment le recueil d'un ressenti face à un acte d'agression ; ces variables sont difficilement mesurables par les études quantitatives (75). En effet il s'agit bien d'une analyse d'expérience, donc non quantifiable par définition, et pour cette raison l'analyse qualitative s'est imposée d'elle-même.

## 2.3 Population de l'étude

### 2.3.1 Critères d'inclusion

L'unique critère d'inclusion de notre étude était le vécu d'une situation d'insécurité par des médecins (toutes spécialités confondues) de la région Occitanie lors de leur pratique médicale.

## 2.3.2 Mode de recrutement de l'échantillon

Pour le recrutement des médecins victimes d'insécurité, j'ai réalisé un courrier adressé aux médecins (Annexe 2) expliquant notre recherche avec mes coordonnées ; libre aux volontaires de me recontacter pour participer à ce travail de thèse. En cas de réponse favorable, ils étaient recontactés par téléphone ou par mail pour convenir d'un rendez-vous téléphonique pour l'entretien.

Pour la diffusion de ce courrier, j'ai initialement contacté les CDOM de l'Hérault et du Gard, car nous voulions inclure uniquement les médecins (toutes spécialités confondues) victimes d'une agression et ayant réalisé une fiche d'incident auprès de l'Ordre des Médecins.

En ce qui concerne le CDOM de l'Hérault, les directives de la CNIL et dernièrement celles du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données personnelles), ne leur ont pas permis de me communiquer directement les coordonnées des médecins ayant fait une déclaration d'incident, ils ont donc diffusé mon courrier auprès de tous les médecins généralistes de l'Hérault, je n'ai eu aucun retour. Par ailleurs, j'ai reçu une réponse négative du CDOM du Gard pour la diffusion du courrier aux médecins.

Pour engager le recrutement de ma population cible, j'ai donc envoyé le courrier à différentes structures ou groupes :

- Aux cliniques de l'Hérault via leur CME (Commission Médicale d'Établissement) respectives.
- Au CHU de Montpellier via la directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Au mailing liste de groupement de médecins et de médecins remplaçants.
- À SOS médecins.
- À l'association MOTS.
- Aux médecins que j'avais déjà remplacés.

Devant la faiblesse des réponses, j'ai aussi utilisé la technique de la « boule de neige » comme mode de recrutement ; c'est ainsi que certains médecins ont été sollicités au-fur-et-à-mesure de l'avancée de l'étude sur les conseils des participants précédemment interrogés. En effet l'échantillonnage selon la technique de la boule-de neige est « l'identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête » (76).

Ainsi ont été contactés des médecins dont les caractéristiques étaient variées (sexe, âge, spécialité médicale, lieu d'exercice, mode d'exercice) afin d'avoir un échantillon en variabilité maximale.

Au total notre recrutement, basé sur le volontariat, nous a permis d'être contacté par 29 médecins intéressés à participer à notre étude.

### **2.3.3 Taille de l'échantillon**

Notre échantillon est constitué de 20 interviewés.

Le nombre d'entretiens a été défini de manière théorique au début de l'étude (entre 10 et 20 entretiens) puis établi au moment du point de saturation.

Nous avons interrogé des médecins jusqu'à saturation des données, qui a été atteinte après 17 entretiens, les interviews n'apportant plus de nouvelles informations. Pour confirmer la saturation des données, nous avons rajouté 3 entretiens supplémentaires ; en effet « la saturation est perceptible, concrètement, à partir du moment où la collecte des données apparaît répétitive ou stérile eu égard au phénomène concerné, compte tenu de l'interprétation qui lui est donnée, ou lorsque la même catégorie s'impose avec suffisamment de constance ou de force lors de l'analyse » (77).

## **2.4 Méthode de recueil des données**

### **2.4.1 Types d'entretiens**

Notre objectif étant de restituer l'expérience personnelle de chacun des médecins interviewés nous avons opté pour des entretiens individuels semi-dirigés. Ils associent des questions ouvertes et des questions de relances à partir d'un guide d'entretien élaboré préalablement. Ce choix permet aux personnes enquêtées plus de liberté dans leurs réponses ; par ailleurs les entretiens individuels permettent également plus de liberté dans les réponses que lors d'entretiens de groupe.

Ils se sont déroulés par téléphone au vu du contexte épidémique actuel de la Covid-19 ; il n'y a donc pas eu de recueil des données non verbales.

L'enregistrement numérique des entretiens (à l'aide d'un dictaphone et/ou d'un smartphone) s'est fait après information et accord préalable de chaque médecin interrogé. Il leur était bien précisé que l'interview était confidentiel et l'enregistrement était anonymisé et qu'une retranscription écrite des propos était ensuite effectuée afin de procéder à l'analyse. Ainsi leur consentement à participer à ce travail de recherche et à être enregistré a été recueilli à l'oral au début de chaque interview.

Chacun des entretiens a duré entre 5min et 34min avec une moyenne de 15min.

## 2.4.2 Guide d'entretien

### 2.4.2.1 *Élaboration de l'introduction à l'entretien*

Nous avons élaboré une introduction à l'entretien afin d'avoir une approche identique avec chaque médecin interrogé.

*Bonjour, tout d'abord je tiens à vous remercier pour votre contribution à l'élaboration de ma thèse. Je réalise mon travail de thèse sur le vécu des médecins suite à une expérience d'insécurité. Cet entretien est enregistré numériquement et les données seront retranscrites dans ma thèse de façon anonyme.*

### 2.4.2.2 *Élaboration du guide d'entretien*

Le guide d'entretien a été élaboré après une revue de la littérature pour permettre un survol des thématiques principales susceptibles d'être explorées.

Le guide d'entretien a été établi selon les 4 thèmes principaux :

- Le vécu du médecin lors de son agression et la caractérisation de cette insécurité.
- Les suites de l'incident avec les éventuelles conséquences personnelles et professionnelles
- Les signalements de l'agression le cas échéant.
- L'avenir de ces médecins victimes d'insécurité, avec leurs éventuelles réactions dans le cas d'une récurrence d'incident et leur vision sur les ressources mises à disposition du corps médical pour faire face à cette insécurité dans l'exercice de leur profession et leurs propositions à ce sujet.

Pour ce faire nous avons adopté un ton le plus neutre possible : « la saisie des données demande un effort de mise à distance momentanée de tous ces prérequis du chercheur pour saisir le phénomène tel qu'il se présente » (78) mais aussi empreint d'empathie « le recueil des données lors des interviews en face-à-face demande des conditions particulières d'empathie, de respect de l'autre, d'ouverture à l'autre et à son monde » (78) soit une attitude de neutralité bienveillante.

Ce guide d'entretien a été relu et validé par un psychiatre au vu de ce sujet sensible.

Le guide d'entretien a été testé lors d'un premier entretien test. Au vu du bon déroulement de cet entretien et des résultats, il a été inclus dans notre étude.

Notre guide d'entretien définitif est consultable en annexe (Annexe 3).

### **2.4.2.3 Recueil des caractéristiques de la population**

Le recueil des caractéristiques de la population étudiée, défini au préalable, s'est déroulé en début d'interview juste après l'introduction à l'entretien afin de répondre à notre objectif secondaire.

Ainsi pour chaque médecin interrogé nous avons recueilli les informations suivantes :

- Sexe, Âge, Durée d'exercice.
- Spécialité médicale.
- Lieu d'exercice : milieu urbain, rural ou semi-rural
- Type d'exercice : privé ou public /cabinet individuel ou de groupe / maison de santé de santé / clinique ou hôpital.
- Statut du médecin : libéral / salarié / remplaçant.
- Modalités d'exercice : secrétariat ou non / consultation avec ou sans rendez-vous / visite à domicile / garde.

## **2.4.3 Retranscription des entretiens**

Les enregistrements des entretiens individuels ont été retranscrits intégralement mot à mot, sous forme de verbatim ou corpus de données (76) sur le logiciel Word.

Les entretiens ont été anonymisés, ainsi les médecins participants ont été renommés de M1 à M20 et les noms des professionnels, des patients ou des lieux cités pendant les interviews ont été codés par une lettre au hasard afin de respecter le secret médical et de maintenir l'anonymisation des entretiens. La retranscription ayant été réalisé sans données non verbales, nous avons essayé de conserver les émotions et le ressenti au moment de l'interview (hésitation, répétition, exclamation...) (79).

# **2.5 Méthode de l'analyse des données**

## **2.5.1 Type d'analyse**

Notre étude est une analyse qualitative de type thématique (79). Soit « l'approche la plus simple du matériau, lorsqu'une approche descriptive plutôt qu'interprétative est privilégiée » (78).

Les opérations successives de l'analyse thématique d'après Bardin sont la transcription, la relecture, la codification, la thématisation, la catégorisation et la restitution du sens (78).

Elle est « avant tout une méthode servant au relevé, à l'inventaire classificatoire (rubriques) et à la synthèse des thèmes présents dans un matériau de recherche » (78).

## **2.5.2 Analyse entretien par entretien**

L'analyse thématique de notre étude a été faite au fur et à mesure, entretien par entretien.

### **2.5.2.1 La transcription**

La retranscription des entretiens a été effectuée intégralement mot à mot sous forme de verbatims sur le logiciel Word.

### **2.5.2.2 La relecture**

Chaque retranscription a été relu plusieurs fois à la recherche d'unité de sens et repérage des fréquences.

### **2.5.2.3 La codification**

La codification est la « transformation des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun » (76). Les associations « verbatim-code » forment le livre de codes définitif. Ce codage ou étiquetage a été révisé à plusieurs reprises.

### **2.5.2.4 La thématisation**

Ces associations « verbatim-code » de chaque entretien ont été regroupées par thèmes puis sous-thèmes et ont été ensuite illustrées par des citations.

### **2.5.2.5 La catégorisation**

La catégorisation est une opération de classification des sous-thèmes et thèmes en rubrique ou catégorie. Cette étape facilite celle d'analyse et d'interprétation.

### **2.5.2.6 La restitution du sens**

Le résultat de l'analyse est formalisé par un arbre thématique ou un diagramme donnant une information documentée du contenu textuel (78). Nous avons ainsi élaboré progressivement un arbre thématique avec l'aide du logiciel X-mind.

Pour la création de cette classification sous forme d'arbre thématique, tout en s'appuyant sur le codage, nous avons recherché une cohérence inter-entretien à partir des questions de départ ainsi que des éléments bibliographiques précédemment recherchés.

# 3 RESULTATS

## 3.1 Caractéristiques de l'échantillon au moment de l'entretien.

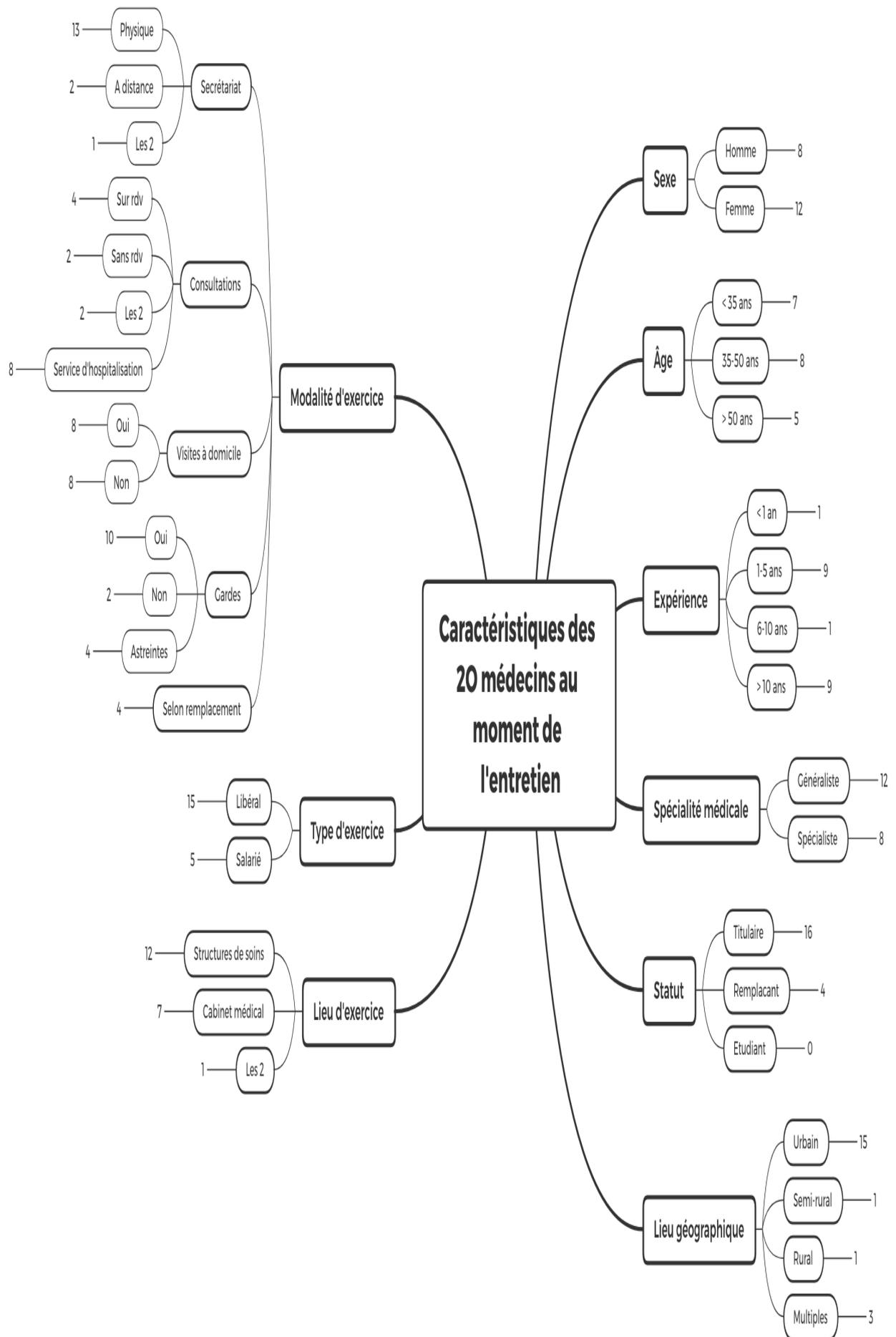
Au total, 20 médecins ont été interrogés et constituent notre échantillon.

Il est composé de 8 hommes et 12 femmes âgés de 28 à 65 ans, avec un âge moyen de 42 ans exerçant essentiellement en milieu urbain et répartis sur la région Occitanie. L'expérience de ces 20 médecins varie de 4 mois à 37 ans.

Il présente une diversité d'exercice :

- 12 médecins généralistes dont 1 médecin non thésé.
- 8 spécialistes : 2 urgentistes, 1 orthopédiste, 1 pneumologue, 1 anesthésiste, 1 psychiatre, 1 gynécologue-obstétricien, 1 cardiologue.

Les caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés sont résumées dans un tableau consultable en annexe (Annexe 5).



## 3.2 Analyse thématique

Si chacun de ces 20 médecins qui ont répondu favorablement à l'interview s'était préparé à évoquer une situation particulière d'insécurité précisément (soit les 20 agressions princeps), la question « et mis à part cet événement, avez-vous vécu d'autres situations d'insécurité dans votre pratique médicale ? » ouvre à l'évocation pour 14 d'entre eux à un ou plusieurs autres incidents ; c'est ainsi que dans le corpus de recueil, il a pu être comptabilisé 35 incidents-agressions suffisamment explicités pour servir à cette thèse.

L'analyse s'articule sur les 4 parties du guide d'entretien (cf. 2.4.2.2).

Tout d'abord nous allons nous intéresser à l'insécurité en elle-même et à caractériser les situations d'insécurité.

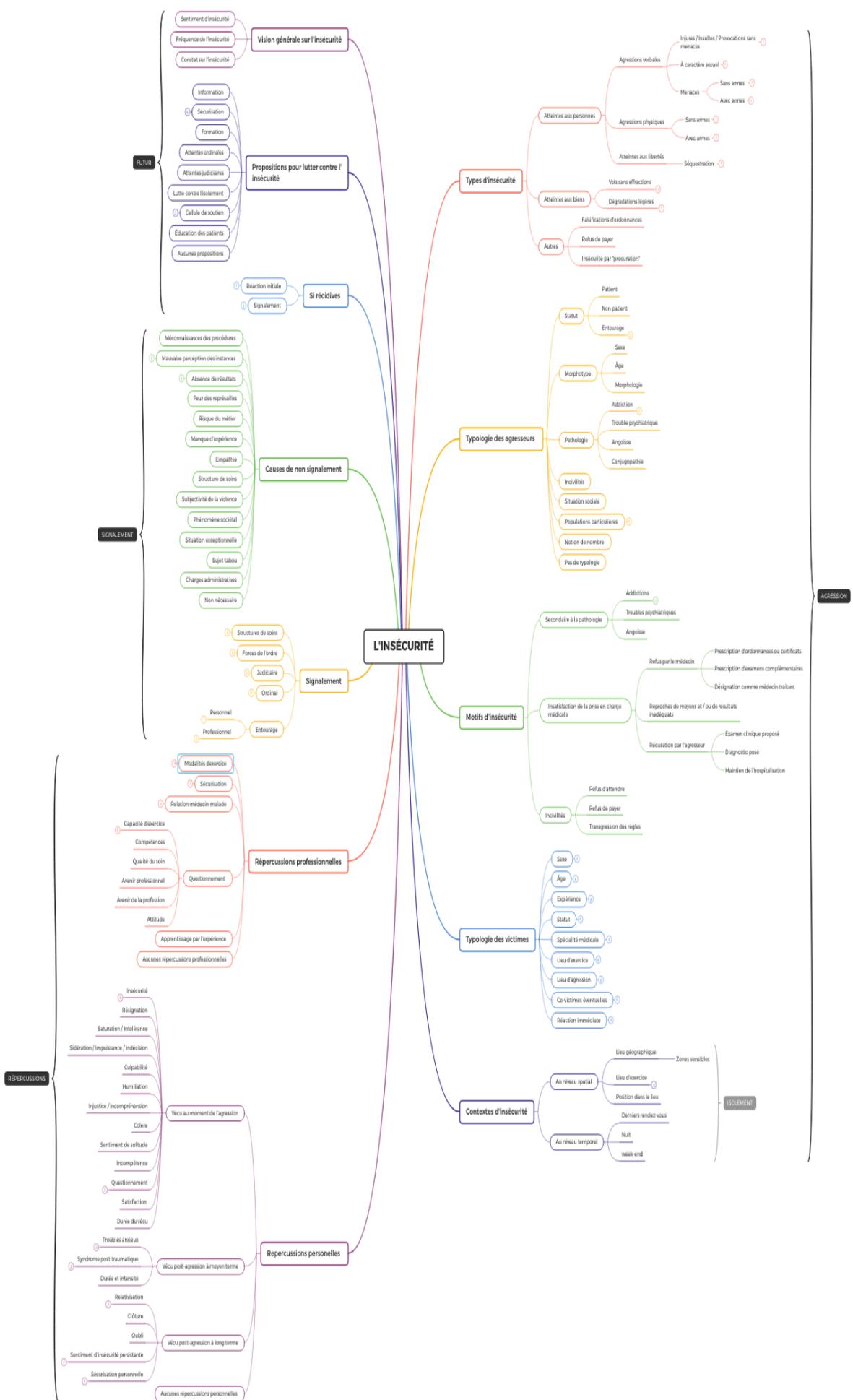
Puis dans un second temps nous nous pencherons sur les répercussions suite à ces incidents-agressions tant au niveau personnel que professionnel.

Dans une troisième partie concernant le signalement ; nous étudierons vers quelles instances les médecins victimes se tournent pour signaler leur agression et les causes de non signalement le cas échéant.

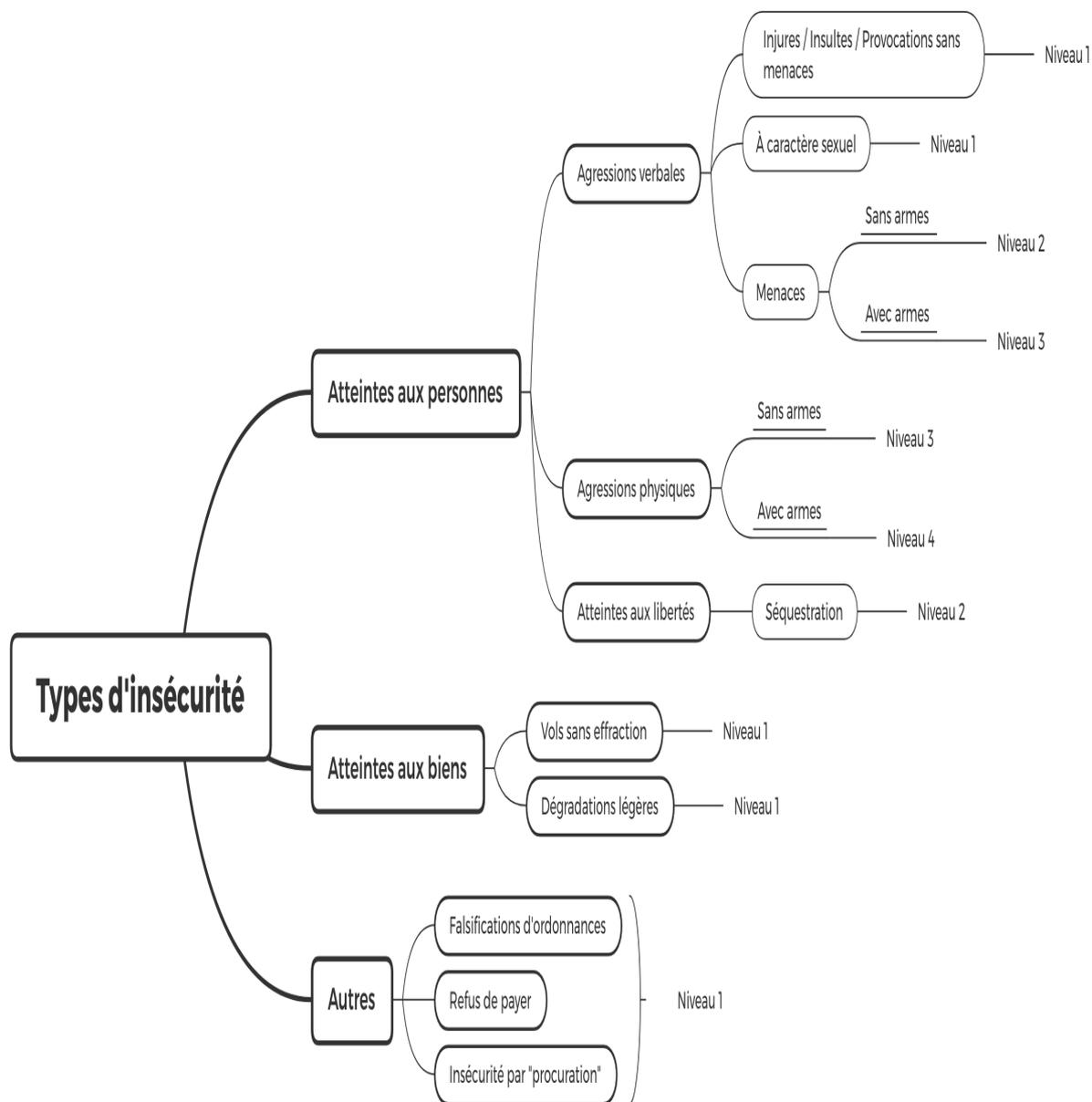
Enfin en quatrième et dernière partie nous nous intéresserons au futur des médecins interrogés, avec leurs réactions supposées en cas de potentielle récurrence et à leurs propositions faites pour lutter contre cette insécurité suite à leur vision générale sur l'insécurité et leur vécu respectif.

L'arborescence thématique générale de notre étude sur l'insécurité des médecins est présentée sur le schéma ci-dessous.

Et un tableau récapitulatif des 20 agressions princeps est consultable en annexe (Annexe 6).



### 3.2.1 Les types d'insécurité vécus par les médecins



Seulement 5 atteintes aux biens sont évoquées mais une seule est une atteinte aux biens isolé (vol isolé dans un cabinet libéral par des cambrioleurs en l'absence du médecin), les 4 autres sont associées à des atteintes aux personnes.

Les atteintes aux personnes peuvent être des violences et menaces verbales isolées (n= 15) ou associés (n= 20) à des agressions physiques. Les 35 situations se sont déroulées pour la plus ancienne il y a 20 ans, la plus récente 3 mois avant l'interview.

L'échelle proposée par l'ONVS nous a permis de classer ces 35 incidents-agressions selon leur degré de sévérité :

- Niveau 1 → n=15
- Niveau 2 → n=10
- Niveau 3 → n=8
- Niveau 4 → n=2

Il est utile de rappeler que la dénomination armes désigne à la fois les armes par nature (armes blanches, armes à feu) ainsi que les armes par destination (c'est-à-dire tout autres objets pouvant servir d'armes, par exemple dans notre étude des cannes canadiennes ou un extincteur).

### **3.2.1.1 Atteintes aux personnes**

#### **3.2.1.1.1 Agressions verbales**

Les agressions verbales sont les plus fréquentes, elles peuvent être isolées ou associées à une agression physique. Dans les cas d'une agression verbale isolée les médecins précisent bien, le plus souvent, qu'il n'y a pas eu d'atteinte à leur intégrité physique.

- Injures / Insultes / Provocations sans menaces → Niveau 1

Ces types d'agressions verbales sont tellement fréquentes qu'elles sont devenues ordinaires voire coutumières. En effet elles sont souvent banalisées sous le couvert de l'évolution sociétale.

*M3 « souvent c'est verbal...euh...je n'ai jamais été agressé physiquement »*

*M7 « des tentatives un peu d'intimidation au moins verbale »*

*M11 les « patients élèvent la voix contre moi c'est-à-dire tout de suite, sortent du bureau en claquant la porte, des choses comme ça, tapent des poings pas des poings, mais se mettent debout devant le bureau pour être intimidants et du coup et bon là c'est peut-être arrivé depuis, une ou deux fois »*

*M12 « il a tapé du poing sur la table »*

*M13 « il a commencé à...euh...à s'énerver...euh... à m'accuser de ne pas faire mon travail de, de médecin, à remettre un peu en question mes compétences (...) Et comme il commençait à monter le ton »*

*M18 « il me regarde en me disant « votre associé c'est une pourriture et votre secrétaire encore plus » (...) hyper agressif (...) il est parti en m'insultant et en claquant la porte »*

- Agression verbale à caractère sexuel → Niveau 1

Pour 1 seul médecin l'agression verbale était à caractère sexuel, il s'agit de propos déplacé.

*M18 « des propos un petit peu insidieux un petit peu drague... donc moi à chaque fois j'évite, je recadre bien la consultation, je recadre bien le débat. Et puis, là il me dit ouvertement qu'il est très content d'avoir un médecin jeune, médecin femme, un médecin charmant donc il revient de nouveau sur le sujet donc à chaque fois j'évite bien sûr ; et là il m'annonce que...euh...ben voilà de l'expérience ou il a été en prison pour des faits de de...euh... de violences, de violences sexuelles voilà des faits un petit peu comme ça »*

➤ Menaces sans armes → Niveau 2

Les agressions verbales à type de menaces sont les plus répandues ; et certaines sont des menaces de mort clairement exprimées.

*M2 « le fils d'un malade qui m'a menacé de mort par téléphone »*

*M3 « le patient s'en est pris à moi...euh... il a été très agressif (...) il m'a menacé (...) il n'y a pas eu de contact physique mais presque »*

*M5 « une fois j'ai été en insécurité physique là vraiment (...) j'ai cru qu'il allait en venir aux mains (...) le monsieur se levait et qu'il commençait à être violent »*

*M6 « très, très énervé d'entrée de jeux, qui a commencé à insulter et à, et à brutaliser la pauvre secrétaire qui était à l'accueil (...) il a, ensuite il a, il a pris sa main pleine de sang il a commencé à l'agiter dans tous les sens pour nous asperger de son sang finalement (rires), et puis, et puis il a fini par s'approcher de moi (...) il a ébauché un coup de tête qui a dû s'arrêter à 5cm de mon nez, donc c'était modérément confortable comme...euh. Mais enfin il ne m'a pas, il ne m'a pas frappé du tout. Oui enfin voilà il y a eu, eu une menace mais qui, qui ne s'est pas concrétisée (rires), j'ai toujours mon nez entier et pas cassé. »*

*M8 « ils ont été insistants (...) Ils ont été menaçants, ils ont déjà menacé les gens dans la salle d'attente en leur disant que s'ils ne passaient pas devant tout le monde ils allaient les frapper, ils allaient frapper tout le monde (...) Moi ils ne m'ont pas menacé physiquement mais seulement verbalement. D'ailleurs ils ont touché personne finalement c'était seulement verbal (...) ils menacent tout le monde »*

*M9 « Et ils ont commencé à être très menaçants (...) ils ont commencé à être très, très agressifs verbalement (...) mais ils étaient vraiment, vraiment très agressifs ; ils ne sont pas venus physiquement m'attraper. »*

M10 « en vouloir en venir aux mains (...) Il a été menaçant physiquement mais sans lever la main, avec agression verbale bien sûr et physiquement...euh... en fait j'ai quitté les lieux »

M11 « il a commencé quand même beaucoup à me crier dessus et à gesticuler un petit peu dans tout l'appart (...) Il est vraiment monté dans les tours à ce moment-là, il a beaucoup crié, beaucoup gesticulé autour de moi, j'ai, j'ai voulu prendre mon portable pour appeler la police (rires) je pense à ce moment-là, mais en fait il gesticulait tellement, il était tellement proche de moi que j'ai eu peur qu'il me balance mon portable (...) enfin il était assez vociférant quoi, vraiment, vraiment très, très vociférant. »

M13 « il me dit « ah je viens de le récupérer aujourd'hui il sort de prison hein » sauf que « il sort de prison » il a dû me le répéter cinq six fois, « il faut que je le voie ». Il était menaçant, il sortait de prison et que du coup je n'avais pas tellement mon mot à dire et je n'avais pas tellement le choix quoi »

M14 « c'était des menaces claires « on va vous voir à l'extérieur, on va vous tuer... » des choses comme ça »

M16 « Mais par contre on a été menacé de mort plusieurs fois »

M19 « si on s'approchait d'elle, elle nous menaçait de nous tuer (...) après il y avait toujours de la violence dans le sens où elle nous a promis qu'elle nous poursuivrait en justice et qu'elle nous tuerait (...) on a eu des menaces de mort »

Dans un cas, les menaces ont été uniquement via le téléphone (SMS et communication téléphonique) pas en visu.

M5 « Il m'a reproché des choses jusqu'à me faire des sms en me, en me menaçant, des sms très menaçants en voulant porter plainte contre moi (...) il écrivait avec des menaces, il voulait me... porter plainte vraiment devant l'Ordre, devant tout ce que vous voulez (...) on ne s'est pas rencontré pour qu'il soit agressif physiquement voilà...euh...donc les menaces ça était, oui, une fois donc par téléphone, allez si au début c'était la première fois par téléphone de vive voix il m'a, voilà il m'a menacé (...) Et après c'était des sms (...) chaque fois qu'il y avait une nouvelle étape, lui il me renvoyait un message très méchant avec vraiment des mots comme si c'était de ma faute »

➤ Menaces avec armes → Niveau 3

Les menaces avec armes ne sont pas anecdotiques, ainsi il a été décrit des agressions verbales, sans atteinte physique, avec usage d'arme blanche pour 1 médecin et d'armes à feu pour 3.

*M1 « Je me rappelle à M... j'ai été pourchassé avec un fusil »*

*M2 « un gars qui a un revolver qui me braque »*

*M2 « un type en slip un fusil à la main »*

*M4 « et d'un coup hop, il lui tend un couteau à cran d'arrêt, il l'ouvre clac, et il vient vers moi et il me le met sous le cou. Et là il me dit « je vais te planter, je vais te planter, je te jure je vais te planter (...) J'avais la lame qui me... et...qui était sous le cou... »*

### 3.2.1.1.2 Agressions physiques

#### ➤ Agressions physiques sans armes → Niveau 3

Le nombre d'agressions physiques sans armes sur des médecins n'est pas insignifiant, dans notre travail de thèse il en a été fait état à 6 reprises.

*M1 « pourtant à l'hôpital j'ai été agressé plusieurs fois, j'ai pris des tartes, des machins comme ça. »*

*M1 « je me rappelle on venait de sortir en SAMU et m'être fait cogner par un agité dans la cellule du camion du machin où j'étais, on m'a projeté sur le brancard ou j'étais contusionnée, je n'ai pas eu de côte cassée »*

*M2 « je n'ai rien vu arriver mais elle m'a décroché une droite en pleine figure (rires). »*

*M15 « elle m'a tapé dans le visage, elle a tapé mes lunettes contre mon nez j'ai eu super mal »*

*M16 « j'ai pris un coup de poing dans le, ouais dans la figure quoi, sans...j'ai réussi à l'esquiver à peu près, donc ça n'a pas trop fait mal quand même (...) et oui effectivement il y a eu un coup, oui, oui. Il y a eu un coup et on a quand même dû se barricader dans le, dans le bureau »*

*M17 « puisqu'il m'a entre guillemets sauté dessus (...) ben il m'a mis une patate hein...Il m'a mis une droite dans la tronche et ça m'a mis un peu, un peu dans les choux (...) mais moi j'ai quand même eu la patate (rires). »*

#### ➤ Agressions physiques avec armes → Niveau 4

Dans 2 entretiens il a été rapporté une agression physique avec arme ; il s'agit dans notre étude d'arme par destination (cannes canadiennes et extincteur).

*M1 « Il m'a allongé un coup de canne, un coup, il avait un plâtre, une botte plâtrée et il m'a envoyé un coup de canne canadienne et j'ai eu une plaie du scalp. »*

*M15 « si à un moment elle m'a tapé dans le visage, elle a tapé mes lunettes contre mon nez j'ai eu super mal » [extincteur]*

### 3.2.1.1.3 Atteintes aux libertés de la personne → Niveau 2

Dans les atteintes aux personnes, il est important de noter qu'il y a aussi des atteintes aux libertés de la personne par séquestration ou tentative de séquestration dans 3 cas.

*M7 « il a été menaçant et il s'est interposé devant la porte de la chambre pour me barrer la sortie (...) Je voyais qu'il n'avait absolument pas peur de casser la gueule à un médecin (...) là j'avais été coincé parce que lui s'était mis devant la porte »*

*M11 « j'ai fait mine de partir avec ma, ma mallette, enfin j'allais partir avec ma mallette, et il m'a précédé et il est allé m'enfermer en fait dans l'appartement. Donc il a pris la clef, je n'ai pas eu le temps de, de voir où il la mettait mais il a fermé à double tour en disant que maintenant il fallait que je fasse ce qu'il disait et que, et que je ne sortirais pas tant que je n'aurais pas fait les ordonnances. »*

*M12 « énervé contre moi (...) très agressif et très revendicateur (...) il a commencé à se lever, à me dire que de toute façon je ne repartirais pas...euh... je ne ressortirais pas de ce box indemne (...) mais bon il ne m'a pas empêché de sortir. Mais oui, oui ben oui tout à fait je me suis sentie en insécurité. »*

### 3.2.1.2 Atteinte aux biens

On relève outre des atteintes à la personne, des atteintes aux biens le plus souvent associées à des agressions verbales et ou physiques.

#### 3.2.1.2.1 Vols sans effractions → Niveau 1

Il y a un seul cas de vol qui a été relaté par M20, il s'agit d'un vol sans effraction dans son cabinet médical donc de niveau 1.

*M20 « quand je suis revenue en fait la porte de mon cabinet était ouverte j'étais revenue avec une secrétaire et il manquait plein de choses dans mon cabinet, dans ma salle d'attente et tout... Et en fait c'était des, des cambrioleurs en fait qui ont tenté d'ouvrir mon cabinet et vu que la porte de mon bureau était fermée ils ont récupéré des tableaux, des choses de papeterie...voilà, pas mon ordonnancier, non parce qu'ils ont tenté d'ouvrir la porte mais la porte était fermée à clé, la porte a été forcée. »*

#### 3.2.1.2.2 Dégradations légères → Niveau 1

Quelques dégradations légères donc de niveau 1 ont été évoqué lors de ces entretiens.

*M1 « détérioration du matériel même pas je vous en parle, c'était les ordinateurs, les vitres qui pétaient et tout ça on l'a vécu... »*

M6 « il a commencé par donner des coups de pieds dans la porte qu'il a explosé, la porte coulissante qui sépare le service de la salle d'attente »

M15 « pour pouvoir ouvrir une porte elle avait pris, c'est ce qui m'a marqué le plus moi, un extincteur et elle l'a balancé contre la vitre pour pouvoir ouvrir la vitre. Il y a eu des dégâts matériels en fait il y a eu une porte vitrée qui du coup a été qui a été un peu cassée et l'extincteur je crois quand il est tombé au sol il a... enfin le sol était abîmé après donc voilà il a des séquelles de son passage. »

M16 « il a balancé un balai sur, sur la vitre...euh...bon c'était une vitre, une vitre sécurisée donc elle s'est brisée mais elle n'a pas pété »

M19 « elle a trouvé l'extincteur et elle s'est mise à lancer l'extincteur sur la porte pour pouvoir ouvrir la porte »

### **3.2.1.3 Autres**

D'autres types d'insécurité ont été évoqués, elles relèvent d'agression de niveau 1.

#### **3.2.1.3.1 Falsification d'ordonnances**

Un médecin M10 a vécu la falsification de ses ordonnances comme une insécurité et s'interroge si cela est considéré comme tel.

M10 « je ne sais pas si on peut prendre en compte aussi le fait que l'on m'a piraté (...) que l'on est fait des fausses ordonnances à mon nom, c'est une agression ou pas ? »

#### **3.2.1.3.2 Refus de payer**

Le refus de payer est également une incivilité courante.

M1 « « je ne te paye pas », non. De même que le type qui ne paye pas qui part et qui dit « je n'ai pas d'argent je reviens » et qui ne reviens pas, c'est pareil. »

M13 « évidemment ce monsieur qui sortait de prison n'avait aucun moyen de payer, de carte vitale, donc ça aussi c'était pour, c'était pour ma pomme »

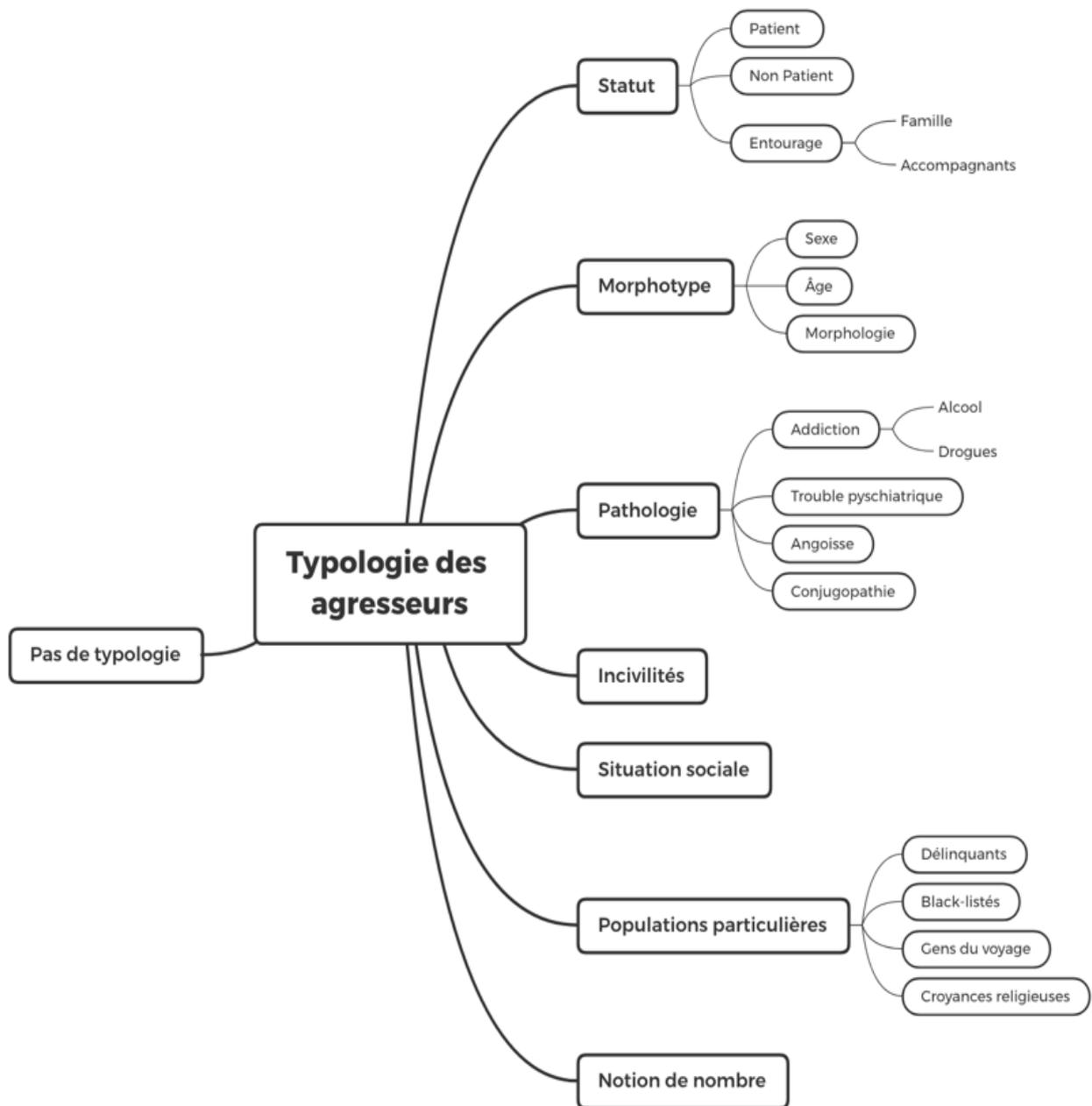
M20 « il m'a dit « non mais je suis malade mais en plus il faut que je règle ce n'est pas possible... »

#### **3.2.1.3.3 Insécurité « par procuration »**

Un entretien m'a amené à considérer un type de vécu à part à savoir le sentiment d'insécurité procuré par l'intermédiaire d'une autre personne. Ce sentiment est exprimé par un médecin M14 en conséquence de la situation d'insécurité vécu par son collègue médecin.

M14 « c'était en fait pour mon collègue ce n'était pas pour moi directement... »

## 3.2.2 Typologie des agresseurs



### 3.2.2.1 Statut

Les agressions sont commises par les patients eux-mêmes le plus souvent mais parfois par leur entourage.

#### 3.2.2.1.1 Patient

Dans la majorité des cas il s'agit du patient lui-même.

Et 3 médecins mettent en avant le relationnel difficile avec ces patients, cela traduit une relation médecin-malade altérée.

Un manque de confiance, de l'inquiétude et les auto-diagnostics des patients via internet ont probablement aggravé cette relation déjà dégradée.

*M5 « c'est une relation qui était déjà très difficile, qui a toujours été difficile parce que c'est, c'est un fils qui n'avait pas du tout confiance...euh...en moi. Et qui croit et qui prend les médecins pour...en tout cas pour lui j'étais juste une énième personne qui s'occupait de ses parents, pas un médecin...ils avaient des auxiliaires de vie, des infirmières et tout... et voilà et du coup la relation n'était pas super »*

*M12 « C'était un patient qui venait pour la troisième fois pour une douleur abdominale, troisième fois en deux semaines »*

*M13 « un jeune qui venait en fait pour une histoire d'adénopathie cervicale bilatérale (...) pour laquelle il avait été bilanté et vu à deux reprises par, par sa médecin généraliste qui l'avait même envoyé au CHU (...) Et ce monsieur était venu me voir parce qu'il était inquiet, j'entendais son inquiétude (...) il était persuadé que...euh...ce n'était pas la toxoplasmose (...) il a été vu à trois reprises dont par un spécialiste, il avait eu une imagerie et le bilan biologique attestant que c'était une toxoplasmose. »*

#### 3.2.2.1.2 Non patient

Il y a aussi des cas où l'agresseur est un malade mais il ne fait pas partie de la patientèle du médecin. La prise en charge peut être moins optimale par l'absence du dossier médical et donc la non connaissance des antécédents médicaux notamment. Ce type de situation potentialise le risque de conflits.

*M2 « c'était une patiente de ma collaboratrice »*

*M3 « ce n'était pas directement un de mes patient »*

*M4 « c'était quelqu'un que je ne connaissais pas. »*

*M15 « sauf que la patiente que l'on ne connaissait ni d'Ève ni d'Adam, qui à priori n'avait pas d'antécédents (...) elle n'était pas étiquetée psychiatrique »*

*M19 « ce n'était pas une patiente qui était étiquetée psy »*

*M20 « deux hommes dans mon bureau qui n'étaient pas des patients à moi qui étaient un peu bizarres »*

#### 3.2.2.1.3 Entourage

L'agresseur fait très souvent parti de l'entourage du patient.

##### ➤ Famille

L'agresseur est fréquemment un membre de la famille (dans notre étude fils, père).

M2 « j'ai déposé une main courante il y a un an pour le fils d'un malade qui m'a menacé de mort par téléphone »

M5 « ça ne s'est pas bien passé avec le, le fils (...) patient à domicile avec des enfants qui ne comprennent pas »

M7 « j'ai été pris à partie par un papa »

M10 « avec des familles menaçantes... »

M11 « son fils (...) et je n'ai pas vu tout de suite mais il y avait aussi sa femme dans l'appartement (...) il a commencé quand même beaucoup à me crier dessus et à gesticuler un petit peu dans tout l'appart. »

M17 « le mari est quand même rentré (...) il m'a entre guillemets sauté dessus en me disant personne ne touche sa femme à part lui et il m'a mis...euh...ben il m'a mis une patate hein »

#### ➤ Accompagnants

Dans quelques cas les agresseurs sont les accompagnants du patient mais ils n'appartiennent pas à son cercle familial.

M3 « pris à partie par les patients ou les accompagnants des patients en consultation... »

M6 « là c'était les patients, mais le plus souvent ce sont les accompagnants, dans l'immense majorité des cas ce sont les accompagnants. »

#### 3.2.2.2 Morphotype

Le morphotype à savoir le sexe, l'âge et la morphologie des agresseurs est très souvent spécifié par les médecins.

M2 « la brave dame qui m'a envoyé une droite et qui était beaucoup plus âgée que moi (...) Autant de la part des hommes, je me suis toujours méfié (...) c'est moi bêtement je ne me suis pas méfié hein parce que c'était une femme aussi. Et ça je n'imaginai pas qu'une femme me décroche une droite (rires). »

M10 « un ancien boxeur en plus (rires). »

M11 « son fils qui avait, je pense, une soixantaine d'année »

M13 « un homme de mon âge hein...un jeune (...) pareil c'était une armoire à glace de 1m90 (...) c'était deux hommes 1m80, 90 (...) j'ai deux mecs en face de moi comme des armoires à glace »

D'ailleurs le M13 met le morphotype de son agresseur en comparaison avec son propre morphotype.

*M13 « moi je fais 1m59 »*

### **3.2.2.3 Pathologie**

L'existence d'une pathologie à l'origine d'une violence est fréquente (n=15).

#### **3.2.2.3.1 Addiction**

Les patients ayant une addiction aux toxiques à savoir l'alcool, les drogues ou les poly-intoxication ont le profil le plus répandu d'agresseur.

*M1 « c'était un jeune homme alcoolisé qui sortait de boîte »*

*M2 « elle ne sentait pas franchement l'alcool mais je pense qu'il y avait l'alcool quoi (...) et qui était saoul et qui manifestement était un peu agressif. »*

*M2 « Les gens un peu saouls, un peu trop agités (...) les gens drogués ou ayant des troubles du comportement, j'ai un peu l'habitude quoi hein, on prend certaines précautions... »*

*M4 « il y a eu 47 passages de toxicomanes (...) Et à une heure du matin il y en a deux qui se pointent »*

*M6 « et truc classique un patient est arrivé avec une grosse plaie à la main, très, très alcoolisé, au moins alcoolisé je ne sais pas s'il y avait plus ou pas...(rires) »*

*M10 « C'était un patient qui était connu pour être toxico... »*

*M16 « ce patient qui s'alcoolisait, qui était en gros un alcoolique, qui était très... très violent quand il était alcoolisé (...) Et donc il était alcoolisé et il avait l'alcool extrêmement mauvais. »*

#### **3.2.2.3.2 Trouble psychiatrique**

Les agresseurs sont très souvent porteurs de troubles psychiatriques. L'agitation et l'imprévisibilité secondaire peuvent être à l'origine de situations potentiellement dangereuses.

*M2 « elle avait un trouble du comportement un petit peu délirant »*

*M12 « il était dans un état, en fait, psychologique de dépressif, enfin anxio-dépressif. »*

*M13 « une visite à domicile chez un patient schizophrène qui venait de sortir d'hospitalisation (...) c'était une armoire à glace de 1m90, avec des sabres en tout genre accrochés aux murs (rires) avec un contact un peu particulier, avec un problème d'observance »*

*M15 « c'est là où on s'est dit qu'elle avait vraiment un problème psychiatrique. »*

*M16 « par des patients délirants verbalement et un peu des fois un peu physiquement (...) des patients sont schizophrènes enfin psychotiques et délirants. »*

*M17 « patients, on va dire, qui peuvent avoir une vulnérabilité psychiatrique ou psychologique »*

*M19 « qu'on ne pouvait pas examiner parce qu'elle était très agitée (...) elle était dans un état d'agitation assez majeur (...) qu'elle était hyper en fait qu'elle était dangereuse parce qu'elle était très très agitée et donc du coup c'est des patients qui ont une force qui n'est pas humaine en fait dans ce moment-là. »*

### **3.2.2.3.3 Angoisse**

L'angoisse pathologique est retrouvée chez 3 agresseurs et est à l'origine d'une agressivité.

*M5 « il avait peur pour sa mère et il était...euh...inquiet pour elle (...) c'était sa mère et il avait peur »*

*M8 « qu'il était inquiet, j'entendais son inquiétude »*

*M13 « il était inquiet »*

### **3.2.2.3.4 Conjugopathie**

*M17 « une patiente qui avait une cinquantaine d'années qui venait de subir des violences conjugales très violentes (...) la patiente m'a dit que le son, son mari risquait de revenir (...) surtout ce qui est violences conjugales et conflits notamment intrafamiliaux etc.... je suis, je sais que ça peut partir assez vite et assez haut »*

### **3.2.2.4 Incivilités**

Dans 12 cas, on retrouve des incivilités.

Un exemple d'incivilité est donné par la description de comportements de certains patients : les patients « rois », intolérants à la frustration et le médecin se doit d'être à leur disposition et devient un prestataire de service.

*M11 « avec les filles on est très rapidement incompétente et les patients élèvent très rapidement la voix alors je ne dirai pas que je me suis sentie forcément tout le temps en insécurité sur des situations comme ça, mais j'ai remarqué quand même que les patients quand on ne leur donne pas ce qu'ils veulent...euh...des arrêts de travail abusifs ou des choses comme ça, tout de suite il y a beaucoup de, enfin des insultes qui arrivent très vite »*

*M13 « il ne me laisse pas le choix en fait, il me dit « il faut que vous voyiez mon cousin », donc déjà moi « il faut » ...euh... ça me dérange comme parce-que comme si j'ai une obligation envers eux quoi. »*

### 3.2.2.5 *Situation sociale*

La situation sociale délicate caractérisant certains agresseurs évoque leur précarité dans la société et est signalée dans quelques entretiens.

*M9 « c'était des un peu des SDF vous savez avec un chien »*

*M12 « c'était dans une situation...euh...sociale... qui se retrouvait voilà, avec un sentiment d'inutilité sociale (...) c'était vraiment de l'agressivité mais ce n'était pas contre moi. »*

*M15 « C'était une dame, qu'on a appris après qu'elle vivait dans son camion avec son compagnon qui lui aussi avait des problèmes psy »*

*M19 « je pense qu'il y avait sûrement tout un contexte personnel et familial avec un historique hyper compliqué je pense que socialement c'était un peu Zola (rires). »*

### 3.2.2.6 *Populations particulières*

Certains profils particuliers d'agresseurs sont mis en relief dans ces 20 entretiens.

#### 3.2.2.6.1 Délinquants

Le cas des délinquants est largement évoqué comme profil d'agresseur récidiviste typique par M16.

*M16 « un patient qui était plus ou moins un faux patient on va dire... enfin c'était quelqu'un qui sortait de prison et qui nous avait été adressé...euh...dans une pseudo injonction de soins comme souvent avec les sorties de prison (...) on lui avait conseillé d'être suivi (...) Ce n'était pas un patient délirant, c'était vraiment un patient psychopathe délinquant quoi donc...et qui avait un peu simulé des, des symptômes psychiatriques comme ça se fait beaucoup actuellement en prison hein... (...) il avait un pedigree qui était tel que je pense c'est une agression assez facile pour la justice (...) Là c'était quand même quelqu'un qui avait... qui a été incarcéré pour viol, extorsion de fonds avec torture, il en était à sa je ne sais combien d'incarcérations... »*

Et 2 autres médecins en font échos également.

*M13 « Il était menaçant, il sortait de prison et que du coup je n'avais pas tellement mon mot à dire et je n'avais pas tellement le choix quoi »*

*M18 « un homme vient me voir en consultation (...) il m'annonce que...euh...ben voilà de l'expérience où il a été en prison pour des faits de de...euh... de violences, de violences sexuelles voilà des faits un petit peu comme ça... »*

#### **3.2.2.6.2 Black-listés**

Les patients ayant un relationnel compliqué avec les professionnels de santé sont cités à 2 reprises. Ce sont des patients qui font le lit du nomadisme médical.

*M15 « c'était une patiente qui ne s'était déjà pas entendue avec l'équipe de H..., de l'hôpital de H... »*

*M18 « qu'il a eu des conflits avec tous les médecins généralistes des cabinets aux alentours que les médecins enfin qu'il se retrouve sans médecin puisque plus personne ne veut de lui »*

#### **3.2.2.6.3 « Gens du voyage »**

Deux médecins ont catégorisé leur agresseur comme faisant partie des « gens du voyage ».

*M8 « un groupe de gitans »*

*M20 « un jeune homme et sans vouloir stigmatiser mais c'était un gitan »*

#### **3.2.2.6.4 Croyances religieuses**

Pour un médecin les croyances religieuses sont rentrées en ligne de compte dans le sentiment d'insécurité.

*M16 « disant il s'était quand même radicalisé (...) c'est un peu le profil de types qui peuvent qui sont dans la délinquance et puis qui qui bascule dans le terrorisme donc il avait ce profil-là. »*

#### **3.2.2.7 Notion de nombre**

Dans 4 entretiens de médecins, il a été bien précisé le nombre des agresseurs. Le fait qu'il y est plus d'un, voire un groupe d'agresseurs semble être vécu par la victime comme un facteur majorant le sentiment d'insécurité.

*M4 « il y en a deux qui se pointent »*

*M8 « il y a eu un groupe de gitans (...) ils étaient plusieurs (...) parce qu'ils étaient un petit groupe quand même, ils n'étaient pas un seul couple hein ils étaient plusieurs (...) surtout s'il y a un groupe d'individus violents. »*

*M13 « c'était deux hommes »*

*M20 « il y avait...euh...deux hommes dans mon bureau »*

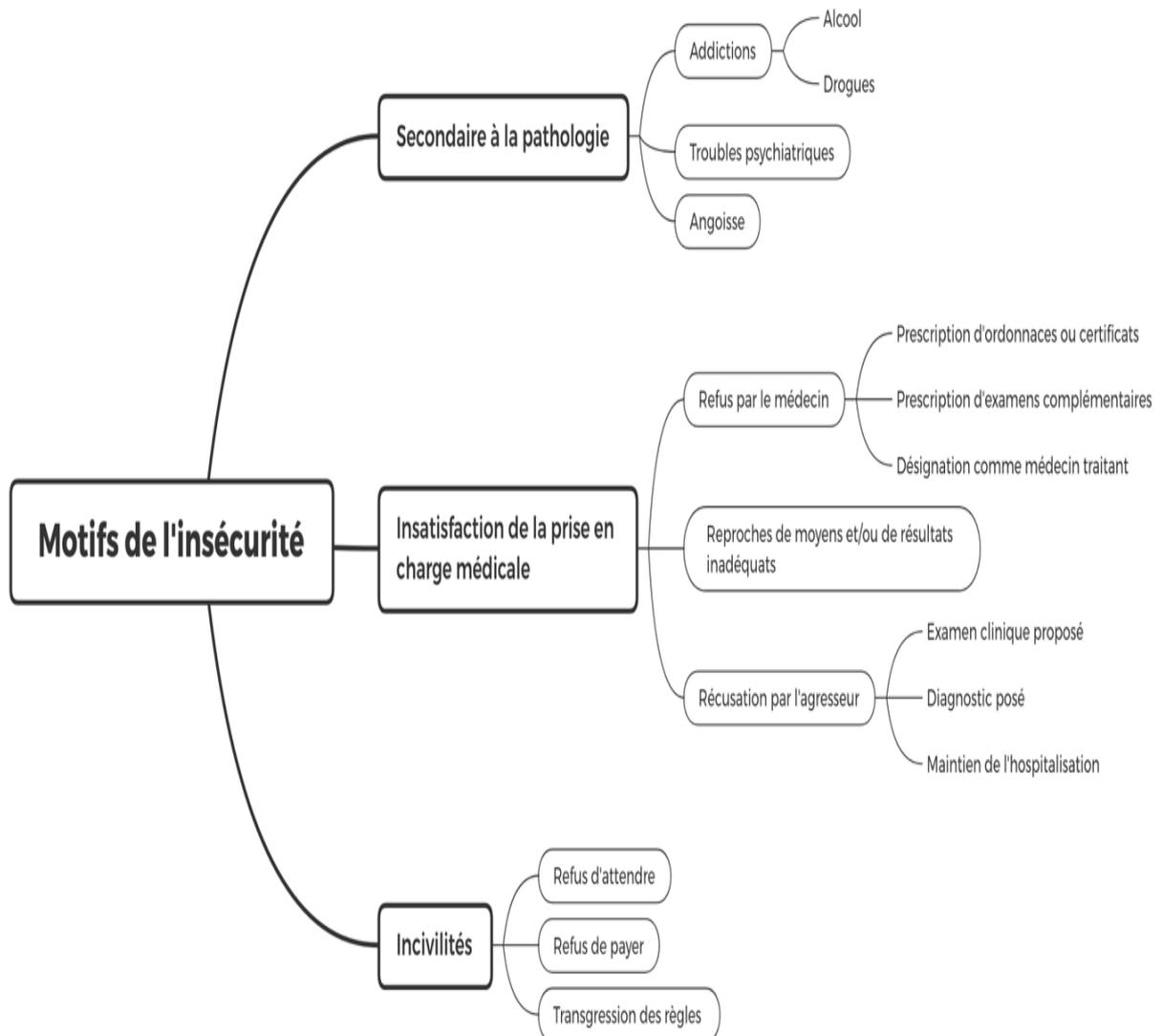
### **3.2.2.8 Pas de typologie**

Pour M8, il n'y a pas de typologie d'agresseur car tout le monde peut être agresseur.

*M8 « on peut être agressé par n'importe qui »*

### 3.2.3 Motifs de l'insécurité

Les motifs de l'insécurité sont les causes de l'agression perçus par les médecins.



#### 3.2.3.1 Secondaire à la pathologie

En effet une agressivité d'origine pathologique est très fréquente (n=15).

##### 3.2.3.1.1 Addictions

La prise de toxiques avec sa levée de désinhibition secondaire est un motif d'agression dans de nombreux cas par les médecins interrogés.

➤ Alcool

On retrouve dans 5 cas une désinhibition due à une intoxication alcoolique.

*M6 « on n'avait même pas eu le temps de, de l'entre percevoir que déjà il, il était fou de rage, il cassait tout, rien, rien n'avait été provoqué à priori par quelqu'un, il était, il était très en colère, alcoolisé... »*

➤ **Drogues**

Dans 2 cas on retrouve la toxicomanie à l'origine de l'agressivité.

*M4 « il y a eu 47 passages de toxicomanes. (...) il y en a deux qui se pointent (...) il me dit « tu me donnes un truc ou pas » j'ai dit « non je ne peux rien vous donner soit je vous hospitalise... »*,

*M10 « chez qui j'avais suspecté d'avoir pris des stupéfiants et...euh... qui s'est énervé à la suite de ça en me certifiant qu'il n'en avait pas pris... »*

Et dans 1 cas une éventuelle polyintoxication.

*M6 « classique un patient est arrivé avec une grosse plaie à la main, très, très alcoolisé, au moins alcoolisé je ne sais pas s'il y avait plus ou pas... (rires) très, très énervé d'entrée de jeux »*

### **3.2.3.1.2 Trouble psychiatrique**

Dans de très nombreux cas, on retrouve une pathologie psychiatrique à la genèse de l'incident.

*M19 « je ne me suis jamais sentie en insécurité là vraiment cette dame me faisait peur. Parce qu'elle était psychiatrique, enfin pour moi elle était psychiatriquement pour moi elle n'était pas claire et donc du coup elle était imprévisible trop imprévisible quoi »*

### **3.2.3.1.3 Angoisse**

Dans 3 cas (M2, M9, M13), l'origine de l'agression est due à une anxiété pathologique.

### **3.2.3.2 *Insatisfaction de la prise en charge médicale***

#### **3.2.3.2.1 Refus par le médecin**

➤ **Prescription d'ordonnance ou de certificat**

La demande de prescription d'ordonnance ou de certificat non justifiée par des patients est très fréquente et est source de nombreux conflits.

*M5 « que j'ai refusé de lui faire une ordonnance qui n'était pas du tout justifiée »*

*M9 « qu'ils voulaient que je fasse une ordonnance pour un chien mais à leur nom ; et moi je ne voulais pas. »*

*M11 « que je ne sortirais pas tant que je n'aurais pas fait les ordonnances. »*

➤ Prescription d'examens complémentaires

Et dans 2 cas le médecin prescrit contre sa volonté des examens complémentaires.

*M12 « j'ai lui ai remis un courrier, enfin une ordonnance un peu contrainte et forcée pour une IRM abdominale pour vraiment lui assurer que on ne le laissait pas tomber et que s'il avait besoin il pouvait toujours faire cet examen-là »*

*M13 « il me dit « non je ne suis pas d'accord moi je veux ma biopsie ». Alors pff...je lui dis « bon écoutez je vous fais votre courrier et puis vous, vous partez en fait ». Donc je lui ai fait son courrier en expliquant bien que, que ce n'était pas...euh... que c'était un peu contre ma volonté... »*

➤ Désignation comme médecin traitant

Dans 1 cas, le refus du médecin de devenir son médecin traitant est la raison du conflit.

*M18 « Donc je ne pourrai pas être votre médecin traitant mais je vais répondre à votre demande médicale ».*

3.2.3.2.2 Reproches de moyens et / ou de résultats inadéquats

Les reproches de moyens et ou de résultats inadéquats par les patients sont nombreux. Pour certains patients il y a une obligation de moyens mais aussi de résultats, les reproches peuvent être une insuffisance ou un acharnement dans la prise en charge : ils laissent sous-entendre une certaine incompétence du médecin.

*M5 « c'était des patients très âgés, 90 ans à peu près, un couple (...) l'épouse a eu un problème un peu aigu, il a fallu l'hospitaliser et en fait ben du coup, j'ai fait tout le nécessaire pour la faire hospitaliser, j'ai pris des rendez-vous, des choses, et en fait ça ne s'est pas bien passé avec le, le fils, qui vivait...euh...sous le même toit (...) en disant que j'avais vraiment fait très mal les choses quoi (...) il me reprochait une insuffisance de soins et une insuffisance de...euh...comme si je n'avais pas pris, je n'avais pas fait les choses comme il faut (...) qui ne comprennent pas la situation, et voilà qui nous en veulent de vouloir soit en faire trop soit en faire pas assez (...) qui ne comprennent pas et qui accusent »*

*M10 « voilà si on ne fait pas les bons résultats en gros ça va mal se passer quoi. »*

*M12 « C'était un patient qui venait pour la troisième fois pour une douleur abdominale, troisième fois en deux semaines et...euh...pour qui on avait déjà fait une échographie, un scanner abdomino-pelvien pour lequel on ne trouvait rien de particulier et, et qui c'est au bout de trois heures de prise en charge avec bilan biologique normaux et de nouveau un scanner abdomino-pelvien sans anomalie (...) je lui ai dit que voilà « on ne ferait pas plus » (...) il a commencé à se lever,*

*à me dire (...) qu'on était inutile et que, et que ici aux urgences vraiment ça valait rien quoi (...) mais que nous il n'y avait plus rien à faire dans le cadre des urgences »*

### 3.2.3.2.3 Récusation par l'agresseur

Parfois le patient ou son entourage est opposant au soin.

#### ➤ Examen clinique proposé

Dans 2 cas, il y a refus d'examen clinique mais pas par le patient lui-même mais par un membre de sa famille (dans notre étude un fils et un mari de patients), avec un refus catégorique de pratiquer un examen clinique du patient.

*M11 « donc j'ai commencé à lui poser des questions sur sa douleur et le fils m'a arrêté net en me disant...euh...qu'il ne fallait pas lui poser des questions, que c'était à lui qu'il fallait poser des questions et qu'il ne fallait pas que je la touche (rires) (...) il m'a dit que, que je, j'étais juste là que pour remplir un papier, recopier une ordonnance, que c'est quand même bien difficile et que, et qu'il n'avait jamais vu ça et que je veuille examiner sa maman (rires). »*

*M17 « puisqu'il m'a entre guillemets sauté dessus en me disant personne ne touche sa femme à part lui »*

#### ➤ Diagnostic posé

Dans 1 cas, le patient n'a pas accepté le diagnostic du médecin, diagnostic pourtant confirmé par des avis de spécialistes et appuyé par des examens complémentaires concordants.

*M13 « ce monsieur était venu me voir parce qu'il était inquiet (...) il était persuadé que...euh...ce n'était pas la toxoplasmose et moi j'ai été en difficulté parce que...euh... il a été vu à trois reprises dont par un spécialiste, il avait eu une imagerie et le bilan biologique attestait que c'était une toxoplasmose. »*

#### ➤ Maintien de l'hospitalisation

Dans 3 cas, le refus du maintien de l'hospitalisation et de soins avec volonté de sortie contre avis médical a été à l'origine de violence.

*M7 « j'ai été pris à partie par un papa qui n'acceptait pas ma décision de ne pas faire sortir de la maternité son nouveau-né. Il voulait absolument que son enfant sorte (...) le père n'entendait aucune justification possible. Il voulait quoi qu'il arrive que son fils sorte de l'hôpital. »*

*M15 « la patiente (...) était complètement opposante aux soins ; elle refusait (...) elle refusait d'avoir une péridurale et elle refusait de rester en place en fait. (...) en salle de réveil, elle avait un réveil extrêmement agité, explosif (...) Là elle se*

*levait, elle arrachait tout alors qu'après une césarienne on a tellement mal qu'on ne se lève pas. (...) Elle commençait à chercher la sortie parce qu'elle voulait partir de l'hôpital absolument, elle cherchait la sortie partout et elle était extrêmement brusque dans tous ses gestes. (...) pour pouvoir ouvrir une porte elle avait pris, c'est ce qui m'a marqué le plus moi, un extincteur et elle l'a balancé contre la vitre pour pouvoir ouvrir la vitre. (...) C'est surtout comme elle cherchait absolument une sortie (...) Elle refusait elle disait « ne m'injectez pas du Valium, ne m'injectez rien je refuse de fermer » et tout ça... (...) genre elle a été césarisée à 22h et là il était cinq heures du mat... Et le bébé est resté à l'hôpital et elle ne l'a pas demandé de le prendre. (...) On lui a fait signer une décharge, une sortie contre avis médical. C'est super choquant comme ça... »*

*M19 « une patiente qui n'avait pas de péridurale et qu'on ne pouvait pas examiner parce qu'elle était très agitée (...) la patiente a été très agitée, donc elle voulait se lever et elle voulait partir (...) elle s'est arrachée ses perfusions elle voulait s'arracher sa sonde urinaire etc... et donc elle voulait absolument sortir (...) elle tournait en rond dans le bloc opératoire pour trouver la sortie »*

### **3.2.3.3 Incivilités**

On dénombre 12 cas d'incivilités inhérent à l'évolution de la société.

#### **3.2.3.3.1 Refus d'attendre**

L'incivilité la plus fréquente est le refus d'attendre son tour ou de prendre un rendez-vous de consultation.

*M1 « je lui ai demandé de se calmer, d'attendre et il m'a dit qu'il ne pouvait pas attendre qu'il était très pressé (...) les gens s'octroient des droits, je paye, j'ai droit donc j'exige, voilà, c'est une triade... »*

*M2 « un gars qui a un revolver qui me braque et qui me dit « il faut la soigner et vite » voilà »*

*M3 « il ne comprenait pas pourquoi il attendait pour se faire opérer. »*

*M8 « il y a eu un groupe de gitans qui ont voulu passer devant tout le monde (...) ils étaient plusieurs à parler fort, à vouloir absolument rentrer dans le cabinet. (...) ils ont déjà menacé les gens dans la salle d'attente en leur disant que s'ils ne passaient pas devant tout le monde ils allaient les frapper (...) ils veulent passer devant tout le monde »*

*M13 « il s'est présenté avec une deuxième personne (...) le premier qui avait rendez-vous est venu pour un arrêt de travail et puis...euh...mais lui...euh... il ne me laisse pas le choix en fait, il me dit « il faut que vous voyiez mon cousin » »*

#### **3.2.3.3.2 Refus de payer**

Le refus de payer est également une incivilité courante.

*M1 « « je ne te paye pas », non. De même que le type qui ne paye pas qui part et qui dit « je n'ai pas d'argent je reviens » et qui ne reviens pas, c'est pareil. »*

*M13 « évidemment ce monsieur qui sortait de prison n'avait aucun moyen de payer, de carte vitale, donc ça aussi c'était pour, c'était pour ma pomme »*

*M20 « il m'a dit « non mais je suis malade mais en plus il faut que je règle ce n'est pas possible... »*

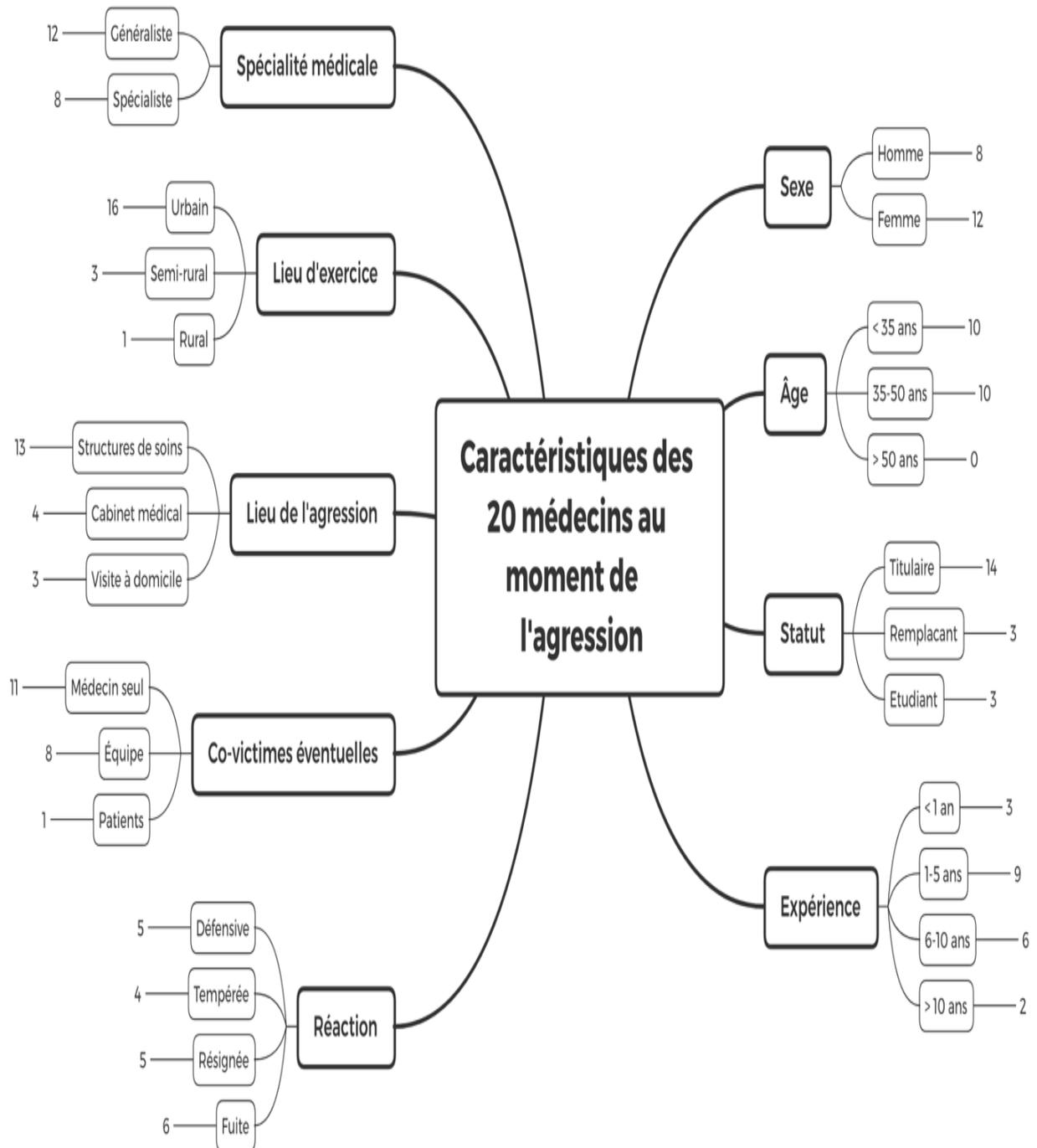
#### **3.2.3.3.3 Transgression des règles**

Enfin le refus de se plier au règlement intérieur d'une structure de soins correspond à une transgression des règles et donc à une incivilité.

*M16 « Le motif (rires) c'est qu'en fait il, il voulait...euh...il voulait qu'on lui donne à manger, qu'on lui amène des...euh...en fait c'était quelqu'un qui profitait un peu du système de soin ; à qui on a dû au début donner un peu des sous, pas des sous mais des repas qui nous restaient à l'hôpital de jour et après on s'est rendu compte qu'il volait le repas des autres enfin bon il n'était pas (...) on a vu qu'il transgressait, qui piquait des trucs aux patients vulnérables pour le coup chez nous et ben on a remis un peu de cadre et c'est là que c'est parti...en sucette »*

### 3.2.4 Typologie des victimes

La typologie des victimes correspond aux caractéristiques sociodémographiques et réaction des 20 médecins au moment de l'agression princeps.



#### **3.2.4.1 Sexe**

La population est constituée de 12 femmes et 8 hommes.

On remarque que la précision du genre est assez fréquente surtout chez les femmes.

*M1 « en plus en tant que femme, voilà quoi »*

*M3 « je n'ai jamais été agressé physiquement, en étant un homme peut-être que c'est peut-être plus rare »*

*M8 « moi je suis une femme »*

*M18 « le problème c'est que moi je suis une femme jeune, je suis une femme jeune »*

Et pour 2 médecins en plus de leur genre féminin, elles ont donné des précisions sur leur morphotype.

*M12 « Je suis une femme mais je fais 1,85m alors je pense que... en fait depuis longtemps ma taille est un peu un atout dans ce genre de situation, je ne me sens pas forcément...je ne me sens pas en danger parce que je sais que je peux enfin...j'ai illusion on va dire que physiquement je peux me défendre. Très clairement, je ne vois pas cela comme un inconvénient mais je pense que c'est vraiment lié à ma taille. »*

*M13 « je n'avais pas tellement le choix quoi, moi je fais 1m59, j'ai deux mecs en face de moi comme des armoires à glace »*

#### **3.2.4.2 Âge**

La répartition par tranche d'âge montrait une population assez jeune avec 10 médecins de moins de 35 ans et 10 médecins de 35-50 ans. Il n'y avait pas de médecins de plus de 50 ans au moment de leur agression princeps.

#### **3.2.4.3 Expérience**

L'expérience des médecins lors de leur agression va évidemment de pair avec leur âge. On dénombre 3 médecins avec moins de 1 an d'expérience, 9 médecins avec de 1 à 5 ans d'expérience, 6 médecins avec de 6 à 10 ans d'expérience et 2 avec plus de 10 ans d'expérience.

*M2 « moi un peu con, j'ai foncé tête baissée, jeune médecin, jusqu'au domicile »*

#### **3.2.4.4 Statut**

Il y avait 14 médecins titulaires, 3 médecins remplaçants et 3 étudiants en médecine.

On note que les médecins non titulaires signalent systématiquement dans le récit de leur agression leur statut à savoir remplaçant ou étudiant en médecine (externe ou interne) alors que les titulaires non.

*M2 « Alors de l'insécurité totale, oui car quand j'étais jeune interne, ma première garde de médecine de chirurgie »*

*M7 « j'étais interne »*

*M8 « c'était lors d'un remplacement »*

*M13 « c'était déjà un premier remplacement dans ce cabinet »*

*M11 « je commençais un nouveau remplacement, c'était le premier jour de trois semaines de remplacement dans un nouveau cabinet (...) Donc voilà, c'est toujours la position de remplaçant et remplaçante, elle est vraiment plus compliquée dans ce cadre-là » (visite à domicile) »*

*M17 « c'était pendant mon externat (...) c'était en cinquième année »*

#### **3.2.4.5 Spécialité médicale**

Notre population comptait 12 médecins généralistes et 8 médecins spécialistes (2 urgentistes, 1 orthopédiste, 1 pneumologue, 1 anesthésiste-réanimateur, 1 psychiatre, 1 gynécologue-obstétricien, 1 cardiologue).

#### **3.2.4.6 Lieu d'exercice**

Il y a une majorité de médecins qui travaillaient en zone urbaine soit 16 et seulement 3 en zone semi-rurale et 1 seul en milieu rural au moment de leur agression.

#### **3.2.4.7 Lieu d'agression**

La majorité des agressions se sont déroulés dans le cadre de structure de soins (n=13) et une autre partie dans des cabinets médicaux (n=4) ou lors de visites à domicile (n=3).

#### **3.2.4.8 Co-victimes éventuelles**

Il est précisé par le médecin s'il a été l'unique victime de l'agression ou s'il y a eu d'autres personnes agressées dans son entourage professionnel.

##### **3.2.4.8.1 Médecin seul**

Dans 11 cas, il y a eu agression du médecin uniquement.

#### 3.2.4.8.2 Équipe professionnelle

Dans 8 cas, il y a eu agression du médecin et d'un ou plusieurs membres de l'équipe médicale, paramédicales ou autres (comme le personnel soignant, les secrétaires, les femmes de ménage).

*M1 « qui agressait les femmes de ménage qui nettoyaient le service »*

*M3 « ce patient était en train d'agresser le personnel soignant de la clinique... »*

*M6 « qui a commencé à insulter et à, et à brutaliser la pauvre secrétaire qui était à l'accueil »*

*M14 « c'était en fait pour mon collègue ce n'était pas pour moi directement ; certes on avait tous on va dire pris en charge le patient mais voilà c'était la famille par rapport à mon collègue (...) c'était lui donc la cible ... »*

*M15 « en salle de réveil (...) elle a insulté absolument tout le monde »*

*M16 « il y a eu deux infirmières de l'équipe (...) Donc l'équipe était quand même assez insécurisée et c'est vrai que voilà et que donc on a reporté plainte »*

*M19 « Je ne sais plus si l'anesthésiste s'était pris un coup, l'infirmière anesthésiste elle s'est pris des coups ça c'est sûr, moi je ne me suis pas pris de coup directement on a évité l'extincteur de peu (rires) »*

#### 3.2.4.8.3 Patients

Et dans 1 seul cas, il y a eu agression du médecin et des patients en salle d'attente.

*M8 « ils ont déjà menacé les gens dans la salle d'attente en leur disant que s'ils ne passaient pas devant tout le monde ils allaient les frapper, ils allaient frapper tout le monde »*

#### 3.2.4.9 **Réactions immédiates**

Les réactions immédiates à l'agression sont bien sûr variables en fonction de la sévérité de l'agression. Ces médecins nous décrivent leur désarroi lors d'agression physique de niveau 4 (n=2) ou de niveau 3 (n=8) avec une défense corporelle, une fuite, un appel à la sécurité ou à des collègues.

Pour les agressions de niveau plus faible c'est-à-dire de niveau 2 (n=10) et niveau 1 (n=15), les stratégies diffèrent, ces médecins tentent de conserver le dialogue, commentent l'inquiétude sous-jacente à l'agression, s'opposent verbalement à l'attitude de l'agresseur en rappelant le cadre des soins, font appel aux structures de sécurité lorsqu'elles existent, à l'équipe, au mari, à la police. Si ces stratégies ne fonctionnent pas soit ils s'exécutent (ordonnance, ne font pas payer...) soit ils s'organisent pour rompre le dialogue et se mettre en sécurité.

#### 3.2.4.9.1 Défensive

Pour 5 médecins la réaction première a été la défense.

*M2 « donc là moi je me suis bien sûr un peu défendu, je l'ai attrapé par les poignets, je l'ai immobilisé... »*

*M4 « on a entendu un fracas donc il a tourné la tête, et moi je lui ai saisi le poignet et je lui ai arraché le couteau des mains »*

#### 3.2.4.9.2 Tempérée

Une réaction tempérée voire apaisante a été retrouvée chez 4 médecins.

*M1 « je lui ai demandé de se calmer »*

*M3 « j'ai jugé opportun (...) d'essayer de le calmer et je lui ai expliqué que... euh... que ça ne servait à rien de s'énerver contre le personnel (...) j'ai tenté de le calmer... »*

*M6 « je me suis approché quand même pour essayer de protéger tout ce petit monde et de le calmer, il n'y a rien eu à faire »*

*M8 « il a fallu (...) leur expliquer qu'ils pouvaient attendre leur tour (...) je leur ai expliqué (...) et qu'ils pouvaient attendre »*

*M12 « je lui ai demandé gentiment de sortir (...) je pensais pouvoir gérer la situation, apaiser les choses et discuter calmement mais la discussion était totalement impossible et inenvisageable (...) on en a discuté, et je lui ai dit que je n'étais pas d'accord qu'il s'y prenne comme ça avec moi, que j'avais bien conscience que c'était pas lié contre moi son agressivité, et qu'on pouvait en parler ensemble mais que je n'étais pas responsable de tous ses, de tous ses malheurs et qu'il fallait plutôt qu'il me voit comme une alliée que comme une, enfin une rivale et du coup ça s'est apaisé comme ça »*

*M13 « moi ça ne me plaisait moyennement donc je lui ai un peu dit de se, de se calmer et qu'il allait sortir si s'il continuait »*

#### 3.2.4.9.3 Résignée

Une attitude résignée a été perçue dans 5 cas.

*M2 « je ne me suis pas défendu je lui ai dit « attendez moi je ne suis pas le GIGN donc vous faites ce que vous voulez mais moi je suis médecin donc la force vous l'utilisez-vous mais moi je ne l'utiliserai pas »*

*M13 « je lui dis « bon écoutez je vous fais votre courrier et puis vous, vous partez en fait ». Donc je lui ai fait son courrier en expliquant bien que, que ce n'était pas... euh... que c'était un peu contre ma volonté »*

#### 3.2.4.9.4 Fuite

Une réaction d'évitement voire de fuite a été identifiée dans 6 situations.

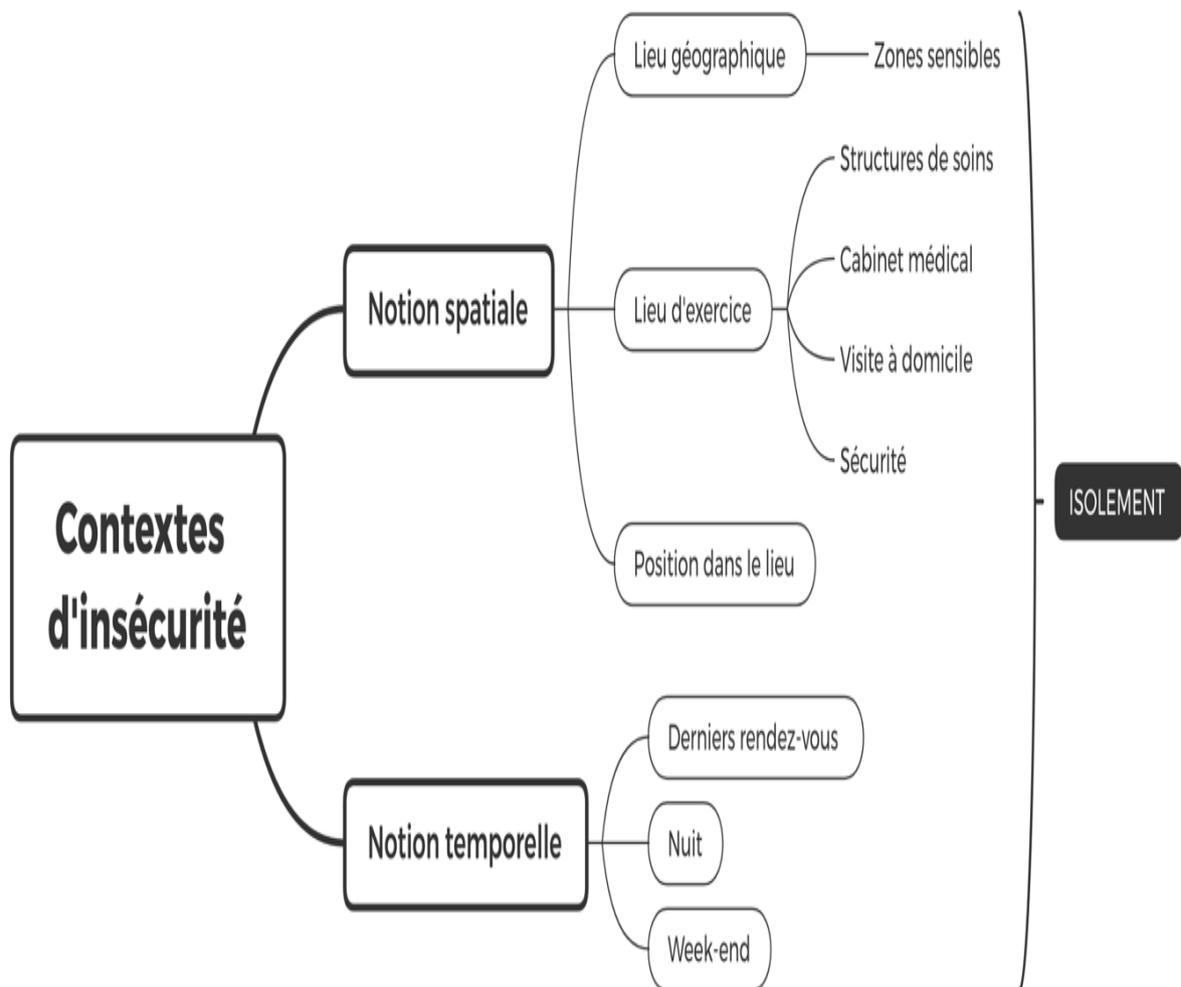
*M10 « j'ai quitté les lieux, la chambre, rapidement »*

*M11 « j'ai dit que maintenant je voulais sortir et que c'était hors de question et que je voulais sortir tout de suite (...) je voulais juste m'enfuir de cette maison et qu'ils me laissent partir et du coup (...) Donc j'ai fini par partir évidemment en courant »*

*M18 « Pas du tout agressif, pas du tout parce que moi j'ai toujours évité... euh... J'ai toujours évité les insinuations qu'il faisait, je ne suis pas rentrée dans, dans son jeu ou quoi que ce soit bien évidemment donc non non non le débat était tout de suite recadré vers le motif médical de la consultation. »*

### 3.2.5 Contextes d'insécurité

Les contextes favorisant la survenue d'actes de violence sont diverses mais au final un même facteur favorisant est toujours mis en évidence par les médecins : l'isolement.



#### 3.2.5.1 Notion spatiale

##### 3.2.5.1.1 Lieu géographique

Pour certains médecins la situation géographique à savoir la localisation en zones sensibles est précisée car considérée comme des zones à risque d'insécurité.

*M9 « je ne suis pas dans un quartier compliqué (...) donc j'aurais été dans un autre quartier peut-être. Par exemple j'ai fait des remplacements dans certains quartiers à N..., je ne peux pas dire que je me sois sentie en insécurité moi personnellement mais je n'étais pas à l'aise dans ce quartier »*

*M13 « c'était un cabinet plutôt... pour moi c'est ville, c'était à, sur K... dont c'est vraiment proche de N... et donc ce n'est pas la même, ce n'est pas la même population je n'aime pas trop dire ça mais même s'il y a un fond de vérité là-dedans (...) pas que ça soit un endroit qui craint particulièrement mais on ne sait jamais. »*

### 3.2.5.1.2 Lieu d'exercice

#### ➤ Structures de soins

Il y a eu 13 agressions dans les structures de soins sur les 20 avec les urgences comme lieu privilégié des agressions.

Les urgences apparaissent donc comme un facteur favorisant d'insécurité.

*M1 « On était aux urgences donc on était confronté aux, aux dangers, c'était notre quotidien et il fallait qu'on l'accepte. »*

*M3 « L'incident a eu lieu en 2020, à la clinique, ce n'était pas en consultation mais j'ai été pris à partie par un patient dans les couloirs de la clinique... »*

*M6 « les incidents aux urgences on en a (...) moi j'ai toujours pensé que c'était des, des moments intercurrents qui étaient absolument inévitables quand on, quand on fait, qu'on accueille les gens, entre guillemets, dans un service en urgence. »*

*M12 « C'était aux urgences »*

*M14 « j'étais effectivement à l'hôpital »*

*M17 « j'étais donc de garde aux urgences au CHU de O, j'étais en traumatologie »*

Pour le M8, par contre la structure de soins est un facteur de lutte contre l'insécurité car il n'y a pas l'isolement retrouvé dans les cabinets médicaux individuels.

*M8 « maintenant de travailler en clinique, non je n'ai pas, je ne me sens pas en insécurité parce qu'on n'est pas tout seul il y a toujours du monde contrairement quand on est en cabinet bah là oui on est seul et oui il peut se passer beaucoup de choses. »*

#### ➤ Cabinet médical

On note 4 incidents dans les cabinets médicaux.

Dans ces cas il a toujours été bien mis en évidence l'isolement au sein du cabinet médical dû à l'absence de la secrétaire, des collègues, des patients à ce moment-là.

M5 « moi je suis souvent toute seule à vingt heures au cabinet dans le noir et n'importe qui peut venir me casser la figure, voilà, même a, donc je me dis qu'on n'est quand même pas sécurisée. »

M8 « il n'y a personne pour me défendre (...) en cabinet bah là oui on est seul et oui il peut se passer beaucoup de choses. »

M9 « il n'y avait plus personne dans la salle d'attente (...) dans le cabinet j'étais toute seule je me rappelle c'est ça moi c'est toute seule, toute seule en plus il n'y avait plus personne dans la salle d'attente et c'était un samedi vous savez ils avaient bien calculé leur heure. »

M13 « c'était un cabinet de groupe où les deux médecins qui exerçaient étaient absentes (...) j'étais seule dans le cabinet il n'y avait pas l'associé et il n'y avait personne dans la salle d'attente donc j'étais toute seule face à un, un homme (...) je me suis dit « mais attends quand même je suis toute seule dans le cabinet (...) il y'a personne...s'il y a un problème personne ne m'entendra » »

M17 « c'était plutôt calme c'est-à-dire que mon chef était au lit mon interne était parti se coucher donc j'étais seule médicalement parlant en traumatologie »

M18 « ça tombait mal parce que c'était pile poil une après-midi où il n'y avait pas la secrétaire (...) moi enfin il y a toujours quelqu'un qui est là, il y a toujours la secrétaire, il y a toujours mon associé, il y a une hypnothérapeute à l'étage, il y a des infirmiers, on n'est jamais tout seul et il y a des patients dans la salle d'attente aussi »

La présence humaine quelle qu'elle soit et donc le non isolement est perçue comme une chance.

M5 « heureusement j'avais un dernier patient dans la salle d'attente (...) heureusement il y avait un monsieur que je devais consulter juste après qui a été témoin et qui était prêt à me soutenir, quoi. »

#### ➤ Visite à domicile

On retrouve 3 cas d'agressions lors de visite à domicile et il y a un sentiment d'isolement du fait de la perte de ses repères spatiaux.

##### 3.2.5.1.3 Position

Le médecin dans plusieurs cas a bien pris soin de préciser sa position dans la pièce et surtout par rapport à la sortie (aux portes) mais aussi par rapport à son agresseur. Il évoque l'instinct de fuite réactionnel à l'agression.

M2 « je me suis toujours méfié je me tiens à distance je me mets de trois quarts vous voyez. »

*M4 « ils étaient rentrés un peu plus dans les urgences et ils sont entrés dans mon bureau moi j'avais de la vision, j'avais la porte du bureau, j'avais le couloir en enfilade »*

*M5 « j'ai ouvert les portes en fait (...) quand j'ai vu que le monsieur se levait et qu'il commençait à être violent, j'ai ouvert les portes »*

*M7 « là j'avais été coincé parce que lui s'était mis devant la porte »*

*M12 « qui est venu dans le bureau et qui s'est énervé contre moi, donc je lui ai demandé gentiment de sortir, de retourner dans son box d'auscultation »*

*M13 « je suis coincée parce que parce que...derrière moi il y a une étagère et l'espace pour sortir du bureau si jamais il veut... il perd son sang-froid, c'est étroit pour atteindre la porte »*

#### **3.2.5.1.4 Sécurité**

La présence ou pas d'une sécurité qu'elle soit humaine (vigile) ou matérielle (sas, alarme, caméra) est un facteur important dans le risque d'escalade des agressions ; elle permet de rassurer et de rompre ce sentiment d'isolement en cas de présence de vigile même si elle n'est pas toujours suffisamment efficace.

*M3 « le vigile de la clinique est intervenu »*

*M4 « et à l'époque aux urgences il n'y avait pas de SAS, rentrait qui voulait... (...) et du coup ils étaient rentrés un peu plus dans les urgences et ils sont entrés dans mon bureau »*

*M6 « On a bien sur immédiatement appelé le vigile »*

*M8 « c'était lors d'un remplacement à SOS-Médecins (...) et je remplaçais un médecin qui n'avait pas qu'il n'avait pas besoin d'avoir un vigile sur place alors que les autres médecins eux l'imposaient presque. »*

*M17 « j'ai demandé à mon aide-soignant de, d'aller à l'accueil pour dire que ce monsieur ne devait pas pénétrer le service des urgences pour protéger la patiente et les soignants... euh... Il n'y avait pas encore de police ni quoi que ce soit sur place hein »*

*M19 « j'ai demandé qu'on appelle la sécurité parce que je me disais qu'elle n'était pas dans son état normal. »*

### **3.2.5.2 Notion temporelle**

La notion temporelle est précisée dans la quasi majorité des entretiens. On note la redondance temporelle en ce qui concerne les derniers rendez-vous, la nuit et ou le week-end, ce qui revient au final à des temps d'isolement.

*M1 « c'était 7h du matin, dimanche matin (...) donc ça s'est passé les nuits »*

*M4 « donc je prends la garde du lundi soir (...) je prends la garde, donc la nuit il y avait une infirmière et un médecin. Et à une heure du matin il y en a deux qui se pointent »*

*M5 « c'était tard le soir »*

*M6 « il devait être dans les 23 heures, quelque chose comme ça »*

*M8 « les consultations se faisaient de nuit jusqu'à minuit »*

*M9 « je finissais ma consultation un samedi (...) toute seule en plus il n'y avait plus personne dans la salle d'attente et c'était un samedi vous savez ils avaient bien calculé leur heure »*

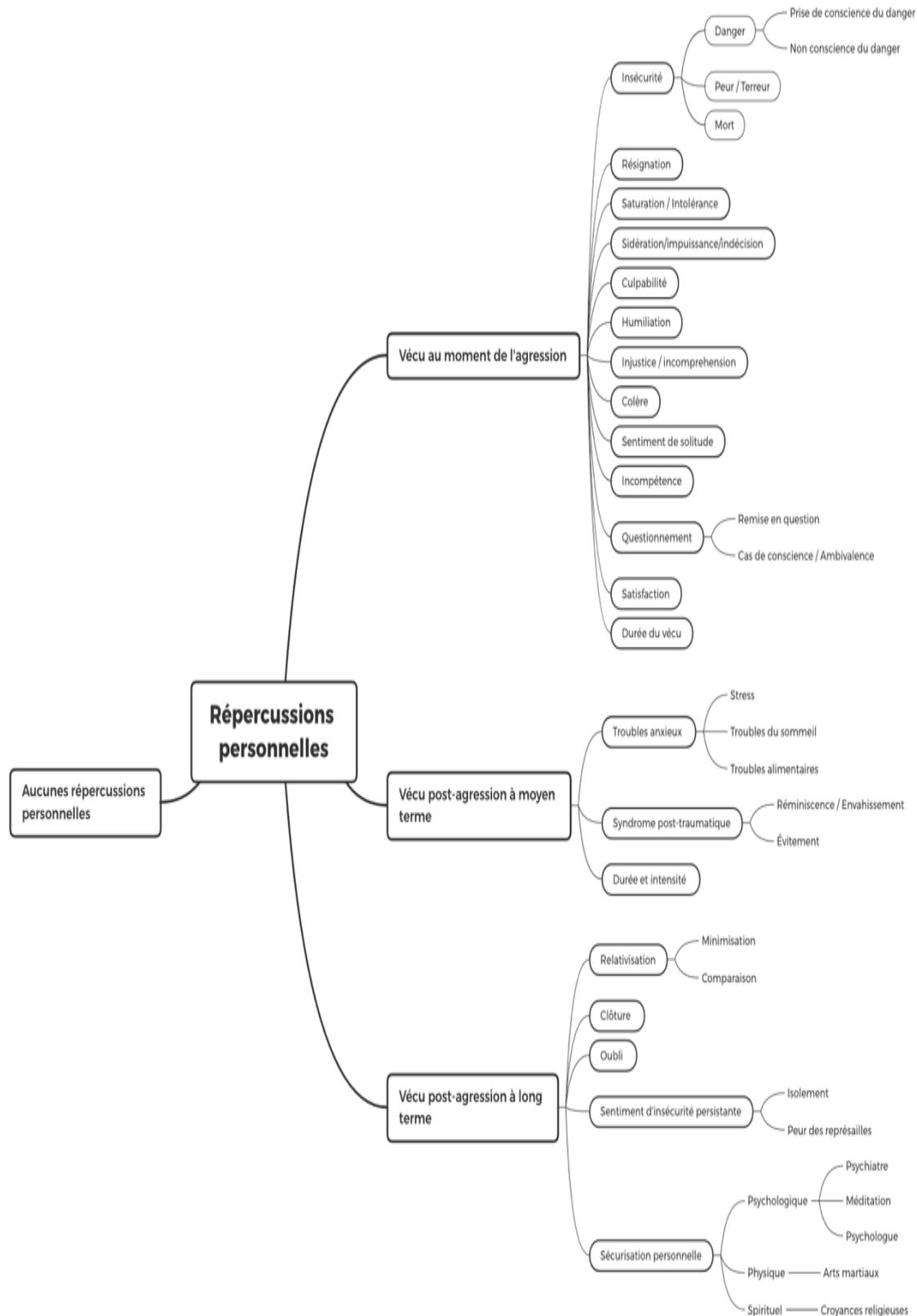
*M15 « C'était la nuit enfin ça a commencé le soir tard, c'était 23 heures quelque chose comme ça... »*

*M17 « il était tard le soir vers 1h du matin »*

*M19 « c'était la nuit forcément c'était un week-end et la nuit »*

### 3.2.6 Répercussions personnelles

Chacun des médecins évoque les sentiments et émotions qui les ont traversés au moment de cette agression. Leurs intensités ne semblent pas ou peu s'estomper en fonction de l'ancienneté des faits ; elles feront le lit des réactions ultérieures tant personnelles que professionnelles.



### 3.2.6.1 *Vécu au moment de l'agression*

#### 3.2.6.1.1 *Insécurité*

Le vécu d'insécurité des médecins au moment de l'agression est exprimé par des sentiments divers.

##### ➤ Danger

Lors de la situation d'insécurité il apparaît un sentiment de danger donc une prise de conscience du danger chez les médecins victimes mais à l'inverse pour 2 d'entre eux ils nous font part d'une non conscience du danger au moment de l'incident.

- Prise de conscience du danger

Pour certains médecins l'agression a permis de prendre conscience du danger.

*M2 « Le problème si vous voulez si vous êtes face à quelqu'un de très dangereux ou d'agitée et qui vous menace, du moment où vous allez toucher à votre téléphone vous êtes un homme mort. Donc il faut plus avoir d'un réflexe de fuite, autant que c'est possible voilà. »*

*M4 « Et après avec le recul du temps, je me suis dit « est-ce que tu as vraiment envie de revivre ça » c'est tellement gênant parfois le cerveau tu as l'impression qui... »*

*M7 « je pense que l'on prend un peu conscience qu'il ne faut pas que ça arrive ce genre de chose. »*

*M13 « En tout cas quand je me suis lancée dans la médecine générale je n'avais pas réfléchi à toutes ces difficultés, à l'insécurité. »*

- Inconscience du danger

Pour 2 des médecins la non conscience du danger lors de l'agression est clairement énoncée, pourtant cela concerne des agressions très sévères à savoir de niveau 4 (M15) et 3 (M16).

*M15 « je pense que je ne me suis pas rendue compte sur le moment. La gynécologue avait été beaucoup plus, beaucoup plus consciente des risques pour l'équipe (...) elle a été un peu traumatisée par ça parce qu'elle a eu peur pour l'équipe, elle m'a dit « j'ai tellement eu peur pour les gens » et moi je ne sais pas je me disais « elle veut sortir, elle ne nous en veut pas à nous directement (...) Moi je n'ai pas eu peur pour notre intégrité physique alors qu'en fait j'aurais peut-être dû...car c'est des gens totalement imprévisibles... »*

*M16 « une forme de confiance en moi qui est peut-être un peu excessive et qui est peut-être inconsciente hein d'ailleurs je... Mais je me suis toujours dit qu'il ne m'arriverait pas un truc avec des patients...parce que...j'arrive à ne pas avoir peur je crois et du coup je... Globalement on arrive très souvent à désamorcer le*

*truc donc... en faisant un peu le roseau ça revient donc je me suis toujours dit ça et du coup ça a toujours plutôt bien fonctionné donc je, je... »*

➤ **Peur, terreur**

Le sentiment de peur voire de terreur est quasi systématiquement évoqué lors des entretiens.

La violence de la situation fait ressentir un intense stress, une certaine vulnérabilité allant même jusqu'à de la douleur.

*M2 « j'étais au milieu donc là mes jambes tremblantes fortement je me suis assis le long du mur et j'ai dit mon rôle s'arrête là... (rires) »*

*M5 « Après moi j'ai eu, je me suis sentie inquiète et j'ai eu peur »*

*M6 « juste sur le moment c'était un petit peu stressant, c'est vrai que l'on se sent franchement menacé »*

*M7 « ça marque et je me suis senti menacé physiquement »*

*M8 « je me suis sentie... euh... pas en sécurité »*

*M9 « je me suis sentie un peu, un peu vulnérable »*

*M11 « je me suis sentie pas très bien à ce moment-là (...) là je pleurais à ce moment-là, j'étais complètement, complètement terrorisée par ce mec (...) je me suis retrouvée à recopier des ordonnances dans le flou de mes larmes, (...) il m'a donné encore une autre ordonnance à recopier, je pleurais toujours »*

*M11 « j'étais assez terrorisée. »*

*M12 « j'étais au bord des larmes, je suis sortie parce que j'étais au bord des larmes (...) Mais oui, oui ben oui tout à fait je me suis sentie en insécurité. »*

*M13 « j'ai essayé de gérer cette situation désagréable, un peu effrayante (...) bon c'était, c'était un peu difficile. »*

*M18 « ça m'a fait un petit peu flipper quoi pour le coup, peut-être à tort (...) mais c'est un sentiment où je ne me sentais pas du tout à l'aise sur la consultation, pas du tout (...) ça m'avait un peu fait stresser, »*

*M20 « J'étais nez à nez avec des cambrioleurs qui ont failli... je ne sais pas si j'aurais posé des questions comment ça aurait fini j'ai, j'ai pris peur donc je suis partie (...) il a commencé à crier mais vraiment j'ai eu peur (...) À chaque fois je me dis « est-ce que ça va revenir, est-ce qu'il me manque quelque chose dans le cabinet. »*

➤ **Mort**

Le sentiment de mort imminente est relaté dans 2 entretiens, entretiens qui décrivent des agressions graves bien évidemment à savoir niveau 3 (M4 et M19).

*M4 « J'ai vraiment cru qu'il allait me trancher la gorge. »*

*M19 « Par rapport à l'insécurité oui j'ai cru que j'allais mourir (rires) ça faisait une semaine que je n'avais pas vu mes enfants (...) et j'ai vraiment cru que je ne les reverrai pas pendant un court instant (...) après c'était d'un point de vue émotionnel et humain ça a été compliqué »*

### **3.2.6.1.2 Résignation**

Il y a une certaine résignation perceptible chez certains médecins, une sorte de fatalité.

*M5 « si arrive un patient un peu virulent, ben on verra, voilà (...) je me dis toujours que ça va nous arriver un jour quand je lis la presse et tout. »*

*M5 « pour l'insécurité...euh... mais je me dis que de toute façon...euh...voilà le soir je ne vais pas arrêter de travailler à 18h30...euh...parce que, parce que...ben...voilà, parce que j'ai peur »*

*M5 « ça fait peur en fait, toutes les erreurs qu'on fait tous les jours et qui peuvent nous retomber dessus (...) notre métier est un peu à risque mais, mais c'est comme ça c'est la vie »*

*M12 « Mais enfin les gens qui ont décidé de s'en prendre à nous, entre guillemets, donc on n'y échappera pas. (...) Mais dans certaines situations on ne peut pas passer à côté. »*

### **3.2.6.1.3 Saturation / Intolérance**

Pour certains c'est le sentiment de saturation qui prédomine et qui entraîne une certaine intolérance. On remarque que c'est suite à des agressions sévères de niveau 4 (M1) et 3 (M4) subies par les médecins.

*M1 « j'en ai assez, c'est fini je ne supporte plus ce, cette façon dont les gens s'octroient des droits, je paye, j'ai droit donc j'exige, voilà, c'est une triade que je n'entends plus, que je ne l'entends plus »*

*M4 « Avant je me rappelle les gens venaient un peu énervés et depuis cette affaire là je ne peux plus ce n'est même pas la peine... Moi je ne peux plus, je ne peux plus faire ça ce n'est plus possible... »*

### **3.2.6.1.4 Sidération / Impuissance / Indécision**

Face à la situation d'insécurité, il y a une sorte de sidération, d'impuissance, d'indécision de certaines victimes.

Le fait « ne pas savoir quoi faire » résume la phase aiguë de l'agression pour certains médecins.

*M8 « je me suis dit mais comment je vais gérer ça »*

M15 « franchement moi j'étais perdue, je n'avais jamais vécu un truc comme ça je ne savais pas du tout quoi faire... »

M18 « C'est plus que je ne savais pas quoi faire face à ce genre de comportement »

M19 « Mais à la limite ce qui était le plus dur pour moi ça a plus été de réussir à prendre la bonne décision... Ce qu'on n'a pas fait d'ailleurs... Réussir à prendre la bonne décision à ce moment-là(.) voilà la difficulté la difficulté ça a été essentiellement ça en fait »

**Le sentiment d'impuissance peut être à type d'infériorité physique comme chez M13.**

M13 « Il était menaçant, il sortait de prison et que du coup je n'avais pas tellement mon mot à dire et je n'avais pas tellement le choix quoi, moi je fais  
Im59, j'ai deux mecs en face de moi comme des armoires à glace, qu'est-ce que, qu'est-ce que je peux dire qu'est-ce que je peux faire en fait »

#### **3.2.6.1.5 Culpabilité**

**Un sentiment de culpabilité est perceptible chez certains médecins.**

M2 « je me suis toujours méfié (...) Alors que là c'est moi bêtement je ne me suis pas méfié hein »

M5 « vraiment je me suis sentie...euh...euh... très mal et parce qu'il a vraiment... voilà et donc je me sentais quand même, voilà, en sachant que je n'avais pas l'impression d'avoir fait des fautes, mais voilà (...) des mots comme si c'était de ma faute si elle allait mourir »

M11 « c'est vrai que du coup peut-être que c'est aussi ancré en nous, dans nos études...je sais pas mais que notre empathie fait que du coup on se culpabilise d'une situation qu'on a subi et en se disant que « oui l'autre est humain et qu'il a droit aussi de péter les plombs » mais bon, voilà c'était la réflexion exacte que je m'étais faite derrière et que je trouve assez gênante en fait et qui est beaucoup liée à notre profession, soignant confondue je pense, de se dire qu'on traite des humains et que du coup il faut les comprendre, mais nous on a pas le droit d'avoir des réactions humaines en face. »

M13 « ça m'embête d'avoir cette suspicion en permanence vis-à-vis des patients psychotiques, ou des hommes...mais c'est là où il y a des accidents aussi »

M18 « on se dit bah logiquement on est censé se remettre en question en disant bah « mince qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux » »

M19 « on a décidé d'accéder à sa demande et de la laisser partir contre avis médical, ce qui est pour moi une erreur parce que cette dame en fait était très agitée et elle n'avait pas toute sa tête « pouvoir prendre une décision mais bon... C'est la décision qui a été prise avec l'équipe de garde...

#### 3.2.6.1.6 Humiliation

Un sentiment d'humiliation peut être ressenti par la victime lors de son agression. ; c'est le cas pour M 11.

M11 « qu'il m'a dit qui est assez humiliant à la fin, il m'a dit, il m'a dit « allez tenez prenez la carte vitale pour vous payer, voilà de toute façon il y que ça qui vous intéresse les sous (...) sa femme a sorti les clefs (...) en me regardant et en disant « c'est pas la peine de pleurer, elles étaient là les clefs, vous croyez vraiment qu'on allait vous séquestrer (...) le fils m'a rappelé le vendredi de la même semaine avec un tout autre ton, il s'est vraiment adressé à moi comme si j'étais une sous merde (rires) en me disant que, que l'affaire avait été classée sans suite donc que ça voulait bien dire que j'étais qu'une folle, que j'avais menti, que j'avais jamais été agressée, séquestrée que et que la prochaine fois, il m'a dit que la prochaine fois que vous vous sentez pas à votre place il faudra appeler l'armée, bon bref, il m'a humilié par téléphone en me disant que vue que c'était classé sans suite j'étais une menteuse. »

#### 3.2.6.1.7 Injustice / Incompréhension

L'incompréhension de la situation et son injustice sont des sentiments très souvent perçus par les médecins lors de leur agression ; la situation leur paraît alors aberrante.

M5 « ce sont des situations où on s'investie et où on ne comprend pas aussi l'injustice (...) ben je n'ai pas compris en fait »

M11 « je trouvais cela tellement injuste à ce moment-là (rires) (...) il n'y avait pas de raison de me faire enfermer dans un appart, et ça c'est un truc qui ne m'a pas trop lâché pendant quelques mois où j'y ai beaucoup pensé et à me dire « merde, qu'est-ce que j'ai fait de mal dans cette situation pour que ça me tombe dessus », et j'ai l'impression que c'est un sentiment qui est beaucoup partagé par les collègues qui se sont fait agresser »

M18 « je trouve que finalement les patients eux, non ils ne sont pas franchement sanctionnés. Et c'est vrai que ce n'est pas franchement égal quoi, c'est quand même une grosse disparité. »

M19 « Après c'est tellement une aberration de penser qu'il y a des gens que l'on soigne qui nous (rires) qui nous font du mal mais on se dit mais d'où, d'où enfin (rires) moi j'ai rien cherché, je suis là pour aider les gens et en fait je ne comprends pas que l'on me mette en danger en fait...ça paraît tellement une aberration (...)Mais c'est vrai que c'est tellement un non-sens pour moi que cela n'a pas été facile à accepter de se dire non plus que clairement sans la sécurité on était foutu quoi. »

#### 3.2.6.1.8 Colère

La colère est un sentiment que peut ressentir le médecin lors de son agression ; une colère vis-à-vis de son agresseur.

M13 « il y a eu une situation mais ce n'était pas vraiment une insécurité mais, mais c'était plus de la colère par rapport aux patients que j'avais en face de moi (...) il ne me laisse pas le choix en fait, il me dit « il faut que vous voyiez mon cousin », donc déjà moi « il faut » ...euh... ça me dérange comme parce-que comme si j'ai une obligation envers eux quoi (...) je n'étais pas vraiment en insécurité comme avec l'autre personne qui s'est montrée vraiment agressive. Oui il y avait la menace de faire, une obligation de faire sa volonté et qu'on ne me laissait pas le choix. »

M19 « ce n'est pas correct ce qu'elle a fait, ce n'est pas possible... »

Mais la colère peut être contre celui qui a programmé la visite à domicile pour un patient masculin psychotique ayant des difficultés d'observance à une remplaçante femme dans le cas de M13.

M13 « je me suis dit « mais pourquoi ils n'ont pas envoyé le seul homme du cabinet quoi », je ne trouvais pas ça très logique »

#### 3.2.6.1.9 Sentiment de solitude

Le sentiment de solitude est celui qui est prédominant lors de ces situations d'insécurité. D'ailleurs il majore le sentiment d'insécurité.

M9 « aux urgences (...) je ne me suis pas sentie moi toute seule en insécurité alors que dans le cabinet j'étais toute seule »

M 13 « ce qui m'a un peu effrayé c'est que j'étais seule (...) je me suis dit « mais attends quand même je suis toute seule dans le cabinet, je suis coincée (...) il y'a personne...s'il y a un problème personne ne m'entendra » ...euh...cela m'a un peu...ça m'a, ça m'a effrayé quoi et je me suis dit « là c'est embêtant » »

### 3.2.6.1.10 Incompétence

Souvent victime d'un procès en incompétence, des médecins nous relatent ces contestations de patients difficilement vécu par le médecin.

*M11 « en me hurlant dessus, a dit qu'il n'avait jamais vu autant d'incompétence et qu'il allait en référer donc au médecin que je remplaçais, il a essayé de l'appeler devant moi peut être sur son numéro privé mais bon il n'a pas répondu et en disant qu'il allait se plaindre de moi (...) l'incompétence c'est vraiment l'insulte suprême pour les patients »*

*M13 « il a commencé à...euh...à s'énerver...euh... à m'accuser de ne pas faire mon travail de, de médecin, à remettre un peu en question mes compétences parce qu'il voyait que je n'allais pas, n'allais pas dans son sens »*

### 3.2.6.1.11 Questionnement

Suite à une agression il est très courant de constater un questionnement à type de remise en question ou de cas conscience chez les victimes. Ce questionnement peut être autant sur le plan personnel que professionnel.

#### ➤ Remise en question

La remise en question est un sentiment très redondant chez les médecins agressés.

*M3 « le fait d'avoir d'abord essayé de le calmer alors que ce n'était pas mon patient et bien je me suis impliqué dans une histoire dans laquelle je n'avais peut-être pas à le faire (...) j'en suis à me demander si...euh...ben s'il ne vaut mieux pas éviter le conflit et appeler directement le vigile plutôt que d'essayer de, de calmer quelqu'un qui...euh...de toute façon...euh...n'est pas prêt à nous entendre. »*

*M11 « Dans le suivi de cet incident quand même, j'ai eu beaucoup de remise en question...euh... déjà de la culpabilité, parce-que le fils qui m'avait appelé le mercredi m'avait dit « mais attendez mais comment va faire ma grand-mère, elle n'a pas son renouvellement d'ordonnance » (...) et moi je m'étais sentie super coupable en fait, parce que c'est vrai cette dame elle y était pour rien en plus, c'était son fils à elle qui m'avait agressé et je m'étais sentie bête (...) mais je m'étais sentie coupable, oui, qu'elle n'ait pas son traitement donc chose complètement bête mais ça m'a fait vraiment réfléchir » et puis je m'étais dit « oui, enfin tu es enceinte peut être que tu as sur-réagit peut être que comme tu as été un peu, sèche au téléphone pour l'adresse c'est peut-être pour ça qu'il est monté dans les tours », je me suis beaucoup remise en question derrière en me demandant si j'avais fait quelque chose de mal, alors que bon mais clairement je*

*pense que c'est sa réaction qui était disproportionnée en fait et que même si j'avais pu être de mauvaise humeur, on va dire, il n'y avait pas de raison de me faire enfermer dans un appart,*

*M18 « Non mais du coup ça fait quand même poser questions (rires), non mais c'est vrai ça fait quand même poser questions (...) après ça fait quand même poser question parce qu'on se dit est-ce qu'il a interprété des choses que, que j'ai pas du tout envoyé au passage mais voilà est-ce que... Voilà on se pose toujours des questions... »*

➤ **Cas de conscience**

Le cas de conscience est largement explicité par le témoignage croisé de M 15 et M 19. En effet les 2 médecins décrivent bien leur sentiment d'ambivalence du moment de l'agression ; ce sentiment partagé entre leur responsabilité en tant que médecin et leur sentiment d'insécurité. Ces 2 médecins sont tiraillés entre leur inquiétude pour la santé de leur patiente et leur inquiétude pour leur propre santé et celle de l'équipe médicale.

*M15 « moi j'ai eu énormément de mal parce que c'était moi le médecin qui était responsable à ce moment-là j'ai eu, j'ai mis je pense 10 minutes où la sécurité la contentonnait à dire OK faites-le parce que...en obstétrique on sait qu'il ne faut tellement jamais aller au-delà du consentement des patientes donc ça m'a énormément bloqué de devoir faire ça, surtout que cette patiente elle n'était pas étiquetée psychiatrique »*

*M19 « je pense que nous ça nous a perturbé, et se dire « oui c'est vrai c'est contre son gré (...) et donc nous on était dans la difficulté de savoir à la fois est-ce que, est-ce qu'on accédait à sa demande et à la fois est-ce qu'il fallait qu'on s'assure qu'elle ne soit pas en danger et donc cette dame était complètement...elle était incapable de prendre une décision à ce moment-là (...) je ne pouvais pas la laisser complètement dans son coin elle venait d'avoir une anesthésie générale et une laparotomie...Donc je me sentais responsable d'être près d'elle pour autant... après la difficulté qui a été c'est surtout une difficulté on va dire plus humaine et légale ; sur comment gérer le fait d'avoir une patiente très agitée dans le service. (...) on l'a laissé partir à H5 de sa césarienne contre avis médical et donc en fait moi j'étais un peu embêtée parce que je me sentais responsable de cette dame qui était dans la nature et en même temps je ne pouvais pas la garder chez moi et ça me soulageait qu'elle parte parce que j'avais quand même eu très peur. »*

### 3.2.6.1.12 Satisfaction

Pour un médecin (M8) c'est un sentiment d'auto satisfaction de la gestion de la situation d'insécurité qui est exprimé par le médecin en question.

*M8 « Mais finalement j'ai bien contrôlé la situation. »*

### 3.2.6.1.13 Durée du vécu

La notion de temps lors du récit de l'agression est une composante qui est souvent précisée. On note une modification de la perception du déroulement du temps avec un temps de vécu de l'agression qui peut être ressenti plus long ou plus court que le déroulement normal du temps.

*M4 « je ne sais pas, au bout de 10mn »*

*M5 « Ça a duré (...) « mais jusqu'au moment où je ne l'avais plus...j'étais inquiète. Et ça s'est stoppé... »*

*M11 « moi je n'ai aucun, aucune notion du temps que je suis restée dans cet appartement, mais ça m'a paru évidemment une éternité, je dirais moins dix minutes honnêtement en tout »*

*M13 « cette personne est restée une heure en fait dans le cabinet et pendant une heure j'ai essayé de gérer cette situation désagréable (...) la consultation d'une heure quand même, c'était long...ça a duré, ça a duré pas mal de temps. »*

*M15 « Sauf que ça a duré une éternité en fait et ça a duré, ça a duré tellement... »*

*M17 « Donc ça c'était, c'était très, très rapide et le monsieur a été maîtrisé je pense dans les secondes après mais, mais moi j'ai quand même eu la patate (rires). »*

*M19 « Donc ça n'a pas duré très longtemps, ça a duré cinq minutes jusqu'à que la sécurité arrive. Une fois que la sécurité, mais cinq minutes c'est hyper long surtout quand il y a quelqu'un qui essaye de vous balancer un extincteur dans la gueule... mais il y a bien eu ces 5-10 minutes où on a eu vraiment l'impression que l'on traquait une bête (rires) dans ce bloc opératoire où elle tournait en rond et où elle nous balançait des objets pour partir en fait. »*

## **3.2.6.2 Vécu post-agression à moyen terme**

### 3.2.6.2.1 Troubles anxieux

Les répercussions personnelles suite à une agression peuvent se présenter sous forme de troubles anxieux à type de stress, troubles du sommeil, troubles alimentaires.

*M1 « Si parce qu'on ne se rend pas compte mais quand on est dans les urgences tout devient...euh... si vous voulez le sommeil se détraque, l'alimentation se*

détraque, le stress se détraque donc évidemment que...euh... mais on ne s'en aperçoit pas, on ne se rend pas compte du stress que l'on absorbe et oui puisque ce stress du travail on l'amène à la maison... »

M3 « le stress que cela m'a procuré après était important (...) Si du stress, je suis parti j'étais très stressé, dans mon véhicule j'étais stressé... »

M4 « Disons qu'après ça a été quand même un peu compliqué...cauchemars...ça a été assez violent quand même (...) je suis allé voir quand même une psychologue. »

M9 « je gère mon stress par la prière ça aide (rire). »

M11 « un petit peu (...) Donc plus stressée je dirais oui (...) j'y ai pas mal pensé et j'ai eu un peu des cauchemars qui sont arrivés et voilà. Pas au point d'être préoccupant mais ça m'a un peu travaillé, on va dire. »

M12 « quand il y a des journées stressantes ou du moment où effectivement il y a eu des accros avec des patients, donc du stress de l'anxiété oui forcément on y repense quand on y retourne »

M18 « enfin ça m'a fait un petit peu flipper quoi pour le coup, peut-être à tort... Et, et ouais c'est vrai que c'est, c'est un peu compliqué et ouais... »

#### 3.2.6.2.2 Syndrome post traumatique

Les répercussions personnelles suite à une agression peuvent se traduire par un syndrome post traumatique avec des réminiscences ou envahissement et des conduites d'évitement.

M5 « après il y a des moments où je suis plus angoissée, un peu plus, un peu plus de mal à dormir parce que je repense à la situation ; après j'essaye et je ne le fais pas. »

M13 « Pas de trouble, de trouble de sommeil ni de l'anxiété mais j'y repense régulièrement et suffisamment pour avoir, pour avoir jugé utile de répondre à cet entretien de thèse (rires) parce que ça m'a marqué »

M19 « moi clairement dans les suites je n'étais vraiment pas bien (...) En fait pendant une semaine je n'ai pas pu bosser (...) le simple fait de devoir parler de cette dame (...) quand j'ai appris que la dame venait tous les jours pour voir son bébé et tous les jours montrer sa cicatrice (rires) aux urgences je ne me sentais pas du tout d'être à l'hôpital, c'est dingue ça ne m'était jamais arrivée de... d'avoir aussi peur d'une patiente (...) je ne me suis pas sentie, je pleurais tout le temps donc j'ai dit « non, stop, j'arrête, c'est traumatique, il vaut mieux que je m'arrête ».

### 3.2.6.2.3 Durée des répercussions personnelles

La durée des répercussions personnelles est très variable.

Elle peut être de quelques jours.

*M3 « le lendemain on a oublié, enfin on essaye d'oublier (...) ça m'a stressé pendant une longue partie de la soirée. »*

*M6 « je me suis senti en insécurité sur le moment mais le lendemain c'était digéré. »*

*M5 « Sur le coup, voilà, sur le coup quelques jours après il y a des moments où je suis plus angoissée »*

Mais les conséquences personnelles peuvent s'allonger sur plusieurs semaines à plusieurs mois.

*M19 « dans les suites je n'étais vraiment pas bien (...) En fait pendant une semaine je n'ai pas pu bosser (...) au bout d'une semaine moi ça allait mieux »*

*M1 « ça oui j'ai eu des répercussions (...) et effectivement enfin... bien, bien 3-4 semaines oui (...) il y a une espèce de lâcher prise mais il faut au moins 15 jours à 20 jours de vacances... »*

*M7 « il m'a quand même marqué pas mal de temps »*

*M11 « c'est un truc qui ne m'a pas trop lâché pendant quelques mois (...) j'y ai pensé quand même pendant, je dirais, quatre, cinq mois, c'était en juillet et je pense jusqu'à la fin de l'année »*

### 3.2.6.3 **Vécu post-agression à plus long terme**

#### 3.2.6.3.1 Relativisation

La relativisation de l'agression vécue est très fréquente chez les médecins interrogés.

##### ➤ Par minimisation

La relativisation entraîne une minimisation de l'insécurité ressentie.

*M2 « limite maintenant moi la brave dame qui m'a envoyé une droite et qui était beaucoup plus âgée que moi et que je n'ai pas pu parer cela me fait sourire quoi (rires). »*

*M2 « non parce que c'était un trouble du comportement et puis le fait que la patiente soit venue s'excuser ça a clôturé »*

*M5 « beaucoup de cas c'est qu'on a des menaces verbales et les gens ne vont pas forcément au bout des choses »*

*M5 « je ne vais pas arrêter de travailler à 18h30...parce que, parce que...ben...voilà, parce que j'ai peur, bon je n'en suis pas là encore »*

M5 « j'analyse ça après mais voilà je pense que lui il était... il avait peur pour sa mère et il était...euh...inquiet pour elle mais du coup il a tout reporté sur moi »

M6 « Mais je n'ai jamais subi non plus de choses...euh... épouvantables, voilà hein, si cela avait été beaucoup plus grave bien sûr que oui sans doute on aurait eu des répercussions »

M11 « j'étais enceinte de trois semaines donc je me suis dit que j'avais, que j'avais peut-être sur-réagi. »

M12 « pas de trouble du sommeil parce que c'est vrai que quand je ferme ma porte du...euh...c'est que ça n'a pas dû me traumatiser tant que ça mais que moi j'ai tendance à laisser les choses-là où elles sont, »

M12 « c'était vraiment de l'agressivité mais ce n'était pas contre moi. »

M12 « ça soit des cas isolés et que la plupart des gens ne sont comme ça quoi, donc pour un cas on ne peut pas mettre tout le monde dans le même sac. »

M15 « on avait tout le temps l'impression qu'elle nous courrait, qu'elle en avait après nous, qu'elle voulait me taper et chaque fois qu'on s'approchait d'elle pour lui faire quelque chose elle nous repoussait violemment. Mais elle ne venait pas vers nous pour nous agresser, elle voulait sortir et elle ne voulait pas qu'on la touche. »

M15 « et c'est vrai que nous, personne n'a eu... si à un moment elle m'a tapé dans le visage (...) mais il n'y avait pas eu plus que ça quoi... »

M15 « Pour cet événement-là finalement je me disais la maman elle va bien, le bébé il va bien bon elle est psychiatrique certes c'est un truc à traiter et tout ça...mais personne n'est mort, personne n'est malade, personne n'est blessé...voilà. Il fallait remettre les choses à leur place... »

M16 « Je ne dirais pas de l'insécurité ce n'est pas tant de l'insécurité que de la tension (...) les choses se désamorcent donc je ne suis pas très inquiet si vous voulez. Alors que l'on bosse avec des patients extrêmement compliqués" »

M19 « Je veux qu'il puisse y avoir une ambiance sereine et c'est vrai que pour les rares où il y a vraiment de l'agitation et ben on prend sur nous (rires) voilà... jusqu'à que la sécurité arrive »

#### ➤ Par comparaison

La comparaison peut être utilisée comme moyen pour relativiser l'agression subite et donc la minimiser.

La comparaison concerne des sujets très variés tel que lieu d'exercice, type d'agression, moyens de défense, type d'agresseur...

Mais au final par leur biais le médecin veut montrer que sa situation d'insécurité vécue est minime par rapport à d'autres.

*M5 « après j'ai la chance moi d'être dans un village où ce n'est pas encore trop compliqué. Donc il y a des endroits en ville, je, je réagis autrement. »*

*M11 « je ne me sens pas si en insécurité que ça puisque je me suis toujours dit que je le ferai mais je ne l'ai toujours pas mais j'ai beaucoup de mes copines qui en ont. » (Achat d'une bombe lacrymogène)*

*M13 « j'ai relativisé parce que j'ai vu une interne en saspas, elle se faire agresser pour le coup dans le cabinet, dans le bureau d'à côté, donc ben bon du coup une menace (rires)...j'ai trouvé ça moins grave et moins important que ce qu'elle, elle a vécu parce que pour le coup je pense que c'était plus violent dans la façon dont ça s'est présentée. »*

*M15 « Moi aussi je ne me suis jamais retrouvée aux urgences en dehors de mon externat, moi je pense que je ne suis pas exposée par rapport à plein d'autres médecins. »*

*M16 « c'est un peu atypique parce que c'est une agression qui ne se fait pas comme des fois ce que l'on peut voir, quelqu'un qui est débordé de colère parce qu'il attend et qui agresse, là on était quand même sur un vrai je vais dire un vrai truc de droit commun quoi. »*

*M19 « par contre pour les cabinets médicaux là c'est vraiment beaucoup beaucoup plus difficile parce que là on est vraiment tout seul dans son cabinet et là je n'aurais vraiment pas voulu être toute seule dans mon cabinet face à quelqu'un comme j'ai géré. Je pense que c'était une chance pour moi d'être à l'hôpital hein. »*

### 3.2.6.3.2 Clôture de l'évènement

Dans le cas d'agression sévère (ici niveau 3) le médecin exprime sa sensation de clôture de l'évènement traumatique par sa contre confrontation avec son agresseur au décours de l'épisode aigu.

*M2 « c'était un trouble du comportement et puis le fait que la patiente soit venue s'excuser ça a clôturé hein »*

*M19 « j'ai même demandé de revoir cette patiente en post-partum en postopératoire j'avais demandé à ce que mon chef soit présent (...) elle m'a expliqué comment cela avait été horrible le truc que j'avais fait mais il n'y a pas un seul moment où elle s'est excusée mais voilà pour moi c'était important de pouvoir clôturer l'histoire donc ça, ça a été clôturé donc pour moi humainement*

*c'est quelque chose qui a été douloureux sur le coup mais qui maintenant qui n'est plus quelque chose d'envahissant quoi, j'ai pu clôturer le truc.*

### 3.2.6.3.3 Oubli

Pour certains cet épisode d'insécurité est un vague souvenir car il est juste lointain, non traumatisant. Mais il peut aussi être pour certains totalement oublié par refoulement il y a alors amnésie totale de l'épisode traumatique.

*M16 « oui j'avais complètement, c'est vrai que voilà je ne suis pas dans du stress post-trauma très fort donc j'avais oublié, et oui effectivement il y a eu un coup (...) C'est vrai que j'ai peut-être refoulé mais je, il a fallu que ce soit l'équipe qui m'en parle... du coup pour votre thèse, j'en ai parlé à l'équipe un peu en disant voilà « je trouve qu'il y a un sujet de thèse intéressant voilà » et puis j'ai dit je vais parler de deux trois trucs mais... et ils m'ont dit « mais tu te rappelles pas de... », oui je l'avais shunté quoi (rires)... »*

L'amnésie de son agression physique est telle qu'il oublie au cours de l'entretien qu'il a reçu un coup par son agresseur.

*M16 « Alors que l'on bosse avec des patients extrêmement compliqués ici on n'a jamais eu d'agression de personnel, physique en tout cas. »*

### 3.2.6.3.4 Sentiment d'insécurité persistante

#### ➤ Isolement

Un sentiment d'insécurité peut persister à cause entre autres d'un isolement toujours présent. Or nous avons vu que l'isolement est un facteur de risque important d'insécurité.

*M5 « moi je suis souvent toute seule à vingt heures au cabinet dans le noir et n'importe qui peut venir me casser la figure, voilà, même a, donc je me dis qu'on n'est quand même pas sûre. »*

#### ➤ Peur des représailles

Une autre cause de sentiment d'insécurité persistant c'est la peur des représailles. Elle est exprimée par les médecins très fréquemment et de façon très claire surtout dans les cas où il y a eu un signalement judiciaire effectué.

*M3 « il m'a menacé de me retrouver et de...euh...et de m'agresser physiquement (...) j'avais un petit peu peur que bah qu'il m'attende en bas ou qu'il m'attende à la sortie du parking... »*

M4 « « ouais j'aurais dû te tuer, j'aurais dû te tuer » qui me dit (...) et en quittant le tribunal il m'a regardé et il m'a fait un geste avec son pouce, son pouce, crac, comme s'il me tranchait la gorge. »

M11 « j'avais un peu peur quand-même parce que je me suis dit qu'ils savent où est le cabinet donc je n'étais pas trop tranquille, (...) mais j'y ai pensé quand même. (...) le fils de ce monsieur qui m'a appelé au cabinet donc ça n'a pas arrangé mon insécurité on va dire (rires) (...) j'avais très peur qu'ils débarquent au cabinet »

M16 « Donc l'équipe était quand même assez insécurisée et c'est vrai que voilà et que donc on a reporté plainte (...) il s'était converti dans un islam radical et qui nommait très clairement le docteur A... et l'équipe donc voilà (...) Autant là on a eu une période quand même un peu, un peu d'insécurité quoi quand, quand...euh...le jour où il y a eu la levée d'écrou, où il est sorti (...) quand il est sorti de prison, que ma collègue m'a appelé. Je ne l'aurais pas su je pense que je l'aurais oublié mais là comme elle m'a, qu'elle a été inquiète, qu'elle m'a rappelé que l'on a refait on a reposé une plainte parce que... parce que en disant il s'était quand même radicalisé (...) Donc de fait bon évidemment là oui j'ai quand même eu une semaine...euh...je n'étais pas très rassuré, je n'étais pas très rassuré comme moi je n'étais pas là parce que je ne suis pas là à temps complet dans ce service-là...bah oui je me disais je n'aimerais pas qu'il débarque et qu'il fasse péter le service quoi. C'est vrai qu'il y a eu au moment de la sortie je dirais 2-3 semaines un peu un peu difficiles où j'y pensais quand même. »

### 3.2.6.3.5 Sécurisation personnelle

Au décours de l'épisode d'insécurité, certains médecins ont éprouvé le besoin d'entreprendre une sécurisation personnelle. Elle est spécifique à chaque individu et elle a pour but d'acquérir plus de sécurité intérieure ; elle peut être de nature psychologique, physique ou spirituelle.

➤ Psychologique → Psychiatre / Psychologue / Méditation

Le recours à une aide psychologique que ce soit un psychiatre, un psychologue et ou à de la méditation peut être nécessaire suite à l'incident.

M4 « je suis allé voir quand même une psychologue »

M19 « j'avais fait de la méditation en pleine conscience donc j'ai pu revoir la coach avec qui j'en faisais et j'ai pu revoir la psychiatre professeur M... qui s'occupe pas mal des médecins qui ont eu des stress à l'hôpital. Et donc du coup l'un dans l'autre ça a vachement aidé »

➤ Physique → Arts martiaux

Le recours à une aide physique telles que les arts martiaux est une option choisie par M13 afin d'acquérir un peu plus de confiance.

*M13 « ça m'a poussé à (...) je ne sais pas si ça me servira énormément mais à me lancer dans des arts martiaux et du self défense quoi, je ne sais pas si je ferais face à une personne de 1m90, je ne sais pas si ça servira mais ça permet d'avoir plus confiance en soi je pense. »*

➤ Religieuse → Croyance religieuse

*M9 « En même temps je suis une grenouille de bénitier quand même ; je gère mon stress par la prière ça aide (rire). »*

### **3.2.6.4 Aucunes répercussions personnelles**

Certains médecins considèrent qu'ils n'ont eu aucunes répercussions personnelles suite à leur agression. Il s'agit essentiellement des médecins qui ont vécu ou ont subi une agression physique avec blessure donc d'un niveau élevé de sévérité selon l'échelle ONVS.

*M2 « Non, non, non... » (Niveau 3) (à la question sur les répercussions personnelles)*

*M6 « Non pas du tout, pas du tout, non, non alors vraiment pas du tout, vraiment encore une fois (rires) » (Niveau 2)*

*M9 « Ah non pas du tout, ben non pas du tout, du tout. » (Niveau 2)*

*M15 « Non, pas du tout. » (Niveau 4)*

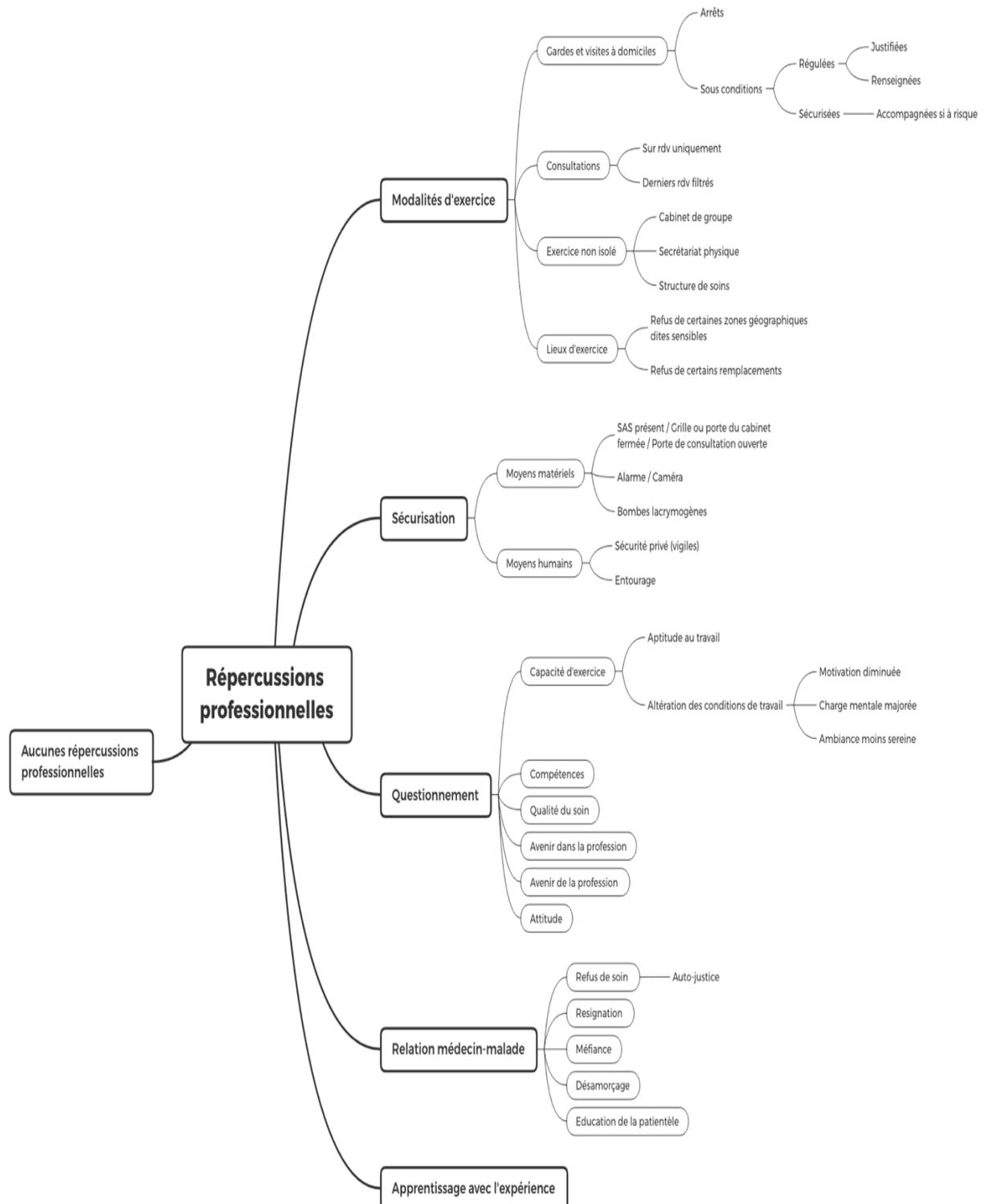
*M16 « Non, non pas vraiment je vous dis (...) Non, non, non. Je, je, ouais... C'est vrai que j'ai peut-être refoulé (...) et non non c'est peut-être défensif... Non ça ne m'a rien bougé moi je, je...euh... c'est vrai que moi je, j'ai l'habitude de travailler avec des patients qui ont pu avoir des troubles de l'ordre (...) ça ne m'inquiète pas tant que ça (...) non, non dans l'ensemble, dans l'ensemble ça n'a pas bougé grand-chose même je ne dirais rien quoi, me semble-t-il. » (Niveau 3)*

*M17 « Sincèrement non parce qu'après je, je suis très bien entouré (...) mais trouble du sommeil, anxiété honnêtement non, non pas par rapport à ça. » (Niveau 3)*

*M18 « Donc je ne me sens pas franchement en insécurité » (Niveau 1)*

### 3.2.7 Répercussions professionnelles

Les répercussions professionnelles suite à une agression sont en rapport avec les répercussions personnelles. Des modifications dans le cadre de leur profession sont opérées par certains médecins suite à l'épisode d'insécurité mais il est important de noter que la principale répercussion est de rompre l'isolement.



### 3.2.7.1 Modalités d'exercice

La rupture de l'isolement est un des critères fondamentaux car il permet de lutter contre le sentiment d'insécurité.

#### 3.2.7.1.1 Gardes et visites à domiciles

Certains médecins ont décidé d'arrêter les gardes et/ou visites à domiciles, d'autres n'acceptent de les faire que dans certaines conditions. En effet si elles sont régulées (justifiées et renseignées) et/ou sécurisées (accompagnées) si à risque.

➤ Arrêts

*M18 « pour les gardes moi je ne l'ai fait pas à P... même mais dans la couronne donc non c'est non. »*

➤ Sous conditions

*M2 « à chaque fois que j'ai agitation ou quoi au téléphone j'accepte d'aller en visite en présence des forces de l'ordre. S'il n'y a pas les forces de l'ordre moi je n'y vais pas, voilà. »*

*M4 « du coup, maintenant quand on m'appelle en me disant « il est énervé » je dis « non appelez les flics moi j'arrive quand tout le monde est calmé ». Je ne prends plus le risque d'aller m'exposer... »*

*M9 « Et dans ma pratique actuelle, quand je vais dans un domicile, je vais rarement toute seule je suis avec une infirmière par rapport à l'HAD. Avec l'HAD, je vais rarement toute seule dans une maison. (...) je n'irai pas moi toute seule dans n'importe quel quartier il n'y a même pas débat donc je fais attention à ça... »*

*M11 « Non, les gardes je les fais en maison médicale avec un secrétaire qui filtre à l'entrée, c'est super bien sécurisé donc aucun souci, il y a des fois où je pars en visite sur ces gardes, ce sont toujours des patients qui ne peuvent vraiment pas se déplacer. (...) je m'étais dit j'en ferai moins mais bon je continue à en faire (...) disons que je me renseigne un peu mieux sur les visites que j'ai à faire auprès du remplacé avant de les faire (...) donc j'essaye de me renseigner oui sur les visites avant de les faire. Après globalement c'est vrai que ce médecin, j'ai eu des visites pas forcements toujours nécessaires on va dire, (...) mais oui je choisis un peu mieux mes visites, on va dire, après j'en fais toujours, parce qu'il y a des patients qui n'y sont pour rien. »*

M13 « je me suis dit : « ah, je ne le referais peut-être pas » parce que c'est, c'est délicat (...) les visites chez les patients psychotiques dans mon remplacement que je n'ai jamais vu, ça, ça m'a dérangé »

M18 « ce sont des gardes qui sont vraiment justifiées... euh... c'est surtout pour des personnes âgées, ce sont des gardes régulières. »

#### 3.2.7.1.2 Consultations

Les médecins ont opté en majorité pour des consultations uniquement sur rendez-vous et en ce qui concerne les derniers rendez-vous de la journée ils sont souvent filtrés et parfois avec la porte du cabinet fermée à clé.

M2 « c'est sûr rendez-vous voyez, vous savez tous les jours qui vient alors que moi quand j'ai commencé c'était sans rendez-vous, vous ne connaissiez même pas les gens dans la salle d'attente alors que là d'abord maintenant on repère tout de suite les personnes que l'on ne connaît pas. »

M9 « dans la pratique de médecin libéral je ne prenais pas les hommes que je ne connaissais pas en dernières heures, ça c'était clair, je ne prenais en dernières heures que les personnes que je connaissais ou des femmes (...) je ne prenais pas d'hommes que je ne connaissais pas en dernières heures dans mes rendez-vous »

M13 « les rendez-vous de fin de journée, je les filtrerais, ça sera pour les urgences oui et puis ça ne me plait pas trop mais si, si on pouvait éviter que ce soit un homme aussi en fin de journée »

M18 « c'est vrai que le soir quand je prends mon dernier patient je ferme la porte d'entrée à clé je préviens le patient je lui demande si ça ne le dérange pas en général donc je ferme à clef (...) j'avais demandé à la secrétaire qu'elle mette des rendez-vous de sur quand il y aurait quelqu'un au cabinet. C'est-à-dire en effet pas des rendez-vous à 18h le soir déjà ça c'est clair »

#### 3.2.7.1.3 Exercice non isolé

Dans plusieurs cas afin rompre l'isolement, ils ont modifié leur exercice professionnel en passant d'un exercice isolé de la médecine à un exercice en structures de santé ou en s'associant dans des cabinets de groupe ou optant pour un secrétariat physique. Donc pour certains ils ont changé de statut.

M8 « Maintenant travaillant en clinique, non je n'ai pas, je ne me sens pas en insécurité »

M9 « moi je ne fais plus de libéral »

*M11 « j'étais assez sécurisée par la secrétaire qui était quand même là la plupart du temps puis il y avait d'autres médecins spécialistes dans le cabinet donc je ne me sentais pas non plus en totale insécurité »*

*M12 « les secrétariats sont plutôt aidant dans ...enfin les secrétariats physiques dans les cabinets de médecine générale c'est vrai que moi je préfère travailler dans les cabinets avec secrétariat physique pour justement l'organisation mais aussi pour des questions de présence. »*

#### **3.2.7.1.4 Lieux d'exercice**

Certains médecins refusent de travailler dans certaines zones géographiques dites sensibles ou refusent certains postes notamment certains remplacements.

##### ➤ Refus de certaines zones géographiques dites sensibles

*M5 « après j'ai la chance moi d'être dans un village où ce n'est pas encore trop compliqué. Donc il y a des endroits en ville, je, je réagis autrement. »*

*M7 « je pense que géographiquement je fais attention par exemple quand je me positionne dans une chambre si je sens que la situation est en train de s'envenimer...euh... je vais tout faire pour pouvoir sortir de la chambre quand même sans aucune difficulté. »*

*M9 « je n'irai pas moi toute seule dans n'importe quel quartier »*

##### ➤ Refus de certains remplacements

*M8 « je lui ai bien dit que si c'était sans vigile et bien je ne le remplacerai plus c'est-à-dire que voilà c'était à condition qu'il y ait un vigile (...) avec SOS médecins oui c'est-à-dire que s'il y avait vigile je travaillais s'il n'y avait pas et bien je ne prenais pas le remplacement »*

*M11 « et voilà je me suis un peu enfui à tout jamais. Non, non je ne le remplacerais pas c'est sûr. »*

*M18 « pour les gardes moi je ne l'ai fait pas à P... même mais dans la couronne donc non c'est non. »*

#### **3.2.7.2 Sécurisation**

Il y a un désir de sécurisation de la profession afin de diminuer l'exposition aux risques d'insécurité.

Des moyens matériels et humains peuvent être employés pour sécuriser leur exercice professionnel.

### 3.2.7.2.1 Moyens matériels

- SAS dans les structures de soins, grille ou porte fermée dans les cabinets médicaux, porte ouverte de la salle de consultation

*M4 « Après cette histoire l'hôpital a fait mettre un sas avec une sonnette »*

*M6 « qu'après ça la clinique, du coup, a installé un, une vitre de séparation, pour protéger un peu les secrétaires déjà »*

*M12 « aux urgences un poste d'accueil avec des infirmiers avant de rentrer tout de suite dans les urgences »*

*M13 « elles ferment la grille souvent le soir même si elles restent encore à bosser, à faire de la paperasserie »*

*M17 « dans des situations comme ça de conflit, de rixe ou même de patients, on va dire, qui peuvent avoir une vulnérabilité psychiatrique ou psychologique j'ai toujours la porte ouverte et je préviens quand je suis avec des collègues bon là je parle quand je suis en équipe hein je préviens que je suis dans telle situation pour qu'il y est un regard supplémentaire. »*

- Alarme, caméra

*M2 « après au cabinet il y a un secrétariat à distance avec une touche help sur l'ordinateur. On peut déclencher une touche de secours qui est en lien avec les secrétaires, qui elles ont la consigne de nous rappeler et si on ne décroche pas elles appellent la gendarmerie. »*

*M20 « Il y a des caméras, il y avait des caméras »*

- Bombes lacrymogènes

*M11 « Le flic après l'agression m'avait conseillé, en sous-marin on va dire, d'avoir une bombe au poivre ou une bombe lacrymogène avec moi au cas où ça se reproduise »*

### 3.2.7.2.2 Moyens humains

- Vigiles ou sécurité privé

*M19 « depuis, car du coup il y a eu plusieurs épisodes dans le même été il y a eu plusieurs épisodes de violence et donc du coup ce qu'ils ont fait depuis... c'est que le PC sécurité il n'était qu'à L... avant et que maintenant il y a une unité de PC sécurité sur A... donc du coup ils ont rapproché un peu pour que ce soit plus court (...) Alors de les savoir plus proche c'est toujours plus confortable »*

➤ Entourage

*M13 « Après pour les domiciles, mon conjoint m'a mis en partage des connexions comme ça il sait où je suis, sur Google Maps, il voit où je me déplace et si je stagne un peu trop longtemps il va le voir et il passera un coup de fil quoi, donc ça rassure entre guillemets de savoir où je suis (...) j'ai dit à mon mari (...) peut-être qu'il faudra convenir de, d'un espèce de mot de passe, de mot de code, j'en sais rien, que je pourrais... assez rapide, que je pourrais envoyer par texto quand je sens qu'il y a une situation qui, qui s'annonce difficile pour qu'il puisse m'appeler et que je puisse prendre l'appel comme ça, je sais pas... »*

*M20 « j'en ai référé au syndic de la clinique pour que... pour que l'on soit un peu plus vigilant... »*

### **3.2.7.3 Questionnement**

Certains médecins, suite à une situation d'agression, vivent une remise en cause individuelle de leur savoir-faire, un questionnement à posteriori sur leur savoir-être avec les patients.

#### **3.2.7.3.1 Capacité d'exercice**

➤ Aptitude au travail

Une inaptitude au travail (arrêt de travail) peut être séquellaire d'une agression.

*M16 « Donc ça a été quand même été assez violent quand même, parce que moi j'ai quand même des infirmières qui se sont mis en arrêt maladie quelques jours et qui étaient un peu, un peu choquées par ça, oui. »*

*M19 « j'étais en équivalence d'arrêt, en fait ma chef m'a dit que je pouvais rester à la maison. En fait pendant une semaine je n'ai pas pu bosser. »*

➤ Altération des conditions de travail avec

Une motivation diminuée

*M1 « ben, j'y suis allée avec moins de, moins d'entrain hein on va dire »*

Une charge mentale majorée

*M7 « ça augmente toujours un petit peu l'angoisse que l'on peut avoir d'aller travailler c'est-à-dire ça augmente un peu notre charge mentale »*

Une ambiance de travail moins sereine.

*M1 « donc ça s'est passé les nuits, et que donc après les nuits j'étais très... »*

*M11 « j'ai repris évidemment le remplacement dès le lendemain et j'avais un peu peur (...) C'était le premier jour de trois semaines, t'est là pendant trois semaines, ce n'est pas top et puis voilà...je n'étais pas non plus en totale sérénité. »*

#### 3.2.7.3.2 Compétences

Un sentiment d'incompétence est parfois perceptible chez des médecins.

*M11 « c'était normal pour lui et c'était moi l'incompétente (...) les filles on est très rapidement incompétentes (...) et l'incompétence c'est vraiment l'insulte suprême pour les patients parce que je suis une femme jeune et remplaçante »*

*M12 « qu'on était inutile et que, et qu'ici aux urgences vraiment ça ne valait rien »*

#### 3.2.7.3.3 Qualité du soin

Un médecin s'interroge sur le maintien d'une bonne pratique médicale dans un contexte d'insécurité.

*M1 « s'il y a de l'insécurité dans notre travail, notre travail on ne va pas pouvoir le faire correctement. Le mot insécurité ne va pas avec notre travail. »*

#### 3.2.7.3.4 Avenir dans la profession

Il y a pour certains un questionnement sur leur avenir professionnel et donc sur le fait de continuer à exercer.

*M2 « je me disais « franchement si c'est ça mon boulot je ne vais pas tenir très longtemps » (rires). »*

*M5 « on n'a plus envie de faire ce métier hein, quand, quand on commence à mettre le nez là-dedans, parce que ça fait peur en fait, toutes les erreurs qu'on fait tous les jours et qui peuvent nous retomber dessus »*

*M13 « Et je pense que si un jour je vis une agression vraiment physique, je ne suis pas certaine de continuer quoi...Cela m'a déjà assez contrarié les deux trois situations qui se sont produites, mais vraiment physique je pense arriver dans un degré au-dessus...euh...Et si un jour on ne respecte plus rien et qu'ils se mettent à frapper les médecins alors je ne vois pas pourquoi on continuerait à se mettre au service de la population, quoi »*

#### 3.2.7.3.5 Avenir de la profession

Certains considèrent qu'il y a une mise danger de la profession, du statut médical et font donc part de leurs inquiétudes sur l'avenir de la profession de médecin et des jeunes médecins.

Dans ce cas ils ne sentent pas mis en défaut personnellement dans leur pratique mais ce questionnement est vecteur d'une remise en cause de leur statut social.

*M1 « je ne sais pas mais est ce que les jeunes actuellement s'ils voient que les médecins se font agresser etc... Est-ce qu'ils vont avoir envie de travailler dans de telles conditions ? ? Il y a ça et ça va nous amener aussi à faire notre travail d'une façon différente. Est-ce maintenant il falloir prendre que des rendez-vous, et les visites à domicile quid ? Est-ce qu'il y encore des médecins qui ont le courage d'aller faire des visites à domicile, est ce que ça va être réservé qu'aux hommes, est ce que ça va être réservé aux hommes avec un chien, avec un flic à coté ? »*

*M2 « Alors il ne faut pas que cela soit dissuasif pour les jeunes médecins, que c'est Ok Corral en médecine générale. »*

*M13 « la société est en train de changer, les gens sont dans l'urgence, il faut que ce soit rapide et il faut qu'on ait, il faut qu'on ait une réponse immédiate, il faut qu'on les soulage et que... avec internet ça rend encore difficile ces choses du coup enfin on a l'impression que la médecine est en train de perdre de...enfin la médecine générale est en train de perdre de sa valeur et on doit être comme à la disposition, la disposition des gens »*

### **3.2.7.3.6 Attitude**

Un médecin quant à lui se questionne sur son choix vestimentaire en consultation.

*M18 « moi je m'habille en jean bon je mets des chaussures à talons mais en jean chemise je ne suis pas voilà... Mais du coup voilà ça fait quand même poser des questions est-ce qu'il faut que je mette une blouse peut-être, un col roulé, je n'en sais rien ? (Rires) Non mais on en rigole mais après ça fait quand même poser question »*

### **3.2.7.4 Relation médecin patient**

La relation médecin-malade évolue face à ce contexte d'insécurité.

#### **3.2.7.4.1 Refus de soin**

Pour certains le refus de soin de certains patients est une possible résolution à la problématique de l'insécurité ; c'est une sorte d'auto-justice.

C'est parfois le cas quand le seuil de tolérance est atteint.

*M1 « là-dessus je lui ai signifié que je ne le soignerai pas (...) non écoutez je ne vous soigne pas, vous êtes odieux »*

M2 « moi ma sanction ça serait que je refusais totalement de la soigner à partir de ce jour et quoiqu'il arrive je la refuserais de la soigner ; c'était la sanction que je lui attribuais voilà (...) moi je l'ai sanctionné j'ai fait mon auto justice »

M5 « j'ai ouvert les portes en disant qu'il allait partir parce que je ne pouvais pas donner suite à sa consult »

M11 « en lui disant que, que ça s'était très mal passé avec ce monsieur et que je ne voulais plus jamais y retourner voilà »

M18 « évidemment si demain il revient au cabinet pour une urgence je le prendrai pour la consultation c'est une évidence hein mais je n'assurerai pas son suivi. »

#### 3.2.7.4.2 Résignation

Pour d'autres la résignation peut être aussi une réponse alternative à la violence.

M1 « je n'essayais plus de raisonner ou je n'essayais plus de faire une morale ou de...euh... voilà de calmer, de voilà, je, je, j'allais dans le sens de la personne (...) je lui disais « oui, oui, excusez-moi, vous savez je ne pouvais pas, j'étais pas bien, j'étais malade ou je ne sais pas faire » (...) « excusez-moi je ne sais pas faire, je ne vais pas pouvoir le faire, je suis désolée il va falloir que vous alliez sur un autre site... » alors qu'avant j'aurais dit « non écoutez je ne vous soigne pas, vous êtes odieux » voilà, là c'était je, je me rétrogradais en disant « je n'ai pas la compétence pour vous soigner, voilà, je ne sais pas faire désolé, excusez-moi je ne sais pas faire... ». Et c'est comme ça que je m'en sortais. »

M5 « des gens qui vont s'énerver ou qui vont réclamer quelque chose et on ne sait pas vraiment dire non...et c'est vrai qu'il y a des moments, où on, on accepte certaines choses parfois, ben voilà, si c'est 19 heures le soir, je vais être toute seule c'est mon dernier patient, je pense qu'on peut être à même d'accepter quelque chose qu'on n'aurait pas voulu. »

M20 « non mais c'est bon si vous ne voulez pas régler vous pouvez y aller... »

#### 3.2.7.4.3 Méfiance

La méfiance vis-à-vis de leur patientèle se retrouve chez certains médecins.

M17 « je suis un peu méfiante oui. »

M14 « d'être prudents des choses comme ça »

#### 3.2.7.4.4 Désamorçage

D'autres médecins optent pour un choix plus tempéré lors d'une situation à risque.

M6 « Et bon puis essayer de désamorcer toujours, ça je l'ai toujours fait, donc non je n'ai pas modifié. »

M12 « moi j'ai l'impression qu'il y a des gens qui sont en détresse, mais que quand on arrive à peser les choses et à s'extraire un peu de cette problématique...euh...il y a aussi beaucoup de situations qui peuvent être désamorçées, je ne dis pas toutes hein (...) Si on propose un peu calmement avec les gens dans une position d'aidant et pas de juge, je pense que les gens sont assez sensibles, à l'aide qu'on peut leur apporter. »

#### 3.2.7.4.5 Éducation de la patientèle

L'éducation de sa patientèle est l'option choisie par exemple pour M13 afin de contrer cette évolution de relation médecin-malade et donc de ne pas devenir un prestataire de service.

M13 « le souhait de ne plus devoir....euh... répondre à des messages de gens qui exigent ou qui demandent des ordonnances, parce que ça permettrait d'éviter de, de se retrouver dans des situations de conflit bien-que, je pense que nous on va placarder dans le cabinet, que ça servira pas à grand-chose de demander d'ordonnance, il n'y aura pas, sans prendre de rendez-vous, il n'y aura pas de délivrance, ça évitera de perdre du temps et ça évitera de se bagarrer avec des gens au téléphone ou avec des gens qui se pointeront en exigeant d'avoir une ordonnance sans prendre rendez-vous. Je ne sais pas quelle, je ne sais pas quelle mesure forte pourrait changer la mentalité parce que je ne pense pas que ça va aller en s'arrangeant en fait, et c'est quelque chose qui doit être fait localement et dans son propre cabinet et on doit... pas éduquer les gens mais leur expliquer que ce n'est pas comme ça que ça marche quoi. »

#### 3.2.7.5 Apprentissage avec l'expérience

Avec l'âge et avec le vécu de situation d'agression, il y a gain d'expérience très utile pour apprendre à mieux appréhender une situation à risque d'insécurité.

M2 « bon plus je prends de l'âge plus je me dis que... »

M6 « avec l'âge on devient moins impatient, moins sanguin »

M7 « Après ça, je pense que l'on détecte un peu plus les situations à risque »

M10 « disons que l'on prend plus de pincettes après dans la discussion et qu'on sent plus rapidement les gens qui vont être violents après. Petit à petit on gagne de l'expérience ; on voit qui c'est qui peut rapidement partir...euh... entre guillemets en vrillette quoi »

M12 « je n'exerce pas depuis très, très longtemps donc je n'ai pas effectivement le recul que des vieux médecins peuvent avoir sur la situation d'insécurité grandissante »

*M17 « avant je dirais que non mais peut-être que j'étais encore trop bébé (...) Je connais mes droits je connais la loi et puis...et puis bon après on prend entre guillemets un peu de bouteille, de confiance en soi. »*

*M19 « Je pense que si j'ai quelqu'un d'agité j'aurais beaucoup plus facilement tendance à faire une sédation, ce que j'ai eu beaucoup de mal à accepter avec l'anesthésiste »*

### **3.2.7.6 Aucunes répercussions professionnelles**

Pour certains médecins l'agression vécue n'a aucunement impacté leur exercice professionnel. Dans la plupart des cas il considère que c'est une situation isolée et donc qui ne nécessite pas de prendre des mesures préventives.

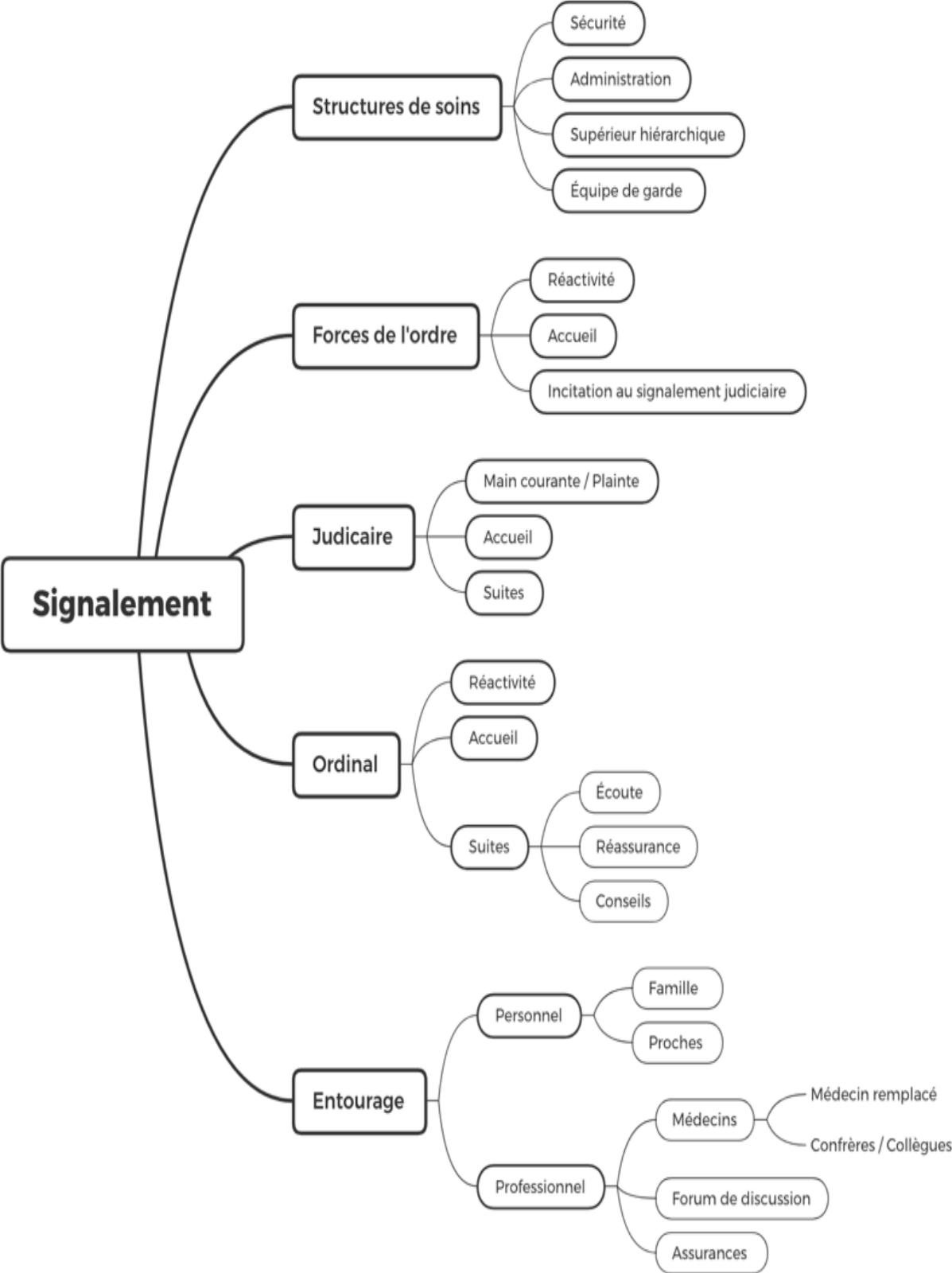
*M6 « Non, non non, (...) ce n'est pas ce type d'incident qui, qui, qui fait que j'ai modifié ma prise en charge, donc voilà. C'est, c'est, là c'est, c'est complètement indépendant (...) bon voilà je n'ai pas modifié mon... »*

*M12 « non parce que je pense que c'est des cas particuliers, que ce n'est pas des cas généraux. »*

*M15 « Non parce que c'est une situation complètement exceptionnelle que je n'ai pas du tout ré rencontré derrière, jamais. Donc non ça ne m'a pas perturbé et j'ai complètement mis cet événement à part de l'exercice professionnel habituel. »*

### 3.2.8 Les types de signalements

Nous allons ici nous intéresser aux signalements éventuels des médecins suite à leur agression, à quelles instances, structures et/ou personnes ils le font le cas échéant.



### 3.2.8.1 Structures de soins

Le signalement à la structure de soins peut se faire auprès de différents intervenants. Évidemment ce signalement ne concerne que les médecins exerçants dans les hôpitaux, cliniques ou autres établissements de santé.

#### 3.2.8.1.1 Sécurité

Lorsque la structure de santé en est pourvue, la sécurité ou vigile est très fréquemment mobilisé en cas d'agression ; sa réactivité est souvent précisée.

*M3 « le vigile de la clinique est intervenu »*

*M6 « parce qu'on avait appelé le vigile et la police qui est arrivée très vite du reste, mais qui est arrivée après que le type soit, soit parti. »*

*M19 « j'ai demandé qu'on appelle la sécurité parce que je me disais qu'elle n'était pas dans son état normal. (...) au bout de cinq minutes quand la sécurité est arrivée donc il y a eu une contention physique qui a été faite mais même pour la sécurité ils étaient six sur elle pour la tenir et c'était compliqué (...) c'est vrai c'est con mais cinq minutes qu'est-ce que c'est long (rires) quand y a quelqu'un d'agité devant vous »*

*M20 « J'en ai référé à la sécurité de la clinique, du centre médical »*

#### 3.2.8.1.2 Administration

Le signalement à l'administration de la structure de soin (hôpital ou clinique) le plus souvent par l'intermédiaire du cadre du service ou du cadre de garde.

*M3 « j'ai signalé au cadre de garde de la clinique que j'avais été victime de cette agression »*

*M7 « c'était allé relativement loin dans le processus de sécurité du CHU parce que la sécurité était venue et surtout il y avait un signalement qui avait été fait, qui avait été rédigé par la cadre du service. »*

*M14 « Lui il l'a signalé effectivement au service, au directeur tout ça à l'hôpital »*

*M15 « Alors ce que l'on a tous fait c'est un signalement d'événements indésirables dans la structure donc dans notre hôpital »*

Dans certains cas la structure soutien son médecin et l'incite à faire un signalement judiciaire.

*M4 « l'hôpital a voulu qu'on porte plainte »*

*M15 « la structure la cadre la sécurité ils m'ont tous incité à porter plainte. »*

*M16 « Alors moi j'ai été pas mal soutenu par mon institution quand même il y a le directeur (...) c'est vrai que l'on nous a, que l'on nous a bien soutenu ; l'institution a été très soutenante »*

*M19 « Après tout avait été mis en place derrière on m'a vachement encouragé à porter plainte mais bon c'est moi qui n'ai pas voulu »*

Dans d'autres cas les médecins précisent que la structure de soins a fait un signalement judiciaire pour les dégradations des biens matériels.

*M6 « je sais que la clinique s'est portée, a porté plainte parce qu'il y avait une agression... euh... sur la secrétaire, il y avait eu des dégradations de matériel (...) donc non la clinique n'a rien fait »*

*M16 « On a déposé plainte, l'institution a déposé plainte, moi j'ai déposé plainte à mon nom propre. »*

*M19 « je savais que l'hôpital avait porté plainte pour les problèmes matériels (...) L'hôpital a porté plainte parce qu'elle a cassé la porte en fait mais que pour les biens matériels. »*

#### 3.2.8.1.3 Supérieur hiérarchique

Le signalement à son supérieur hiérarchique est pour le cas des étudiants. Sur les 3 étudiants en médecine (interne externe ou interne) victimes d'agressions, 2 en ont référé à leurs supérieurs le 3<sup>ème</sup> à la cadre de son service mais il n'y a eu aucune suite à leur signalement dans les 3 cas.

*M12 « J'en ai parlé à ma maitre de stage aux urgences, elle était là ce jour-là, et puis avec qui, avec qui on a discuté trois minutes quoi et puis, et puis après elle passe à un patient... »*

*M17 « il y a mon chef qui était de sortie SMUR donc je ne l'ai pas vu juste après ; c'était un médecin du, de la partie médicale qui est venu me voir et qui m'a demandé si ça allait (...) elle m'a dit que je pouvais rentrer chez moi et je n'ai jamais eu de signalement que dalle on ne m'a rien... je ne sais pas si eux ils ont fait un signalement je suppose que oui, je suppose que oui mais je n'ai pas eu la suite, elle m'a juste dit de rentrer chez moi... euh... très gentiment hein »*

Et dans un cas ce n'est pas un étudiant mais un titulaire spécialiste qui appelle son chef de service pour lui signaler l'incident et avoir son avis.

*M19 « j'ai appelé mon patron qui m'a dit que j'avais fait ce qu'il fallait faire et pas plus. »*

#### 3.2.8.1.4 Équipe de garde

La mobilisation de l'équipe de garde peut être enclenchée lors de situations d'insécurité avec l'appel à un confrère spécialiste de garde et/ou aux administratifs de garde.

*M15 « La gynécologue de garde a appelé le psychiatre de garde »*

*M19 « Réussir à prendre la bonne décision à ce moment-là pour savoir comment on allait s'occuper de cette patiente avec le directeur de garde de l'hôpital, avec le psychiatre de garde et la cadre de garde »*

### **3.2.8.2 Forces de l'ordre**

Dans 4 cas les médecins ont fait appel aux forces de l'ordre (3 dans une structure de santé et 1 au cabinet médical).

Il est précisé leur réactivité, leur qualité d'accueil et pour certains leur encouragement ou pas à faire un signalement judiciaire (dépôt d'une main courante ou plainte).

*M4 « c'était les flics qui arrivaient... »*

*M6 « la police qui est arrivée très vite du reste, mais qui est arrivée après que le type soit, soit parti. (...) Le flic en tout cas qui était là le soir très sympa (...) Le flic en tout cas qui était là le soir très sympa et il me dit « il faut absolument, absolument, absolument, aller porter plainte », moi je n'en avais pas très envie, j'avais aucune envie de me pointer...puis il a insisté « si, si, si, il faut vraiment. » »*

*M9 « j'ai appelé (...) la police parce que j'étais à S... je n'étais pas loin, la gendarmerie pardon (...) et qu'ils sont arrivés vite »*

*M16 « Et donc du coup après l'agression on a appelé la police évidemment et...euh...qui sont venus, qui ont fait une enquête enfin il y a eu une enquête quand même. »*

### **3.2.8.3 Judiciaire**

Il y a eu 4 signalements effectués auprès des instances judiciaires, avec dépôt d'une main courante (n=1) ou d'une plainte (n=3), les suites sont systématiquement évoquées avec la peine infligée à l'agresseur par la justice.

*M1 « J'ai eu le temps de prendre la plaque numérogique et donc j'ai porté plainte, j'ai porté plainte auprès donc de la police, j'ai pris un avocat, je n'ai pas porté plainte auprès de, de la structure (...) voilà donc il y a eu une suite hein, ce garçon a été convoqué, il y a eu un jugement qui a été fait, il y a eu une sanction qui a été portée à laquelle j'ai demandé, moi, le franc symbolique et j'ai demandé que la peine qui se chiffrait à l'époque à 2000 ou 3000 euros soit transformée en peine d'intérêt général parce que ce jeune homme n'était pas solvable. À l'époque je pense qu'il devait avoir 18 ou 19 ans, c'est ses parents qui auraient dû payer*

*le machin ce que je ne voulais pas et que je voulais qu'il soit confronté donc à son à son acte, à son acte voilà. »*

*M4 « dès le lendemain rencontre les avocats, et après comparution immédiate, donc le tribunal les condamne. Et il a pris deux ans ferme et l'autre a pris 18 mois (...) Et l'hôpital a demandé un euro symbolique de dédommagement. Il y a eu deux plaintes conjointes, de nous et de l'hôpital »*

*M11 « c'était suffisamment grave, on va dire, pour porter plainte (...) je suis allée au commissariat, donc j'ai été très, très bien reçue, j'ai été assez étonnée car il y avait beaucoup dans les messages de soutien quand-même des gens qui disaient que, que les flics n'avaient pas voulu prendre leurs plaintes, et leur avaient déconseillés ou alors proposés de déposer qu'une main courante. Moi j'ai vraiment eu de la chance car je suis tombée sur un, un policier vraiment très sympa qui m'a dit que (...) j'ai été très bien reçue donc j'ai pu poser ma plainte (...) il m'a demandé si je souhaitais des dommages et intérêts alors moi j'ai dit « non, enfin je veux juste que ce monsieur il ait un rappel à la loi (...) c'était classé sans suite parce que je n'avais pas demandé de dommages et intérêts, de punition que vraiment j'avais dit les faits et comme j'avais demandé à que ça n'aille pas plus loin, le procureur du coup avait classé ça sans suite rapidement et voilà, et que le monsieur était rentré après la garde à vue.»*

*M16 « On a déposé plainte, l'institution a déposé plainte, moi j'ai déposé plainte à mon nom propre. (...) Les suites, il a été réincarcéré du coup, il a été réincarcéré par rapport à ça puisqu'il avait un sursis, il était en contrôle judiciaire (...) pour un an quand même (...) il n'a pas dû faire un an il a dû faire neuf mois (...) après il avait un pedigree qui était tel que je pense c'est une agression assez facile pour la justice (...) donc de fait quand on y est allé et que... euh...on n'a dit qu'il y avait eu coup de poing, menaces de mort, vitre pétée, dégradation de matériel...euh...c'est vrai que ça n'a pas traîné quoi voilà. »*

#### **3.2.8.4 Ordinal**

Il y a seulement 4 médecins sur les 20 qui ont fait un signalement auprès des instances ordinales. C'est le fait de 4 médecins généralistes suite à une agression lors d'une visite à domicile (n=3) ou au cabinet (n=1) ; aucun signalement ordinal provient d'un médecin exerçant dans une structure de soins.

On peut noter que sur ces 4 signalements 1 seul a rempli la fiche de déclaration d'incident.

Leur réactivité, leur accueil et les suites sont des critères décrits par les médecins ayant contacté l'Ordre. On remarque qu'il y a une plus une recherche de conseils et surtout de réassurance plutôt que de solution.

L'avis de ces 4 médecins diffère :

- 1 médecin a un avis plutôt négatif car il n'a eu aucune suite.

*M2 « j'ai fait une déclaration à l'Ordre des médecins dont je n'ai eu jamais aucune nouvelle voilà (rires) »*

- 1 médecin a un avis plutôt neutre car il n'en a pas de souvenir.

*M4 « A oui du coup, alors bonne question, je ne me rappelle plus mais je crois que cela a été fait, oui tout à fait. »*

- 2 médecins ont un avis plutôt positif en ce qui concerne leur réactivité et leur accueil bienveillant ; ces 2 médecins se sont sentis écoutés, soutenus, rassurés et bien conseillés.

*M5 « j'avais appelé à deux ou trois reprises, je pense à deux reprises le président de l'Ordre...euh...pour lui en parler et pour lui demander ce que je risquais (...) je me suis sentie entendu et oui j'ai eu une réponse quand même assez intéressante, oui ça, ça m'a aidé dans le sens où voilà en décortiquant la situation le président m'avait rassuré sur le fait que je n'étais pas en faute en fait, que je n'avais pas fait d'erreur médicale, déjà et...euh... deuxièmement...euh... il m'avait expliqué que de toute façon je pouvais revenir vers eux et voilà après faire un plus de démarche si jamais la personne portait réellement plainte. (...) on ne m'a pas proposé (remplir la fiche de signalement) ça alors, non ils m'ont juste, voilà, écouté et essayé de trouver une solution »*

*M11 « Et j'avais aussi appelé le conseil de l'Ordre qui a été vraiment adorable, j'ai eu le président qui m'a rappelé très rapidement pour me soutenir, me dire qu'il se constituerait partie civile s'il y avait un procès, que ce n'était pas du tout normal, qu'effectivement il fallait rapporter ces faits, et il m'a envoyé un questionnaire aussi de signalement que j'ai fait et voilà. Après du coup je n'ai pas eu de nouveau derrière mais ils ont été vraiment très gentils, enfin tous, toutes les autorités on va dire à qui j'ai signalé l'événement, ont vraiment été très sympa (...) un rendez-vous téléphonique avec le président qui voulait me parler, et voilà, qui avait été très sympa, très soutenant, on va dire, mais après c'était peut-être que des mots (rires). En tout cas ça m'avait fait plaisir de me sentir être entendue »*

Un autre médecin a fait appel à l'Ordre et est plutôt satisfait de la réponse ordinaire, cette déclaration a été faite pour un incident autre que les 20 agressions princeps.

*M18 « j'ai passé un coup de fil de téléphone à l'Ordre des médecins qui m'a dit... euh... vraiment très très bienveillant ils sont tip top, qui m'ont dit que j'avais eu une attitude qui était tout à fait normale (...) moi l'Ordre des médecins a été super réactif hein... j'ai envoyé un mail honnêtement dans la demi-heure on m'appelait donc moi j'ai trouvé une super réactivité »*

### **3.2.8.5 Entourage**

Le signalement à leur entourage est fréquent (n=10) auprès de son cercle personnel (familles, proches) ou de son cercle professionnel (confrères, collègues, patients, assurances).

L'incitation au dépôt de plainte par l'entourage est souvent une notion souvent précisée.

#### **3.2.8.5.1 Entourage personnel**

##### **➤ Famille / Proches**

Suite à une situation d'insécurité 7 médecins ont ressenti le besoin de la signaler à un membre de sa famille ou à un proche, afin de rechercher un réconfort, un soutien ou un conseil.

*M9 « j'ai appelé mon mari »*

*M11 « j'en avais parlé à mon compagnon en rentrant »*

*M13 « je suis rentrée le soir et j'ai dit à mon mari « ben franchement c'est...je n'étais pas à l'aise là » »*

*M15 « j'ai mon conjoint qui travaille dans la justice (...) ce genre d'histoire jamais n'aurait abouti à rien, lui il en était convaincu et il a l'habitude de gérer ce genre de, de situation »*

*M18 « Bon j'ai l'énorme chance d'avoir un conjoint qui est gendarme (rires), bon je pense qu'il pourrait me dire quoi faire (...) Après j'en avais quand même parlé à mon conjoint en disant « écoute là je viens de me faire ouvertement insulter de connasse... euh... salope et j'en passe... qu'est-ce que je fais quoi ? » »*

*M19 « J'ai appelé un copain qui est avocat »*

*M20 « j'en ai parlé à mon entourage, à mon époux »*

Et au contraire un médecin nous précise que lui volontairement il n'a surtout pas fait état de son agression à son entourage personnel pour ne pas les alarmer et les stresser.

*M17 « c'est quelque chose que je ne voulais pas que, je ne l'ai pas étalé (...) mais je n'en ai pas, je n'en ai pas parlé à mon compagnon ni à mes parents parce que je ne voulais pas les stresser donc voilà, voilà... »*

### 3.2.8.5.2 Entourage professionnel

#### ➤ Médecin remplacé

Les 3 médecins, agressés dans le cadre de remplacement, ont signalé systématiquement et en priorité la situation au médecin remplacé.

Et dans 1 cas (M11) le médecin remplacé incite la victime à déposer plainte.

*M8 « J'ai surtout prévenu les médecins, le médecin que je remplaçais »*

*M11 « j'ai tout de suite appelé le remplacé pour lui laisser un message en pleurs (...) il m'a rappelé mon remplacé, il m'a dit que ce monsieur était alcoolique mais qu'il ne pensait pas qu'il pouvait être, être dangereux, entre guillemets, qu'il ne fallait pas laisser passer ça, voilà je lui ai dit que j'allais aller chez les flics ; au début je voulais déposer qu'une main courante, donc il m'a soutenu là-dedans il m'a dit « oui, oui il ne faut pas laisser passer ça aucun problème », après il ne m'a plus reparlé de ça.»*

*M13 « non j'ai juste laissé un message au médecin que je remplaçais »*

#### ➤ Confrères, collègues

Le recours aux confrères ou aux collègues de travail est rare pour évoquer et partager cette situation d'insécurité qu'ils viennent de vivre.

*M17 « j'en ai parlé à mes collègues de travail mais... et encore très peu »*

*M20 « je suis partie chez mes collègues gynecos pour leur dire... »*

#### ➤ Forum de discussion

Le recours à des forums de discussions a été mentionné à 2 reprises dans notre étude.

*M11 « le divan des médecins, donc j'étais, c'est un groupe de médecin sur Facebook on est très, très nombreux et du coup j'ai assez rapidement parlé, j'ai parlé de cette situation et tous les médecins dessus m'ont conseillé de porter plainte et de pas, de ne pas faire qu'une main courante »*

#### ➤ Assurances

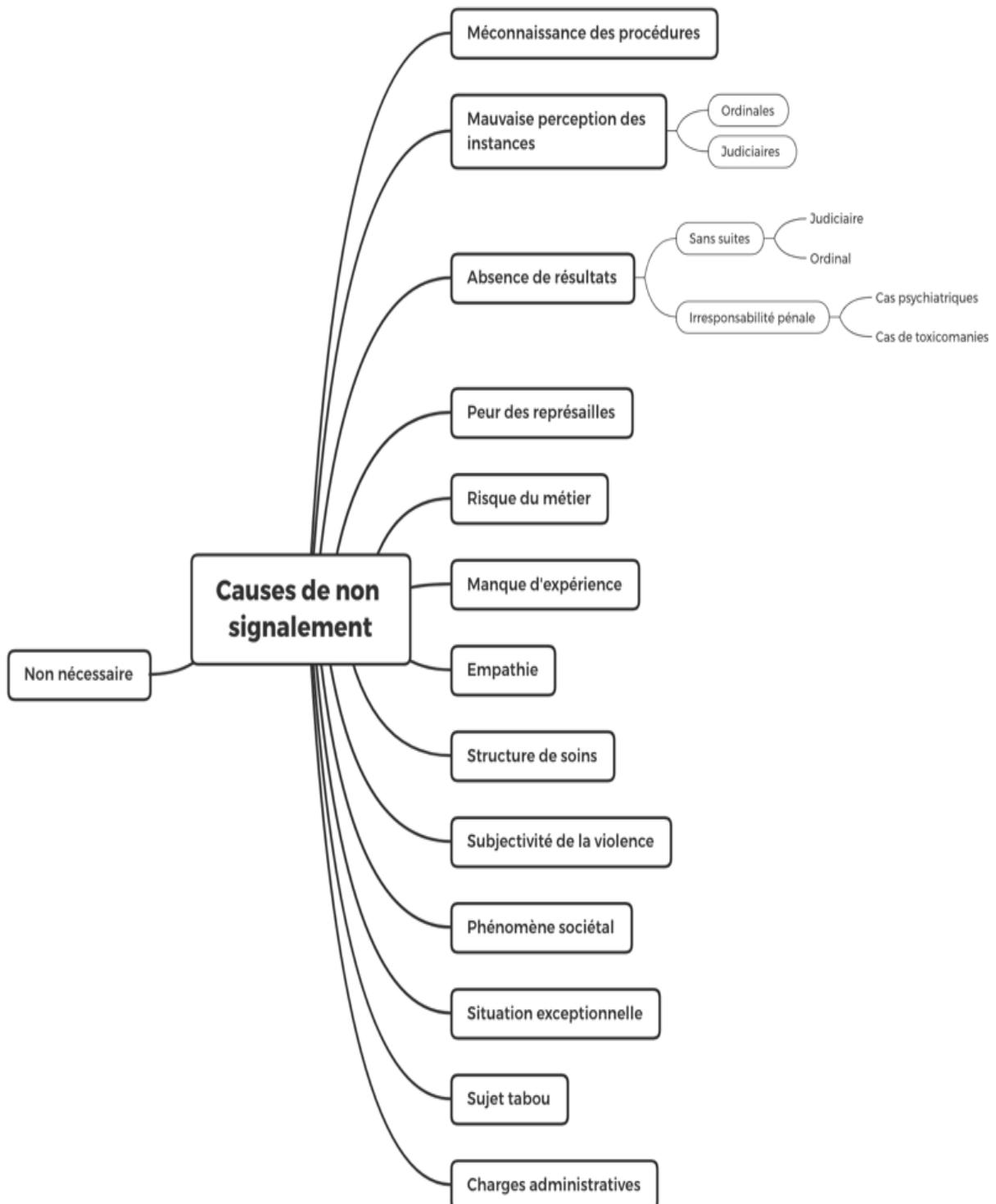
Un médecin (M11) a aussi contacté son assurance professionnelle suite à l'agression.

*M11 « j'avais appelé ma RCP au cas où, pour savoir comment ça se passerait, ils m'avaient dit qu'ils me donneraient les moyens s'il y avait quelque chose, un procès ou quoi. »*

### 3.2.9 Les causes de non signalement

Les causes de non déclaration des incidents sont nombreuses, cependant la raison la plus souvent évoquée est la méconnaissance des procédures.

La grande fréquence du non recours aux autorités explique la sous-estimation du nombre d'agressions chez les professionnels de santé par un non recensement.



### **3.2.9.1 Méconnaissance des procédures**

La méconnaissance des procédures et notamment des procédures ordinales est le motif le plus fréquemment donné par les médecins pour justifier leur non signalement. Ils invoquent le plus souvent un oubli de son existence ainsi que le rôle inconnu des instances ordinales dans la procédure de signalement d'une agression d'un médecin. Pour certains c'est lors du recrutement pour mon travail de thèse qu'ils ont appris la possibilité du recours à l'Ordre suite à une situation d'insécurité.

Sur les 20 médecins seulement 4 médecins ont fait un signalement auprès de l'Ordre pour leur agression « princeps ».

*M3 « Alors non, je n'ai pas signalé parce que (...) je ne pensais pas que c'était possible... »*

*M6 « Le conseil de l'Ordre je n'y ai pas du tout pensé, je, je n'imaginai pas ce que le conseil de l'Ordre pouvait faire pour défendre un médecin qui s'est fait agresser, enfin je, je ne suis pas très au courant, du reste, de ce que le conseil de l'Ordre peut faire, s'il peut se porter, s'il peut porter plainte au nom de l'Ordre, s'il peut porter un soutien quelconque, s'il peut indemniser, je n'ai aucune espèce d'idée (...) je n'ai aucune espèce d'idée de ce que l'Ordre peut amener comme aide dans ce genre de circonstances. »*

*M7 « Et si j'avais su qu'il y avait une possibilité de recours éventuelle »*

*M8 « je ne pensais pas que l'on pouvait signaler une agression au conseil de l'Ordre »*

*M9 « Parce que je n'y ai pas pensé »*

*M9 « Ben je n'y ai même pas pensé, non. »*

*M13 « Et puis un signalement à l'Ordre déjà je...euh... en fait je ne...ce n'était pas le, la première entité dans laquelle vers laquelle je me serais tournée (...) je n'avais pas pensé à l'Ordre »*

*M15 « Après pour l'Ordre des médecins, c'est en lisant votre courrier de thèse que j'ai appris que l'on devait ou que l'on pouvait signaler ça à l'Ordre des médecins, je ne le savais pas donc je ne l'ai pas fait. En tout cas moi je ne l'ai pas fait parce que je ne le savais pas »*

*M16 « Et non, non. Parce que du coup on est passé par la justice et c'est vrai que l'on n'a pas...ça ne m'est même pas venu à l'idée à vrai dire. »*

*M19 « Non. Auprès de l'Ordre je n'y ai même pas pensé. »*

*M20 « Parce que je ne savais pas je ne savais pas... Ça ne m'est pas du tout passé par la tête qu'il fallait que je fasse un signalement auprès de l'Ordre ; je n'avais pas cette information du tout. »*

*M20 « En fait non c'est en lisant votre mail pour votre thèse en fait que j'ai compris en fait que l'on n'avait des choses à faire...qu'il y avait des choses à faire... je ne le savais pas en fait. »*

Pour le M11 c'est la méconnaissance des procédures judiciaires qui a conduit à « un classement sans suite » pour son agression par séquestration.

*M11 « moi je ne savais pas que si je ne demandais pas de réparation que ça allait être classée sans suite immédiatement (...) c'est un peu perturbant quand c'est le fils de l'agresseur qui vous l'annonce (rires). »*

### **3.2.9.2 Mauvaise perception des instances**

Une défiance vis à vis des instances qu'elles soient ordinales et/ou judiciaires est largement perceptible.

#### **3.2.9.2.1 Ordinales**

En plus de la méconnaissance des procédures, la mauvaise perception des instances ordinales est un facteur de non signalement des incidents par les médecins. Ils ressentent pour certains un manque d'intérêt, de soutien ou d'utilité de l'Ordre.

*M1 « Pourquoi je ne l'ai pas signalé auprès de l'Ordre ? Parce qu'il y a 15 ans, je pense que l'Ordre voilà on s'en foutait du sort des médecins hein (...) il faut que le médecin sache qu'il est soutenu et ça je n'ai pas senti de la part de l'Ordre, je n'ai pas senti...euh... une présence, ne serait-ce que même aujourd'hui que je vous parle je ne sais pas si l'Ordre il s'y intéresse. »*

*M10 « je n'y ai pas pensé de un déjà que l'on pouvait déclarer à l'Ordre et deuxièmement...euh pff... je ne vois pas ce que ce ça aurait avancé de plus quoi. »*

*M16 « j'ai été en contact une ou deux fois avec l'Ordre et je n'ai pas trouvé ça extrêmement...je n'ai pas trouvé d'un grand soutien donc... C'est vrai que non, ce n'était vraiment pas dans ma tête en fait l'Ordre pour le coup. »*

#### **3.2.9.2.2 Judiciaires**

Au sujet des forces de l'ordre, certains médecins évoquent un manque d'incitation voire un découragement à signaler leur agression subie. Et la relation entre la sévérité de l'agression et le

bien-fondé d'un dépôt d'une main courante et ou d'une plainte est souvent mis en avant pour expliquer un non signalement.

*M6 « je me suis pointé à la, au commissariat où j'ai dû attendre trois quart d'heure, une heure, pour finalement être reçu par une (rires) officier de police qui m'a dit « oh, vous croyez vraiment qu'il faut, il n'y a pas grand-chose » enfin qui très clairement m'a découragé de, de porter plainte, je ne sais pas s'ils avaient besoin de... de manque de temps ou que leur chiffre de délinquance diminue, je n'en sais rien (rires); toujours est-il qu'elle m'a clairement dit que si vous voulez porter plainte pour vos biens mais bon c'est pas vraiment la peine (...) Rien du tout, rien du tout (au moins le dépôt d'une main courante), la, la, cette officière de police judiciaire m'a dissuadé »*

*M9 « Et la police, je ne me rappelle pas ce qu'ils m'ont dit... non ils ne m'ont rien dit. »*

*M13 « je me suis dit que s'il y avait eu un problème plus important je me serais plutôt tournée vers la gendarmerie où la police »*

*M20 « alors auprès de la justice, je ne sais pas parce que c'est quand même chronophage... à partir du moment où il n'y a pas eu de choses matérielles je ne sais pas si je l'aurais fait auprès de la justice. »*

### **3.2.9.3 Absence de résultats**

Le classement d'un signalement sans suite est un facteur de découragement pour le médecin.

#### **3.2.9.3.1 Sans suites**

- Judiciaire

Le classement sans suite par la justice est souvent perçu par le médecin victime comme une non reconnaissance de son agression et d'une agression de gravité minimale.

*M2 « elle est ressortie sans aucune sanction, sans aucune plainte (...) manifestement aucune agression personnelle ne serait sanctionnée. »*

*M2 « j'ai déposé une main courante à la gendarmerie mais on m'a expliqué qu'ils ne pouvaient intervenir que si la menace de mort était itérative... donc une fois ça ne compte pas (rires). Et c'est vrai hein, menace de mort la première fois vous déposez une main courante mais les gendarmes ne peuvent pas intervenir, il faut que ça soit itératif »*

*M6 « après donner des suites, on sait très bien que, tout ça ne va pas bien loin quoi hein. »*

*M11 « le procureur du coup avait classé ça sans suite rapidement et voilà »*

- Ordinal

De même après un signalement ordinal qui ne donne aucune suite.

*M2 « j'ai fait une déclaration à l'Ordre des médecins dont je n'ai eu jamais aucune nouvelle voilà (rires). »*

### 3.2.9.3.2 Irresponsabilité pénale

- Chez les patients avec des troubles psychiatriques

L'irresponsabilité pénale des patients ayant des troubles psychiatriques est une cause indéniable de non signalement judiciaire. La déclaration des patients psychiatriques comme non responsables de leurs actes décourage totalement les médecins à déposer une main courante ou une plainte.

*M1 « on a dit « ce n'est pas bien » mais de toute façon il n'était pas responsable »*

*M15 « Et au niveau juridique, moi je n'ai pas du tout eu envie de, de porter plainte alors que pour le coup on a vraiment insisté auprès de moi (...) Moi je ne l'ai pas fait, je n'avais pas du tout envie parce que j'étais persuadée que cette patiente elle était psychiatrique et du coup qu'il n'y aurait pas de suite juridique (...) elle aurait été reconnue psychiatrique à un moment donné parce que c'est vrai pour le coup et qu'elle aurait été déclarée non responsable de ses actes »*

*M19 « il m'a dit ben tu peux toujours porter plainte mais ça n'ira pas très loin voilà (...) l'anesthésiste qui était de garde avec moi, son conjoint est dans la police et donc du coup elle lui en avait parlé aussi et puis il lui avait dit mais « clairement même pas tu portes plainte car ça n'aboutira à rien et qu'en plus tu risques de t'attirer des ennuis plus qu'autre chose... »*

- Chez les patients toxicomanes

Dans le cas de patients dépendants, la prise de toxiques peut entraîner aussi une irresponsabilité pénale et donc une non incitation des médecins à signaler leur agression.

*M2 « parce qu'il était sous l'emprise de l'alcool vous savez c'est compliqué hein...c'est compliqué quoi »*

*M10 « ce patient il est malade quoi en fait quoi donc bon un ça n'aurait rien arrangé... »*

### 3.2.9.4 **Peur des représailles**

Pour 2 médecins la peur des représailles a été clairement établie comme cause du non signalement de leur agression.

La levée d'anonymat en cas de dépôt de plainte est un facteur dissuasif pour le signalement aux autorités judiciaires. Même si dans certains cas l'Ordre des médecins peut se substituer aux médecins victimes, le cas des médecins remplaçants pose problème : leur adresse personnelle qui apparaît comme adresse d'entreprise sur Internet et est donc accessible à l'agresseur.

*M11 « J'ai bien vérifié après, parce qu'il y a un truc sur les remplaçants, je ne sais pas si vous êtes au courant, mais on a notre adresse personnelle sur internet comme adresse d'entreprise et du coup j'ai vérifié quelque mois après parce que je ne le savais pas, et effectivement il y avait toujours mon adresse personnelle et donc ça m'a fait un peu flipper à posteriori aussi et du coup »*

*M15 « il y avait une levée d'anonymat pour les gens qui portaient plainte et j'avais peur qu'elle ait, qu'elle ait mon nom et je ne voulais surtout pas que... je ne voulais jamais en réentendre parler »*

### **3.2.9.5 Risques du métier**

Les agressions font partie des risques du métier pour beaucoup. Cette banalisation voire cette normalisation de la violence dans la profession médicale est responsable de nombreuses agressions non signalées. La violence est considérée comme un risque collatéral de la profession de médecin notamment chez les 2 urgentistes et le psychiatre de notre échantillon.

*M1 « Même au niveau des urgences il y a toujours eu une espèce de..., cela faisait partie du, cela faisait partie du travail de se faire... c'était le risque, c'était comme on dit maintenant c'est le risque collatéral (...) jamais je n'ai fait de signalement avant, non parce que si vous voulez, une claque une agression verbale cela faisait partie des risques collatéraux (...) On était aux urgences donc on était confronté aux, aux dangers, c'était notre quotidien et il fallait qu'on l'accepte. Moi je l'ai toujours vécu comme ça, en plus en tant que femme voilà quoi, t'as pris une claque, mais voilà c'est normal quoi, c'est ton métier, quoi, ce n'est rien c'est une claque, ce n'est pas un bisou et puis ça ira bien quoi. »*

*M6 « je n'étais pas très, très motivé pour porter plainte parce que les incidents aux urgences on en a... alors peut-être pas aussi violents que ça mais enfin on en a de temps en temps (...) Jamais, non, non (rires) on devait considérer que ça fait partie du métier (rires) [Signalement] (...) moi j'ai toujours pensé que c'était des, des moments intercurrents qui étaient absolument inévitables quand on, quand on fait, qu'on accueille les gens, entre guillemets, dans un service en urgence. »*

*M16 « En psychiatrie, je trouve que ça fait partie du risque du métier surtout quand des patients sont schizophrènes enfin psychotiques et délirants moi ce n'est pas que ça ne me gêne pas »*

### **3.2.9.6 Manque d'expérience**

Le manque d'expérience, dû à son jeune âge ou à son inexpérimentation, dans le domaine est souvent donné comme explication à un incident non signalé. Cette situation est retrouvée surtout chez les étudiants en médecine (externe, interne) ou chez les jeunes médecins installés.

*M2 « j'étais jeune interne je me disais... et puis vous savez je découvrais le métier (...) c'était il y a de nombreuses années vous voyez... autant peut-être que maintenant... »*

*M7 « parce que déjà j'étais interne et donc je n'avais pas forcément connaissance de ce genre de procédure »*

*M12 « je ne l'avais pas fait parce-que c'était dans le cadre... aux urgences, c'était dans le cadre d'un stage, déjà je pense que l'on ne se rend pas compte que l'on est victime quand on est interne »*

*M17 « Alors pour ma part non, après est-ce que mes chefs ont pris le relais je ne sais pas mais moi on ne m'a pas demandé quoi que ce soit j'étais encore un bébé là-dessus et je n'ai même pas reposé la question. En fait ma chef elle m'a dit « on s'en occupe ne t'inquiète pas rentre chez toi » voilà ça a été son propos. »*

*M18 « en fait comme je suis fraîchement installée je ne savais pas trop comment faire dans ce cas-là. »*

### **3.2.9.7 Empathie**

L'empathie des médecins peut expliquer une certaine forme d'indulgence, de tolérance voire une résignation face à des situations d'agression. La souffrance des patients est pour eux la cause de cette violence et au nom de bienveillance propre à la profession de médecin, ils excusent leur geste.

*M7 « c'est quelqu'un qui n'a pas compris c'est quelqu'un qui est énervé et on le passe sous silence donc on arrive avec l'équipe à quand même désamorcer quoi, à trouver les mots à dire « on comprend que vous soyez triste d'être à l'hôpital, on comprend que vous soyez triste que votre proche soit à l'hôpital » et du coup on arrive plus ou moins à calmer un peu les gens, à calmer la situation et je n'ai jamais ressenti vraiment du tout le besoin de signaler ça. »*

*M15 « c'est vrai que souvent c'est quand même des patients qui souffrent... »*

*M19 « socialement c'était un peu Zola (rires) mais voilà sans vouloir lui donner des excuses »*

### **3.2.9.8 Structures de soins**

La majorité des médecins travaillant dans une structure de soins signalent leur agression auprès de cette dernière en pensant qu'elle va se substituer à eux pour la suite des démarches à faire. Sauf que très souvent les structures de soins ne donnent aucune suite à ces incidents.

*M1 « à l'hôpital j'ai été agressé plusieurs fois, j'ai pris des tartes, des machins comme ça et ça...ça n'a jamais aboutie quoi, jamais (...) il y a toujours une minimisation, une minimisation de, de l'hôpital sur ses employés parce que ça faisait partie du risque voilà. »*

*M7 « je pense qu'ils gardent les dossiers dans ce genre de situation et qu'ils ne font rien de plus. »*

*M12 « on se dit que c'est au niveau de l'hôpital donc en fait celui qui gère c'est l'hôpital donc si la personne à qui on en parle dans le service n'estime pas que c'est nécessaire ben nous on ne va pas plus loin. »*

*M17 « c'était un médecin du, de la partie médicale qui est venu me voir et qui m'a demandé si ça allait (...) j'ai dit « oui enfin bon ça fait mal mais pas plus » et donc elle m'a, en fait elle m'a dit que je pouvais rentrer chez moi et j'ai jamais eu de signalement que dalle on m'a rien... je ne sais pas si eux ils ont fait un signalement je suppose que oui, je suppose que oui mais je n'ai pas eu la suite, elle m'a juste dit de rentrer chez moi... euh... très gentiment hein mais en effet c'est pour ça que j'étais intéressée par le sujet de cette thèse parce qu'en effet il y a des situations comme ça où ça ne va pas jusqu'au bout. (...) Alors pour ma part non, après est-ce que mes chefs ont pris le relais je ne sais pas mais moi on ne m'a pas demandé quoi que ce soit j'étais encore un bébé là-dessus et je n'ai même reposé la question. En fait ma chef elle m'a dit « on s'en occupe ne t'inquiète pas rentre chez toi » voilà ça a été son propos. »*

*M20 « c'est au moment où j'ai rapporté les faits à la direction de la clinique quand j'ai rapporté les faits au vigile bah en fait...euh... personne n'a vraiment pris la chose au sérieux (...) ça a été tellement pris à la légère que je n'ai pas senti que j'ai été écouté (...) J'en ai référé à la sécurité de la clinique, du centre médical et je pensais que voilà ils allaient faire les démarches et ainsi de suite*

*mais rien n'a été fait en fait. Mais non je ne l'ai pas fait de moi-même, non je pensais que vu que l'on était dans un centre médical »*

### **3.2.9.9 Subjectivité de la violence**

La subjectivité de la violence entraîne une minimisation et donc une sous déclaration des incidents, en effet l'échelle de gravité est une notion propre à chaque médecin.

*M1 « j'étais contusionnée, je n'ai pas eu de côte cassée mais voilà quoi comme je tenais debout on a dit « ce n'est pas bien » (...) j'ai été pourchassée avec un fusil...euh...voilà quoi ça faisait partie des risques collatéraux à partir du moment où il n'y avait pas mort d'homme, où on n'était pas amputé ou ça ne saignait pas la rage et tout. »*

*M6 « Un incident grave, je pense oui que je... (...) sur quelque chose d'un peu sévère, pas un coup de gueule ou un impatient, oui je pense que j'irais le signaler »*

*M13 « puis je me suis dit que ce n'était pas suffisant peut être pour faire un signalement. Parce qu'au final il n'y a pas eu d'agression physique c'était... mais j'ai senti euh... la menace qui planait pendant, pendant la consultation (...) bon du coup une menace (rires)...j'ai trouvé ça moins grave et moins important »*

*M18 « Non je n'ai pas fait de signalement parce que finalement il n'a pas eu un comportement qui était... Enfin il n'y a pas eu de soucis quoi, juste il m'a dragué mais... C'est...bon ben on a le droit de draguer quelqu'un hein ce n'est pas le problème mais c'est vrai que ... euh (...) il n'a pas fait quelque chose d'illégal ou quoi »*

### **3.2.9.10 Phénomène sociétal**

Pour certains médecins l'insécurité est inéluctable à cause de l'évolution de la violence dans notre société avec une certaine banalisation des faits de violence. Ils expriment une sorte de fatalité avec une certaine impuissance vis-à-vis de ce phénomène sociétal.

*M12 « Mais je crois qu'il y a plein de situations aussi qui sont liées à la société dans laquelle on vit en fait ; on vit dans une société de stress où forcément les gens sont soumis à ce stress, nous aussi donc il a forcément il y a un moment où ça fait des étincelles. »*

*M16 « j'ai quand même pas mal fait de SAMU et d'Urgences et que, on sentait déjà arriver quand même une forme de...euh... d'agressivité, de violence latente*

*(...) il y a de plus en plus de, de difficultés en tout cas...comment dire... Je pense que le respect des institutions et voilà je pense qu'on est moins protégé qu'avant c'est une évidence. Des personnes qui sont plus déconstruites je pense et qui n'ont pas intégré toute cette notion de repères institutionnels et que du coup la violence elle est là. Est-ce que la réponse est adaptée, je ne sais pas c'est difficile hein »*

### **3.2.9.11 Situation exceptionnelle**

Des médecins évoquent un caractère exceptionnel de la situation d'insécurité qu'ils ont vécu ; c'est une situation selon eux unique et donc la probabilité de se réitérer est faible voire nulle donc ne signale pas l'agression. C'est fréquemment le cas pour les agressions lors des remplacements ou par des patients non habituels.

*M5 « là je n'ai rien fait parce que c'est un monsieur qui venait de nulle part, que je n'ai jamais suivi et qui venait d'un autre village et qui tout d'un coup a demandé un rendez-vous (...) voilà je n'ai rien fait »*

*M8 « Peut-être parce que je n'y suis pas en permanence, c'était un événement aigu et puis je savais que ça n'allait pas se reproduire car je n'y travaille pas régulièrement. »*

*M9 « parce que c'est fini »*

### **3.2.9.12 Sujet tabou**

Dans 3 cas, les médecins évoquent une demande de conseil auprès de confrères ou de membres de leur entourage avant de signaler l'incident cela suppose une certaine gêne voire honte et même une crainte du jugement par les autorités et donc révèle un sujet encore tabou.

*M5 « j'ai un de mes confrères du village qui est médecin à l'Ordre et donc quand j'ai des problèmes comme ça...euh...avant d'appeler l'Ordre, je l'appelle souvent ou je lui fais un mail et lui il me conseille. Ça, ça peut être intéressant de connaître un confrère comme ça autour de soi qu'on connaît bien et parce que parfois en plus on a peur d'être jugé même si c'est ton pair... »*

*M14 « Je vais d'abord consulter mes, mes collègues autour. Et après effectivement je ferai le signalement nécessaire »*

*M18 « j'ai cette chance là je ne sais pas si les autres médecins oseraient téléphoner à la gendarmerie pour signaler ça, je ne sais pas quoi. » [Conjoint gendarme]*

### **3.2.9.13 Charges administratives**

Le signalement d'incident auprès des autorités est synonyme pour beaucoup de médecins de poids administratif et donc associé à une charge de travail supplémentaire ainsi qu'à à une perte de temps. Il peut sous-entendre à une fatigue, un stress, un coût surajouté.

*M6 « moi je n'en avais pas très envie, j'avais aucune envie de me pointer...puis il a insisté (...) Donc le lendemain en sortie de garde à 9 heures, à moitié au radar, je me suis pointé à la, au commissariat où j'ai dû attendre trois quart d'heure, une heure, »*

*M11 « je m'imaginai en fait, dans un procès avec un truc qui dure des années, des mois et prendre un avocat et tout ça (...) c'est vrai que la perspective d'une affaire judiciaire qui traîne et des frais d'avocats et tout ça, même si on a la RCP qui normalement qui peut prendre en charge ce n'est pas agréable, personne n'a envie de se mettre là-dedans, et c'est vrai qu'on a un peu tendance à minimiser les évènements je pense pour pas justifier d'une procédure comme ça »*

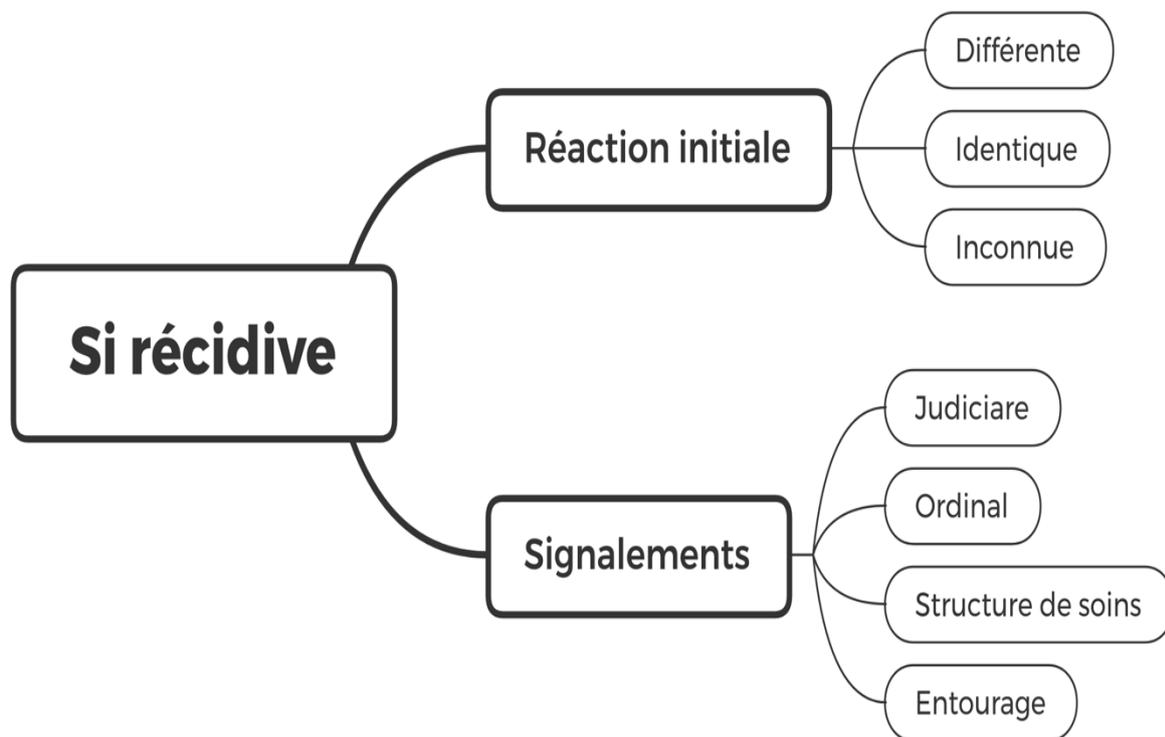
### **3.2.9.14 Non nécessaire**

Pour certains, ils considèrent inutile de signaler un incident.

*M3 « je n'ai pas signalé parce que d'une part ce n'était pas mon patient... »*

*M15 « En fait des sentiments d'insécurité j'en ai eu mais... qui n'était pas forcément utile de signaler. »*

### 3.2.10 Si récidive



La question « si un tel incident se déroulait maintenant réagiriez-vous différemment ? » interrogeait les enquêtés sur leur potentielle réaction en cas de récidive d'une situation d'insécurité.

#### 3.2.10.1 Réaction initiale

En cas de récidive les médecins interrogés présument leurs attitudes face à l'agresseur : soit modifiées soit identiques ou soit inconnues.

##### 3.2.10.1.1 Différente

###### ➤ Expérience

Pour 3 médecins le vécu préalable d'une situation d'insécurité a permis de gagner une certaine expérience, ainsi en cas de récidive il y aura une meilleure anticipation du danger et ainsi une moindre hésitation dans la conduite à tenir face à une situation de danger éventuelle.

*M7 « on gère les conflits un peu différemment avec une forme d'anticipation et de prévention de ce genre de problème. »*

*M15 « alors déjà, je pense que oui parce que, parce que je pense que je ne me suis pas rendu compte sur le moment. La gynécologue avait été beaucoup plus, beaucoup plus consciente des risques (...) Et je pense que si c'était maintenant, j'hésiterais beaucoup moins avant de, au moins faire une contention physique et*

*d'appeler la sécurité ; et si le psychiatre me dit qu'il y a indication de faire des injections de Loxapac, Valium et bien je le ferais beaucoup plus rapidement et sans hésiter (...) maintenant je pense, j'aurais un peu plus conscience je ferai des sédations beaucoup plus rapidement.*

*M19 « Euh... je pense que là où je réagirais différemment c'est enfin... Grâce à ça, on a mis un protocole pour les patients agités (...) la prochaine fois je n'hésiterais pas c'est-à-dire que si je vois qu'il y a l'équipe qui est en danger, ce qui était le cas là il y a un an demi, je ferais une sédation et par contre je maintiendrai la sédation jusqu'à que la dame soit évaluée psychiatriquement et je ne la laisserai pas partir. »*

#### ➤ Fuite

Une réaction de fuite apparaîtrait pour certains comme l'option la plus adaptée face à la situation. Il est de même pour une réaction plus détachée avec moins d'implication et donc avec moins de risque de culpabilité par la suite.

*M3 « ben peut-être (...) j'en suis à me demander si...euh...ben s'il ne vaut mieux pas éviter le conflit et appeler directement le vigile plutôt que d'essayer de, de calmer quelqu'un qui...euh...de toute façon...euh...n'est pas prêt à nous entendre. »*

*M11 « Euh...j'espère, j'espère que je ne me culpabiliserais pas derrière. »*

#### ➤ Méfiante

*M17 « j'aurais peut-être été un peu plus méfiante »*

#### 3.2.10.1.2 Identique

Pour 2 médecins la survenue de l'agression n'entraînera aucune modification de leur réaction en cas de récurrence car ils estiment que la résolution de l'incident a été convenable.

*M8 « Non, j'aurais gardé aussi bien mon calme, en leur expliquant que si vraiment c'était urgent oui je, je les aurais pris en priorité voilà mais le fait d'expliquer calmement ben ils ont compris et ils sont partis »*

*M9 « Ben je ne crois pas non parce que en fait ça a été quand même plutôt... euh... Ça a été quand même assez... »*

#### 3.2.10.1.3 Inconnue

Pour 3 d'entre eux, ils ignorent leur réaction en cas de récurrence.

Soit car face à la situation de danger ils estiment que la réaction humaine de défense n'est pas prévisible :

*M4 « Ben, je ne sais pas, je ne sais pas, parce que dans la nature il y a un instinct de conservation extrêmement fort, et j'essaye de gagner du temps quoi, j'essaye de lui parler, j'essaye de le convaincre par sa femme, j'essaye de gagner du temps... »*

*M13 « Je ne suis pas sûre de savoir comment réagir »*

Soit car la situation n'a pas évolué pour le médecin depuis son agression et donc il s'interroge sur sa réaction en cas de récurrence :

*M5 « Je n'en sais rien parce que ça cela ne fait pas si longtemps, c'était il y a deux ou trois ans... je ne sais pas, je ne sais pas parce que c'est toujours pareil hein... moi je suis souvent toute seule à 20h au cabinet dans le noir »*

### **3.2.10.2 Signalement**

#### ➤ Judiciaire

En cas de récurrence d'agression, une partie des médecins se tournerait vers un signalement judiciaire en priorité.

*M1 « Là si me retrouve en insécurité je porte plainte, même pas je me pose la question je porte plainte même pour une agression verbale, une agression verbale, un manque de respect, une détérioration du matériel (...) mais là maintenant je porte plainte... »*

*M6 « Un incident grave, je pense oui que je... encore une fois l'Ordre je ne sais pas (...) j'imagine que le sujet de cette thèse montre que, il doit y avoir quand même des possibilités pour l'Ordre de, d'accompagner les médecins dans cette situation là, mais en tout cas ce qui est sûr c'est que...euh... sur quelque chose d'un peu sévère, pas un coup de gueule ou un impatient, oui je pense que j'irais le signaler, au moins à la police. Je ne me laisserais pas à nouveau désamorcer par (rire), par l'officier de police judiciaire qui a autre chose à faire (...) s'il y a vraiment une situation d'insécurité c'est, c'est certain qu'on va appeler le, les forces de l'ordre, c'est-à-dire la police ou la gendarmerie suivant l'endroit où on est »*

*M9 «si je me sens vraiment en insécurité, menacée, je vais aller voir la police ça c'est clair. Mais je n'aurais même pas pensé à l'Ordre, j'aurai pensé à la police. »*

*M11 « Par rapport à la plainte, je ferais pareil je pense que là peut être, j'irais plus loin, enfin je m'engagerai un peu plus loin dans une demande de dommages et intérêts ou de punitions (...) j'y réfléchirais un peu plus je pense actuellement. »*

*M17 « Ah oui, oui bien sûr parce que je, du coup je connais mes droits (rires). Je connais mes droits je connais la loi (...) j'aurais fait probablement comme j'étais en intra-hospitalier déjà une fiche Vigi et puis j'aurais probablement vu avec les services parce que j'aurai souhaité porter plainte individuellement également.*

*M18 « je pense que mon premier réflexe bien évidemment ça serait de me tourner vers la gendarmerie et vers l'Ordre des médecins. Et après si c'est des faits de violences ça sera forcément la gendarmerie car malheureusement il y a des médecins qui se font agresser enfin on n'en entend parler donc oui ça sera ça sera ça sera les forces de l'ordre quoi. »*

➤ **Ordinal**

Pour d'autres, un signalement ordinal serait privilégié car ils connaissent dorénavant la possibilité de procédure ordinale.

*M7 « Et si j'avais su qu'il y avait une possibilité de recours éventuelle je pense que je n'hésiterai pas à la faire. »*

*M12 « moi j'appellerai le conseil de l'Ordre, je le fais régulièrement pour plein de choses ; ben du coup j'appellerai le conseil de l'Ordre pour savoir ce qu'ils en pensent quoi. »*

*M20 « Ah oui, déjà je ferais un signalement auprès de l'Ordre ça je ne le savais pas donc oui je ferais (...) Et alors auprès de la justice, je ne sais pas parce que c'est quand même chronophage... »*

➤ **Structures de soins**

Un patient se tournerait vers sa structure dans laquelle il exerce en priorité.

*M10 « si c'est une menace physique c'est très compliqué sur le moment...euh... si c'est toute autre menace je pense que je ferai appel...euh... à mes administratifs déjà dans un premier temps pour m'aider et puis éventuellement s'il y a besoin l'Ordre derrière. »*

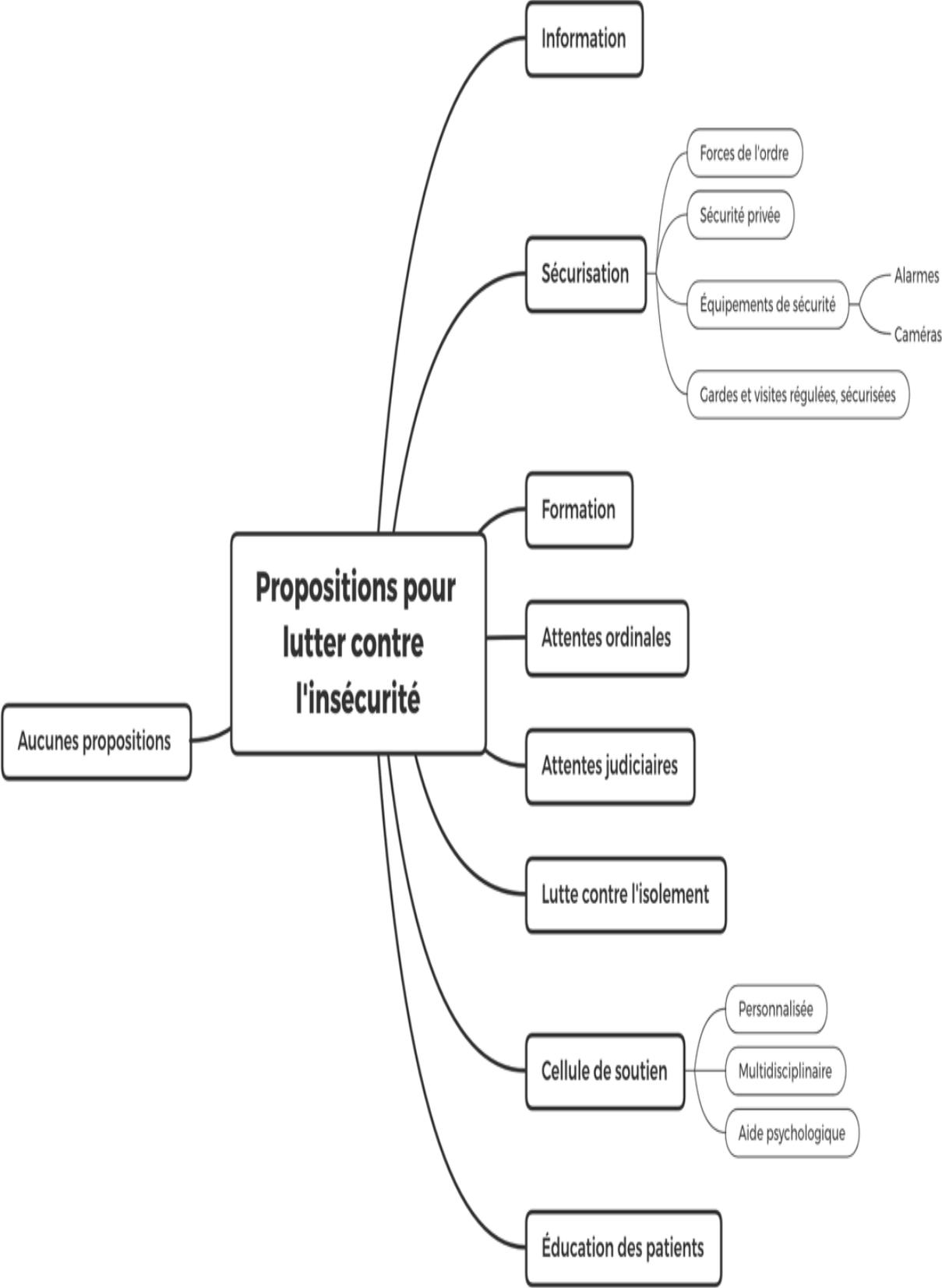
➤ **Entourage**

Et 2 médecins opéreraient pour leur entourage afin de signaler leur agression.

*M13 « d'envoyer un message à soit à une personne qui est dans le cabinet (...) soit à mon mari pour qu'il appelle et qu'il sache que et bien là je suis en difficulté quoi, mais encore faut-il qu'il puisse regarder son portable et puis voir si... qu'il n'y a pas danger mais qu'il y a une situation compliquée. »*

*M14 « je vais d'abord consulter mes, mes collègues autour. Et après effectivement je ferai le signalement nécessaire, oui.*

### 3.2.11 Propositions des médecins pour lutter contre l'insécurité



Les propositions des médecins interviewés afin de lutter contre l'insécurité de la profession médicale sont diverses mais pour beaucoup les ressources à dispositions sont insuffisantes voire inexistantes.

D'ailleurs ils précisent si ces mesures proposées doivent être généralisées à l'ensemble du pays et à l'ensemble des médecins ou si elles doivent être adaptées, individuellement ou localement, en fonction des besoins c'est-à-dire en fonction de la zone géographique ou du type d'exercice.

*M6 « Ce qui serait pas mal, quand même effectivement, c'est que l'ensemble des médecins, peut-être...euh... à fortiori peut-être dans...mais pas plus, l'ensemble des médecins, j'allais dire dans les quartiers compliqués mais en fait partout, on est à l'abri nulle part...euh...est accès peut-être à un numéro confidentiel »*

*M9 « moi je crois que c'est indispensable pour les cabinets surtout pour les cabinets dans des zones compliquées. »*

*M13 « c'est quelque chose qui doit être fait localement et dans son propre cabinet »*

### **3.2.11.1 Information**

Le manque d'information sur les ressources à disposition est très largement évoqué par les médecins de notre étude, par conséquent informer reste une proposition phare pour lutter contre l'insécurité.

*M3 « Je pense que l'on n'est pas suffisamment informé des moyens que l'on a (...) je ne suis pas au courant s'il y a des structures, s'il y a quelqu'un ou un numéro que l'on peut appeler ou quelqu'un qui pourrait être à notre écoute ou nous aider psychologiquement dans ce moment-là et surtout je ne sais pas si ça m'arrivait un jour à qui je devrais m'adresser en fait. »*

*M14 « je n'ai pas de grandes connaissances par rapport à ce qui est vraiment applicable... »*

*M14 « dit je ne suis pas un très bon connaisseur par rapport à ce qu'on a aujourd'hui je n'ai pas vérifié voilà. »*

*M15 « Je ne sais pas trop parce que je dois avouer que je ne les ai pas non plus trop, je ne les ai pas sollicités non plus en fait. Déjà le fait qu'il y est l'Ordre des médecins vous voyez, je pense qu'il y a des dispositifs que je ne connais pas. Il y a un manque d'information après c'est peut-être nous qui ne cherchons pas ; mais oui c'est vrai que par exemple l'Ordre des médecins oui je n'ai pas le...je ne me*

*serais jamais tournée vers eux dans ce cadre-là alors qu'en fait cela fait peut-être partie de leur rôle et que on ne le sait pas. »*

*M17 « ben moi il a fallu que je les cherche pour les connaître donc c'est ça qui est assez embêtant je trouve. On n'est pas très bien informé là-dessus...euh... je ne sais pas trop, on sait qu'il y a beaucoup d'instances mais qui appeler en premier...euh... Le parcours est un peu, est un peu semé d'embûche on va dire ; on sent qu'il y'a pas mal de barrières avant de pouvoir, de pouvoir aller au bout de ce que l'on veut faire. Moi je me suis renseigné parce que un jour je voulais me renseigner sans ça...euh... voilà je trouve que l'on est malheureusement peu informé et que pourtant ce n'est pas très compliqué de nous mettre au courant pour que si on en a besoin on puisse en servir. »*

Cependant certains mettent un bémol sur ce manque d'information et plaident coupables de ne s'être pas suffisamment informés des ressources disponibles sur le sujet.

*M11 « Donc peut-être il faudrait plus communiquer là-dessus, après j'avoue que je ne me renseigne pas beaucoup non plus, peut-être qu'ils le font et que ce n'est pas des choses que j'ai cherchés... »*

### **3.2.11.2 Sécurisation**

Les mesures de sécurisation sont la proposition la plus citée par les médecins afin de combattre ce sentiment d'insécurité. Elles concernent autant les forces de l'ordre que la sécurité privée dans les cabinets médicaux ou dans les structures de soins.

#### **3.2.11.2.1 Forces de l'ordre**

Lors de l'appel aux forces de l'ordre en cas d'incident de violences un médecin se plaint du manque de réactivité pour la prise de l'appel téléphonique. Ainsi 2 médecins proposent donc d'avoir un numéro de téléphone direct et confidentiel pour appeler les forces de l'ordre pour une réponse plus rapide, privilégiée.

*M6 « A l'époque où j'étais aux urgences, on avait quand même les numéros directs des patrouilles de BAC, on n'était pas obligé de passer par le 17 pour avoir la police qui arrive rapidement, donc ça aussi, c'était très bien. On avait des 06 avec les jours de garde, là, qui nous permettait d'appeler directement la BAC sans, sans passer 5 heures pour avoir le fonctionnaire au bout du 17 (...) Ce qui serait pas mal, quand même effectivement, c'est que l'ensemble des médecins (...) ait accès peut-être à un numéro confidentiel qui lui permette de ne pas attendre mille ans que le 17 veuille bien répondre. Ça c'est sûr que ça serait pas*

*mal, il y a quand même chaque année de très gros accident avec des médecins qui, chaque année, perdent la vie avec dans des histoires de consultation au cabinet hein. Ben là si vos faites le 17, ça m'est arrivé une fois ou l'autre...euh...c'est insupportable (...) on avait l'impression que, qu'ils ne vont jamais répondre quoi donc (rires), voilà. »*

*M8 « on doit avoir sous la main le numéro de téléphone de la police si on est en ville ou de la sécurité si on est dans une structure médicale. »*

#### 3.2.11.2.2 Sécurité privée (vigile)

La présence d'une sécurité privée sur leur lieu de travail et si cette sécurité est déjà existante ainsi que l'amélioration de sa réactivité d'action est une demande fréquente des médecins.

*M7 « il faudrait quand même que les choses changent, que les structures soient plus réactives (...) quand on fait appel par exemple au vigile, le vigile il doit arriver immédiatement et souvent ce n'est pas du tout le cas »*

*M9 « Déjà dans les urgences il faut qu'il y ait des gens de la sécurité »*

*M19 « après avoir vécu ça, oui effectivement oui il faut qu'il y ait un PC sécurité qu'il soit présent et réactif »*

*M20 « au sein des centres médicaux par exemple comme quand il y avait le Covid... il y avait un vigile (...) pour pas qu'il y est un accès libre à tout le monde quoi, à n'importe qui. Exactement comme le Covid, le Covid ça a permis de nous sentir en sécurité parce qu'il y avait un vigile... »*

#### 3.2.11.2.3 Équipements de sécurité

##### ➤ Alarmes

Un médecin nous fait part de son désir que chaque médecin puisse avoir sur son lieu d'exercice un bouton Help en cas d'agression.

*M9 « chacun dans son travail il faut qu'ils aient une possibilité d'appuyer sur un bouton s'ils sont en danger en fait, ce genre de choses... Ah oui il faut qu'ils aient un moyen sans que la personne s'en rende de compte, d'appuyer un truc et ça résonne quelque part et on sait que le médecin est en danger »*

##### ➤ Caméras

La télésurveillance est citée comme moyen de sécurisation du lieu d'exercice mais les avis sont partagés. En effet pour certains les caméras sont gages de sécurité mais pour d'autres leur utilisation nuit à la relation médecin-malade et enfin pour le médecin (M20) victime du vol à son cabinet, les caméras n'ont eu aucune utilité lors de son cambriolage.

M8 « les cabinets de médecins où ils étaient équipés de caméra et donc dans notre cabinet on pouvait contrôler qui était en salle d'attente qui venait ; ça je trouvais ça bien. Donc des groupes de médecins s'étaient équipés de cette surveillance à l'aide de caméra qui fonctionne avec internet et j'ai trouvé ça très bien. »

M12 « les caméras dans les...euh... je parle des cabinets médecine générale que je connais. Je suis assez partagée parce que je trouve que, je trouve que là-dessus, je ne sais pas, je trouve que c'est suspicieux et que bon, après ouais je suis partagée, je comprends l'utilité, en même temps je me demande s'il y a besoin d'arriver jusque-là (...) donc je trouve que les caméras ça montre d'emblée qu'il y a une suspicion ou qu'il va forcément se passer quelque chose de pas normal, donc ça me gêne un peu d'un point de vue relationnel et je pense que la relation entre le médecin et le patient elle commence avant la consultation, donc si déjà dans la salle d'attente on fait sentir qu'il y a un climat d'insécurité et que l'on a peur, je trouve ça délicat d'avoir une consultation.»

#### 3.2.11.2.4 Gardes et visites régulières, sécurisées

Sur le sujet sensible des gardes et des visites à domicile, l'avis est unanime : il faut qu'elles soient toutes régulières et sécurisées.

M2 « je pour les gardes avec les visites à domicile sont maintenant régulières (...) moi je vois quand je régulais je faisais attention à ça c'est-à-dire que jamais je n'aurai envoyé un médecin généraliste sur un truc ou on ne cernait pas ce qui se passait quoi s'il y avait un placement à faire ou s'il y avait une agitation c'est les gendarmes que j'envoyais d'abord. »

M2 « j'ai codé le message vis-à-vis du SAMU en disant que « j'avais besoin de l'ambulance 117 » heureusement la permanencière a compris que j'étais en difficulté et que c'était la gendarmerie que je souhaitais donc voilà les gendarmes sont arrivés »

#### **3.2.11.3 Formation**

Pour 2 médecins la gestion de l'insécurité dans l'exercice médical devrait être intégrée à la formation initiale des études de médecine. Une formation, sur la gestion des patients à risque et sur les conduites à tenir face à une situation de violence, serait utile pour un exercice médical plus serein.

M5 « peut-être au niveau je ne sais pas, formation ou de savoir un peu ce qui peut être fait »

*M17 « on a des cours sur des choses, des cours théoriques sur des choses extrêmement (rires) comment dire inutiles si je puis me permettre (rires) donc ça pour le coup ça serait utile je pense ça serait... Voilà si on fait des cours, s'il est important de faire des cours théoriques je pense que c'est quelque chose qui peut être court et efficace. »*

#### **3.2.11.4 Attentes ordinales**

En ce qui concerne l'instance ordinale, les attentes des médecins de notre étude sont nombreuses avec essentiellement une meilleure information sur son rôle et ses outils disponibles mais également une prise en charge individuelle, systématique et totale des médecins.

*M1 « je pense qu'il faut que l'Ordre peut-être adapte...euh... il ne s'agit pas que d'inscrire les nouveaux médecins, bon je ne dis pas qu'il ne fait rien... »*

*M5 « après oui on peut appeler l'Ordre mais est ce que tout le monde est au courant que, qu'on peut appeler comme ça facilement, qu'on a une réponse, voilà, parce que c'est vrai qu'au départ pour ma situation j'avais quand même appelé ce collègue, c'est lui qui m'avait conseillé tout de suite d'appeler le président de l'Ordre mais sur le coup c'est vrai que je savais trop vers qui me tourner. »*

*M6 « Après l'Ordre qu'est-ce qu'il pourrait faire ? je ne sais pas, peut-être...bon j'imagine pour ceux qui en ont besoin que ce serait pas mal effectivement qu'ils organisent un suivi ou un débriefing psychologique après coup pour des gens qui, qui sont vraiment, qui l'ont mal vécu ou qui, qui se mettent à travailler avec un peu plus d'appréhension. Je ne sais pas si sur le plan judiciaire ou juridique l'Ordre peut faire quelque chose, je ne sais pas s'il peut...s'ils peuvent faire ça l'Ordre, alors moi j'attendrais volontiers qu'il fasse ça systématiquement dès qu'un médecin est, s'est senti suffisamment...euh... menacé en tout cas, en insécurité pour l'avoir signalé à l'Ordre, à ce moment-là, j'aimerais que l'Ordre, effectivement, en tienne compte et systématiquement même si c'est de la paperasse et que c'est compliqué s'occupe de, de porter plainte oui. Enfin s'occupe, le médecin porte plainte lui-même et l'Ordre derrière le soutien en se portant partie civile. »*

*M7 « je pense que s'il se passe quelque chose il faut que l'on soit soutenu au maximum et je pense que si par exemple un de nos confrères venait à porter plainte, il doit être soutenu totalement et sans condition par l'Ordre des médecins notamment ce qui est je pense le cas. Je pense que ça c'est indispensable. »*

M11 « Peut-être que l'Ordre devrait plus axer ces messages sur le fait qu'ils peuvent nous aider aussi, parce qu'on nous dit, j'ai eu un entretien après ma thèse avec le président justement il y pas très longtemps, « nous sommes là pour vous » mais nous on a plus l'impression que l'Ordre est là plus pour les plaintes des patients que pour les plaintes des médecins ou peut-être qu'il faudrait qu'ils communiquent plus là-dessus, sur le fait que, enfin sur le fait qu'ils nous aident c'est un peu théorique quoi. Ils nous disent « on est là pour vous aider » mais peut-être qu'il faudrait qu'ils nous redonnent régulièrement les numéros et les choses à faire on va dire en cas d'agression, c'est quand même en augmentation, peut-être il faut vraiment qu'ils axent là-dessus et ils le savent que les médecins sont en burn-out et qu'il y a de plus en plus d'agressions donc. »

M12 « Après le conseil de l'Ordre, comme je n'ai jamais eu à faire face, après j'imagine que ça dépend des régions et des départements, moi donc je suis actuellement en T... donc j'imagine que le CDOM de T...a réagi différemment à certaines situations que le CDOM de I... mais voilà. »

M13 « Oui, une protection par l'Ordre, mais ce serait bien c'est que ça n'arrive pas que, que l'on ne se retrouve pas dans des situations de devoir demander une protection, de l'aide, quoi... »

M16 « Après l'Ordre je ne sais pas... voyez est ce qu'il existe une procédure ordinale pour ça ? Pour le coup je ne suis pas du tout informé de ça. Donc c'est intéressant de le mettre en lumière que nous n'avons pas l'information ; moi je n'ai pas du tout cette notion de notion là. C'est en faisant votre thèse que vous devez vous rendre compte que personne n'est informé en fait. »

### **3.2.11.5 Attentes judiciaires**

En ce qui concerne l'autorité judiciaire comme pour les attentes ordinales, ils attendent surtout une meilleure information sur les procédures judiciaires mais aussi une prise en compte systématique des médecins agressés avec reconnaissance de leur statut de victime. Plus de sévérité envers les agresseurs de médecins est espérée par les médecins, d'autant qu'il existe selon eux une disparité de sanction entre les patients et les médecins dans la réalité.

M2 « il faudrait par exemple si on signale que l'on est menacé de mort que la moindre des choses c'est que l'on vérifie tout cela de près et à la première fois non quand c'est réitéré. »

M6 « il me semble que, il me semble que c'est une circonstance aggravante si c'est un médecin qui est agressé, donc déjà c'est pas mal... »

M7 « pareil il faudrait que les conflits ou les moindres formes d'agressions soient prises au sérieux ; ce n'est pas aux médecins de subir une violence qu'elle soit physique ou verbale. »

M10 « peut-être plus de reconnaissance quand on est agressé et...euh... et avoir nous aussi une possibilité de (...) pouvoir à notre tour se retourner contre eux quoi, porter plainte contre eux ou avoir plus d'action pour que l'on soit plus protégé quoi. Je pense que si on m'agresse physiquement bah j'ai le droit de porter plainte et en plus de ça et ben il va devoir payer des, des dommages et intérêts quoi, des choses comme ça. Parce que ce n'est pas assez...euh... il n'y a pas assez de répression envers ces gens-là, ils peuvent se permettre d'insulter tout le monde et on laisse couler, il ne se passera rien quoi pour eux. Pas assez de punition... »

M18 « et c'est souvent que l'on voit des médecins qui évoquent le fait qu'ils ont été sanctionnés pour des choses enfin qui sont, que quelqu'un a porté plainte contre eux (...) et je trouve que finalement les patients eux, non ils ne sont pas franchement sanctionnés. Et c'est vrai que ce n'est pas franchement égal quoi, c'est quand même une grosse disparité. »

M11 « Après pour la police moi ça s'est très bien passé donc... mais j'ai compris que dans ma situation j'avais de la chance, ce n'est pas tout à fait normal (rires)...euh... voilà si on peut parler des violences faites aux femmes peut être que la police pourrait avoir vraiment un truc dédié, afin je ne sais pas si c'est le cas. Moi le policier qui m'a reçu il a été très compréhensif mais ce n'est pas toujours le cas des témoignages que j'ai eu et voilà j'étais contente que ça se passe comme ça et. Peut-être que, après c'est bidon, moi je ne savais pas que si je ne demandais pas de réparation que ça allait être classée sans suite immédiatement bon ça ne veut pas dire que ça ne doit pas exister mais c'est vrai que c'est un peu perturbant quand c'est le fils de l'agresseur qui vous l'annonce (rires).

### **3.2.11.6 Lutte contre l'isolement**

Le sentiment d'isolement est fortement ressenti par nombre de médecins victimes d'insécurité ; ainsi lutter contre l'isolement est une des propositions des médecins afin de se sécuriser.

M4 « on est quand même vraiment, on est quand même vraiment seul dans ce problème...Les gens arrivent on ne sait pas quelles intentions ils ont en effet cela reste quand même encore un problème là. »

M5 « Voilà, plus d'intervenants »

M11 « Moi après je ne sais pas trop ce qu'on pourrait mettre en place de plus, moi je me sens soutenu là-dedans par mon compagnon, par ma famille, par mes collègues, donc je n'ai pas ressenti de solitude ou d'incompréhension, voilà. Il se trouve que j'en ai déjà parlé à des patients d'ailleurs avec je m'entendais bien, qui était soutenant aussi ce n'est pas normal donc on est d'accord que ce n'est pas au médecin de se culpabiliser donc tout le monde est d'accord pour dire un peu ça. »

M20 « Les groupes qui sont nombreux où il y a des secrétaires et autres oui... mais nous qui sommes installés un peu seul on est un peu... on est un peu, enfin on est à risque. »

M20 « Et encore je ne suis pas en cabinet isolé... »

### **3.2.11.7 Cellule de soutien**

La création d'une cellule de soutien pluridisciplinaire avec une aide psychologique pour les médecins victimes est proposée. Une prise en charge personnalisée et multidisciplinaire doit être systématiquement proposée et ce précocement. Une aide individuelle psychologique est préconisée par des médecins interrogés.

M1 « je pense qu'il devrait y avoir un réseau, la cellule de crise qui existe déjà pour les grandes catastrophes devrait exister pour les médecins qui sont agressés. Mais pas une cellule de crise qu'il faut déclarer en cinq semaines, il faut que ce soit immédiat, il faut que l'écoute soit immédiate, il faut que maintenant que l'on a des supers moyens parce que je vois pour les agressions etc... on propose de la MDR par exemple, et bien c'est quelque chose que l'on devrait mettre obligatoirement, il faut que le médecin sache qu'il est soutenu (...) une filière particulière, comme il y a une filière particulière pour les médecins qui sont en détresse financière et qui pour des raisons X Y n'arrivent pas à subvenir à leurs besoins. Il faut, il faut un réseau social spécial médecin (...) je pense qu'il faudrait une chaîne, une chaîne de soins parce que c'est du soin qu'il faut amener. »

### **3.2.11.8 Éducation des patients**

L'éducation de la patientèle est une proposition de M13 afin de limiter les sources de conflits.

*M13 « moi dans ma future collaboration, j'ai exprimé le souhait de ne plus devoir....euh... répondre à des messages de gens qui exigent ou qui demandent des ordonnances, parce que ça permettrait d'éviter de, de se retrouver dans des situations de conflit bien-que, je pense que nous on va placarder dans le cabinet, que ça servira pas à grand-chose de demander d'ordonnance, il n'y aura pas, sans prendre de rendez-vous, il n'y aura pas de délivrance, ça évitera de perdre du temps et ça évitera de se bagarrer avec des gens au téléphone ou avec des gens qui se pointeront en exigeant d'avoir une ordonnance sans prendre rendez-vous. Je ne sais pas quelle, je ne sais pas quelle mesure forte pourrait changer la mentalité parce que je ne pense pas que ça va aller en s'arrangeant en fait, et c'est quelque chose qui doit être fait localement et dans son propre cabinet et on doit... pas éduquer les gens mais leur expliquer que ce n'est pas comme ça que ça marche quoi. »*

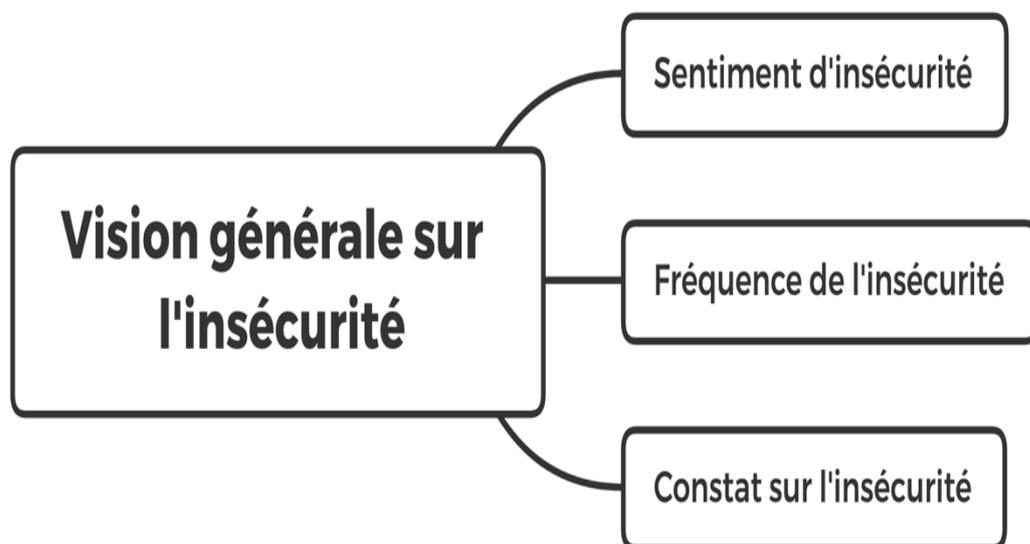
### **3.2.11.9 Aucunes propositions**

Il y a des médecins qui n'ont aucune proposition à faire pour améliorer l'insécurité de leur profession.

*M8 « qu'est-ce que j'attends et bien je ne sais pas »*

*M13 « Je n'ai pas de mesure forte, pharamineuse et lumineuse à proposer (rires). »*

### 3.2.12 Vision générale sur l'insécurité



Les 20 médecins interrogés nous ont évoqués au cours des entretiens leur vision générale sur l'insécurité.

#### 3.2.12.1 Sentiment d'insécurité perçu par les médecins

Sur le sentiment d'insécurité les perceptions sont très diverses, outre la notion de peur et de danger certains ont du mal à le définir et le requalifient comme un sentiment de malaise, colère, tension, méfiance.

*M9 « je ne peux pas dire que je me sois sentie en insécurité moi personnellement mais je n'étais pas à l'aise. »*

*M13 « il y a eu une situation mais ce n'était pas vraiment une insécurité mais, mais c'était plus de la colère »*

*M16 « Je ne dirais pas de l'insécurité ce n'est pas tant de l'insécurité que de la tension... »*

*M17 « Après non, après de l'insécurité... euh... en fait c'est plus de la méfiance pour certaines situations »*

### 3.2.12.2 Fréquence de l'insécurité des médecins ressentie

Lorsque les médecins évoquent la fréquence de leur vécu d'insécurité dans l'exercice de leur profession, il y a une sorte de bipolarité des réponses. Ainsi beaucoup parlent de ce sentiment d'insécurité ressenti si fréquemment qu'il y a une sorte de banalisation de ce vécu et à l'inverse pour d'autres ils l'expriment comme un fait unique, isolé et donc non potentiellement reproductible.

#### ➤ Plusieurs fois

*M1 « j'ai été agressé plusieurs fois... »*

*M3 « Alors plusieurs fois ça m'est arrivé plusieurs fois d'être pris à partie (...) des insultes cela m'est arrivé plusieurs fois. »*

*M6 « oui assez souvent, enfin l'insécurité... en tout cas des situations difficiles, avec des gens très agressifs et parfois menaçants verbalement ou voir physiquement »*

*M7 « c'est tellement fréquent que souvent on en oublie l'importance et la gravité de la situation »*

*M7 « on a souvent des tentatives un peu d'intimidation au moins verbale...euh...c'est quelque chose d'assez courant »*

*M15 « des sentiments d'insécurité j'en ai eu mais... (...) j'ai eu des patients qui m'ont agressé mais verbalement jamais physiquement, que verbalement. »*

*M16 « moi j'étais confronté à de la violence comment dire à de la menace, à des dégâts de matériel plusieurs fois en psychiatrie*

*M18 « après ça m'arrive quand même fréquemment enfin je pense que tout médecin femme, jeune se fait quand même plus ou moins un petit peu draguer »*

#### ➤ Unique fois

*M2 « c'était la première fois que l'on m'agressait physiquement en 35 ans »*

*M9 « C'est la seule fois que je me suis sentie vraiment en insécurité. »*

*M12 « là par exemple, dans les cinq derniers mois en consultation de médecine générale ça m'est arrivé une fois »*

*M17 « avant je dirais que non mais peut-être que j'étais encore trop bébé »*

*M18 « Alors moi j'ai juste une fois, parce que en fait comme je suis fraîchement installée »*

### **3.2.12.3 Constat sur l'insécurité des médecins**

Le constat des médecins interrogés sur le sujet de l'insécurité dans l'exercice de leur profession est assez partagé.

Pour certains ce sujet est juste une aberration, il ne devrait tout simplement pas exister.

*M1 « Moi j'ai été très surprise du sujet de votre thèse parce que je pense qu'effectivement et c'est dommage et ça ne devrait pas, cela ne devrait pas être un sujet de thèse, ça ne devrait pas exister l'agression des médecins... »*

*M5 « après le plus dur c'est en effet les agressions physiques ou ça c'est complètement aberrant... Ouais qui deviennent de plus en plus fréquentes »*

*M7 « ce n'est pas aux médecins de subir une violence qu'elle soit physique ou verbale. »*

*M11 « alors que l'on sait très bien qu'il y a des médecins qui se font agressés très fréquemment, de plus en plus fréquemment et qu'on est beaucoup plus de femmes aussi qu'avant et du coup que l'on peut très vite se sentir inférieur physiquement »*

Et l'insuffisance de ressources existantes pour lutter contre cette insécurité est un ressenti très présent.

*M5 « Alors je me dis il n'y a pas grand-chose qui est fait »*

*M8 « je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de sécurité »*

*M10 « ben disons que l'on n'a pas beaucoup d'aide autour de nous hein ... »*

*M10 « moi je trouve qu'il n'y a pas grand-chose mis en place. »*

*M13 « Alors, je ne sais pas quelles sont ces mesures mises à disposition (rires)... »*

Quelques médecins ont cependant une vision sur le sujet plus optimiste.

*M2 « je pense que ça s'est nettement apaisé, c'est plus sécurisé »*

*M8 « en général ça se passe bien. »*

*M9 « je ne me sentais pas très en insécurité »*

## 3.3 Catégorisation des facteurs de risque d'insécurité

Après relecture des interviews par un psychiatre chercheur, nous avons évalué séparément sur une échelle de 1 à 10 l'impact personnel à distance de l'épisode d'agression des 20 situations principes d'insécurité physique et nous avons tenté de les croiser avec les autres items pour évaluer le poids de chacun en utilisant un calcul de corrélation chaque fois que cela était statistiquement possible avec l'aide du logiciel SPSS version 20.

Les deux évaluations indépendantes de l'impact personnel sont fortement corrélées ( $r=0,82$  ;  $\alpha=0,000$ ), ainsi que l'attribution de l'indice de sévérité de l'agression de l'ONVS ( $r=0,72$  ;  $\alpha=0,000$ ), nous avons donc gardé les deux évaluations de l'auteure de cette thèse comme base pour les croiser avec les autres items retenus dans la thématique.

### 3.3.1 Le niveau de sévérité de l'insécurité

- **Type d'insécurité :**

Le niveau de sévérité de l'insécurité (4 niveaux ONVS) est corrélé à l'existence d'une agression physique ( $n=8$ ) et aux 12 « simples incivilités » qui ne dépassent pas dans ce cas le niveau 2 de sévérité.

- **Typologie des agresseurs :**

L'existence ou non d'une pathologie chez l'agresseur ( $n=15$ ) quel que soit son type, repérée par les médecins interviewés n'est pas corrélée avec la gravité de l'agression.

- **Signalement :**

L'appel à la sécurité (efficace ou non) dans le lieu de travail ainsi que le signalement à la police sont bien sur corrélés avec la sévérité croissante de l'agression.

- **Typologie des victimes :**

Pour les items concernant les victimes (items personnels, de statuts, de spécialités, de lieu de travail, de modalités de travail) on ne retrouve pas de liaisons significatives avec la sévérité de l'insécurité.

### 3.3.2 La sévérité de l'impact personnel

La sévérité de l'impact personnel est statistiquement reliée avec des caractéristiques concernant la victime et non l'agresseur, ni sa pathologie si elle existe, ni la sévérité de l'agression, ni son mode (physique ou incivilité), ni qu'elle soit le fait du patient ou de son entourage.

Par contre elle est reliée à certaines caractéristiques des médecins victimes : leurs plus jeunes âges (< 35 ans) au moment de l'agression, lui-même corrélé à la durée d'expérience et au statut (externe, interne, remplaçant) ; on ne retrouve pas de liens entre le degré d'impact personnel et le genre des victimes mais par contre il est fortement relié au sentiment éprouvé d'isolement lors de l'agression. Ce sentiment d'isolement est évoqué par 75 % de ces médecins mais significativement plus fréquent pour les 3 étudiants (100%), les 3 remplaçants (100%) que pour les 14 titulaires (70%). Il est également relié aux items relatifs à certains critères de leur pratique : présent 1 fois sur 2 en structure de soins, il l'est en permanence en cabinet médical et en visite à domicile ; l'existence (n=14) de moyens de sécurité (vigile, sas, secrétariat...) ne permet que dans un tiers des cas la réassurance qui bien sûr est chaque fois absente lorsqu'ils n'existent pas.

### 3.3.3 Les signalements

Les signalements pratiqués diffèrent suivant les lieux d'exercice :

- **En institution de soins** (n=13) :

Pour les actes d'insécurité-violence en établissement de santé, ils sont communiqués à l'administration ou au praticien sénior et parfois concomitamment (n=3) vers la police, jamais vers l'Ordre des médecins.

- **En cabinet médical** (n=4) :

Pour les actes délictueux perpétrés en cabinet médical 2 feront l'objet d'une plainte auprès de la police et 1 seul à l'Ordre.

- **En situation de garde ou de visite à domicile** (n=3) :

Leur sévérité amènera toujours un signalement avec un double signalement ordinal et judiciaire (n=2) et un signalement ordinal simple (n=1)

Les 4 seuls signalements à l'Ordre sont le fait de 4 généralistes non remplaçants.

Les 4 seuls signalements judiciaires sont le fait de 2 spécialistes et de 2 généralistes titulaires dans 3cas/4.

### 3.3.4 En cas de récurrence d'une telle situation

*Dix médecins réagiraient de la même façon.*

Ces 6 hommes et ces 4 femmes ont tous plus de 35 ans et une bonne expérience ; les 3 généralistes signaleraient à l'Ordre comme la fois précédente, 1 seul autre (généraliste) envisage peut-être de le faire ; 4 d'entre eux ne savent toujours pas comment et à qui s'adresser (1 urgentiste, 1 orthopédiste, 2 généralistes) : il est vrai que pour ces 4 médecins la moyenne de leur impact émotionnel est la moitié de celle de l'ensemble des 20. Toujours pour ce groupe, 7 d'entre eux

bénéficiaient déjà d'une sécurité institutionnelle ou organisée dans leur cabinet ; malgré les mesures de sécurité déjà existantes (inopérantes alors n=6), ils ont vécu un fort sentiment d'isolement au moment des faits qu'ils ont relatés.

***Dix autres préconisent des changements dans leurs attitudes.***

Les 10 autres préconisent des changements dans leurs attitudes (cf. 3211), il s'agit des plus jeunes, 2 hommes et 8 femmes, avec une répartition égale entre remplaçants, titulaires ou étudiants. La moyenne de leur impact personnel est le double de la moyenne du groupe précédent. Le sentiment d'isolement au moment de l'agression a été important (9/10) ; malgré l'existence de moyens de sécurité qui là aussi n'ont pas été suffisants.

### **3.3.5 Illustration**

Pour illustrer cette catégorisation et particulièrement les liaisons potentielles entre la sévérité de l'impact personnel, le sentiment d'isolement, l'absence de signalement et les changements concomitants dans l'organisation de leur pratique, nous nous proposons de relater une des 20 situations princeps de 2 jeunes femmes médecins qui ont témoigné de la même situation survenue en maternité de CHU à leur place respective d'anesthésiste (32 ans, 1 année d'expérience) et de gynécologue-obstétricienne (35 ans, 3 années d'expérience).

*Au réveil d'une césarienne code rouge d'une femme primipare inconnue du service, elle déclare un état d'agitation majeur avec refus de soins, demande de sortie immédiate assortie d'injures, menaces sur le personnel présent, de violence physique sur l'anesthésiste, jet d'extincteur et bris de la porte vitrée.*

*Après une contention pratiquée par la sécurité et sur l'avis téléphonique du psychiatre de garde une sédation chimique, est pratiquée par l'anesthésiste et le bébé muté en pédiatrie et est placé momentanément par le juge des enfants. Plus calme à son réveil 2 heures après, elle réitère sa demande de sortie, le conjoint et le père ne souhaitant pas faire une hospitalisation à la demande d'un tiers, elle sort contre avis médical sans son bébé ; elle est revue par le Samu le lendemain qui l'accompagnera les jours suivant pour les soins de la cicatrice abdominale. L'anesthésiste (M15) ne la reverra pas, l'obstétricienne (M19) quelques semaines plus tard dans une ambiance plus sereine. Un signalement d'événement indésirable est adressé à l'administration qui après une réunion commune entre psychiatre et les médecins de la maternité décideront d'installer une annexe du centre de sécurité de l'hôpital à proximité de la maternité. Aucun des deux médecins ne fera de signalement aux instances ordinales et judiciaires. Et l'obstétricienne refusera d'obtempérer à la demande insistante de ses collègues de porter plainte.*

Cette situation d'insécurité majeure, de niveau 3 pour l'obstétricienne (M19) et de niveau 4 pour l'anesthésiste (M15) sera vécue sur le moment et exprimée dans les interviews avec une même intensité :

*M15 « chaque fois qu'on s'approchait d'elle pour lui faire quelque chose elle nous repoussait violemment (...) elle m'a tapé dans le visage, elle a tapé mes lunettes contre mon nez j'ai eu super mal »*

*M19 « si on s'approchait d'elle, elle nous menaçait de nous tuer (...) elle nous a promis qu'elle nous poursuivrait en justice et qu'elle nous tuerait... »*

Il en est de même de la compréhension du trouble :

*M15 « c'est là où on s'est dit qu'elle avait vraiment un problème psychiatrique. »*

*M19 « elle était dangereuse parce qu'elle était très très agitée ...c'est des patients qui ont une force qui n'est pas humaine en fait dans ce moment-là. » « Enfin pour moi elle était psychiatrique (...) donc du coup elle était imprévisible trop imprévisible quoi ».*

L'accord est également présent sur l'éventuelle précarité sociale de cette patiente :

*M15 « C'était une dame, on a appris après, qu'elle vivait dans son camion avec son compagnon qui lui aussi avait des problèmes psy »*

*M19 « je pense que socialement c'était un peu Zola (rires). »*

Par contre pour les conséquences à moyen et long terme les différences seront majeures :

- Pour l'anesthésiste (M15)

Son impact personnel est **mineur**:

*« C'est une situation complètement exceptionnelle que je n'ai pas du tout rencontré derrière, jamais. Donc non ça ne m'a pas perturbé et j'ai complètement mis cet événement à part de l'exercice professionnel habituel (...) je ne me suis pas dit « tiens ça va me ré arriver demain » (...) J'y pensais mais ça ne m'a pas du tout empêché de bien travailler derrière (...) Moi je pense que je ne suis pas exposée par rapport à plein d'autres médecins. »*

Elle en rationalise les conséquences :

*« Pour cet événement-là finalement je me disais la maman elle va bien, le bébé il va bien bon elle est psychiatrique certes c'est un truc à traiter et tout ça...mais*

*personne n'est mort, personne n'est malade, personne n'est blessé...voilà. Il fallait remettre les choses à leur place... »*

Cette anesthésiste s'est rarement sentie seule, grâce à la présence protectrice de l'obstétricienne (M19) :

*« Je pense que je ne me suis pas rendue compte sur le moment. La gynécologue avait été beaucoup plus, beaucoup plus consciente des risques pour l'équipe (...) Moi... je me disais elle veut sortir, elle ne nous en veut pas à nous directement (...) Je n'ai pas eu peur pour notre intégrité physique alors qu'en fait j'aurais peut-être dû. »*

Deux périodes où émerge de l'inquiétude :

- L'absence du psychiatre de garde prescripteur de la sédation dont elle a eu la responsabilité :

*« Moi j'avoue ce qui m'a perturbé c'est que du coup le psychiatre ne s'est pas déplacé il ne pouvait pas se déplacer »*

- L'absence de la gynécologue après le réveil pour participer à un staff pour décider de la conduite à tenir :

*« J'étais en train de surveiller la patiente en salle de réveil pendant que la gynécologue était en train de discuter avec le psychiatre, le compagnon et le père du conjoint. Sauf que ça a duré une éternité en fait et ça a duré, ça a duré tellement... »*

Cette situation ne l'amène pas à modifier sa pratique professionnelle quotidienne, sauf en cas d'agitation :

*« Si le psychiatre me dit qu'il y a indication de faire une sédation et bien je le ferais beaucoup plus rapidement et sans hésiter devant une dame, en plus que je reconnais moi-même, être complètement psychiatrique »*

En ce qui concerne son non signalement à la justice, après avoir pris conseil d'un juriste proche :

*« Il m'a dit qu'« il y avait une levée d'anonymat pour les gens qui portaient plainte et j'avais peur qu'elle ait, qu'elle ait mon nom et je ne voulais surtout pas que... je ne voulais jamais en réentendre parler »*

En ce qui concerne l'Ordre :

*« C'est en lisant votre courrier de thèse que j'ai appris que l'on devait ou que l'on pouvait signaler ça ; ... je ne me serais jamais tournée vers eux dans ce cadre-là alors qu'en fait cela fait peut-être partie de leur rôle et qu'on ne le sait pas. »*

- Pour la gynécologue-obstétricienne (M19)

Son impact personnel est **majeur** :

*« Je ne me suis jamais sentie en (simple) insécurité là, vraiment cette dame me faisait peur... j'ai cru que j'allais mourir (rires), ça faisait une semaine que je n'avais pas vu mes enfants puisqu'ils étaient en vacances chez les grands-parents et j'ai vraiment cru que je ne les reverrai pas, pendant un court instant (...) Moi clairement dans les suites je n'étais vraiment pas bien (...) En fait pendant une semaine je n'ai pas pu bosser (...) le simple fait de devoir parler de cette dame (...) quand j'ai appris que la dame venait tous les jours pour voir son bébé et tous les jours montrer sa cicatrice (rires) aux urgences je ne me sentais pas du tout d'être à l'hôpital, c'est dingue ça ne m'était jamais arrivée de... d'avoir aussi peur d'une patiente (...) je ne me ne suis pas sentie, je pleurais tout le temps donc j'ai dit « non, stop, j'arrête, c'est traumatique, il vaut mieux que je m'arrête ».*

Son sentiment d'isolement a été majeur pendant l'épisode d'agitation :

*« Au bout de cinq minutes quand la sécurité est arrivée donc il y a eu une contention physique mais cinq minutes qu'est-ce que c'est long (rires) quand y a quelqu'un d'agité devant vous (...) cinq minutes c'est hyper long surtout quand il y a quelqu'un qui essaye de vous balancer un extincteur dans la gueule »*

Il l'a été également ultérieurement par le manque de soutien personnalisé par ses confrères :

– Par le psychiatre de garde :

*« Le psychiatre est arrivé mais forcément elle était sédaturée donc il n'a pas pu vraiment l'évaluer quoi (rires), elle dormait (...) mais aussi après le réveil « il ne pouvait pas la prendre à J0 de sa césarienne dans son service parce qu'il n'avait pas de place dans le secteur d'urgence et parce que dans le service classique elle avait trop de problèmes somatiques pour pouvoir la prendre »*

– Par sa hiérarchie :

*« J'ai appelé mon patron qui m'a dit que j'avais fait ce qu'il fallait faire et pas plus. »*

**Au moment de la prise de décision où pointe de la culpabilité :**

*« Mais à la limite ce qui était le plus dur pour moi ça a plus été de réussir à prendre la bonne décision (...) on l'a laissé partir à H5 de sa césarienne contre avis médical et donc en fait moi j'étais un peu embêtée parce que je me sentais responsable de cette dame qui était dans la nature et en même temps je ne pouvais pas la garder chez moi et ça me soulageait qu'elle parte parce que j'avais quand même eu très peur. »*

**Pour se récupérer personnellement elle va se faire soutenir :**

*« J'avais fait de la méditation en pleine conscience donc j'ai pu revoir la coach avec qui j'en faisais et j'ai pu revoir la psychiatre professeur M... qui s'occupe pas mal des médecins qui ont eu des stress à l'hôpital ».*

**Elle va aussi s'astreindre à revoir la patiente en post-partum :**

*« Elle m'a expliqué comment cela avait été horrible le truc que j'avais fait mais il n'y a pas un seul moment où elle s'est excusée... donc pour moi humainement c'est quelque chose qui a été douloureux sur le coup mais qui maintenant qui n'est plus quelque chose d'envahissant quoi, j'ai pu clôturer le truc ».*

**Cette situation a modifié sa façon de travailler pour maintenir ce qui lui tient à cœur :**

*« Je veux qu'il puisse y avoir une ambiance sereine et c'est vrai que pour les rares cas où il y a vraiment de l'agitation et ben on prend sur nous (rires) voilà... jusqu'à ce que la sécurité arrive »*

**Mais s'il se reproduit un état d'agitation :**

*« Je pense que la prochaine fois je n'hésiterais pas c'est-à-dire que si je vois qu'il y a l'équipe qui est en danger, ce qui était le cas là il y a un an demi, je ferais une sédation et par contre je maintiendrai la sédation jusqu'à que la dame soit évaluée psychiatriquement et je ne la laisserai pas partir »*

**Elle aussi béni le fait que cette situation se soit passée dans l'enceinte de l'hôpital :**

*« Par contre pour les cabinets médicaux là c'est vraiment beaucoup, beaucoup plus difficiles parce que là on est vraiment tout seul. Je pense que c'était une chance pour moi d'être à l'hôpital ».*

**Malgré des sollicitations diverses, elle ne fera pas de signalement :**

*« On m'a vachement encouragé à porter plainte mais bon c'est moi qui n'ai pas voulue (...) L'hôpital a porté plainte parce qu'elle a cassé la porte en fait mais*

*que pour les biens matériels, donc je me suis dit bon bah voilà cette dame on lui a signifié d'une certaine manière que ce n'était pas correct (...) Auprès de l'Ordre je n'y ai même pas pensé. »*

# 4 DISCUSSION

## 4.1 Discussion de l'étude

Nous allons évaluer les forces et faiblesses de notre étude.

### 4.1.1 Les forces

#### 4.1.1.1 *Du sujet*

- Fréquence

Dans l'introduction nous avons vu l'augmentation croissante des agressions des médecins malgré une sous-déclaration ainsi que leur impact sur les médecins (3); le ressenti des médecins face à cette insécurité grandissante est donc une question d'actualité.

- Intérêt

Il y a un fort intérêt des médecins sur le sujet de l'insécurité, d'ailleurs la majorité des médecins participants à ce travail de thèse l'ont verbalisé. D'autant que le sujet fait appel à eux en tant que médecin d'une part mais aborde leur vécu en tant que personne d'autre part et donc certains ont apprécié que l'on s'intéresse à eux en tant que personne victime de violence.

Cet intérêt s'est d'ailleurs manifesté par le nombre de médecins qui m'ont contacté suite à mon recrutement (soit 29 médecins).

#### 4.1.1.2 *De la méthode*

- Méthode qualitative

L'objectif de notre étude était d'explorer l'expérience des médecins suite à une situation d'insécurité ; il s'agissait donc d'étudier une variable non quantifiable, non mesurable de façon objective ce qui fait appel à une méthode de recherche qualitative. Cette méthode a l'avantage d'explorer les sentiments des sujets interrogés, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles ; « la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer » (80).

Donc le choix d'une méthode qualitative était bien justifié et donc le plus adapté à notre sujet d'étude.

#### **4.1.1.3 De l'échantillon**

- Représentatif

En recherche qualitative, l'échantillon constitué ne vise pas une représentativité statistique de la population étudiée. L'objectif du recrutement était d'explorer la diversité des opinions et représentations, l'échantillon était choisi et raisonné.

- Médecins de toutes spécialités

Des études ont déjà été menées sur ce sujet mais beaucoup s'intéressaient spécifiquement aux médecins généralistes (1,9,11–17,21,22,24,25,45) et très peu à l'ensemble des médecins c'est-à-dire toutes spécialités confondues (19). Or tout médecin peut être confronté à l'insécurité dans son exercice professionnel même si certains sont plus exposés que d'autres.

#### **4.1.1.4 De l'entretien**

Pour notre étude nous avons donc opté pour des entretiens individuels semi-dirigés ce qui est le plus adapté aux objectifs recherchés.

Les modalités de réalisation des entretiens ont été, autant que possible, favorables au partage d'un vécu.

- Entretien individuel

Le choix d'opter pour des entretiens individuels a été fait pour favoriser le partage d'éléments aussi personnels, sans crainte de s'exprimer en public ou du jugement de la part de confrères, qui peut se retrouver dans des entretiens en groupe. Ainsi ces entretiens de groupe n'auraient donc pas permis de recueillir autant de réponses notamment au niveau des sentiments personnels des médecins interrogés, « les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats » (80). En effet la réalisation d'un focus group nous paraissait donc peu adaptée compte-tenu du sujet sensible et privé de l'insécurité chez les médecins qui est encore peu abordé de façon ouverte. Le statut de « victime » peut être vécu comme un sentiment de souffrance, de honte, de culpabilité ou de remise en question chez le sujet d'où la difficulté de s'exprimer sur ce sujet en public, d'autant que l'entretien peut faire ré émerger le vécu difficile de cette expérience.

- Entretien semi-dirigé

Le caractère semi-dirigé des entretiens, à savoir la présence de questions ouvertes et des différentes relances si nécessaire, permet aux participants tout en étant orientés, de s'exprimer librement et de pouvoir développer certains points qui leur semblent importants et donc a permis d'obtenir des réponses riches et variées de la part des médecins interviewés.

Ainsi l'entretien semi-dirigé est particulièrement adapté aux études qualitatives ayant pour objet l'étude d'un ressenti et du vécu chez une population (75).

- Entretien téléphonique

La réalisation des entretiens par téléphone à leur convenance, choix guidé par la situation sanitaire de la Covid-19, permettait aux médecins de participer plus aisément à cette étude car moins chronophage ; et le manque de temps est un facteur fréquent de non-participation des médecins aux travaux de thèse. D'ailleurs leur choix de rendez-vous téléphonique se portait fréquemment sur des horaires tardifs, sur des week-ends, donc les horaires hors travail plus propices pour se livrer mais moins adaptés pour des rencontres physiques.

- Entretien par un médecin

Le fait que l'observateur soit également un médecin a pu faciliter l'échange et la confiance. Il n'existait pas de barrière comme cela aurait pu être avec une personne exerçant un métier différent.

#### ***4.1.1.5 De l'analyse des résultats***

- Retranscription mot à mot

Une retranscription la plus fidèle possible des propos des médecins a été effectuée sur logiciel Word car la réalisation des verbatims est une étape préliminaire et importante à l'analyse.

La double lecture et le double codage réalisés ont permis de limiter le biais d'interprétation dû à une possible exploitation insuffisante des données.

## **4.1.2 Les faiblesses**

### ***4.1.2.1 De l'échantillon***

- Biais de sélection

Lors du choix du sujet de notre étude, nous voulions initialement interroger les médecins toutes spécialités confondues victimes de violences et ayant déclaré un incident auprès du CDOM. Cependant nous n'ayant obtenu aucune réponse nous avons donc décidé de nous intéresser à l'ensemble des médecins ayant vécu une situation d'insécurité dans leur exercice professionnel. Il apparaît donc un biais de sélection de l'échantillon dans notre étude.

- Biais de recrutement

Le recrutement sur la base du volontariat par effet boule de neige de certains participants amène un biais de recrutement, certains participants sont en effet connus directement ou indirectement de l'investigateur, ce qui a probablement aidé à leurs motivations de participation, inversement pour les médecins non connus.

- Biais de non-réponse

Certains médecins contactés n'ont pas accepté de participer à notre étude pour diverses raisons.

- Biais d'extrapolation

La taille de notre échantillon est de 20, il a été guidé par la saturation des données. La population interrogée n'était pas complètement homogène, car les médecins habitants en zone rurale étaient sous représentés. Les résultats de notre étude ne peuvent donc pas être généralisés à la population générale.

#### ***4.1.2.2 De l'entretien***

- Biais d'interprétation

Le contexte épidémique de la Covid-19 n'ayant pas permis une rencontre physique nous avons opté pour des entretiens téléphoniques mais ils ne permettaient pas de recueillir le contenu non verbal (gestuelle, mimiques, émotions...), de créer un climat de confiance et ainsi de recueillir l'expérience du médecin de façon authentique.

- Biais méthodologique ou d'intervention

Étant médecin moi-même et ayant vécu ce sentiment d'insécurité lors de ma pratique médicale, il y a inévitablement une identification et donc une perte d'objectivité d'où l'emploi du ton le plus neutre possible lors de l'entretien. Sans le vouloir j'ai pu suggérer certaines réponses aux médecins, par des relances et l'orientation de mes questions, d'autant qu'il n'y avait pas d'autres enquêteurs présents lors des entretiens.

D'autres part, le manque d'expérience a pu conduire à un défaut de recueil d'informations car en effet il s'agissait du premier travail qualitatif réalisé par l'interviewer.

Donc le manque d'expérience et d'objectivité a pu créer un biais méthodologique lors de la réalisation des entretiens.

- Biais de déclaration ou de mémorisation

Dans une étude qualitative on s'intéresse à du non mesurable par définition et donc les réponses données par les médecins ne sont pas vérifiables. Il y a le risque que certains médecins de façon consciente ou inconsciente aient modifié leur réponse et donc sélectionner ce qu'ils voulaient ou ne voulaient pas dire, d'autant que le sujet abordé est sensible et donc difficilement abordable. L'utilisation de l'anonymat permettait cependant d'essayer de minimiser ce biais.

#### ***4.1.2.3 De l'analyse des résultats***

- Biais d'analyse et d'interprétation

L'analyse thématique des verbatims réalisée par un enquêteur novice et non neutre a pu entraîner une exploitation non optimale des données. En effet, l'analyse par thème est toujours délicate, les

thèmes sont nombreux et il faut être vigilant à dégager le concept plutôt que de se focaliser sur l'exemple. La notion de thème n'est pas facile à appréhender, car les chercheurs inexpérimentés ont tendance à aller trop loin dans l'interprétation (78).

Afin de limiter au maximum ce biais d'interprétation, nous avons réalisé une triangulation des données, en collaboration avec le Docteur Roy par une double lecture et analyse du verbatim.

## 4.2 Confrontation aux données de la littérature

### 4.2.1 Sur l'insécurité

#### 4.2.1.1 *La fréquence de l'insécurité.*

Les statistiques actuelles montrent que l'insécurité chez les médecins est encore en recrudescence. En effet selon le rapport de l'OSM, l'année 2019 est marquée par 1084 incidents déclarés et d'autant que la région Occitanie (122 déclarations) est la 2<sup>nd</sup> région la plus touchée après les Hauts-de-France (186) (6). Cependant ces données chiffrées ne prennent pas en compte la réalité (nombreuses non déclarations), le contexte et le ressenti.

Un certain nombre de médecins de notre étude trouve que cette insécurité est grandissante et envahissante mais pas pour tous les médecins interrogés ; il s'agit d'un constat sociologique et pas seulement personnel. Le nombre de travaux de thèses s'intéressant à ce sujet montre incontestablement la problématique de la situation pour de nombreux médecins (1,9,11–17,19,21,23,24,45–47).

#### 4.2.1.2 *L'échantillon*

Les données actuelles de la littérature rejoignent nos résultats en particulier concernant notre échantillon qui est assez représentatif. En effet notre population constituée de 20 médecins est très proche de celle du rapport de l'OSM de 2019.

##### ➤ Genre

La profession médicale, et en particulier, l'exercice de la médecine générale, se féminise.

Dans ce même rapport de l'OSM de 2019, 52% des médecins victimes d'incidents sont des femmes, alors qu'elles représentent 47% du corps médical (6); les femmes et les hommes semblent touchés de la même façon ce qui correspond au pourcentage de médecins de sexe féminin en France. Si le sexe du médecin n'apparaît pas être un facteur discriminant dans le type d'incident observé, on note néanmoins depuis plusieurs années une hausse du nombre de femmes victimes (plus rapide que la féminisation de la profession) (18).

Pourtant 2 travaux identifiaient les femmes comme une population de médecins plus vulnérable (17,45) et selon les résultats de l'enquête de victimation 2018 et perceptions de la sécurité de

ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales), dans la population générale les femmes se sentent davantage en insécurité que les hommes (81).

Dans notre étude 60% des victimes sont des femmes, même si le genre féminin des médecins est plus représenté, notre travail a montré que le genre n'est pas relié à l'impact personnel.

#### ➤ Milieu d'exercice

Dans notre étude les incidents touchent les médecins qui exercent essentiellement en milieu urbain (85%). Cela correspond aux résultats donnés par le CNOM, l'incident a lieu dans 71% des cas en milieu urbain (54% en centre-ville et 17% en banlieue) et dans 21 % en milieu rural (6). Dans un travail de thèse de 2009 sur l'insécurité en médecine générale dans la Nord-Pas-de-Calais, le nombre d'agressions dans l'exercice rural est significativement moindre (64% des médecins victimes) que celui des milieux urbains et semi-urbains (82% des médecins victimes) (15). D'ailleurs les médecins des secteurs ruraux et péri-urbains s'estiment plus chanceux que leurs confrères des secteurs urbains (9).

#### ➤ La spécialité médicale

Selon les résultats de l'OSM de 2019, les généralistes sont les médecins les plus touchés, 70% des déclarations sont faites par des médecins généralistes (contre 61% en 2017), alors qu'ils représentent 44% de la population médicale globale. Les autres spécialités particulièrement touchées sont les psychiatres, les ophtalmologues, les dermatologues, les gynécologues-obstétriciens et les ORL. (6). Dans notre étude les généralistes représentent 60% et parmi nos 40% de spécialistes nous comptons entre autres un gynécologue-obstétricien et un psychiatre.

Les urgentistes ont des statistiques de déclaration très faibles or c'est une spécialité exposée à la violence ; cependant beaucoup considèrent que cette violence fait partie du risque du métier et donc ne font pas de signalements.

#### ➤ Le statut

Notre étude montre l'importance du statut dans l'impact ressentie suite à une agression, en effet les étudiants (externes ou internes) ou les remplaçants sont des médecins plus sensibles à cette insécurité.

Très peu d'étude s'intéresse à cette population médicale de non titulaire, on a tout de même retrouvé une étude épidémiologique menée en 2019 afin de mesurer la prévalence des actes de violences subis par les internes en consultation en SASPAS en ex Midi-Pyrénées ; elle a montré que les internes en médecine sont superposables à la population des médecins généralistes face à la violence mais cette étude n'évoquait pas le ressenti des étudiants (25).

#### ➤ L'âge et l'expérience

L'âge et donc l'expérience, qui vont de pair, ont montré dans notre étude leur importance dans les répercussions personnelles. Ainsi la population de médecins agressés la plus jeune et donc avec

une faible expérience a subi des impacts personnels beaucoup plus forts que les médecins victimes plus âgés et donc avec plus d'expérience.

Peu d'études s'attachent à mettre en relief ce lien entre ressenti et jeune âge-inexpérience (9).

#### *4.2.1.3 Les types d'insécurité*

La nature très diverse des manifestations d'insécurité rencontrées par les professionnels de santé traduit les multiples modalités de leur exercice (7). La violence protéiforme envers les professionnels de santé est à l'image de l'évolution sociétale.

##### ➤ Atteintes aux personnes

Dans notre étude les agressions verbales ou menaces sont les plus répandues mais le nombre d'agressions physiques est loin d'être anecdotique alors qu'il a été fait état que d'un seul vol et de quelques faits de vandalisme. En comparaison les statistiques de 2019 retrouvent 66% d'agressions verbales et menaces, 17% de vols ou tentatives de vols (avec surtout les vols d'ordonnances ou d'ordonnanciers), 8% de vandalisme, 8% d'agressions physiques et surtout une augmentation dans l'utilisation d'armes (6).

Dans notre étude, il est aussi décrit l'utilisation d'armes dans des cas de menaces (couteau, fusil, révolver) ou d'agressions physiques (cannes canadiennes, extincteur).

Les agressions verbales à types d'injures, insultes ou provocations sont bien différenciées des menaces ; ainsi ces dernières sont définies selon l'OMS par la « promesse du recours à la force physique ou à l'exercice d'un pouvoir (psychologique par exemple) induisant, pour la personne ou le groupe visé, la peur de préjudices physiques, sexuels ou psychologiques ou d'autres conséquences négatives » (2).

D'autre part, 1 cas d'agression verbale à caractère sexuel ou remarques déplacées a été évoqué dans notre travail de thèse, ce type d'agression est décrit dans de précédentes études (1,9,23,24,35). L'OMS définit la violence sexuelle comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail » (82).

Au final les incivilités restent les agressions les plus fréquentes et vont de pair avec l'évolution de la société. Ainsi les violences mineures et les incivilités quotidiennes alimentent l'insécurité ressentie, exacerbant l'importance et la résonance des agressions plus graves (7).

##### ➤ Atteintes aux biens

En ce qui concerne les atteintes aux biens avec entre autres les dégradations des biens et les vols ou tentatives de vol ; hormis pour M20 le cas du vol dans le cabinet qui est la cause de son

insécurité, pour d'autres médecins les faits de vandalisme sont banalisés et considérés comme secondaires à l'agression et donc accessoires. Dans d'autres travaux de thèse les actes de dégradations des biens ainsi que les vols sont très fréquents (11,15).

➤ Atteintes aux libertés

D'autres part dans notre étude nous avons différencié les atteintes aux libertés, avec les tentatives de séquestration relatées, des autres types d'agression. Dans le rapport du CNOM de 2019 la séquestration représente moins de 1% des agressions physiques (6). Cependant la presse fait écho de séquestrations de médecins ce qui montre que ce type d'agression n'est pas si négligeable comme dans notre ouvrage (83–87).

➤ Insécurité par « procuration »

L'insécurité par « procuration » est exprimée chez un de nos médecin interrogé ce sentiment a également été retrouvé dans un autre travail de thèse (19).

➤ Gravité de l'insécurité

Dans notre étude nous avons coté la gravité des agressions en fonction de l'échelle proposée par l'ONVS (88) et cette gravité a révélé être étonnamment indépendante de l'impact personnel.

En effet, les agressions très graves sont au final relayées à une situation exceptionnelle ne pouvant vraisemblablement pas se réitérer et les incidents plus « légers » de types incivilités sont banalisés par leur fréquence et par leur inhérence à l'évolution sociétale et au risque du métier. Cette absence de lien entre gravité de l'agression et intensité du ressenti a été mis en évidence dans d'autres thèses (19,47).

#### **4.2.1.4 Les agresseurs**

La typologie des agresseurs est finalement peu documentée dans la littérature mais 3 caractéristiques reviennent néanmoins.

➤ Genre

Le genre masculin de l'agresseur est majoritaire dans notre étude et ceci est concordant à l'échelle nationale avec l'enquête de ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales) de 2018 (81).

➤ Pathologie

Dans notre étude, parmi les profils de patients agresseurs, on retrouve fréquemment les personnes souffrant d'addictions ou de pathologies psychiatriques. Selon un article des annales médico-psychologiques de 2005, il existe des circonstances majorant la survenue de violences chez les patients atteints de pathologies psychiatriques. Parmi celles-ci, on retrouve une histoire antérieure de violence, la non observance du traitement et du suivi et l'abus de drogues ou d'alcool (89). Ce

profil de patient agressif chez les toxicomanes (10,34,35,43) et les patients psychiatriques (10,33,34,43) est très souvent identifié dans de nombreuses études.

➤ Statut

Dans notre étude l'agresseur est le plus souvent un patient mais parfois un accompagnant de même que les chiffres de OSM de 2019 où l'agresseur est le patient dans 55% des cas, un accompagnant dans 15% des cas (6).

Au final peu importe le profil de ou des agresseurs, car dans notre étude on se rend compte qu'il est indépendant de la sévérité du ressenti du médecin agressé.

#### ***4.2.1.5 Les motifs d'insécurité***

Parmi les motifs principalement évoqués par les médecins pour expliquer ces incidents, on retrouve un reproche relatif à la prise en charge médicale, un refus de prescription (ordonnance ou certificat), un temps d'attente jugé excessif et une falsification de documents (ordonnance ou certificat). Ces 4 causes sont parmi les 5 premières citées dans le rapport de l'OSM de 2019 avec respectivement 35,16,10 et 10% des motifs d'agression. Le vol classé à la troisième place avec 13% est dans notre étude évoquée qu'une seule fois (6).

Les causes de ces manifestations de violence sont assez bien connues ; elles sont de nature sociétale (7) ainsi l'augmentation actuelle des incivilités sociétales entraîne une certaine banalisation de ces incidents chez nos médecins interrogés comme dans d'autres études (12,13,21).

Dans notre étude est très souvent évoquée la pathologie de l'agresseur elle-même à l'origine de l'incident avec notamment les patients ayant une comorbidité psychiatrique, addictive ou anxieuse pathologique.

#### ***4.2.1.6 Les contextes d'insécurité***

Ces situations d'insécurité arrivent partout (hôpitaux, cliniques, cabinet médicaux, visites à domicile, gardes) mais pas n'importe comment ; la notion d'isolement est le dénominateur commun dans la quasi majorité des situations d'insécurité. Ainsi dans notre étude un fort sentiment d'isolement est retrouvé dans 75% des cas lors des incidents. Cette notion est retrouvée dans d'autres thèses également (9,14).

Selon les derniers chiffres de OSM de 2019, l'incident a lieu dans 65 % dans le cadre d'un exercice de médecine de ville et dans 25 % dans le cadre d'une activité en établissement de soins (avec 15 % en établissement privé et 5 % en établissement public et 5 % autres) et seulement 2 % dans un autre cadre (et 8% de non réponse). Ces incidents se déroulent aux urgences dans 1% des cas contre 2% en 2018 (6).

Cependant dans le cadre de notre étude les incidents se déroulent pour 65% des cas dans une structure de soins (public et privé non différenciés), pour 20% dans des cabinets médicaux et 15% lors de visites à domicile.

Cette différence entre notre étude et les résultats de OSM tient du fait que les médecins agressés dans des structures de soins signalent à leur établissement de santé respectif l'incident et non au CNOM, or les chiffres de l'OSM sont obtenus à partir des déclarations des médecins auprès du CNOM via la fiche de déclaration d'incident. Il faudrait prendre en compte les chiffres de l'ONVS et non uniquement ceux du CNOM pour chiffrer les incidents dans les structures de soins.

D'autre part certaine zone géographique dite sensible représente un réel facteur d'insécurité pour de nombreux médecins. Ainsi dans une thèse de 2013 menée sur l'exercice de la médecine générale en zone urbaine sensible, il a été montré que l'insécurité était une des principales raisons pour laquelle les médecins remplaçants ne s'y installeraient pas (13) ; cette vision assez péjorative est également exprimée dans notre thèse. Il y a aussi une inquiétude largement partagée sur l'avenir de la continuité des soins dans ces zones urbaines sensibles avec le risque est de créer des zones géographiques sous-médicalisées ou zones de désertification médicale (9-14).

L'existence de moyens de sécurité (vigile, sas, secrétariat, police...) ne permet que dans un tiers des cas la réassurance des médecins interrogés par lenteur ou inadéquation des interventions.

Outre la notion spatiale dans les facteurs favorisant l'insécurité, la notion temporelle est très présente dans notre thèse ; ainsi les derniers rendez-vous, les nuits et les week-ends sont propices aux agressions. Cette notion temporelle est fréquemment retrouvée dans la littérature car elle révèle de moments de plus fort isolement (15,17,21,34).

#### ***4.2.1.7 Les réactions face à l'insécurité***

Dans notre étude nous avons mis en évidence 4 types de réactions immédiates des médecins lors de leur agression à savoir une attitude défensive (n=5), tempérée (n=4), résignée (n=5) et de fuite (n=6) ; ces 4 types de réaction ont une répartition quasi uniforme.

Néanmoins la pacification qui est une approche de communication est à privilégier selon le CNOM. Ainsi dans son guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé, le CNOM préconise la conduite à tenir en cas d'agression. Il conseille de rester en toutes circonstances calme et courtois, de ne pas avoir de réaction de force, de garder son calme et son sang-froid, de n'opposer de résistance que pour se protéger personnellement des violences physiques, de faire baisser la tension en essayant de dialoguer avec l'agresseur, de parler calmement en respectant le vouvoiement, de tenter de le rassurer, d'éviter tout regard ou toute attitude qui pourrait être perçu comme provoquant, de ne pas le menacer de représailles judiciaires, de ne pas faire de gestes brusques ou qui pourraient être mal interprétés (72).

Ces recommandations sur l'attitude à avoir face à un agresseur sont notamment critiquées par M11 qui les trouvent et non adaptées voir choquantes.

## **4.2.2 Sur les répercussions**

### **4.2.2.1 Personnelles**

L'impact individuel peut être très fort avec des répercussions psychologiques et physiques.

La sévérité de l'impact personnel à moyen et long terme sur les victimes est indépendante de la gravité de l'agression, de la typologie l'agresseur mais est hautement liée à la typologie de la victime elle-même avec notamment son jeune âge et donc son manque d'expérience qui vont de pair ainsi qu'à son statut de non titulaire (étudiant ou remplaçant). Mais cet impact personnel est le plus fortement associé au sentiment d'isolement, sentiment très présent chez les plus jeunes et la totalité des généralistes. Cette gestion de la violence plus aisée avec l'expérience des médecins généralistes a été aussi retrouvée dans un autre travail de thèse (9). D'autre part il a été montré que le sentiment d'insécurité est corrélé au fait d'avoir déjà été victime d'une ou plusieurs agressions (18). Ce sentiment d'insécurité est largement partagé dans d'autres travaux de thèse (15,17,19).

L'expression du sentiment de peur est celui le plus fréquemment retrouvée dans la littérature et dans notre étude (9,10,36).

Cette violence retentit sur leur psychisme notamment par l'apparition de divers sentiments (peur, énervement, stress, anxiété, méfiance, colère, culpabilité, humiliation, injustice, questionnements sur ses qualités de praticien et sur le devenir de sa profession , échec... ) et génère ainsi des répercussions personnelles (9,10,13,14,19,23,36).

Le sentiment d'incompréhension et d'injustice est d'ailleurs assez fort, car cette insécurité que les médecins subissent émane de personnes qu'ils ont choisi de soigner par vocation.

### **4.2.2.2 Professionnelles**

L'incidence sur leur profession est bien réelle, les répercussions professionnelles sont directement liées au vécu personnel.

Dans notre étude, la moitié des médecins n'ont pas changé leur exercice professionnel suite à l'incident d'insécurité, ces médecins étant peu impactés personnellement par leur agression. A l'inverse l'autre moitié des médecins interrogés ayant été fortement affectés par l'agression a modifié sa pratique. Il en est de même dans une thèse de 2009 où 48% des médecins interrogés victimes d'incivilité ont modifié leur pratique et notamment par le recours à des systèmes de sécurisation (15).

Les mesures déployées pour combattre ce sentiment d'insécurité sont diverses et variées mais sont superposables aux données de la littérature, on retrouve essentiellement la sécurisation de leur travail (système d'alarme, de vidéosurveillance, sas...) (10,11,15,16,21) préconisée aussi par le CNOM (72), la modification de leur exercice (arrêt, réduction ou modification des conditions des gardes et ou des visites à domiciles, exercice en groupe, secrétariat physique, réaménagement des horaires, consultation uniquement sur rdv...) (9-11,15,17) mais également en modifiant leurs comportements avec les patients (14-17,19).

Le travail de groupe semble rassurant, ce sentiment peut expliquer en partie le nombre croissant de maisons de santé en France (10,12), l'existence d'un secrétariat est également gage d'un meilleur sentiment de sécurité par la diminution de l'isolement mais ne diminue à priori en rien les incivilités ; ainsi selon OSM 63% des médecins victimes disposent d'un secrétariat, ce qui indique qu'il ne s'agit pas d'un outil suffisant pour se prémunir d'incidents parfois graves (6).

En ce qui concerne les gardes ou visites à domicile pour ceux qui acceptent d'en faire encore mais sous conditions, ils souhaitent qu'elles soient régulées et sécurisées, or on note que dans les conseils de précautions lors de visites à domicile prodiguées par le CNOM dans son guide, le médecin est isolé il doit se protéger seul ou avec l'aide de son entourage personnel ou professionnel ; il n'y a pas de proposition d'aide extérieure institutionnelle (72).

Plusieurs praticiens d'une autre étude avouent s'être munis d'arme de défense, pour certaines illégales (9) dans notre thèse un seul médecin nous évoque la possibilité d'acquérir une arme de défense de type (bombes lacrymogènes) sur les conseil des forces de l'ordre et de confrères sur des forums de discussion.

Au final tout l'arsenal mis en place vise à lutter contre l'isolement.

Des répercussions professionnelles semblables sont retrouvées dans d'autres travaux de thèse, ainsi une étude qualitative de 2012 menée sur la violence ressentie par les médecins généralistes dans les Pyrénées-Orientales a montré qu'ils sont bien victimes d'agressions dans leurs pratiques cependant ils n'ont pas le sentiment d'insécurité car ils adaptent leur exercice professionnel et évitent les situations à risque ; la notion de milieu sécurisé est représentée par un exercice professionnel de groupe, en milieu rural avec un local et des horaires adaptés, et beaucoup de médecins ne font plus de gardes par peur d'être agressés, notamment les médecins femmes (10) ; une autre thèse sur l'insécurité des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais montre que secondairement à une incivilité, ils sont 52% à ressentir de l'insécurité pendant leur pratique professionnelle et 48% à modifier leur activité professionnelle se tournant majoritairement vers la mise en place de système de sécurisation (63%) et vers une modification dans la relation médecin/patient (60%) et bien que les incivilités soient plus nombreuses au sein même du cabinet, les médecins redoutent davantage les visites, notamment lors des gardes (15).

L'aptitude au travail se retrouve également impacté avec un arrêt de travail pour un seul de nos médecins et une démotivation pour d'autres allant jusqu'à la réflexion de leur avenir dans la profession ; répercussions professionnelles retrouvées dans d'autres études (9,24). Selon les chiffres de OSM de 2019, 7% des incidents déclarés ont occasionné une interruption de travail des médecins, de plus de 8 jours pour 1 % des incidents (6).

D'autant plus que depuis plusieurs années, la relation médecin/malade se modifie, en parallèle de l'évolution de la société. En sociologie, le relation médecin/malade peut être défini selon 3 types : l'approche directive où le médecin est l'expert et le malade un patient ; l'approche communicationnelle où le médecin éduque le malade qui est alors un client et l'approche négociée où le médecin adapte ses propositions au malade devenu un partenaire. Or la médecine appartient à un système global dont les enjeux dépassent de loin le simple face à face médecin/malade (90). Ainsi dans notre étude cette évolution de comportement des patients est largement évoquée, inhérent au phénomène sociétal, et fait le lit à de nombreuses incivilités. Le manque d'éducation, le statut de « patient roi », le test des limites institutionnelles de certains patients est exposé à plusieurs reprises.

En conséquence la modification du statut du médecin est une inquiétude pour nombre d'entre eux (14-17,19) ainsi que dans notre étude ; le modèle paternaliste perd peu à peu sa place pour un statut de prestataire de service où le principe d'autonomie du malade est la règle (90). Internet a accentué cette problématique, ainsi un certain nombre de patients fait son auto-diagnostic via le net et vient voir le médecin pour des prescriptions d'examen complémentaires et/ou de traitements qu'il a lui-même décidé d'où les motifs fréquents d'agressions lors des refus par les médecins de prescriptions imposées et parfois non justifiées. Ce sentiment de manque de reconnaissance et d'inutilité est retrouvé dans un autre travail de thèse (9).

L'expérience acquise permet une approche plus sereine avec l'anticipation des situations à risque et la mise en place de précautions, cet apprentissage par l'expérience est régulièrement mis en avant dans ma thèse mais aussi dans d'autres (9). Ainsi les modifications professionnelles les plus importantes sont retrouvées chez les jeunes installés (moins de 5 ans) (17).

Le refus de soigner un patient suite à une agression est évoqué à plusieurs reprises dans notre étude comme dans d'autres travaux de thèse (9,24) car effectivement certains médecins renoncent à délivrer de façon définitive des soins à leurs agresseurs, et un médecin a le droit de refuser de soigner un patient comme le rappelle le Code de Déontologie Médicale dans l'article 47 : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. » (91).

Au total, les répercussions professionnelles sont telles que la mission de service public des médecins est en danger à savoir « la santé pour tous, à toute heure et sur tout le territoire » (18).

## 4.2.3 Sur les signalements

En concordance avec les données de la littérature, il y a une large sous-estimation des agressions des professionnels de santé du fait d'une faible déclaration de ces situations d'insécurité (15,16,19–23). La principale cause des non signalements est la méconnaissance des procédures, très souvent retrouvée dans la littérature (10,16,21–25).

### 4.2.3.1 *Signalement ordinal*

Dans notre étude, les 3 seuls signalements ordinaux sont le fait de médecins généralistes suite à une agression au cabinet ou en visite à domicile ; aucun médecin spécialiste ou médecin exerçant dans une structure de soins n'a signalé à l'Ordre leur incident.

Le signalement se fait en remplissant la fiche de signalement des incidents disponible sur le site du Conseil de l'Ordre des médecins (Annexe 2). L'intention du signalement est qu'un référent ordinal écoute, conseille et aide le médecin victime (3). Dans notre étude on note que les 3 médecins qui ont référé leur incident à l'instance ordinale sont en quête d'une aide individuelle plus qu'administrative, ils parlent volontiers de leur impact personnel au référent ordinal et sont à la recherche d'une écoute bienveillante. Mais la majorité des médecins ne signale pas les agressions auprès de l'Ordre essentiellement par méconnaissance de cette procédure.

Par ailleurs il y a une certaine défiance vis à vis de l'instance ordinale et nombre d'entre eux s'interroge sur son utilité dans la cadre d'une agression par manque d'information essentiellement. Ainsi dans un autre travail de thèse, les médecins interrogés, même s'ils ne le font que peu, estiment que le signalement des incivilités subies au Conseil ordinal est important. Cependant, plus de la moitié des participants de l'étude ne connaissent pas la fiche de recensement des incidents. Pour les autres, l'avis est partagé sur son utilité, son accessibilité et sa facilité d'utilisation (9).

Le manque d'expérience est aussi une raison invoquée de non signalement d'incident et c'est souvent le fait des étudiants ; c'est ainsi que depuis le 1er janvier 2019, le dispositif de déclaration a été étendu aux internes et le CNOM les encourage à se saisir de cet outil car ils doivent également être protégés dans leur mission au service des patients (5). En effet le travail de thèse épidémiologique de 2019 sur l'état des lieux de la violence sur les internes en SASPAS montre que seulement 15,4% des internes connaissent l'OSM (25).

Enfin la peur du jugement par ses pairs est aussi un motif de non signalement à l'Ordre par pudeur, honte ou culpabilité ; le sujet demeure tabou pour certains médecins (18,21).

#### **4.2.3.2 Signalement judiciaire**

Il en est de même pour le signalement judiciaire, notre étude est superposable aux données de la littérature. Selon le rapport de l'OSM de 2019, les médecins portent peu plainte, malgré le fait que l'Ordre des médecins s'associe systématiquement aux plaintes des médecins victimes d'incidents. Ainsi, 59% des médecins victimes d'agressions n'ont déposé ni plainte ni main courante, 31% ont déposé une plainte et 10% une main courante (6). Dans notre étude seulement 4 médecins sur les 20 ont fait un signalement judiciaire.

La déclaration judiciaire est possible de 2 façons à savoir la main courante et le dépôt de plainte (72). Le CNOM incite les médecins agressés à déposer systématiquement plainte, le dépôt d'une main courante est en général inutile (sauf sur le plan assurantiel en cas d'atteinte aux biens) (3).

Dans notre étude une méconnaissance de ces mesures judiciaires et les difficultés engendrées sont relatées notamment par M11. Les médecins participants d'une autre étude connaissent eux ces différentes mesures judiciaires mais peu d'entre eux ont pour autant recours au dépôt de plainte (9).

Les agressions verbales, agressions les plus fréquentes, sont souvent banalisées et pourtant, les diffamations, injures et menaces constituent des délits et susceptibles de poursuites judiciaires (65,66,68,69,92) d'autant que l'agression d'un professionnel de santé est devenue un facteur aggravant au niveau juridique (70).

Outre la méconnaissance des procédures judiciaires, la peur des représailles est un obstacle majeur. Malgré le fait que le CNOM peut s'associer à la plainte et se porter partie civile, voire se substituer au médecin en cas de crainte de représailles (3); cette non anonymisation des victimes décourage de nombreux médecins à s'engager dans des suites judiciaires.

La double « peine » représente également un large frein aux démarches judiciaires, c'est-à-dire être agressé et devoir en plus porter plainte avec la charge administrative et la perte de temps qui en découlent.

En outre une certaine défiance vis-à-vis de l'instance judiciaire est également évoquée avec le classement sans suite de nombreux signalements ou la déclaration fréquente d'irresponsabilité pénale des agresseurs découragent les médecins victimes à déposer plainte. Ainsi tous types de violences confondus, 41 % des incidents seulement connaissent une suite judiciaire, ce qui contribue sans doute au sentiment d'impunité des agresseurs (4).

Enfin la banalisation de l'insécurité explique en partie cette sous-déclaration des agressions, ce certain fatalisme est mis sur le compte du phénomène sociétal d'insécurité grandissante mais également sur le risque du métier (9,12,13,21,43).

En cela le coordonnateur de l'OSM déclare dans le Bulletin de l'Ordre National des Médecins de décembre 2020, « les insultes et menaces sont devenues si banales que les médecins sont souvent dissuadés par la police de porter plainte quand ils en sont victimes. Or, même verbale, une agression peut être traumatisante ! C'est pourquoi nous insistons pour que nos confrères fassent appel à leur conseil départemental de l'Ordre en cas de violence : nous leur apportons systématiquement notre soutien. Il faut porter plainte pour que les autorités prennent la mesure du problème » (4).

#### ***4.2.3.3 Signalement aux structures de soins***

Dans le cas des médecins exerçant dans les structures de soins (n=13), les incidents sont référés uniquement à la structure (à l'administration, à son supérieur hiérarchique, à la sécurité, à l'équipe de garde) mais jamais aux instances ordinales (n=0) et rarement aux instances judiciaires (n= 3).

Le médecin victime, en signalant son agression à sa structure de soin, pense que c'est l'établissement de santé qui va prendre le relais, il se repose voire se décharge sur lui.

Cependant les structures de soins ne relayent pas souvent l'incident à l'instance ordinale et ou judiciaire, les incidents sont souvent traités en interne. Peu des médecins ayant référé leur agression à leur établissement ont un retour de leur part.

Ainsi il y a souvent une insuffisance de prise en charge des personnels médicaux des structures de santé (prise en charge par la médecine du travail, le médecin chargé de ces violences envers les personnels, et par l'intervention ponctuelle d'un psychologue pour les violences les plus graves).

Et la pression économique qui pèse sur ces structures de soins majorent ce malaise.

Confrontés de plus en plus à ce phénomène, en particulier dans leurs services d'urgence et de psychiatrie, de nombreux établissements hospitaliers développent des travaux de recherche sur la violence intra-hospitalière au sein des comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) lesquels peuvent susciter des interventions et proposer des actions de prévention(18).

#### ***4.2.3.4 Signalement à l'entourage***

Le signalement à l'entourage familial ou au proche est fréquent mais peu de médecins en parle à leur entourage professionnel (confrère) ; il n'y a pas d'accompagnement confraternel. Ils sont plus enclins à se confier sur des forums internet tel que « le divan des médecins » (93) souvent évoqué chez les médecins interviewés de notre étude. Cette absence d'échange entre confrères par crainte

du jugement, par honte, par culpabilité ou par banalisation maintient le médecin victime dans son isolement.

Seuls les médecins remplaçants signalent aux médecins remplacés leur incident respectif.

Le signalement à son assurance a été fait par un seul de nos médecins interrogés, or il est pourtant préconisé de le faire systématiquement « tout médecin disposant d'une assistance juridique dans le cadre d'un contrat d'assurances en responsabilité professionnelle ou autre doit également contacter son assureur en cas d'incident de ce type » (18).

Au final il y a peu de signalement des agressions par les médecins, ils semblent plus accorder de crédit aux enseignements de leur propre expérience qu'aux aides proposées par le CNOM, la justice ou autres et ne rompent pas cet isolement. Cette sous-déclaration révèle une réelle défiance vis-à-vis des institutions et montre ainsi leur peu de confiance dans les aptitudes de la société à les protéger. Mais elle témoigne également que ce sujet est encore tabou car pour beaucoup de médecins le sentiment de honte et d'échec professionnel prévaut sur celui de victime après une agression dans le cadre de son exercice.

#### **4.2.4 Sur les propositions**

Dans notre étude les 20 médecins sont force de proposition pour améliorer l'insécurité.

Comme les modifications dans leur pratique professionnelles, les propositions de chacun après une agression sont reliées à l'impact émotionnel mais cet impact personnel n'est pas fonction de la gravité de l'agression mais en lien au vécu d'isolement.

Pour la quasi-totalité des médecins interrogés la connaissance des mesures de sécurité, des structures et recours existants et la formation, initiale ou continue, sont à développer afin de mieux prévenir et gérer ces situations afin d'en limiter les conséquences.

Ainsi « inclure dans le cursus médical et dans le cadre de la formation continue une préparation à l'évitement et à la gestion des crises violentes est certes souhaitable et permettrait à certains de faire face aux situations les moins dramatiques » (18) cette demande de formation est très répandue parmi les médecins de notre étude et de d'autres études (14,19,22,24,36) ; « même si ceci peut être comparé à un antalgique qui atténue la douleur mais n'en soigne pas la cause » (18).

D'autre part ces médecins victimes attendent des aides individuelles surtout sous forme d'une cellule de soutien pluridisciplinaire avec une aide psychologique. Une prise en charge des personnels victimes de violences « très précoce, proposée systématiquement et personnalisée » est également préconisée par le professeur Baccino avec la mise en place de réseaux en « ville et au sein des établissements sanitaires associant urgences médico-judiciaires, psychologues et

psychiatres, travailleurs sociaux et conseils juridiques » (18). Une aide psychologique est proposée par le CDOM ou par des associations ou forum de discussions (MOTS, AAPML, Divan des médecins...) mais elles sont méconnues par les médecins (60,61,63,93).

Les médecins attendent plus d'implication des instances ordinales et judiciaires et surtout une sécurisation de leur profession (numéro direct avec les forces de l'ordre, boutons de panique, caméras vidéo...).

Au niveau local, des expérimentations ont été lancées par les Conseils départementaux de l'Ordre pour améliorer la sécurité du corps médical. Par exemple à Limoges, un bip de géolocalisation permettant d'alerter les forces de l'ordre a été proposé aux médecins de ville. Ce dispositif sera progressivement étendu à tous les médecins de la Haute-Vienne. En Ile-de-France, le Conseil régional de l'Ordre développe une application qui permet d'alerter et de faciliter l'intervention des forces de l'ordre en cas d'urgence (5).

Les médecins interrogés attendent de leur instance ordinale, de façon assez unanime, une prise en charge systématique, totale et sans condition de la victime ; requête associée à la résolution du manque d'information et de formation ressentie par les médecins sur ce sujet.

Sur le plan judiciaire, ils espèrent plus de reconnaissance de leur statut de victime, plus de protection, et surtout de sévérité envers leurs agresseurs car beaucoup ressentent une certaine injustice à cause d'une disparité de sanction entre les patients et les médecins.

## 4.3 Hypothèses et perspectives

L'insécurité est un thème récurrent de notre société qui touche toutes les professions et qui n'épargne donc pas le milieu médical, il n'est donc pas étonnant de lire de nombreux travaux relatifs à ce sujet.

Une des originalités de notre étude tient à la mise en évidence de la différence de vécu et de ressenti par l'intermédiaire du récit croisé des 2 médecins ayant subi la même situation d'insécurité. Ainsi une suite à donner intéressante à notre travail serait une étude phénoménologique de témoignages croisés pour approfondir ces différences de vécu respectif pour une même situation de violence et ainsi de mieux repérer la part individuelle de la part organisationnelle face à une agression.

D'autre part, l'évaluation de la graduation de la sévérité des agressions par 2 personnes en parallèle apporte une singularité à ce travail de thèse et donne force à ses résultats.

De plus l'intérêt de notre thèse par les médecins interrogés a été très souvent évoqué, d'ailleurs une échelle de cotation de cet intérêt pourrait être proposée afin de le mettre en lien avec leur impact personnel et professionnel.

Par ailleurs, il est important de mettre en avant l'ambiguïté du terme insécurité. L'insécurité peut être objectivement subie ou subjectivement ressentie ; en effet ce travail de thèse nous a permis de se rendre compte que le mot insécurité ne parle pas aux médecins interrogés. La notion d'insécurité est très différente pour un médecin à un autre, comme pour tout individus d'ailleurs, elle est très vaste et s'étend du simple sentiment de gêne ou de malaise au sentiment de peur extrême et de mort imminente, ou un sentiment d'insécurité par « procuration » ; sa signification est donc propre à chacun.

Ce flou terminologique est très bien décrit dans une synthèse bibliographique sur l'insécurité, un premier état des savoirs : « Une bonne partie des “ malentendus ” tient sans doute au fait que parlant de l'insécurité, chacun parle d'une position, d'un point de vue, d'une expérience, de représentations différentes. Là où pour certains, l'insécurité renvoie immédiatement à une expérience concrète, pour d'autres, elle constitue avant tout une expérience indirecte, “ par procuration médiatique ”, (mais non moins ressentie !). Là où pour certains, le “ sentiment d'insécurité ” est synonyme de “ crainte de la délinquance de rue ”, pour d'autres, il englobera d'autres craintes plus globales (“ le terrorisme ”, “ la mondialisation ”, “ la crise ”) ou plus sociales (“ la précarité ”, “ l'échec ”, “ la relégation ”). Là où certains l'appréhenderont à travers les catégories légales, pénales et policières (les infractions, crimes et délits), pour d'autres, l'insécurité renverra avant tout à des conduites et à des situations ordinaires de la vie sociale. Là où certains l'envisageront comme un problème social qui appelle des réponses politiques, d'autres la considéreront comme une réponse politique qui pose des problèmes sociaux » (30).

Enfin, sur le plan juridique il serait judicieux de se pencher sur une proposition de loi permettant l'anonymisation des victimes, en effet bien que l'Ordre des médecins se propose de se porter partie civil, la protection de l'anonymat n'est pas de mise et entraîne beaucoup de non dépôt de plaintes par peur des représailles. D'autant plus pour le statut de médecin remplaçant pour lequel son adresse personnelle est l'adresse d'enregistrement du numéro SIRET et donc accessible à tous et donc à l'agresseur sur internet.

Pourtant dans son guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé le CNOM indique que « Si vous risquez des représailles, vous pourrez également vous voir proposer d'être domicilié à votre adresse professionnelle, voire au service de police ou à la brigade de gendarmerie territorialement compétente, après accord du procureur de la République » (72), mais en pratique il n'y a pas d'anonymisation comme en ont témoigné des médecins victimes.

La CNIL associée à des juristes pourrait légiférer afin d'anonymiser les victimes et lutter contre ce sentiment d'insécurité. Il est important de combattre cette peur des représailles en protégeant les victimes et ainsi faciliter les signalements des agressions sous-déclarées dans la profession médicale.

# 5 CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif principal d'explorer le vécu et l'impact de situations d'insécurité (violences) sur des médecins victimes dans l'exercice de leur pratique. L'objectif secondaire étant de s'intéresser aux facteurs qui influencent les médecins à faire ou non un signalement auprès du CDOM et / ou des instances judiciaires ainsi que de repérer l'utilisation des dispositifs d'aide existant, de recueillir leurs ressentis ainsi que leurs attentes sur ce sujet.

Nous avons réalisé pour cela une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 généralistes et 8 spécialistes, majoritairement de l'Hérault. Tous volontaires pour témoigner, ils nous ont permis de recueillir 35 situations d'incidents exploitables.

Les résultats de cette étude retrouvent la diversité des incidents décrite dans la littérature tant au niveau des degrés de sévérité, des profils des médecins victimes que dans la variété des lieux d'exercice (hospitalier, cabinet libéral, visite à domicile). La composition de cet échantillon est par ailleurs très proche de la démographie médicale de l'Hérault (sexe, âge, spécialités).

Nous nous sommes particulièrement intéressées à l'impact personnel à moyen et long terme sur les victimes ; il est indépendant de la gravité de l'agression : les plus violentes étant vécues à distance comme exceptionnelles, rarissimes probablement non rééducatrices ; les plus « faibles » sont souvent banalisées et mises sur le compte d'une augmentation actuelle des incivilités sociétales ou au risque inhérent du métier de médecin. L'ampleur du contre coup est reliée non pas aux caractéristiques de l'agresseur (pathologie avérée, le fait du patient ou non ...) mais bien plutôt aux caractéristiques des victimes : non pas le genre mais le plus jeune âge, relié à l'expérience, le statut (étudiant, remplaçant) mais surtout à l'évocation au cours des incidents d'un fort sentiment d'isolement pour les  $\frac{3}{4}$  d'entre eux et toujours présent en cabinet médical et en visite à domicile. L'existence de moyens de sécurité (vigile, sas, secrétariat, police...) ne permet que dans un tiers des cas la réassurance par lenteur ou inadéquation des interventions... Les trois seuls signalements ordinaires sont le fait de médecins généralistes (cabinet ou VAD), les incidents se déroulant en milieu hospitalier étant référés uniquement à l'administration. Les autres non signalements sont le fait d'une méconnaissance des procédures, d'une défiance vis-à-vis des autorités policières et ordinaires jugées inadéquates voire remplacées par l'utilisation de forum internet de discussion sur l'insécurité médicale. Ce sentiment d'isolement se perpétue par

l'absence d'échange entre confrères (par pudeur, banalisation, culpabilité, routine hospitalière...) ; par contre ils le signalent plutôt à leur entourage proche. Il génère un stress durable, l'installation de sentiment de méfiance, de culpabilité, de questionnements sur ses qualités de praticien et sur le devenir de sa profession....

Les effets sur les pratiques professionnelles semblent directement découler de l'intensité du vécu précédent. Les moins touchés personnellement n'ont pas modifié leur pratique soit qu'ils se sentent suffisamment en sécurité soit qu'ils banalisent l'événement. Par contre les plus touchés vont déployer tout un arsenal de modifications (arrêt des gardes, aménagement des horaires de consultation, changement de pratique...). Ils semblent plus accorder de crédit aux enseignements de leur propre expérience qu'aux aides proposées par le CNOM ou la justice.

De notre part il nous semble que la prise en compte de l'impact personnel relié au vécu d'isolement nous paraît centrale dans les aides individuelles à proposer à des médecins victimes de situation d'insécurité. Elle se fait déjà sporadiquement et pourrait s'étendre sous forme d'une cellule de soutien pluridisciplinaire avec une aide psychologique comme elles existent déjà dans les situations de catastrophe ou par la construction d'un forum internet dédié à ce sujet. Ils attendent cependant plus d'implication des instances ordinales et judiciaires.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

1. Blériot E. L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique: état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
2. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). OMS | Selon une étude récente, la violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé [Internet]. WHO. World Health Organization; 2002 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release37/fr/>
3. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). L'observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/lobservatoire-securite-medecins>
4. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Médecins Le bulletin de l'Ordre National des Médecins. déc 2020;(70):6.
5. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Résultats 2018 de l'Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. 2019 avr [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2018-lobservatoire-securite-medecins>
6. CNOM, IPSOS. OBSERVATOIRE DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS EN 2019 Recensement national des incidents par la section EP du CNOM [Internet]. 2019 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1nofdpd/cnom\\_observatoire\\_de\\_la\\_securite\\_2019.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1nofdpd/cnom_observatoire_de_la_securite_2019.pdf)
7. IGAS (inspecteurs généraux des affaires sociales), Vernerey M, Costargent G. Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé [Internet]. 2001 oct [cité 23 mars 2021]. Report No.: 2001.110. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000093.pdf>
8. Les médecins ont aussi leurs maux à dire - Michele Maury & Patrice Taourel - Librairie Ombres Blanches [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ombres-blanches.fr/les-rencontres/rencontre/event/michele-maury/les-medecins-ont-aussi-leurs-maux-a-dire/9782749263038/6/2019//livre///9782749263038.html>
9. Delgatte F. Violence à l'encontre des spécialistes de médecine générale des Hauts-de-France dans l'exercice de leur profession: représentations et ressources dont ils disposent [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
10. Olive S. Violence ressentie par les médecins généralistes: enquête qualitative dans les Pyrénées-Orientales [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Faculté de médecine; 2012.
11. Alliel C. Le sentiment d'insécurité chez les médecins généralistes de la Seine-Saint-Denis: analyse qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2014.
12. Benoist M. La pratique de la médecine générale dans un quartier sensible de Rennes: enquête auprès de généralistes, exerçant ou ayant exercé à Maurepas, des années soixante à nos jours [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
13. Rousselet-Pflieger J. L'Exercice de la médecine générale en zone urbaine sensible: Étude qualitative auprès des médecins généralistes de la Paillade à Montpellier et perspectives [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.
14. Alamé A. Médecins généralistes victimes de violence en cabinet: ressources utilisées

- pour faire face aux agressions. Étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Nice Sophia-Antipolis; 2016 [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01380955/document>
15. Fasciaux F. L'insécurité en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2009.
  16. Mahon Ferreira C. L'insécurité en médecine générale dans l'Oise : étude rétrospective auprès d'un échantillon de 300 médecins. [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne. Amiens. FRA / com.; 2012.
  17. Bojanova-Nogues M. L'insécurité dans l'exercice de la médecine générale: enquête auprès de tous les médecins généralistes de l'Hérault [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2005.
  18. Baccino É, Cathala P. Chapitre 9 - Médecins victimes de violence. In: Baccino É, éditeur. Médecine Légale Clinique [Internet]. Paris: Content Repository Only!; 2014 [cité 29 nov 2018]. p. 123-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294740541000092>
  19. Huber F. Vécu de l'insécurité des médecins ayant fait un signalement au conseil de l'ordre: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 23 médecins de Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
  20. Clinet M-L, Vaysse B, Gignon M, Jarde O, Manaouil C. Violences subies par les médecins généralistes exerçant en libéral : sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens. *Presse Médicale*. nov 2015;44(11):e321-9.
  21. Fournane Y. Pourquoi les médecins généralistes ne donnent-ils que rarement suite aux violences qui leurs sont faites? [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2014.
  22. Balducci M. Evaluation de la connaissance et de l'impact du livret de sécurité sur la pratique des médecins généralistes de la Seine Saint Denis [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris Diderot - Paris 7; 2012 [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3662\\_BALDUCCI-THESE.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3662_BALDUCCI-THESE.pdf)
  23. François A. Agressions des médecins: épidémiologie et caractéristiques chez les médecins de premier recours du Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
  24. Fanara A. Violence des patients: ressenti et vécu des femmes médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2018.
  25. Beneite A. Actes de violence subis dans l'exercice de la médecine générale par les internes en SASPAS : un état des lieux [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2776/>
  26. Larousse É. Définitions : insécurité - Dictionnaire de français Larousse. In [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ins%C3%A9curit%C3%A9/43306>
  27. Brodeur J-P. La peur de la peur. *Int Rev Community Dev Rev Int D'action Communaut*. 1993;(30):19-27.
  28. Mucchielli L. « Insécurité », « sentiment d'insécurité » : les deux veines d'un filon politique. *Après-Demain*. 2010;N° 16, NF(4):3-6.
  29. Roche S. Expliquer le sentiment d'insécurité : pression, exposition, vulnérabilité et acceptabilité. *Rev Fr Sci Polit*. 1998;48(2):274-305.
  30. Abraham Franssen, Yves Cartuyvels, Hughes-Olivier Hubert, Sybille Smeets, Fiorella Toro, André Lemaitre, et al. INSECURITE : UN PREMIER ETAT DES SAVOIRS Synthèse bibliographique [Internet]. 2003. Disponible sur: <https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/129383/1/Insecurite.pdf>
  31. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Rapport mondial sur la violence et la santé. 1996. Report No.: 49ème Assemblée Mondiale de la Santé.
  32. SUMER, DARES, Ministère du travail. Les expositions aux risques professionnels Les

- risques psychosociaux [Internet]. 2020 sept [cité 27 mars 2021]. (Synthèse Stat'). Report No.: 36. Disponible sur: <https://www.souffrance-et-travail.com/wp-content/uploads/dares-risques-psychosociaux.pdf>
33. Anonymous. Assaults on doctors. *Br Med J*. 1978;1(6122):1229-30.
  34. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *Br Med J*. 9 févr 1991;302(6772):329-32.
  35. Phillips SP, Schneider MS. Sexual Harassment of Female Doctors by Patients. *N Engl J Med*. 23 déc 1993;329(26):1936-9.
  36. Wyatt JP, Watt M. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. *Emerg Med J*. 1 mars 1995;12(1):40-2.
  37. Ashworth M, Armstrong D. Sources and implications of dissatisfaction among new GPs in the inner-city. *Fam Pract*. 1 févr 1999;16(1):18-22.
  38. Ness GJ, House A, Ness AR. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *BMJ*. 27 mai 2000;320(7247):1447-8.
  39. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi S, Lemire F, Manca D, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians A minor, major, or severe problem? *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 1 mars 2010;56:e101-8.
  40. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 20 déc 2012;12.
  41. Baykan Z, Öktem İS, Çetinkaya F, Naçar M. Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. *Int J Occup Saf Ergon JOSE*. 2015;21(3):291-7.
  42. LOURADOUR D. Les médecins face à l'agression. *Médecins Face À Aggression*. 1996;103(17):5, 31-34 [5 p.].
  43. Toutin T, Bénézech M. Le médecin victime dans son exercice quotidien : conduite à tenir pour sa sécurité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 déc 2007;165(10):768-73.
  44. Becamel F, Bismuth M, Bringer J, Chardon P, Couty É, Dmitrieff S, et al. Les médecins ont aussi leurs maux à dire. 2019.
  45. Heymann R. L'insécurité en pratique de médecine générale: enquête rétrospective auprès de 525 médecins du Bas-Rhin concernant leur exercice professionnel du 1er Janvier 2001 au 31 Décembre 2003 inclus [Thèse d'exercice]. [Strasbourg] (1971-2008, France): Université Louis Pasteur; 2004.
  46. Poncet-Montange F. L'insécurité dans le cadre de l'exercice médical [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 1997.
  47. Jaillette C, Malfoy H. Le ressenti de l'insécurité des médecins urgentistes dans les Centres Hospitaliers de la région Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
  48. protocole\_professions\_de\_sante\_ordres.pdf [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole\\_professions\\_de\\_sante\\_ordres.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf)
  49. guidesecuritedesprofsante2012\_0.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012_0.pdf)
  50. cnomconflit.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche\\_pratique/1jtsi/cnomconflit.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1jtsi/cnomconflit.pdf)
  51. cnom-affiche\_confiance.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche\\_confiance.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche_confiance.pdf)
  52. ONVS. Fiche de signalement ONVS [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_de\\_signalement\\_onvs.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_de_signalement_onvs.pdf)
  53. DGOS. La violence en milieu de santé et l'ONVS [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/dgos-onvs>
  54. DGOS ;ANACT. Observatoire National de la Qualité de Vie au Travail des

- professionnels de santé et du médico-social [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/article/observatoire-national-de-la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de>
55. ONVS, DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Prévention et lutte contre les violences en milieu de santé Contexte – état des lieux - préconisations L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) [Internet]. 2021 avr [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_type\\_violences\\_en\\_milieu\\_de\\_sante\\_2021-04\\_avec\\_volet\\_liberal\\_et\\_privé\\_filigrane\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_type_violences_en_milieu_de_sante_2021-04_avec_volet_liberal_et_privé_filigrane_.pdf)
  56. Découvrir le Conseil régional d'Occitanie de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.crom-occitanie.fr/>
  57. Rôle et mission du Conseil régional d'Occitanie de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.crom-occitanie.fr/region-occitanie/organisation-conseil/>
  58. CROM Occitanie. Burn out et insuffisance professionnelle – Médecins d'Occitanie [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.crom-occitanie.fr/entraide/>
  59. CDOM de l'Hérault. Burn Out [Internet]. Conseil départemental de l'Hérault de l'Ordre des médecins. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://conseil34.ordre.medecin.fr/content/burn-out-0>
  60. L'association MOTS. Association d'aide psychologique aux médecins à Toulouse [Internet]. association-mots. 2010 [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
  61. CDOM de l'Hérault. Signaler une agression | Conseil départemental de l'Hérault de l'Ordre des médecins [Internet]. CDOM de l'Hérault. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://conseil34.ordre.medecin.fr/content/signaler-agression>
  62. Ministères. Protocole dit Santé-Sécurité-Justice-Ordres [Internet]. 2011. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole\\_professions\\_de\\_sante\\_ordres.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf)
  63. AAPML. Association d'Aide aux Professionnels de santé & Médecins Libéraux [Internet]. ASSOCIATION D'AIDE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE & MEDECINS LIBERAUX. 2004 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>
  64. de Boisgelin X, Danan M. La lettre de l'Ordre des Médecins de l'Hérault. févr 2019;(31):5.
  65. Legifrance. Code pénal - Section 1 : De la diffamation et de l'injure non publiques - Article R621-1 [Internet]. Code Pénal, Article R621-1 mars 1, 1994. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006419488/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419488/)
  66. Legifrance. Code pénal article R621-2 [Internet]. Pénal, Article R621-2. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006419489/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419489/)
  67. Legifrance. Article 222-16 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042193596/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193596/)
  68. Legifrance. Code pénal - Paragraphe 3: Les Menaces - Article 222-17 [Internet]. Code Pénal, Article 222-17 janv 1, 2002. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006417660/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417660/)
  69. Legifrance. Code pénal - Paragraphe 2: Des violences - Article 222-13 [Internet]. Code Pénal, Article 222-13 août 6, 2018. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037289685/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289685/)
  70. leg. Article 433-3 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000034114906/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034114906/)
  71. Article 433-5 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000034114921/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034114921/)
  72. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Guide pratique pour la sécurité des

- professionnels de santé [Internet]. 2011 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012_0.pdf)
73. Article L4122-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000034532952/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034532952/)
74. Article L4123-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006688716/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688716/)
75. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines Ed. 3 [Internet]. Armand Colin; 2009 [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ezpum.biu-montpellier.fr/book/88819614>
76. L. Letrilliart, I. Bourgeois, A. Vega, J. Cittée, M. Lutsman. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 2009;(87):74-9.
77. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e édition.. Malakoff: Armand Colin; 2016. 430 p. (Collection U Sciences humaines et sociales).
78. Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, Michel D, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: Une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 1 janv 2013;105:4-11.
79. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 2e édition. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 155 p. (Méthodes en sciences humaines).
80. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
81. RA\_ONDRP\_2019.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.ihemi.fr/sites/default/files/publications/files/2019-12/RA\\_ONDRP\\_2019.pdf](https://www.ihemi.fr/sites/default/files/publications/files/2019-12/RA_ONDRP_2019.pdf)
82. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.
83. 20 minutes. Deux hommes séquestrent un médecin et lui volent 12.000 euros [Internet]. 2019 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/paris/2561403-20190710-paris-medecin-sequestre-depouille-12000-cabinet>
84. Ouest-France. Le Mans. Un médecin séquestré et brutalisé dans son cabinet [Internet]. Ouest-France.fr. 2012 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/sable-sur-sarthe-72300/le-mans-un-medecin-sequestre-et-brutalise-dans-son-cabinet-308827>
85. Le Parisien. Marseille : un médecin braqué et séquestré pour du Subutex - Le Parisien [Internet]. 2018 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/faits-divers/marseille-un-medecin-sequestre-par-des-toxicomanes-11-12-2018-7965690.php>
86. Actu.fr. Revue de presse. 9 ans de prison pour avoir séquestré un médecin | 76actu [Internet]. 2013 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: [https://actu.fr/normandie/rouen\\_76540/revue-de-presse-9-ans-de-prison-pour-avoir-sequestre-un-medecin\\_308581.html](https://actu.fr/normandie/rouen_76540/revue-de-presse-9-ans-de-prison-pour-avoir-sequestre-un-medecin_308581.html)
87. Actu.fr. Un médecin braqué et séquestré dans son cabinet [Internet]. 2014 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: [https://actu.fr/ile-de-france/meaux\\_77284/un-medecin-braque-et-sequestre-dans-son-cabinet\\_8270011.html](https://actu.fr/ile-de-france/meaux_77284/un-medecin-braque-et-sequestre-dans-son-cabinet_8270011.html)
88. ONVS (Observatoire National des Violences en milieu de Santé), DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Violences en santé: synthèse du rapport 2019 de l'ONVS. Données 2018 [Internet]. 2019 juill [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/\\_onvs\\_synthese\\_du\\_rapport\\_2019.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_onvs_synthese_du_rapport_2019.pdf)
89. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 déc 2005;163(10):852-65.
90. fichier\_fichier\_dr64\_art\_lutsman-bourgeoisa95d9bfabe.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/1022/fichier\\_fichier\\_dr64\\_art\\_lutsman-bourgeoisa95d9bfabe.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1022/fichier_fichier_dr64_art_lutsman-bourgeoisa95d9bfabe.pdf)
91. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Code de déontologie - Devoirs envers les patients - Article 47 - Continuité des soins [Internet]. Code de déontologie, Article 47

(article R.4127-47 du code de la santé publique) mars 14, 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continuite-soins>

92. Legifrance. Code pénal article 433-3. Code pénal.

93. Groupe privé Facebook. Le Divan des médecins [Internet]. Groupes Facebook; 2017 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://fr-fr.facebook.com/groups/240193799818282/>

# 7 ANNEXES

## 7.1 Annexe 1 : Fiche de déclaration d'incident au CNOM

### 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><b>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.</b></p> <p><b>Événement survenu le :</b> L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.</p> <p>Cachet et signature (à défaut n° RPPS) :</p>	<p><b>IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL</b></p>  <p><b>Vous êtes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/></li><li>• médecin <input type="checkbox"/> étudiant ou interne <input type="checkbox"/></li></ul> <p><b>Spécialité :</b> _____</p>
<p><b>Qui est la victime de l'incident ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Un collaborateur</li><li><input type="checkbox"/> Autre</li></ul> <p>&gt; Préciser : _____</p>	<p><b>Cet incident a eu lieu...</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Au cabinet</li><li><input type="checkbox"/> Ailleurs</li></ul></li><li>&gt; Préciser : _____</li></ul>
<p><b>Qui est l'agresseur ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Un patient <input type="checkbox"/> Une personne accompagnant le patient</li><li><input type="checkbox"/> Autre</li></ul> <p>&gt; Préciser : _____</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> A-t-il utilisé une arme ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</li></ul> <p>&gt; Préciser le type d'arme : _____</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Établissement public <input type="checkbox"/> Établissement privé</li><li><input type="checkbox"/> Dans un service d'urgence</li><li><input type="checkbox"/> Ailleurs</li></ul></li><li>&gt; Préciser : _____</li></ul>
<p><b>Quel est le motif de l'incident ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Un reproche relatif à une prise en charge</li><li><input type="checkbox"/> Un temps d'attente jugé excessif</li><li><input type="checkbox"/> Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)</li><li><input type="checkbox"/> Le vol</li><li><input type="checkbox"/> Autre</li></ul> <p>&gt; Préciser : _____</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Pas de motif particulier</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle</li><li>&gt; Préciser : _____</li></ul>
<p><b>Atteinte aux biens</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Objet du vol : _____</li><li><input type="checkbox"/> Vol avec effraction <input type="checkbox"/> Acte de vandalisme</li><li><input type="checkbox"/> Autre</li></ul> <p>&gt; Préciser : _____</p>	<p><b>À la suite de cet incident, vous avez :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Déposé une plainte <input type="checkbox"/> Déposé une main courante</li></ul>
<p><b>Atteinte aux personnes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Injures <input type="checkbox"/> Menaces</li><li><input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires</li><li><input type="checkbox"/> Intrusion dans le cabinet</li><li><input type="checkbox"/> Autre</li></ul> <p>&gt; Préciser : _____</p>	<p><b>Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Non</li><li><input type="checkbox"/> Oui</li></ul> <p>&gt; Indiquer le nombre de jours : _____</p>
	<p><b>Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li></ul>
	<p><b>L'incident a eu lieu...</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> En milieu rural</li><li><input type="checkbox"/> En milieu urbain, en centre-ville</li><li><input type="checkbox"/> En milieu urbain, en banlieue</li></ul>
	<p><b>DÉCLARATION D'INCIDENT</b></p> <p>remplie le ____ / ____ / 20 ____</p> <p>Je désire rencontrer un conseiller départemental <input type="checkbox"/></p>

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

## 7.2 Annexe 2 : Affiche du CNOM

# POUR UNE RELATION PATIENT - MÉDECIN EN TOUTE CONFIANCE



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS  
Conseil National de l'Ordre

Si votre médecin est informé d'un retard, il peut mieux gérer les consultations de l'ensemble des autres patients.

Pensez à prévenir votre médecin en cas de retard ou d'empêchement.

Examiner deux personnes prend plus de temps que de n'en examiner qu'une seule.

Pensez à informer votre médecin du nombre de personnes devant consulter.

Moins votre médecin consacre de temps à l'administratif, plus il consacre de temps à votre santé.

Pensez à préparer votre consultation : apportez votre dossier médical (radios, résultats de laboratoire, anciennes ordonnances, lettres...), votre carte vitale mise à jour, votre attestation de prise en charge (CMU-C, AME, ACS) ...

La délivrance d'un document médical nécessite un examen, donc une consultation.

Pensez à prendre rendez-vous. L'examen est nécessaire à la rédaction d'un certificat médical, d'une prescription, d'un arrêt de travail, d'une prise en charge de transport... Votre médecin peut ne pas être autorisé à établir le document que vous demandez.

Un dossier médical est un document strictement personnel.

Votre dossier ne peut être remis à une personne autre que vous, sauf disposition légale particulière.

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

## 7.3 Annexe 3 : Courrier adressé aux médecins

*Docteur,*

*Je suis interne en médecine générale et je fais un travail de thèse sur l'expérience des médecins (toutes spécialités confondues) suite à une situation d'insécurité.*

*L'insécurité des professionnels de santé et notamment les médecins est en recrudescence en France.*

*Cette insécurité est un facteur prépondérant dans le malaise du corps médical avec une augmentation du nombre de « burn-out » dans cette population. Les autres conséquences importantes sont nombreuses comme la modification de la démographie médicale et des conditions d'exercice.*

*Afin d'améliorer la sécurité des professionnels de santé, les pouvoirs publics ont mis en place certaines mesures dont la création de l'observatoire national pour la sécurité des médecins (OSM) en 2002 ; la création de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) en 2005, le renforcement des peines encourues en cas d'agression de professionnels de santé et de leur famille par la loi sur la sécurité intérieure, la mise en place du protocole national Santé-Sécurité-Justice-Ordre (SSJO) en 2011.*

*Cependant il existe une importante sous déclaration des événements d'insécurité de la part des médecins ; les principales causes étant : le manque de temps, la lourdeur des démarches administratives, la fréquence des agressions, la peur d'éventuelles représailles.*

*Il me paraît donc judicieux de s'intéresser aux facteurs qui influencent les médecins à faire ou pas un signalement auprès du CDOM et / ou des instances judiciaires, à leurs attentes en plus de leurs expériences.*

*Si vous avez subi une situation d'insécurité pouvez-vous répondre à quelques questions afin de me faire part de votre ressenti sur ce sujet ?*

*Auriez-vous la gentillesse de me recontacter pour convenir d'un entretien téléphonique ou vidéo (au vu de la situation sanitaire actuelle) qui durera environ 15 min ?*

*Cet entretien sera enregistré numériquement et les données seront retranscrites dans ma thèse de façon anonyme.*

*Merci d'avance.*

*Avec mes salutations les plus confraternelles.*

*Anne-Sophie Crouzet*

## 7.4 Annexe 4 : Guide d'entretien

### Guide d'entretien

Bonjour, tout d'abord je tiens à vous remercier pour votre contribution à l'élaboration de ma thèse.

Je réalise mon travail de thèse sur le vécu des médecins suite à une expérience d'insécurité.

Cet entretien est enregistré numériquement et les données seront retranscrites dans ma thèse de façon anonyme.

#### Caractéristiques du médecin :

- Sexe.
- Âge.
- Spécialité médicale.
- Lieu d'exercice : milieu urbain, rural ou semi-rural
- Type d'exercice : privée ou publique/cabinet individuel ou de groupe/maison de santé de santé/hôpital.
- Statut du médecin : libéral/salarié/remplaçant.
- Durée d'exercice.
- Modalités d'exercice : secrétariat ou non/consultation libre ou sur rendez-vous/visite à domicile/garde.

#### Caractéristiques de l'incident :

- Date de l'incident.
- Motif de l'incident.
- Type de l'incident : Atteinte aux biens et aux personnes.
- Victime d'un incident : vous-même/collaborateurs/autres.
- Agresseur : patient/accompagnant/autres.

#### Entretien :

- 1- Pouvez-vous me raconter l'incident qui provoqué chez vous un sentiment d'insécurité lors de l'exercice de votre pratique médicale ?  
Avez-vous fait un signalement après du CDOM et/ou de la justice (main courante ou plainte) ?  
Si oui, quelles ont été les suites de ce signalement ?  
Si non, pourquoi ne pas avoir fait de signalement ?
- 2- Avez-vous déjà ressenti de l'insécurité avant ou après cet incident ?  
Si oui, aviez-vous déjà fait un signalement (CDOM/justice) ? Quelles ont été les suites ?  
Si non, pourquoi ?
- 3- Si un tel incident se déroulait maintenant réagiriez-vous différemment ?
- 4- Depuis l'incident quelles sont les répercussions dans votre vie professionnelle ?
- 5- Depuis l'incident quelles sont les répercussions dans votre vie personnelle ?
- 6- Et dernière question, que pensez-vous des moyens mis à la disposition du corps médical vis-à-vis de ces événements d'insécurité ?  
Quels types de mesures attendez-vous ?

Merci pour votre aide.

## 7.5 Annexe 5 : Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des 20 médecins au moment de l'entretien.

M	Sexe	Age	Spécialité médicale	Milieu d'exercice	Type d'exercice	Statut du médecin	Durée d'exercice	Modalités d'exercice				Durée d'entretien (min)
								secrétariat	Consultation	VAD	Gardes	
1	F	60	Urgentiste	Urbain	Privé Clinique	Libéral	29 ans	Physique	Libre	Non	Oui	14
2	H	65	Généraliste	Urbain	Privé Cabinet médical	Libéral	37 ans	A distance	Sur rdv	Oui	Oui	14
3	H	47	Orthopédiste	Urbain	Privé Clinique	Libéral	17 ans	Physique	Sur rdv + Hospitalisation	Oui	Oui	6
4	H	55	Généraliste	Rural	Privé Cabinet médical	Libéral	25 ans	Physique	Les 2	Oui	Oui	13
5	F	41	Généraliste	Urbain	Privé Cabinet médical	Libéral	12 ans	Physique	Les 2	Oui	Non	34
6	H	56	Urgentiste	Urbain	Privé Clinique	Libéral	28 ans	Physique	Libre	Non	Oui	14
7	H	41	Généraliste	Urbain	Privé Clinique Service d'hospitalisation	Libéral	5 ans	Physique	Hospitalisation	Non	Oui	8
8	F	33	Généraliste	Urbain	Privé Clinique Service d'hospitalisation	Libéral	5 ans	Physique	Hospitalisation	Non	Oui	8
9	F	54	Généraliste	Les 2	Public Hôpital + HAD	Salarié	20 ans	Physique	Sur rdv + Hospitalisation	Oui	Astreinte	11
10	H	38	Généraliste	Urbain	Privé Clinique Service d'hospitalisation	Salarié	8 ans	Physique	Sur rdv + Hospitalisation	Oui	Astreinte	7
11	F	32	Généraliste	Urbain	Remplacement	Libéral	5 ans	Selon remplacement	Selon remplacement	Selon remplacement	Selon remplacement	33
12	F	28	Généraliste	Urbain	Remplacement	Libéral	4 mois non thésée	Selon remplacement	Selon remplacement	Selon remplacement	Selon remplacement	16
13	F	29	Généraliste	Les 2	Remplacement	Libéral	3 ans	Selon remplacement	Selon remplacement	Selon remplacement	Selon remplacement	25
14	H	46	Pneumologue	Urbain	Privé Clinique	Libéral	20 ans	Physique	Sur rdv + Hospitalisation	Non	Astreinte	6
15	F	32	Anesthésiste	Urbain	Public	Salarié	1 an	Physique	Sur rdv + Hospitalisation	Non	Oui	20
16	H	49	Psychiatre	Urbain	Public Hôpital Appartement thérapeutique	Salarié	23 ans	Physique	Sur rdv + Hospitalisation	Oui	Astreinte	21
17	F	28	Généraliste	Les 2	Les 2 Hôpital Remplacement	Libéral	2 ans	Selon remplacement	Selon remplacement	Selon remplacement	Selon remplacement	11
18	F	32	Généraliste	Semi-rural	Privé Cabinet médical	Libéral	2 ans	Les 2	Sur rdv	Oui	Oui	13
19	F	36	Gynéco-obstétricien	Urbain	Public Hôpital	Salarié	3 ans	Physique	Sur rdv + Hospitalisation	Non	Oui	18
20	F	38	Cardiologue	Urbain	Privé Clinique	Libéral	5 ans	A distance	Sur rdv + Hospitalisation	Non	Non	9

## 7.6 Annexe 6 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'insécurité des 20 médecins au moment de l'agression.

Insécurité	Date	Statut	Type	Niveau	Victime(s)	Agresseur(s)	Lieu			Signalement			
										Structures de soins	Forces de l'ordre	Judiciaire	
Médecin													
1	2006	Titulaire	Physique Verbale	4	Médecin Équipe	Patient	Clinique	Non	Non	Oui	Non	Non	
2	2018	Titulaire	Physique	3	Médecin	Patient	Visite à domicile	Non	Non	Non	Oui	Non	
3	2020	Titulaire	Verbale	2	Médecin	Patient	Clinique	Oui Sécurité	Non	Non	Non	Non	
4	1996	Titulaire	Physique Verbale	3	Médecin	Patient	Hôpital	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	
5	2017	Titulaire	Verbale	2	Médecin	Famille	Visite à domicile	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui Confrère
6	2015	Titulaire	Physique Verbale Biens	3	Médecin Équipe	Patient	Clinique	Oui Sécurité	Oui	Non	Non	Non	
7	2014	Étudiant	Physique Verbale Liberté	2	Médecin	Famille	Hôpital	Oui Sécurité	Non	Non	Non	Non	
8	2020	Remplaçant	Verbale	2	Médecin Patient	Patient Famille	Cabinet	Non	Non	Non	Non	Non	Oui Médecin remplacé
9	2015	Titulaire	Verbale	2	Médecin	Patient	Cabinet	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui Mari
10	2015	Titulaire	Verbale	2	Médecin	Patient	Clinique	Non	Non	Non	Non	Non	
11	2018	Remplaçant	Verbal Liberté	2	Médecin	Famille	Visite à domicile	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui Médecin remplacé Divan des médecins Conjoint
12	2019	Étudiant	Verbale Liberté	2	Médecin	Patient	Hôpital	Oui	Non	Non	Non	Non	
13	2020	Remplaçant	Verbale	1	Médecin	Patient	Cabinet	Non	Non	Non	Non	Non	Oui Médecin remplacé Mari
14	2013	Titulaire	Verbale	2	Équipe Médecin ?	Famille	Hôpital	Oui	Non	Non	Non	Non	
15	2020	Titulaire	Physique Verbale Biens	4	Médecin Équipe	Patient	Hôpital	Oui Sécurité	Non	Non	Non	Non	Oui Conjoint
16	2019	Titulaire	Physique Verbale Biens	3	Médecin Équipe	Patient	Hôpital	Oui	Oui	Oui	Non	Non	
17	2015	Étudiant	Physique Verbale	3	Médecin	Famille	Hôpital	Oui Supérieur	Non	Non	Non	Non	Oui Collègues
18	2019	Titulaire	Verbale	1	Médecin	Patient	Cabinet	Non	Non	Non	Non	Non	Oui Conjoint
19	2019	Titulaire	Verbale Biens	3	Médecin Équipe	Patient	Hôpital	Oui Sécurité Cadre Chef	Non	Non	Non	Non	Oui Confrère Ami
20	2019	Titulaire	Biens	1	Médecin	Extérieur	Clinique	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui Mari Entourage

## 8 SERMENT D'HIPPOCRATE

### SERMENT

- **En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.**
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

# 9 RÉSUMÉ

## INTRODUCTION :

Prendre soins des patients fonde le cœur de l'exercice médical. L'accroissement avéré mais sous-estimé des situations conflictuelles (incivilités souvent mais aussi violences physiques) chez les médecins crée un sentiment d'insécurité influençant l'adaptation des pratiques, particulièrement pour les généralistes.

## OBJECTIFS :

Il s'agit d'explorer le vécu personnel et professionnel des médecins suite à une situation d'insécurité, de caractériser la population victime, de s'intéresser aux facteurs impactant les signalements auprès du CDOM ainsi que leurs attentes sur ce sujet.

## METHODE :

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée en 2021 auprès de 20 médecins volontaires d'Occitanie (8 spécialistes, 12 généralistes). Une retranscription écrite intégrale, une analyse thématique de contenu et une évaluation personnelle de l'impact ont été réalisées.

## RESULTATS :

35 situations évoquées servent de base à l'analyse thématique qui retrouve la répartition décrite dans la littérature, les 4 niveaux de l'échelle de sévérité de l'ONVS et la diversité des lieux et modalités d'exercice. La sévérité de l'impact personnel immédiat et à plus long terme, parfois important, n'est pas liée aux caractéristiques de l'agresseur mais fortement associée au sentiment d'isolement, particulièrement pour les plus jeunes et la totalité des généralistes. Le très faible recours à un signalement ordinal (3/20), inexistant en milieu hospitalier, est absent ailleurs par faute d'information, peur des représailles ou pour éviter une double « peine » : être agressé, porter plainte.

## CONCLUSION :

Fatalistes, la moitié des médecins ne modifieraient en rien leur conduite, les autres, les plus touchés personnellement proposent des pistes personnelles d'aménagement et un appui personnalisé de l'Ordre des médecins.

## MOTS CLÉS :

Insécurité, Violence, Agression, Médecins, Conseil National de l'Ordre des Médecins, Observatoire National de la Sécurité des Médecins, Justice, Étude qualitative.